

PARKINSON

časopis Společnosti Parkinson

Diagnóza: **PARKINSONIK**



25/08

Diagnóza: PARKINSONIK 25/08

Aktuálně

Kniha našich autorů - Parkinsonova nemoc, 300 rad přeložených z angličtiny, 100 rad ve slovenštině, stovky a tisíce rad, návodů... a další v tomto čísle časopisu. Co je to za nemoc, když nestačí několik slov v ordinaci lékaře. Stojí vůbec nemocný o tolik poučování, když nakonec musí všechno prožívat sám, poradit si s vlastním tělem, se svými myšlenkami, prázdnými nocemi? Vy sami víte nejlépe.

Číslo 26/08 bude mít jako hlavní téma **Cvičíme v klubech i doma**. Metodika, návody, cvičební jednotky, ale i názory, nápady, příběhy. Odborné vedení má Mgr. Petr Pospíšil z LF MU Brno - Pekařská. Redakční uzávěrka čísla 26/08 bude 10. června 2008.

Pište na adresu: casopis@parkinson-cz.net, nebo kancelář SP.

MUDr. Ludmila Čapková

Diagnóza Parkinson – pohled optikou pacienta	3
Co vlastně ví zdravý člověk? A co ví nemocný? Oba téměř nic	4
Prolog	5
Co řeknu pacientovi při stanovení diagnózy	5
Hospitalizace	6
Některá vyšetření a procedury prováděné na neurologii	10
Co by měl parkinsonik znát o svém léčení	13
Seznam léků, které pacient s Parkinsonovou nemocí nesmí užívat	16
Stravovací návyky a spánek	17
Operace - praktické rady	18
Proč „cvičit“?	19
Psychohygiena v průběhu nemoci	20
Nezapomeňte, že i v nemocnicích pracují jen lidé!	24
Alternativa pro život	25
Výzva „Parkinson 2008“ ve zkratce	27
Stanovisko k léčbě Parkinsonovy nemoci dle soudobých léčebných doporučení	28
Občanská společnost?	29
Poselství parkinsoniků	30
Rekonstrukce akce ŘÍP	31
Koncert ke Dni Parkinsonovy nemoci – 11. 4. 2008	34
Tradiční expozice Klubu Parkinson, Ostrava	34
10. narozeniny Klubu Parkinson, Brno	35
Volná místa na rekondiční pobyty v termínu	36
Jak přispět Společnosti Parkinson	36
Slovo předsedy	37
Činnost výboru Společnosti únor - duben 2008	38
Kontakty	39
Kluby Společnosti Parkinson	39

PARKINSON číslo 25/08, červen 2008.

Vydává Společnost Parkinson o.s. IČO 604 58 887, registrováno pod číslem MK ČR E 7888, ISSN1 1212-0189

Vychází v **červnu 2008**. Výtisk je neprodejný.

Redakce: MUDr. Ludmila Čapková

Redakční rada: MUDr. L. Čapková; doc. MUDr. P. Kaňovský, CSc.;
prof. MUDr. I. Rektor, CSc.; As. MUDr. I. Rektorová, Ph.D.; doc. MUDr. J. Roth, CSc.;
prof. MUDr. E. Růžicka, DrSc.; K. Kánská; Ing. P. Kneř; MUDr. Jitka Růžicková

Bankovní spojení: GE MONEY BANK, Praha, číslo účtu : 1766806-504/0600

Adresa Společnosti Parkinson: Volynská 20, 100 00 Praha 10,

tel.: 272 739 222, e-mail: kancelar@parkinson-cz.net, mobil: Ing. Váchová: 774 443 558

Redakce časopisu: MUDr. L. Čapková: casopis@parkinson-cz.net, 774 443 562

Grafika, pre-press, tisk: ex-press.cz, spol. s r.o., www.ex-press.cz

Náklad časopisu a jeho distribuce jsou hrazeny hlavním partnerem Společnosti firmou NOVARTIS a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Bez výslovného souhlasu vydavatele nelze uveřejňovat žádnou formou obsah časopisu, ani jednotlivé články.

Diagnóza Parkinson – pohled optikou pacienta

Pavel Mičulka

Předpokládejme, že jste v podstatě zdravý člověk, bez zjevných potíží. Žijete spořádaným, více méně spokojeným životem. Máte své silné a samozřejmě i slabé stránky. Tak to v životě chodí. Léta přibývají a nepozorovaně, aniž by si toho někdo všiml, objeví se první problémy. Sotva někoho napadne navštívit lékaře. Jenže chyba. Už teď je vlastně pozdě. Nemoc už propukla, těžko vinit neurologa, že neurčil správnou diagnózu. Obecně stanovená nemoc mozku nestačí, neřeší totiž daný problém. Obecné příznaky, v raném stadiu, jsou společnými projevy pro více nemocí. Po marném tápání, nekonečných vyšetřeních, po řadě měsíců, specialista stanoví ortel: Parkinson.

Parkinson – nevyléčitelné, trvale se zhoršující, onemocnění. Příčinou je úbytek nervových buněk v mozku či jejich neschopnost produkovat dopamin (přenašeč signálu), jímž mozek ovládá činnost např. pohybového ústrojí, mimiku tváře apod. Špatná zpráva pro toho, koho se týká, současně výstraha pro všechny, prozatím zdravé lidi. Jen malou útěchou pak může být skutečnost, že dnes již lékaři umí tuto chorobu poměrně úspěšně léčit, avšak vyléčit nelze. Léčba ve své podstatě spočívá v ovlivňování negativních projevů nemoci (třes končetin, svalová ztuhlost vrcholící často křečí, diskinezy - mimovolní pohyby a jiné). Úspěšnost léčby a stav pacienta při tom velmi silně závisí na stadiu onemocnění, v němž se postižený nachází v okamžiku stanovení diagnózy. Nemocný musí počítat s trvalým zhoršováním zdravotního stavu, který však může svým aktivním přístupem částečně, pozitivně ovlivnit. Tím jsou ale veškeré možnosti, ze strany pacienta, v podstatě vyčerpány.

Postižený však, přes výše popsané potíže, je stále schopen myslet, vnímat svůj handicap i své okolí, ač někdy může mít problém tyto své komplikace srozumitelně vyjádřit. Ne proto, že by je nebyl schopen formulovat, ale proto, že v dané chvíli není schopen ovládat své tělo tak, jak by si sám přál, jako zdravý člověk.

Skutečně žádná prevence není možná? V čem je problém? Jako parkinsonik jsem se zatím s možností prevence, proti své chorobě, která by varovala ty, kterým tato nemoc snad reálně hrozí, zatím nesetkal.

Není náhodou rozhodující to, že se problém dotýká statisticky „pouze“ asi 1 % populace? A poněvadž jde o teoreticky zanedbatelnou, finančně zřejmě nákladnou, tudíž z pohledu efektivity, krajně nezajímavou záležitost – jsou parkinsonici se svými problémy skutečně na okraji zájmu společnosti. Uvedené skutečnosti už ale evidentně nejsou otázkou pro lékaře.

Jak z tohoto pohledu vnímat ty spoluobčany, u nichž nemoc, k jejich smůle, už propukla?

Obecně platí, že PN je zatím nevyléčitelná, trvale a progresivně se zhoršující forma postižení, u níž mimo včasné diagnostiky, hraje nejdůležitější roli zejména stabilizace stavu pacienta, v co nejranějším stadiu onemocnění, aby následně nedocházelo k dalšímu enormnímu zhoršování zdravotního stavu postiženého.

Bohužel nutno konstatovat, že konkrétní léčba v praxi těmto postupům velmi často neodpovídá. Jak jinak si lze vysvětlit situaci parkinsoniků zařazených ve studiích nových forem léčby, u nichž tato forma zaznamenala maximálně pozitivní odezvu, když byli následně donuceni, z čistě ekonomických hledisek, se této formy léčby, proti své vůli vzdát. Není třeba zde připomínat, že finanční náročnost této léčby byla stanovena tak nešťastně, že se stala pro běžného pacienta absolutně

nedostupnou. Cena za úhradu měsíční léčby přesahuje měsíční příjem běžného pacienta. Za svou ochotu prospět dobré věci byli následně tito lidé „odměněni“ převedením na jinou, levnější léčbu, čímž u nich došlo ke zhoršení jejich zdravotního stavu, proti původní experimentální léčbě.

Tento postup, podle ryze ekonomických kritérií, je v přímém rozporu se zájmy pacienta a v konečném pohledu i v rozporu se samotným smyslem léčby, připustíme-li fakt, že léčba pacienta s PN je tím nákladnější, čím pokročilejší je stadium uvedeného postižení. Je skutečně nezbytně nutné nechat tyto pacienty, a s nimi i všechny ostatní, nejdříve zdevastovat PN a až pak se je „snažit léčit“ nepochybně nákladnějšími způsoby. Takový postup, zdá se, je nedůstojný nejen pro postižené, ale konečně i pro samotné ministerstvo zdravotnictví i celou společnost.

Kam až vede postižení PN, víc než výmluvně ukázal dokument „Pan Parkinson“, viz ČT 2, 31. 1. 2008, ve 20.00 hod. (viz též www.ct.cz / program 31. 1. 2008/dokumenty).

Vzdor všem uvedeným argumentům, je žádoucí si uvědomit: Člověk s PN zůstává, i přes své postižení, aktivním, myslícím a plně svéprávným jedincem, schopným vykonávat po řadu let nejrůznější činnosti. Nemá-li se stát přítěží společnosti, v níž žije, potřebuje ke své seberealizaci, pouze vytvoření specifických podmínek, poněvadž ve volné soutěži, se zdravou částí populace, dle pravidel vše řešícího trhu, není schopen úspěšně konkurovat. Právě proto je tato skupina postižených dnes, stále více vytěšňována na periferii společnosti, odsouzena k potupné roli „příživníků“ – příjemců invalidních důchodů, jejichž výše nepokrývá ani cenu nákladů moderních léčebných metod, které by si však měl, podle názoru „kompetentních úředníků“, tento postižený hradit sám. Pacient se pak, ne vlastní vinou, nachází v absurdní situaci, kterou není schopen, vlastními silami, ke své spokojenosti, vyřešit.

V ZÁJMU NÁS VŠECH, PROSÍM, POMOZTE NÁM TENTO STAV ZMĚNIT !

Co vlastně ví zdravý člověk? A co ví nemocný? Oba téměř nic.

Musíš se naučit s tou nemocí žít, vzít na vědomí fakt, že se musíš léčit a přizpůsobit tomu svůj život. Pokud to vezmeš rozumně, tak prožiješ vlastně jen tři šoky.

Šok číslo jedna, dozvíš se předpoklad, že máš Parkinsonovu chorobu. To vlastně ještě nic nevíš, představuješ si hned invalidní vozík a na něm sebe, na první pohled dementního a někdo musí kolem tebe skákat.

Druhý šok přijde po dlouhé fázi diagnostické, když to dostaneš černé na bílém. Nemáš už tak bujnou fantazii, hodně sis přečetl, ale už je to realita.

Třetí šok je nejdůležitější pro vývoj tvé sociální inteligence. V lázních potkáš někoho, kdo nemůže nastartovat a ty na něj s výtahem čekáš. Přemýšlíš, jestli někdo jednou počká na tebe. Dost mě to vzalo.

Nakonec si uvědomíš, že vlastně nemáš problém. Je pravda, že nemoc nejde vyléčit, ale ani zastavit, jenom zpomalit postup. Jenže to, že nevíš, co bude za dva, pět, deset let, to přece není problém. Copak to dneska někdo ví?

Jindřich Kadlčík

PROLOG

Konečně jsem našel ztracenou rovnováhu a s ní jistotu, co chci. Budu dle možností páchat dobro na sobě, dokud to půjde. Na sobě a na těch lidech, kteří o to budou stát. Protože i dobro má člověk právo odmítnout.

Pochopil jsem, že nikdo nemá právo posuzovat, natož odsuzovat to, jak vážně nemocný člověk reaguje na jakoukoliv životní situaci. Současně je zase jenom svědomím toho člověka, jak on se s nastálou situací dokáže vyrovnat tak, aby za svůj vztah k okolí sám v sobě cítil svou odpovědnost.

Má to samozřejmě svůj háček. Na ty principy totálně kašle dimenze, zvaná čas.

*Ing. Jindřich Kadlčík,
parkinsonik, autor knihy Pozdrav slunci.*

Co řeknu pacientovi při stanovení diagnózy

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc., Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Vaše obtíže i nález neurologického vyšetření nasvědčují tomu, že jste onemocněl Parkinsonovou nemocí. Víím, že to je pro vás špatná zpráva, protože jste už asi o této nemoci něco slyšel. Možná to ale nebyly úplně přesné informace. Ta zpráva má totiž i svou pozitivní složku: Je sice pravda, že Parkinsonova nemoc je závažné neurologické onemocnění, ale je také pravda, že je to jedno z těch onemocnění, jejichž příznaky dnes už dokážeme velice účinně potlačovat. I když nedokážeme nemoc vyléčit nebo úplně zastavit, s pomocí dostupných léků je možné dlouhodobě zmírnit jeho příznaky do té míry, aby vám co nejméně překážely v běžném životě.

Podkladem Parkinsonovy nemoci je postupný zánik nervových buněk v jádrech mozkového kmene, která do ostatních částí mozku dodávají dopamin, nervový přenašeč důležitý pro řízení pohybu. Nedostatek dopaminu pak vede ke vzniku základních příznaků nemoci - pohybového zpomalení, svalové rigidity, případně klidového třesu, poruch držení těla a poruch chůze. Je tedy logické, že léky používané ke zmírnění těchto příznaků, by měly chybějící dopamin nahrazovat, podobně jako se nahrazuje chybějící inzulin u cukrovky.

Takové léky dnes opravdu máme k dispozici. Základním a nejúčinnějším lékem Parkinsonovy nemoci je už po dobu 40 let levodopa neboli L-DOPA, látka, která je přirozeně přítomná v těle, a v příslušných buňkách z ní vzniká dopamin. Zvýšeným příjmem levodopy se tedy zvýší i množství dopaminu v mozku. Druhou možností je podávání léků ze skupiny tzv. agonistů dopaminu, které působí přímo na cílové nervové buňky, aniž by se v těle musely nějak metabolizovat. Je na vašem neurologovi, aby rozhodl, který způsob léčby bude pro vás vhodnější - oba mají své výhody i nevýhody a vždy je potřeba zvážit na jedné straně potřebu

okamžité úlevy, na druhé straně co nejpríznivější ovlivnění dalšího rozvoje nemoci. V každém případě platí, že léčbu je nutno nasazovat pomalu, v postupně se zvyšujících dávkách, aby si na ni organismus zvykl a aby se omezily nepříjemné počáteční komplikace, jako jsou nevolnost nebo pokles krevního tlaku. Zpravidla trvá několik týdnů, než pocítíte plný účinek léčby, která by vám měla při pravidelném užívání zajistit dlouhodobě dobrou hybnost.

Pacienti s Parkinsonovou nemocí se často ptají, zda si mohli své onemocnění nějak způsobit nebo naopak zda mu mohli nějakou vhodnější životosprávou zabránit. Na obě otázky je odpověď negativní. I když v současnosti neznáme přesnou příčinu vzniku nemoci, víme o jejích mechanismech tolik, že můžeme vyloučit podstatnější podíl běžných faktorů zevního prostředí – například možných škodlivin z potravin, nápojů apod. Také předchozí pohybový režim není pro vznik nemoci podstatný. Jako součást léčebných opatření však velmi doporučujeme, aby si nemocný navyl na pravidelnou pohybovou aktivitu. Každodenní rozhýbání cvičením a pěší vycházka jsou nutným minimem k udržení celkové kondice i k podpoře správných pohybových stereotypů.

Názory J.K.:

- *Psychiatr mi řekl: „Doposud jste řídil 20 zaměstnanců, teď se budete učit řídit vlastní tělo a budete se těšit z každé maličkosti.“*
- *S touto diagnózou musíte začít sám na sobě tvrdě pracovat, zvládat všechno sám, počínaje osobní hygienou, úklidem až po přípravu lůžka večer. Je to jako s příchodem stáří – myslím si, konečně mohu po chuti odpočívat. Ve skutečnosti, pokud se chci udržet v dobré kondici, musím zahájit s pevným denním, pohybovým i pracovním režimem, tedy s vlastní kázní.*
- *Snažte se být vždycky krok či aspoň o krůček před Parkinsonem v pořizování technických pomůcek k usnadnění života – madla v koupelně i jinde, upravte výšku postele, pořídte si polohovací polštářky, bažanta na dosah ...*
- *Mám množství započatých nápadů a projektů, bohužel „jediné na co se mohu spolehnout je to, že se na nic a zvláště na sebe spolehnout nemohu“.*
- *Teprve když bude opravdu zle, přehodnotíte přísloví: „Co můžeš udělat dnes, neodkládej na zítřek“ na: „Co můžeš udělat dnes, můžeš udělat zítra, pozítří, nikdy a také se svět nezboří“.*

Hospitalizace

doc. MUDr. Jan Roth, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nemocní lidé jsou často přijímáni na lůžko do nemocnice, ať již z důvodů léčby, kterou nelze provést doma, či z nutnosti upřesnit druh jejich nemoci metodami, jež nelze realizovat ambulantně. V následujícím

textu se budeme zabývat především tím, co člověka v nemocnici čeká a na co se lze předem připravit. Vzhledem k tomu, že text je určen pro nemocné s Parkinsonovou nemocí, budeme mluvit o příjmu na neurologická oddělení. Některá fakta platí však všeobecně.

Příjem do nemocnice je stresová situace: odříznutí od domácího prostředí, omezený



kontakt s rodinou, neznámé a obávané prostředí nemocnice s jeho personálem, nejistota, jaká nemoc bude zjištěna, zda a jak je možné pomoci, rizika vyšetřování a léčby, to vše a mnohé jiné způsobuje obavy.

Na některé problémy se však lze předem připravit a usnadnit tak sobě i zdravotnickému personálu život. Mít dostatek informací, jak vypadá běžný den v nemocnici a jak vlastně probíhají běžná vyšetření, s čím lze počítat při jejich provádění a co si lze pro zjednodušení přijetí připravit již doma, může však výrazně stres snížit.

Co vzít s sebou

Důležité je nezapomenout si vzít hygienické potřeby, pyžamo, župan, přezůvky, osobní prádlo a úbor na cvičení. Další věci jsou již na uvážení nemocného (kniha, mobilní telefon, malé rádio či magnetofon se sluchátky atd.). V nemocničních prostorách je však poměrně málo osobního skladovacího prostoru.

Také je nutné pomyslet na fakt, že nemocný se bude pravděpodobně častěji, a to i na delší dobu, vzdalovat ze svého lůžka a ani v nemocnici nelze vyloučit eventuální krádež cenných věcí. Šperky a podobné cennosti se striktně nedoporučuje do nemocnice s sebou brát.

Velmi důležité je vzít s sebou veškeré léky, které nemocný užívá, a to v dostatečném množství. Je totiž možné, že léky, které pacient užívá pro jinou nemoc, nemusí být na oddělení hned k dispozici.

Každý dlouhodobě nemocný člověk by měl s sebou nosit kartičku s rozpisem veškerých užívaných léků, společně s uvedením

diagnóz (názvů nemocí), pro které je nucen léky brát. Tuto kartičku by měl nemocný s sebou vzít do nemocnice a předložit ji zdravotní sestře či lékaři ihned po přijetí. Pokud má nemocný u sebe i zdravotní dokumentaci, např. zprávy z předchozích pobytů v nemocnici či od ambulantních lékařů, měl by je vzít také s sebou a předat je lékaři.

Vlastní přijetí a pobyt

Po příchodu do nemocnice se nemocný přihlásí na příjmovém oddělení či na příjmové ambulanci nemocnice, kde bude zapsán do stavu a sdělí některé důležité údaje (adresu, telefon na nejbližšího rodinného příslušníka, svou pojišťovnu a své rodné číslo).

Poté je informován, na které oddělení nemocnice bude přijat a jak se tam dostane.

Po příchodu na oddělení je přivítán zdravotní sestrou, která mu ukáže jeho lůžko, provede jej po oddělení a sepíše krátký informativní protokol. Nemocný by měl sestru informovat o některých faktech, např. o druhu diety, kterou drží apod. Sestra mu obvykle ihned změří krevní tlak a puls, teplotu, zváží a změří jej.

Nemocný by měl sestře ukázat kartičku se svou léčbou, kterou užíval doma, aby sestra věděla, zda tyto léky jsou na oddělení k dispozici. Do prvního kontaktu s lékařem by měl nemocný léky užívat tak, jak to dělal doma. Poté již lékař totiž může léky a jejich podávání změnit a obvykle nemocný dostává veškerou léčbu od sestry a sám již žádné léky ze svých zásob nebere. Výjimky z tohoto pravidla je nutné jasně s lékařem a sestrou dohodnout, aby se zamezilo chaotickému užívání léčby, eventuálně omylům.

V průběhu dne dojde k prvnímu kontaktu s ošetřujícím lékařem, který nemocného podrobně vyzpovídá, vyšetří jej a odpoví na jeho dotazy. Právě v tento okamžik se hodí opět kartička s léky a s názvy nemocí, se kterými se pacient léčí. Tato fakta jsou pro dobrou práci lékaře, a tedy pro budoucí pomoc nemocnému velmi důležitá. Skutečně se vyplátí doma předem sepsat krátký seznam veškerých důležitých informací o hlavních zdravotních problémech v průběhu života. Často je také nutný pohovor lékaře s rodinným příslušníkem, někdy je lepší, aby rodinný příslušník počkal s nemocným na oddělení až do příchodu lékaře. Může poté některé údaje o zdravotním stavu zpřesnit a dohodnout se s lékařem na kontaktu a jiných záležitostech.

Obvykle následující den ráno a nalačno se provádí základní odběry krve a moči k rozboru, eventuálně další běžná vyšetření prováděná u všech nemocných na příslušném oddělení.

V průběhu pobytu v nemocnici následují různá speciální vyšetření, která jsou popsána ve 2. části textu. Nemocnému bývá často pravidelně sledována teplota, krevní tlak, podle potřeby probíhají další náběry krve či moči. Samozřejmě je nemocnému podávána léčba, ať již pomocí léků či jinými postupy (např. rehabilitace). Léky mohou být nemocnému podávány ústy (tzv. per os, zkratka p.o.), podkožními injekcemi (tzv. subkutánně, zkratka s.c.), injekcemi do svalů (tzv. intramuskulárně, zkratka i.m.) či přímo do žíly (tzv. intravenózně, zkratka i.v.), a to buď rovnou z injekční stříkačky, či ve větším množství ze speciální láhve pomocí hadičky (tzv. infuze).

Občas jsou zváni i lékaři – specialisté jiných oborů na konzultace o zdravotním stavu nemocného, zvláště tehdy, trpí-li nemocný závažnějšími nemocemi jiného druhu, než je příslušná specializace oddělení, kam je nemocný přijat.

Každý nemocný má možnost mluvit se svým ošetřujícím lékařem každý den, pravidelně v průběhu dopoledne na vizitách a při dalších návštěvách lékaře na oddělení či při provádění dalších vyšetření a léčbě. Při vizitách lékař s nemocným hovoří, eventuálně jej znovu vyšetřuje, sleduje případné změny v jeho stavu. Pokud nemocný má konkrétní dotazy, je výhodné si je napsat předem na kousek papíru, v průběhu vizity na ně totiž lze zapomenout a lékař po vizitě má jinou práci a může být po nějakou dobu i hůře k zastížení.

Po pracovní době a přes celou noc je samozřejmě lékařská pomoc zajištěna službou konajícím lékařem, který však nemocného nezná tak dobře jako jeho ošetřující lékař a řeší spíše jen akutnější, problematické stavy.

S lékařem a staniční sestrou je nutné předem dohodnout mimořádné záležitosti, jako vycházky a propustky mimo nemocnici, návštěvy mimo vyhrazenou dobu, konzultace lékaře s rodinnými příslušníky atd. Denní režim se řídí nemocničním řádem, který bývá na oddělení k dispozici. Při jakékoliv nejasnosti či žádosti jistě poradí či pomůže někdo ze zdravotního personálu.

Pokud nemocný žije sám a má se zajištěním života v domácím prostředí závažnější obtíže pro neschopnost některých úkonů (např. dojit na nákup, vařit, obstarat osobní hygienu a péči) či rodina situaci nedokáže dostatečně dobře zvládnout, je možné se

poradit se sociálním pracovníkem, který na oddělení pravidelně dochází. Pokud nemocného sociální pracovník kontaktuje, nemusí se vůbec bát, že ho rodina nebo lékaři chtějí „odložit“ do domova důchodců či do léčebny dlouhodobě nemocných. Naopak, v zájmu všech bývá, pokusit se udržet jej, pokud to jen lze, v domácím prostředí. Právě sociální pracovník je schopen zajistit množství služeb, které to umožní. Velmi vhodné je získat kontakt na sociálního pracovníka a předat jej rodině, aby se vše zorganizovalo ještě před propuštěním nemocného domů.

Před propuštěním z nemocnice nemocný absolvuje závěrečný rozhovor se svým ošetřujícím lékařem, který mu odpoví na jeho dotazy, sdělí mu své závěry, eventuálně předá propouštěcí zprávu (někdy se odesílá přímo ambulantnímu lékaři, pečujícímu o nemocného - to záleží na zvyklostech toho kterého oddělení). Lékař také vybaví nemocného jeho léky, pouze však na krátkou dobu, do první návštěvy nemocného u svého ambulantního lékaře.

- Pan J. K. se z vlastní zkušenosti ztotožňuje s názorem, že hospitalizace parkinsonika může být z celospolečenského hlediska nejjednodušší a nejefektivnější způsob jeho likvidace – stačí nepodávat potřebné léky.
- Článek **Jak přežít hospitalizaci** přišel z univerzit Florida, Brown a Northwestern. Budete nejspíš vědět o nemoci mnohem více než zdravotnický personál...

Vysvětlíte při příjmu lékaři i staniční sestře, že bez časově přesného podání léků zůstanete nepohyblivý a budete mít problémy s řečí i polykáním. Upozorněte na časové rozložení svých OFF stavů.

Počítejte s tím, že se v nemocnici pohybově zhoršíte.

- První příčinou je to, proč jste v nemocnici, úraz, potřeba operace, infekce i typu nachlazení, zápal plic a zvl. záněty močových cest.
- Druhou příčinou je napětí a pochopitelně strach z hospitalizace a z očekávaných zákroků. Podstatně se změní režim dne, ranního vstávání, stravování.
- V neposlední míře dojde ke zhoršení spánku. Problémy se spánkem má většina i doma, v nemocnici se jen zhorší – jiná postel, chrápající soused, noční příchody personálu. Spánek ovlivní i léky, které tiší bolest.

Nedostatek spánku přidaný k ostatním problémům vás mohou i mentálně „rozhodit“. Stává se to většině starších nemocných. Ztratíte pojem o čase, netrefíte v noci na svou postel, budete odmítat pomoc a léky. Následkem možných halucinací budete vztahovačný až agresivní, budete utíkat z lůžka. Klid, ujišťování, že se nic mimořádného neděje většinou stačí. Jen výjimečně musí lékař přidat antipsychotika.

- Většina nemocných považuje pobyt v nemocnici za nutný klid na lůžku a pohybuje se méně, než jsou zvyklí. Nevynechávejte v nemocnici (pokud nemáte nařízen přísný klid a pokud to sami fyzicky zvládnete) svá pravidelná cvičení, pohybujte se po pokojí a s oporou i mimo pokoj. Ordinovaná rehabilitační cvičení přijměte jako bonus navíc.

Některá vyšetření a procedury prováděné na neurologii

doc. MUDr. Jan Roth, CSc.

Neurologická klinika 1. FN UK a VFN, Praha

Na úvod je nutné říci, že ne všechna níže popsaná vyšetření jsou prováděna u každého pacienta. Někdy je dokonce pobyt zaměřen pouze na léčebné možnosti nemoci a žádné popsané vyšetření se neprovádí. O každém vyšetření je nemocný předem informován. Pokud jde nemocný na vyšetření, jehož účel, význam a rizika nezná, má samozřejmě kdykoliv možnost zeptat se svého ošetřujícího lékaře nebo zdravotnického personálu, jenž by měl vše vysvětlit.

Elektroencefalogram - EEG

Jemné elektrické impulsy vycházející z mozku se zachycují z povrchu lbi nalepenými snímači, které se přichytí k hlavě vodivou pastou či tekutinou či přes speciální čepici. Snímače jsou spojeny s přístrojem, který registruje aktivitu elektrických impulsů, a převádí ji do podoby křivek na papír či na obrazovku počítače. V průběhu snímání nemocný leží pohodlně na lůžku a občas dostává za úkol otevírat a zavírat oči, zhluboka dýchat či je na krátký čas do očí pouštěno blikající světlo. Vyšetření slouží k posouzení funkčního stavu mozku, je zcela nebolestivé, nerizikové a trvá cca 20 minut. Vodivá pasta někdy z hlavy hůře pouští a je nutné si umýt po vyšetření vlasy.

Evokované potenciály - EP

Provádějí se podobně jako EEG, ale v průběhu vyšetření má pacient za úkol hledět na obrazovku, kde se mění uskupení grafických obrazců, či naslouchá ve sluchátkách přicházejícím zvukům apod. U jednoho druhu vyšetření se provádí stimulace určitých částí těla drobnými elektrickými impulsy přes kůži. Opět se jedná o nerizikové vyšetření, trvající někdy poněkud déle než EEG. Je zde však již nutná určitá spolupráce nemocného člověka. Nutné je vzít si na toto vyšetření brýle či zdůraznit svému lékaři svou eventuální poruchu sluchu. Vyšetření EP slouží ke sledování funkcí určitých nervových drah.

Elektromyografie - EMG

Toto vyšetření slouží především k posouzení rychlosti přenosu vedení elektrických impulsů v nervech a ve svalech, existuje však celá řada dalších poznatků, které lze za pomoci EMG získat. Elektrické impulsy se snímají z povrchu kůže či z tenkých jehel vbodnutých do svalu. Často se též drobnými elektrickými stimuly aktivuje vedení v určitých oblastech těla, což se provádí drobným stimulátorem přiloženým na kůži. Vyšetření může být v tomto případě mírně nepříjemné, nemůže však zanechat žádné následky.

Výpočetní tomografie - CT

Jedná se o zobrazovací metodu, umožňující rozpoznat strukturu daného orgánu a eventuální abnormalitu. V neurologii se používá na vyšetření mozku a páteře. Využívá principu rentgenového záření, dávka záření však není nijak velká. Pacient je uložen na lůžku, které se zasunuje do tunelu, v němž

jsou umístěny jak rentgenová lampa, tak snímače aktivity rentgenového záření, které projde příslušným orgánem. V průběhu vyšetření je nutné ležet velmi klidně, přístroj poněkud hučí. Výsledky snímání jsou zpracovány složitým počítačem, který vyhotoví obrazy příslušného orgánu. Často je třeba v průběhu podat kontrastní látku do žíly. Je proto nutné informovat vyšetřující personál o eventálních alergiích. Obvykle se před CT vyšetřením podává tzv. premedikace, tj. léky, které jsou schopny omezit alergické projevy, v případě, že by se náhodou vyskytly. Je-li u nemocného na základě předchozí zkušenosti potvrzena alergie na jod, nelze kontrastní látku v žádném případě podat. Vyšetření trvá cca 10-20 minut.

Magnetická rezonance - MRI

Provádí se podobně jako CT, ale přístroj nepracuje na principu rentgenového záření, radiační zátěž tedy odpadá. Slouží opět k prokázání strukturální odchylky v příslušném orgánu. Na některé chorobné stavy je podstatně citlivější než metoda CT. Tunel u MRI je však podstatně hlubší a nemocný v něm může cítit jistou úzkost z nedostatku výhledu ven a ze stísněného prostoru. Lidé trpící klaustrofobií (strachem z těsných prostor) mají často velké obtíže vyšetření absolvovat, je nutné podat zklidňující lék či pacienta dokonce uspat. Přístroj také vydává hlasité bouchavé zvuky. Přesto je nutné ležet velmi klidně, jakýkoliv pohyb může vyšetření znehodnotit. MRI pracuje na principu magnetického pole, proto v jeho dosahu nesmí být magnetické předměty z kovu. Nemocný musí odložit hodinky, kovové spony do vlasů, kreditní karty, mobilní telefony atd. v předšálí vyšetření, kde jsou uzavíratelné boxy na osobní

věci. Vyšetření z téhož důvodu nesmí podstoupit pacienti s kovovým materiálem v těle, tj. lidé s endoprotézami např. kyčle, kolene atd., nemocní s kardiostimulátorem (pacemakerem). Na toto vše je nemocný upozorněn a dotázán předem personálem MRI pracoviště. Také při tomto vyšetření se někdy podává kontrastní látka, alergie na jod však není překážkou, látka je zcela jiného původu než kontrastní látky používané na rentgenových přístrojích.

Jednofotonová emisní tomografie - SPECT

Vyšetření opět probíhá obdobně jako CT a MRI. Předem je ale podána do žíly speciální látka s radioaktivní substancí, jejíž aktivita se při průchodu příslušným orgánem snímá. Látka brzy z organismu zmizí a neznamená žádné riziko. Vyšetřením se zjistí odchylky v prokrvení mozku či jaká je metabolická aktivita určitých částí mozku.

Lumbální punkce

Většina lidí se domnívá, že při vyšetření je odejmuta drobná část míchy a že vyšetření je rizikové a silně bolestivé. Ani jedna věc není pravda. Lumbální punkce slouží k vyšetření pouze a jen mozkomíšni tekutiny (tzv. likvoru), většinou k vyloučení zánětlivých změn nervové soustavy. Jiná možnost vyšetření při podezření na zánětlivou nemoc nervstva není. Provádí se vpichem tenké, dlouhé jehly na jedno použití v prostoru dolní bederní páteře (kde mícha již není přítomna) do prostoru páteřního kanálu. Vpich přes kůži bolí obdobně jako injekce do svalu, oblast páteřního kanálu již není citlivá. Někdy se však jehla může dotknout nervového vlákna, což lze poznat pocitem jakéhosi elektrického impulsu, který proběhne směrem dolů, často do

končetiny. To není nebezpečným příznakem, nerv nelze poškodit „nápichem“, ale je to nepříjemný pocit. Stává se to však jen u menšiny nemocných.

Nemocný přitom buď leží, či sedí v poloze s vyhrbenými zády (jako „kočičí hřbet“). Je sestrou, která je u něj celou dobu přítomna, podrobně instruován a celá procedura je lékařem provádějícím vyšetření komentována – co právě lékař dělá a co bude následovat. Nemocný tedy není zaskočen neočekávaným podnětem. Mozkomíšní tekutina je odebrána do zkumavek (v množství maximálně do 20 ml), poté je jehla rychle vytažena a nemocný by měl minimálně 8, většinou však 24 hodin ležet. Na některých odděleních však nemocní mohou vstát již po 1-2 hodinách, častěji je však poté několik dnů může bolet hlava. Po lumbální punkci by měl nemocný po dobu 1-2 dnů více pít k doplnění tekutin. Vyšetření nikdy nezanechá nepříznivé následky, je však nepříjemné. Žádný lékař je však nikdy neprovádí bez závažného důvodu.

Psychologické vyšetření

Mnoho nemocných se obává, že když jsou odesláni na psychologické vyšetření, znamená to, že jsou lékaři považováni za duševně nemocné, či že jejich duševní výkon je nedostatečný. Pro lékaře je však velmi důležité udělat si představu, do jaké míry mohou psychické problémy člověka ovlivnit jeho nemoc nebo do jaké míry ovlivnila nemoc či její léčba některé specifické duševní schopnosti. Stres, přítomnost deprese atd., hrají často zásadní roli v projevech té které nemoci. Také zjištění eventuálních drobných známek některých poruch, např. poruchy paměti atd., pomůže lékařům s diagnózou nemoci a s její léčbou.

Vyšetření provádí psycholog. Obvykle nejprve hovoří s nemocným o jeho problémech a prožívání různých životních situací. Nemocný se s ním o mnoha věcech může poradit a existuje celá řada psychoterapeutických postupů, jak nemocnému pomoci zvládat život s jeho problémy a nároky. Poté nemocný zpravidla vyplní dotazník, příp. je dotazován na různé věci, event. provádí různé úkoly. Někdy se testuje na počítači určitá schopnost, např. pohotovost, orientace atd. Na tuto práci však není nutná žádná znalost práce s počítačem, obvykle se jen mačká jedno nebo dvě tlačítka. Psycholog je v nemocnici k dispozici i tehdy, pokud nemocný projeví zájem o podporu či pomoc.

Rehabilitace

V průběhu pobytu v nemocnici se nemocného obvykle ujme rehabilitační pracovník, který jej instruuje a cvičí s ním, provádí některé přístrojové rehabilitační metody, případně s ním trénuje určité dovednosti a zacházení s rehabilitačními pomůckami (vozík, chodítka, hole atd.). Rehabilitační péče je nedílnou a zásadní součástí veškeré léčby a nemocný by měl se cvičením a s dalšími instrukcemi dlouhodobě doma pracovat.

Na závěr je nutné jen podotknout, že vše, co bylo uvedeno, závisí na souhlasu pacienta podrobit se jednotlivým úkonům a na jeho souhlasu nastoupit do nemocnice. Lékař nemocnému vždy vysvětlí, proč to či ono dělá a proč je to pro nemocného důležité. Konečné rozhodnutí však je vždy na nemocném. Každý člověk je zodpovědný sám za sebe a rozhoduje o svém osudu. Lékaři a zdravotnický personál jsou pouze lidé připravení pomáhat.

Co by měl parkinsonik znát o svém léčení

MUDr. Pavel Rössner

Neurologické oddělení, NsP v Novém Jičíně

Obraz Parkinsonovy nemoci je znám velmi dlouho. Poprvé tuto nemoc popsal James Parkinson v roce 1817 ve svém pojednání o „obrně třaslavé“. Parkinsonovu nemoc nedokážeme vyléčit, dokážeme ale větší účinně pozitivně ovlivnit její příznaky a tak zlepšit kvalitu života trpících pacientů a usnadnit jim jejich nelehký úděl. U každého pacienta má tato choroba individuální obraz a průběh. Existuje řada nemocných trpících jen lehkými potížemi, které dlouhou řadu let nejeví tendenci ke zhoršení a lze je léčbou prakticky odstranit. Diagnóza Parkinsonovy nemoci v současnosti neznamená ortel, který by nutně znamenal invalidizaci a vyloučení z běžného života. Je mnoho pacientů, kteří i přes tuto nemoc nadále chodí do zaměstnání a žijí životem jen málo odlišným od života zdravých lidí, i když musí překonávat mnohé těžkosti a užívat pravidelně léky. V tom jim často musí pomoci i jejich rodina a blízcí přátelé. Také jim je nutno pomáhat, neboť péče o dlouhodobě nemocného může být velmi vyčerpávající. Samozřejmě, že je lepší být zdravým, ale pokud někdo onemocní, má právo na adekvátní péči a léčbu, která mu může, někdy ovšem ne zcela, pomoci navrátit se zpět do aktivního života. V případě Parkinsonovy nemoci je kvalita života a efekt léčby, a tedy i efektivita nemalých investic společnosti do velmi drahých léků,

dána spoluprací mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou. K tomu je nutná jak erudice lékaře, tak i dobrá informovanost pacienta a jejich komunikace, v čemž hraje nezastupitelnou roli Společnost Parkinson.

První doporučení k léčbě pocházející ještě od Jamese Parkinsona bylo pouštění žilou a přikládání pijavic. Až v šedesátých letech 20. století bylo zjištěno, že důležitou roli při této chorobě hraje nedostatek dopaminu v určitých částech mozku. Dopamin je jednou z látek, pomocí kterých jsou přenášeny v mozku nervové vzruchy. Tento objev umožnil zásadní průlom v léčbě Parkinsonovy nemoci, ale také v chápání mechanismů funkce mozkových center pro řízení pohybu. Na základě těchto objevů bylo poprvé v roce 1961 užito v léčbě látky nazývané levodopa. Toto léčivo je tzv. prekurzorem dopaminu, tedy látky, která v mozku parkinsoniků chybí. Prekurzor znamená, že z této chemické sloučeniny v těle, přesněji řečeno v buňkách mozku, vzniká vlastní účinná látka, v případě parkinsoniků z levodopy vzniká dopamin. Samotný dopamin nemůžeme podávat, protože by se díky jeho vlastnostem do mozku nedostal, ať už při podání v tabletách nebo injekčně, navíc by mohlo takové podání způsobit některé nepříjemné nežádoucí účinky. Při užívání levodopy se ale tyto problémy nevyskytují, a tak i díky její účinnosti je do dnešních dnů základním lékem na Parkinsonovu nemoc. Levodopa je obsažena v lécích, které u nás jsou podávány pod názvy Nakom, Isicom, Madopar, Lecardop nebo Sinemet. Máme ale také jiné možnosti, jak léčebně zasáhnout, a to léky, kterým říkáme agonisté dopaminu. Jsou to léky, které působí na receptory

nervových buněk, kde působí dopamin. Výhodou těchto látek je zejména jejich delší doba účinnosti a podpora účinku levodopy. Podle moderních poznatků by agonisté dopaminu měly být výhodnější v počátcích choroby než levodopa. Zejména v pokročilejších stádiích choroby by měly být kombinovány s levodopou. Z těchto léků je u nás k dispozici pramipexol (obsažen v preparátu Mirapexin), ropinirol (obsažen v preparátu ReQuip), pergolid (obsažen v preparátu Permax). Nově máme k dispozici také rotigotin (obsažen v preparátu Neupro), který je aplikován ve formě náplasti jedenkrát denně. Náplastová forma podávání způsobuje, že hladina rotigotinu v krvi je velmi stabilní. Bohužel tento preparát není hrazen pojišťovnou a je poměrně drahý. Nejsilnější dopaminový agonista je apomorfín, který je dostupný v injekční formě. Apomorfín se užívá jen ve specializovaných centrech a to obvykle jako lék, kterým si můžeme obecně ověřit účinnost dopaminergního agonisty, a tak do určité míry testovat, zda daný pacient trpí Parkinsonovou chorobou nebo parkinsonským syndromem, u kterého je účinnost dopaminergních agonistů a levodopy malá nebo žádná. Dále je apomorfín užíván ke kontinuální infuzi pomocí infuzní pumpy u pokročilých stádií choroby. Nasažení pacientů na tyto infuzní apomorfínové pumpy patří do rukou specialistů ve specializovaných centrech, nyní v Praze, v Brně a v Olomouci.

Další způsoby, jak léčebně zakročit u Parkinsonovy nemoci: například blokadou enzymu, který rozkládá v těle levodopu, tím zvýšíme množství levodopy v těle a tím i následné množství dopaminu, které z této

levodopy vznikne. Blokátorem jednoho tohoto enzymu je látka nazývaná entakapon, který je součástí preparátu Comtan a Stalevo a dále pak tolkapon, který je součástí preparátu Tasmar. Stalevo je léčivo, které v sobě obsahuje jak entakapon, tak i levodopu.

V každém případě je typické pro Parkinsonovu chorobu, na rozdíl od léčby jiných nemocí, že zde kombinujeme mnohdy několik preparátů, což je z různých důvodů výhodné. Léky, které jsou u nás k dispozici, jsou vesměs stejné jako ve vyspělých západních státech; v tomto směru není rozdíl.

Nesmíme ale zapomínat na neurochirurgickou, operační léčbu, která zaznamenala výrazný pokrok zejména v posledních letech. Víme, že když vyřadíme z provozu některá mozková centra řídící hybnost těla, tak můžeme u parkinsoniků potlačit třes, ztuhlost nebo i některé jiné příznaky. Tento zásah lze provést několika způsoby. V minulosti nejčastější způsob byl velmi přesné zavedení sondy do daného mozkového centra a zahřátí jejího hrotu přibližně na 70 °C. Zavedení sondy je prováděno velmi přesnou metodou, tzv. stereotaxí, na základě výpočtů a s použitím speciálního rámu, kde můžeme přesně stanovit, v kterém místě mozku je sonda zavedena. Zahřátí sondy způsobí vyřazení z činnosti nervových buněk v její bezprostřední blízkosti. Navíc před vlastním zvýšením teploty hrotu sondy můžeme stimulací dané elektrody ověřit, zda jsme ve správném místě. Další metodou, která se dnes používá prakticky již výlučně, je elektrická stimulace buněk obdobných mozkových jader, jako při výše uvedené metodě. Pacient má pak speciální strojek velikosti kardiostimulátoru, který produkuje elektrický

proud o určité frekvenci, ten je převáděn kabelem na kovové sondy v mozku, sondy jsou pak zavedeny jedna do pravé i levé poloviny mozku. Strojek, generátor elektrických impulsů, je umístěn pod kůží ve stejném místě jako bývají kardiostimulátory, tedy v jamce nad klíční kostí a kabel je veden pod kůží krku až k lebce. Elektrické impulsy o přesné síle a frekvenci způsobí, že mozkové centrum, kam je sonda zavedena, přestane pracovat. Představme si, jako kdyby tyto elektrické impulsy byly tak „hlasité“, že překřičí elektrickou aktivitu mozkových buněk. Můžeme tuto stimulaci vypnout a pak se skutečně zase obnoví situace jako před činností elektrody, protože námi vyráběný „elektrický hluk“ ustane a nervové buňky mohou zase spolu „nerušeně hovořit“. Tato tzv. hluboká mozková stimulace má právě tu výhodu, že může být vypnuta, a tak se můžeme vrátit do pomyslného stavu před operací bez trvalé změny v činnosti mozku. Naproti tomu efekt operace, kdy mozkové centrum vyřadíme z provozu zahřátou sondou, již nelze měnit. Proto je dnes tento typ operace již méně častý. V každém případě jsou tyto vysoce specializované léčebné výkony prováděny za přísných pravidel jen na dvou pracovištích v naší republice (v Praze a v Brně), a to pacientům, kde běžné medikamenty již selhávají a stav je velmi komplikovaný a jiným způsobem neřešitelný.

Součástí léčby je ale také fyzioterapie, tedy rehabilitace. Jedná se o léčbu pohybem, cviky. Rehabilitace u parkinsoniků je u nás poněkud opomíjena, i když má velmi dobrý efekt na zvýšení a zachování fyzické kondice pacientů. Navíc je známo, že některé typy příznaků se lépe ovlivňují právě těmito

způsoby. Rehabilitační cvičení jsou u nás organizována zejména patientskou organizací Společnost Parkinson. Ta sdružuje nemocné, členy jejich rodin, lékaře a sympatizanty. Společnost Parkinson pořádá také pro své členy pravidelné schůze s přednáškovou činností, kde se pacienti a jejich příbuzní mohou dozvědět o novinkách v léčbě, o pravidelných rehabilitačních cvičeních pořádaných Klubem a mohou se na ně i přihlásit, mají také možnost se zeptat na besedách odborníků na to, co je zajímavé. Na internetových stránkách www.parkinson.cz je možné najít, ve kterých městech tato organizace pracuje a jaké má aktivity.

V rámci ambulantní péče je důležité informovat pacienta o možných rizicích léčby, o nežádoucích účincích, které nejsou většinou nutným utrpením. Také je nutné, aby pacient dokázal rozlišit, co je nežádoucím účinkem léků a co je součástí choroby. Velmi častou potíží je nevolnost po anti-parkinsonské medikaci, která se ale dá poměrně snadno překonat léčbou dromperidonem (preparát Motilium) a tím se dá zabezpečit co nejvyšší účinnost medikace s co nejmenšími nežádoucími účinky. Levodopa dokáže také zhoršit tzv. ortostázu, tedy poruchu regulace krevního tlaku se závratí, jednak po rychlém postavení ze sedu nebo po setrvání delší dobu ve stoji. K potlačení ortostázy je nezbytně nutné dodržet co nejlepší pitný režim s udržením objemu tekutin nad 2 litry denně. Do příjmu tekutin přitom nepočítáme kávu, polévku a též mléko, které může masivně blokovat vstřebávání levodopy. Mléčné výrobky a bílkovinná strava mohou výrazně snížit účinnost medikace s levodopou blokádou vstřebávání, což se může projevit změnami hybnosti, které jsou

každý den jiné. Pokud je fluktuace hybnosti každý den jiná, je velmi dobré podrobněji prozkoumat jídelníček jednotlivých dnů a po dohodě s lékařem upravit stravovací návyky. Velmi důležité pro pacienta je vědět i o možných psychiatrických rizicích anti-parkinsonské léčby. U některých disponovaných jedinců může docházet ke zvýšenému výskytu velmi živých barevných snů, dále také k poruchám vnímání, kdy daný jedinec obvykle večer, v tichu a šeru může spatřit siluety osob či věcí. Pokud tento stav není léčebně ovlivněn, může přerůst až v halucinace. Dochází-li k těmto stavům,

pak musí být co nejrychleji nahlášeny ošetřujícímu neurologovi, který provede úpravu medikace a může nasadit i léky proti těmto poruchám vnímání, tedy neuroleptika. Informace o nežádoucích účincích léků jsou pro pacienty nesmírně důležité a neměly by je odrazovat od užívání léčiv. Nežádoucí účinky jsou mnohem méně časté než žádoucí účinky a celá léčba má být koncipována tak, aby právě zisky léčby výrazně převážily problémy, které může způsobit. Je nutno znát rizika, a tato rizika řešit.

Seznam léků, které pacient s Parkinsonovou nemocí nesmí užívat

Uvádíme jen ty léky, se kterými se nemocný může setkat v ordinacích českých lékařů nejčastěji a které mohou výrazně zhoršit průběh nemoci nebo stav hybnosti u Parkinsonovy nemoci.

Neuroleptika (tzv. typická) - léky používané hlavně, ale ne vždy, při léčení duševních poruch. Jsou to hlavně: Haloperidol, Haldol, Largactil, Moditen, Tisercin, Levopromazin, Prochlorperazin, Perfenazin.

Některé léky používané **při zažívacích obtížích**: Degan, Cerucal, Arlevert.

Některé léky používané např. v léčbě **závrati, nevolnosti, zvracení**: Torecan, Arlevert.

Některé léky používané např. při **nedostatečném prokrvení vnitřního ucha a mozku**: Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium.

Některé léky používané k **tlumení kašle a škytavky**: Prothazin, Promethazin, Phenergan.

Některé léky používané k **léčbě vyššího krevního tlaku**: Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt.

Současně se selegilinem (Jumex, Sepatrem, Niar, APO-Seleg, Selegilin-Ratiopharm) se nesmí používat - např. Melipramin, Amitriptylin, Prothiaden, Anafranil, Noveril, Ludiomil, Lervon, Vivalan, Trittico, Fevarin, Apo-Fluoxetin, Deprex, Fluoxetin, Portal, Seropram, Ciprallex, Citalec, Zolof, Seroxat, Remood, Edronax, Efectin, Remeron, Aurorix, Coaxil. Pokud je nutné podávat tyto léky, je třeba 3-4 týdny předem vysadit selegilin.

Stravovací návyky a spánek

doc. MUDr. Martin Bareš, Ph.D.

I. neurologická klinika LF MU FN

u sv. Anny Brno

Centrum pro abnormní pohyby

a parkinsonismus, Brno

Pro pacienta trpícího Parkinsonovou nemocí je zdravá výživa s dostatečným energetickým příjmem velmi důležitou součástí celého léčebného režimu a pomáhá udržovat dobrou kondici pacienta.

Co jíst

Stravovací plán umožní jíst vyváženou stravu s dostatečným množstvím ovoce a zeleniny, proteinů, mléčných výrobků a cereálií. Dbát na požívání potravin či potravinových doplňků, které obsahují minerály a vitaminy. Velmi důležité je dodržování dostatečné hydratace, pít především vodu a vyhnout se nadměrnému požívání kofeinu a alkoholu, které naopak dehydrataci prohlubují. V indikovaných případech je na místě konzultace u odborníka - dietní sestry.

Změny v trávicím traktu

U Parkinsonovy nemoci dochází ke změnám v trávicím traktu, které vedou k nedostatečnému trávení, opoždění ve vstřebávání požitých potravy i léků. Pacienti mohou ztrácet na váze, což vždy je nutné konzultovat s ošetřujícím lékařem. Snad každý parkinsonik ví, co to je úporná zácpa. Je zapříčiněna zpomalením motility hladkého útrobního svalstva, ale i podávanými léky. U úporné zácpy se doporučuje zvýšená hydratace, pít dostatečné množství

vody (minimálně 3 litry tekutin denně). Zařazení cereálií, ovoce a zeleniny a stravy s vyšším obsahem vlákniny je všeobecně žádoucí.

Potíže s polykáním

Při potížích s kousáním a polykáním, které se mohou objevit po několika letech Parkinsonovy nemoci, je nutné se vyhnout určitým druhům potravin a upravit stravovací návyky: požívat potravu vsedě či ve stoji, kousat malá sousta a dostatečně je rozžvýkat, zapíjet tuhá sousta vodou. Je třeba se vyhnout některým potravinám, jako jsou oříšky nebo čerstvá neupravená zelenina.

Dieta a antiparkinsonská léčba

Dieta a antiparkinsonská léčba musí být v souladu, nejen po stránce obsahu, ale i po stránce časové. Léky obsahující L-DOPU není možno podávat současně s potravou s vyšším množstvím proteinů nebo s mléčnými výrobky kvůli snížení účinnosti léků, a tudíž možného zhoršení klinického stavu pacienta. Jedním z řešení je podat bolus proteinů nebo mléčných výrobků později večer, nebo se alespoň snažit dodržet hodinový odstup mezi léky a potravou s vyšším bílkovinným obsahem. Obecně bych doporučil častější využívání služeb dietních sester.

Spánek a Parkinsonova nemoc

Dalším problémem u pacientů s PN jsou poruchy spánku. Jejich příčina není jednotná, proto i jejich řešení není jednoduché. Na poruchách spánku se podílí:

- věk
- vlastní onemocnění
- postižení spánkového rytmu (pravidel-

ného střídání spánku a bdění)

- léky (na Parkinsonovu nemoc, jiné léky ovlivňující centrální nervový systém)
- další onemocnění (tzv. komorbidity)
- deprese
- stravovací návyky

Proto vždy prvotním opatřením je zjištění, o jakou poruchu spánku se u daného pacienta jedná; zda jde o poruchu při usínání, udržení spánku, či naopak časné buzení. Dále doporučujeme nejíst na noc, nepodávat jiné než nezbytné léky v pozdějších večerních hodinách, které mohou mít budivý charakter. Pátráme po skrytých příznacích deprese. Pokud pacient je přes den spavější a v noci naopak čilý, snažíme se postupně navrátit k původnímu spánkovému rytmu omezením možnosti spánku přes den. Z léků se osvědčují hypnotika. Pokud se pacient v noci probouzí kvůli příznakům Parkinsonovy nemoci (např. třesem), pak lze zařadit retardovanou L-DOPU těsně před ulehnutím.

Smažený kapr je nejrychlejším požíračem dopaminu. A já právě kapra miluji.

Naprosto v pohodě je hamburger od McDonaalda, ten je převážně ze soji.

Operace - praktické rady

doc. MUDr. Jan Roth, CSc.

Neurologická klinika I. LF UK a VFN, Praha

Pokud má člověk trpící Parkinsonovou nemocí podstoupit jakýkoliv operační zákrok, je nutné, aby si byl vědom určitých problémů, které mohou, ale nemusí nastat. Pro minimalizaci tzv. operačních a po-

peračních komplikací slouží následující instrukce a informace:

1. Vždy a za všech okolností mějte při sobě seznam všech léků, které užíváte i s dávkováním, společně s názvem nemoci či nemoci, kterými trpíte. Pokud dojde k náhlé komplikaci zdravotního stavu vyžadující operaci (event. také k poruše vědomí), zjednoduší to rozhodování ošetřujícím lékařům. Např. při autohaváriích apod. není čas zjišťovat telefonicky zmíněné údaje.

2. Pokud se jedná o plánovanou operaci, musí chirurg již před vaším nástupem do nemocnice na operaci znát diagnózu Parkinsonovy nemoci a její přesnou léčbu. Proto je nutné vyžádat si předem u ošetřujícího neurologa zprávu o zdravotním stavu a o léčbě.

3. Před nástupem do nemocnice k plánovanému operačnímu zákroku je nutné prodiskutovat s chirurgem, zda je možné provést operaci v tzv. místním či svodném znecitlivění či „umrtvení“ (lokální, svodná či epidurální anestezie). Je to pro vás mnohem vhodnější než tzv. uspání (celková anestezie, narkóza). Celou řadu operací je nyní možno provést v tzv. epidurální anestezii (znecitlivění rozsáhlých částí těla pomocí vstříknutí znecitlivující látky do páteřního prostoru).

4. Tři týdny před operací je vhodné vysadit selegilin (Jumex, Sepatrem, Niar, APO-Seleg, Selegilin-Ratiopharm).

5. Význam má také přinést si na chirurgické oddělení dostatečnou zásobu všech užívaných léků. V nemocnici nemusí mít vždy ihned dostupné všechny léky potřebné k léčbě Parkinsonovy nemoci.

6. Po nástupu do nemocnice je nutné informovat zdravotnický personál o diagnóze

Parkinsonovy nemoci a předat přesný rozpis léčby. Je vhodné předat i kontakt na ošetřujícího lékaře - neurologa, v případě, že by došlo k jakýmkoliv komplikacím.

7. Pokud ve vašem případě není možné použít místní umrtvení, bude použita celková anestezie – narkóza. V takovém případě je vhodné se při rozhovoru s lékařem ubezpečit, že součástí anestezie nebude uspávací prostředek halotan, ani jakékoliv typické neuroleptikum (léky používané někdy před narkózou, především však v léčbě psychických poruch, např. k tlumení neklidu, zmatenosti, u vidin, bludů atd.). Tyto léky nesmějí být nikdy použity u nemocných s Parkinsonovou nemocí – výrazně zhoršují hybnost a hrozí i jiné komplikace.

8. Je nutné být si vědom faktu, že po mnoha operacích v celkové anestezii (zvláště po operacích břicha) je obvyklé nepodávat po určitou dobu ani potravu ani léky ústy. Váš hybný stav se tedy může po operaci zhoršit pro delší pauzu v užívání L-DOPA a event. i dalších léků. Je dobré se chirurga zeptat, kolik hodin nebudete smět přijímat léky ústy a zda je tento interval možné zkrátit.

9. Někdy se stává při probuzení z anestezie či po něm, že dojde k přechodnému neklidu nebo zmatenosti. Tento stav je někdy nutné tlumit léky. Ubezpečte se však opět předem, že u vás v takovém případě nebude použit žádný lék z již výše zmíněné skupiny tzv. typických neuroleptik. Vhodným preparátem k tlumení pooperační zmatenosti, neklidu je např. lék Tiapridal.

10. Počítejte s tím, že pooperační rehabilitace u vás bude pravděpodobně probíhat pomaleji a že může trvat i delší čas, než se po operaci začnete po hybné stránce opět cítit jako v době před operací.

Proč „cvičit“?

Mgr. Petr Pospíšil, asistent LF MU - FN u sv. Anny v Brně

„Při vhodné medikamentózní léčbě je to jedna z nemnoha dalších možností, jak zvýšit svůj životní komfort a udržet si samostatnost a soběstačnost po dlouhou dobu i přes chronickou progresi onemocnění.“

Léčebná rehabilitace (dále jen RHB) se jako nedílná součást komplexní péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí (dále jen PN) zaměřuje jak na ovlivnění pohybu (především rigidity, tremoru, hypokineze a z toho vyplývajících omezení), tak na ovlivnění symptomů dysfunkcí autonomního nervového systému (především dysfunkce gastrointestinálního systému, močového měchýře, spánku, dýchání a kardiovaskulárního systému). Nedílnou součástí léčebné rehabilitace je i edukace, tj. seznámení s podstatou problému a jeho řešením zahrnujícím jak konkrétní, tak režimová opatření, popř. různé tipy a triky ke zvládání symptomů onemocnění.

Čím je tedy rehabilitační cvičení u PN tak zvláštní? Vzhledem k omezením daným samotnou podstatou PN je nutno zaměřit RHB cvičení především na rozvoj rovnováhy a trénink chůze, prevenci vadného držení těla, harmonizaci svalového napětí, schopnost relaxace, správné dýchání a péči o dýchací cesty, cvičení mimiky, logopedická cvičení, vhodné sportovní a outdoorové aktivity, management autonomních dysfunkcí a tipy a triky ke zvládání symptomů PN.

Z důvodu udržení velké účelnosti a efektivity rehabilitačního cvičení je doporučováno pravidelné samostatné domácí cvičení

a alespoň jednou týdně individuální nebo skupinové cvičení vedené zkušeným cvičitelem nebo fyzioterapeutem. Maximálně specifickou léčebně rehabilitační terapií konkrétního problému je individuální péče vyžádaná ošetřujícím lékařem a realizovaná fyzioterapeuty ve zdravotnických zařízeních, ústavech či lázních.

Důkazem efektivity RHB léčby se v minulosti zabývala celá řada autorů v rámci různých výzkumných studií. V loňském roce všechny kvalitní dosavadní práce shrnuli a zhodnotili autoři Jöbges a kol. (2007) s jasným výsledkem vyznívající jednoznačně ve prospěch pozitivního efektu RHB. Studie hodnotící RHB jednotlivých specifických symptomů prokazují zlepšení v příslušných hodnotících škálách, studie zabývající se hodnocením RHB zaměřené na více než 3 běžné symptomy PN dokládají zvýšení životního komfortu.

Brněnskému Klubu Parkinson se daří realizovat pravidelná rehabilitační cvičení ve spolupráci s fyzioterapeuty Katedry fyzioterapie a rehabilitace LF Masarykovy univerzity. Aby tato forma RHB mohla být zpřístupněna většímu množství „parkinsoniků“, v letošním roce proběhne na závěr podzimního rekondičního pobytu v Horní Bečvě kurz pro cvičitele - PN, který bude specificky zaměřen právě na výše uvedené oblasti rehabilitace.

Mnoho příjemných chvil strávených při cvičení přejí

Mgr. Petr Pospíšil

Literatura

1. Jöbges M, Spittler-Schneiders H, Renner CIE, et al. Clinical relevance of rehabilitation programs for parkinson's disease.

J. K. Pohyb je život. Samoúčelný tělocvik od dětství nemám rád. Když si po bytě rozsypete 10 deka suchých fazolí, než je posbíráte, tak si užijete.

Malá Parkiniáda

2.-3. 8. 2008 začátek v 9:00 hod

pořádá Klub Parkinson Slovácko
v hale Želva, 696 03 Dubňany okres
Hodonín

Disciplíny: stolní tenis, petanque, bowling,
šipky,...., a překvapení

Zveme parkinsoniky z Čech, Moravy i sousedních zemí.

Bližší údaje www.parkinson-cz.net

Za Klub Slovácko Jan Škrkal (skrkal@seznam.cz)

Psychohygiena v průběhu nemoci

MUDr. Tereza Uhrová

Psychiatrická klinika a Neurologická klinika
I. LF UK a VFN Praha

Psychohygiena je nauka o tom, jak si chránit a upevňovat (případně znovu získat) duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Psychohygiena poskytuje návod, jak cílevědomě upravovat životní styl a podmínky tak, aby se nejen zabránilo nepříznivým vlivům, ale aby se co nejvíce uplatnily vlivy posilující naši duševní kondici a rovnováhu. Má člověka naučit, jak předcházet psychickým obtížím. Pokud již nastaly, učí ho, jak je nejlépe zvládat.

Každé vážné tělesné onemocnění znamená zásah do integrity organismu a vede také

k **psychické reakci**. Tato psychická reakce je výsledkem interakce tělesné choroby s osobností nemocného, která je dále ovlivněna řadou jiných faktorů: věkem, životní zkušeností a konkrétní situací nemocného, dobrou informovaností a očekáváním od terapie, rodinným zázemím apod.

Výsledkem interakce všech faktorů je určitá emocionální reakce na nemoc. Mezi základní emocionální reakce na nemoc patří deprese, úzkost, popření a regrese. Mají značný význam pro usnadnění vyrovnávání se s faktem nemoci. **Adaptace na nemoc** znamená schopnost vyrovnat se s jejími následky, přizpůsobit svůj život změněné situaci, dodržovat léčbu a omezení z ní vyplývající za účelem údravy nebo nezhoršení tělesného stavu. V psychice nemocného znamená adaptace obnovu schopnosti prožívat pozitivní emoce, radovat se a být aktivní byt za přizpůsobení se novým podmínkám nemoci. Průběhu adaptace na chronické onemocnění bude věnována pozornost v některém z dalších čísel časopisu.

Parkinsonova nemoc (PN) svými zdravotními důsledky závažně postihuje nejen své nositele, ale prakticky vždy i partnery, kteří o nemocného člověka pečují. Soužití komplikují nejen vlastní příznaky nemoci, ale i psychosociální stres vyplývající z výskytu chronického onemocnění v rodině. Vzhledem k tomu, že PN je pomalu se rozvíjející onemocnění s individuálním průběhem, nelze říci, že musí vždy působit závažný stres. První léta nemoci je pacient obvykle schopen plně pracovní zátěže, léčba je velmi účinná. Stresující bývá především obava z budoucnosti. V dalším průběhu, a zde je nutno zdůraznit, že často až po mnoha letech, nastoupí problémy pozdních stadií

onemocnění, které již mohou přinášet četná omezení v denních aktivitách i v soběstačnosti. Omezení mohou dosáhnout takového stupně, že nemocný potřebuje stálou kontrolu, dopomoc až trvalou péči. Množství problémů v této fázi může vést k chronickému vyčerpání, depresi a pocitům úzkosti partnera a dalších pečujících osob. Mezi **zdroje stresu** patří fyzická náročnost úkonů souvisejících s péčí o pacienta, nutnost vykonávat veškeré domácí práce - převzetí role a odpovědnosti nemocného, poruchy nálady pacienta, zpomalené tempo vyjadřování, nesrozumitelnost řeči, ochuzení kontaktu, poruchy paměti a chování, sociální problémy, omezení vlastního života, volného času, redukce odpočinku, lítost a smutek, zadržování emocí (zloba, obviňování), pocit povinnosti („musím udělat všechno, co je v mé moci“, obětovat se), omezení společenského života, adaptace na soužití se „změněným“ člověkem. Narůstající počet povinností a pocit zvýšené zodpovědnosti by však v žádném případě neměl znamenat úplné odejmutí povinností pacientovi a jeho postavení do pozice bezmocného „nesvéprávného“ jedince. Hledání správné rovnováhy mezi objektivně nutným odlehčením nemocnému a zachováním jeho důstojnosti spolu s respektováním jeho názorů může patřit k nejnáročnějším úkolům a může rovněž značně přispět ke zvýšení napětí v rodině.

Pod vlivem chronického stresu se člověk dostává na pomyslné rozcestí, na kterém se musí rozhodnout pro jednu z možných cest. Buď může pro sebe začít něco dělat, pečovat o sebe a přiblížit se zpět k „normálnímu“ životu, nebo podcení rizika a s naivní představou, že „to nějak zvládne“ (event.

s výmluvou, že „jinou možnost nemá“) na sebe nechá působit stres dál. Pak je jen otázkou času a souhry dalších okolností, kdy „dorazí na konečnou“, tj. „zhroutlí se“, nebo sám začne trpět různými tělesnými či psychickými problémy.

V krajním případě mohou psychické příznaky nabýt takové četnosti a intenzity, že je lze již označit jasnou psychiatrickou diagnózou (obvykle se jedná o „poruchu přizpůsobení – krátkodobou či protrahovanou depresivní reakci“). Jindy chronický stres urychlí rozvoj onemocnění, pro které má pečovatel vlohu (např. deprese, ale i jakékoli tělesné onemocnění, zejména pak choroby z okruhu tzv. „psychosomatických poruch“, jako je astma či žaludeční vřed). Je pochopitelné, že k závažné poruše nedospějí všichni, kdo jsou vystaveni chronickému stresu. Stejná zátěž může být u různých osob různě participována, různě interpretována a různě zvládána. Jindy různá zátěž může u různých osob vyvolat podobné reakce. Za vnitřní klíčový faktor je pokládána osobnost jedince, za vnější klíčový faktor sociální síť a sociální opora. Nikdo z nás bohužel neví předem, kde je jeho „bod zhroucení“, a proto je důležité začít s prevencí včas (tj. v době, kdy ještě žádné potíže nemáme) a nerisikovat přílišné přiblížení ke své „hranici“.

Správná **životospráva** z hlediska duševní hygieny zahrnuje kvalitní spánek, správnou výživu, odpočinek a regeneraci sil, pohyb, tělesnou práci a cvičení a dobré hospodaření s časem.

Úsloví „nemám na to čas“ slyšíme denně v mnoha odlišných situacích z různých stran. „**Udělat si čas**“ může být přitom podstatně jednodušší, než je většina z nás ochotna připustit. Je třeba pouze důsledně dodržovat následující kroky:

- precizně si naplánovat (nejlépe písemně) reálný rozvrh práce (denní, týdenní, měsíční a roční plán s časovou rezervou pro nepředvídané úkoly, běžná vyrušování, vlastní indispozici)
- posoudit závažnost úkolů a omezit zbytečnosti
- vybrat jen nejpodstatnější problémy k řešení
- omezit časové ztráty
- využít nejcennější chvíle dne
- využít rozdrobené časové úseky (čekání na úřadě, cesta MHD atd.)
- využít volné chvíle k relaxaci
- stanovit si pevný režim dne

Dříve, než začnete o smysluplnosti této metody pochybovat, zkuste si na papír sepsat všechny své povinnosti a úkony, porovnejte, kolik času mohou zabrat a kolik na ně máte k dispozici. Nejspíše budete překvapeni, že na úkoly zabírající 20 hodin času máte prostor jen deseti hodin... Pak je ten správný okamžik na roztržení povinností do několika kategorií podle důležitosti a na trénink schopnosti „vynechávat nepodstatné činnosti“.

Další důležitá pravidla psychohygieny a prevence stresu:

- Vyhradte si denně chvíli času jenom pro sebe - z příjemných aktivit čerpáme více energie, než si myslíme, získáváme sílu lépe zvládat nepříjemnosti.
- Snažte se získat veškeré dostupné informace o vašem problému a zprostředkujte je ostatním blízkým osobám.
- Naučte se přijmout nabízenou pomoc, nestyďte se o pomoc sám požádat.
- Najděte si svůj „ventil“ napětí.

- Najděte si bezpečné prostředí, v němž můžete otevřeně komunikovat o problémech.
- Stanovujte si reálné cíle.
- Dovolte si pocit uspokojení nad vlastními schopnostmi - naučte se pochválit sám sebe za dobře udělanou práci; za neobvyklé, náročné nebo nepříjemné práce se odměňte.
- Snažte se zabránit kumulaci stresu.

Nesmíme také zapomínat na „podpůrné berličky“, které nám mohou ulevit, a na skutečnost, že tyto berličky můžeme sami ovlivnit. Velký význam pro zvládání situace při zvýšené zátěži má odolnost, resp. fungování celé rodiny. K jeho zlepšení lze přispět:

- otevřenou komunikací (v rodinách s chronickým nemocným bývají velmi často přítomná různá „tabu“ – témata, o kterých se nesmí veřejně hovořit, obvykle z falešných ohledů; taková tabu výrazným způsobem zvyšují míru napětí a úzkosti, člověk vydává zbytečnou energii na kontrolu, „aby něco neřekl“)
 - jasnými a srozumitelnými rodinnými pravidly (pravidelný denní režim, rozdělení povinností...)
 - vyhrazením času pro společné aktivity, podělení se o zážitky, vypovídání se
 - společným řešením problémových situací
- Kromě rodinného zázemí nám může pomoci i tzv. podpůrná sociální síť:
- pomoc a podpora širší rodiny, přátel, event. svépomocných organizací, církve
 - využití různých sociálních opatření

(donáška obědů, osobní asistent...)

Mnoho lidí uvedená opatření podceňuje, nevěnuje jim pozornost vůbec, nebo s nimi začne příliš pozdě. U jiných může být míra stresu, resp. kumulace mnoha stresových okolností natolik závažná, že daná doporučení prostě na udržení vlastního zdraví nestačí. V takových případech je nejdůležitějším pravidlem **PŘIZNAT SI PROBLÉM VČAS**. Pak je jednoznačně na místě vyhledání odborné pomoci. Podle povahy a závažnosti potíží lze volit mezi poradenskými službami, psychoterapií nebo komplexní medicínskou léčbou včetně farmakoterapie. Doporučení či radu o nejvhodnějším postupu může dát praktický lékař nebo odborný lékař pečující o nemocného člena rodiny.

J.K.: Trvalo mi kolem tří let, než jsem se „vyrovnal“ se ztrátou vůdčí pozice a přijal submisivní roli. Byl jsem zvyklý, že v práci moje slovo platilo a doma jsem většinu věcí odsouhlasil, ale byl jsem aspoň tázan. Cynicky prohlašuji, že nepovažuji za nutné předpokládat, že se lidé stávají lepšími tím, že onemocněli. Stejnou nemoc nepovažuji za jednotící platformu.



Nezapomeňte, že i v nemocnicích pracují jen lidé!

MUDr. Ludmila Čapková

Na téma „hospitalizace a podávání léků“ zde už píše doc. MUDr. Jan Roth, CSc. Popisuje ideální stav. Bohužel se stále častěji setkáváme s tím, že nemocný je předán na oddělení dlouhodobě nemocných (LDN), protože **nespolupracuje a nekomunikuje**. Příčinou bývá zpravidla to, že mu přestanou být podávány léky, které parkinsonik nesmí vynechat. Potvrdila mi to obvodní lékařka, s obměnami i několik nemocných - nejde jen o péči pooperační, akutní, ale i běžnou na různých odděleních. Léky, které má nemocný užít v přesně určeném čase, jsou podávány společně s ostatními po jídle, ve změněných

dávkách nebo jsou úplně vynechány.

Považuji za naprosto normální, že lékaři o Parkinsonově nemoci v podstatě mnoho nevědí. Je to jen jedna z tisíců nemocí, se kterými se setkají během studia. V praxi pak nabíhá stále užší a užší specializace.

Mozek lékaře má stejně omezenou kapacitu jako mozek jiných. Co nepatří do jeho ranku, o tom běžně nanejvýš ví, že existuje. Zdravotní sestry jsou na tom ještě hůře. Při jejich častém přerazování, přetěžování administrativou, pochopitelně neznalosti úzké problematiky atd., se nelze divit, že nevědí, zapomenou, předanou průkazku i s léky založí.

Nechci křivdit ani lékařům, ani sestrám, kteří, vědí, znají, dodržují pravidla, nezapomínají. Je jich jistě hodně, ale o těch se nemluví, jejich práci považujeme za samozřejmost.

Zopakuji tedy základní pravidla, co si musíte udělat nebo ohlídat sami:

Pravidla, která mě naučila mladší kolegyně na akutním příjmu:

Dopředu počítám, že mě mohou kdykoliv odvézt do nemocnice (stačí úraz na chodníku).

Když vycházím mimo domov, mám **u sebe občanský průkaz, průkazku pojišťovny i legitimaci parkinsonika a svůj dávkovač s léky**.

Doma mám trvale připravenou:

1. Kabelku - na ní své jméno

- uvnitř:

a) kopii průkazky (parkinsonika, diabetika, příp. jinou) s přesným dávkováním léků (nebo kartičku, která průkaz nahradí). Seznam léků, které nesmím dostat - uvedený v tomto čísle časopisu.

b) důležité !!! nezapomenou zapsat alergie na léky a léky, které nesnáším !!!

c) léky na 3-4 dny, pokud možno v originálních obalech - měním je podle doby expirace (všechna antiparkinsonika - z ostatních léky málo obvyklé) - ve stresu při příjmu si málokdy vzpomenu i na nejběžnější léky (...takové malé červené)

Nelépe, když mezi trvale připravené věci přidáte po přečtení i toto číslo časopisu.

2. Tašku

a) se základními hygienickými potřebami, které 1-2× do roka zkontroluji, vyměním mýdlo, zubní pastu, kartáček, hřeben, toaletní papír, ručník

b) noční oděv (pro potřeby EKG by měla být možnost rozepnutí), pantofle, ponožky, župan, příbor, nožik a další

c) v této tašce mám silnější papír (výkres) a na něm dobře čitelnou fixkou - pro případ ztráty brýlí nebo průkazky - všechny

léky a dávkování, rovněž pro případ, kdy oddělení průkazku beznadějně založí.

Tuto výbavu si připraví i můj partner, zvláště pokud jsme v domácnosti jen dva. Ušetří mi tak zbytečné prohledávání skříní a panikaření.

Po přijetí do nemocnice – pokud jsem schopen, ale nejlépe i rodina

a) předám průkazku a léky sestře nebo lékaři, sdělím problém při vynechání léků. Upozorním na dobu svých OFF stavů.

b) později se v klidu zeptám, zda mám příslušné léky předepsány na teplotce, urgují, pokud nejsou časově správně podávány - nesmím mít zábrany!

c) po příjmu podepisuji 5 -7 prohlášení – souhlas s hospitalizací, souhlas s vyšetřováním, souhlas s operací, souhlas s transfuzí a další.

Byla jsem na pokoji, když byl přijímán kolega, lékař. Přes všechna vysvětlování téměř nechápal, k čemu všemu dává povolení.

Rodina

a) se ptá, kontroluje stav zvláště staršího

nemocného, zejména po chirurgickém zákroku, nic nepovažuje za samozřejmé. Sleduje tuhnutí, řeč, polykání – to čeho si všímá doma. Pokud se jim něco nezdá, hledá sestru, lékaře, primáře;

b) donese z domu léky na další dny pobytu;

c) počítá s tím, že průkazka parkinsonika a příslušné léky mohou zůstat na oddělení, kam byl přijat a nestěhují se s ním (např. zůstanou na ortopedii, nejdou s ním na ARO ani pak na LDN).

Z vlastní zkušenosti vím, že vyplašený nemocný polovinu věcí zapomene sdělit, a i po běžné návštěvě v ambulanci neví, na co ho lékař upozorňoval.

Při propouštění požádám o pohovor s lékařem. Propouštěcí zpráva bývá elektronicky předána, aniž by vám kdokoliv řekl jediné slovo. Bohužel, i to je zkušenost mých přátel.

Dobře si uvědomuji, že jednání se zdravotníky nemusí být jednoduché a jak snadno dojde ke konfrontačním střetům, ale je nutné.

Pokud nevlastníte průkazku, požádejte o ni svého neurologa.

Alternativa pro život

motto: Lékařům jde o živobytí, ale mně jde o život

Vážení spolubojovníci,

Parkinson je psychosomatické onemocnění, způsobené z podstatné části oslabením systému „odměn“. Mozek potřebuje ke své činnosti kyslík a glukózu, dále několik stovek neurotransmiterů (přenašečů signálu k jednotlivým vykonatelům), z nichž nejdůležitější je dopamin, který může z velké části zastoupit jiné přenašeče, které jsou právě nedostupné. Každý

živý tvor si potřebuje vyvolávat slastné pocity, nejdál se dostal člověk, který objevil spoustu náhradních zdrojů, jak tyto pocity vyvolat. Tím se zároveň dostal do bludného kruhu, ze kterého není úniku. K neznámějším patří pochvala, intenzivní pohyb, sex, alkohol, nikotin, káva, čaj, kakao, cukr, léky, drogy, hyperventilace. Pro všechny tyto činnosti a látky se dá použít slovo závislost. Když má mozek dostatek těchto podnětů, odmění nás slastným pocitem. Při nedostatku se naštve a půjčí si dopamin, původně určený pro zcela jiné účely. Tento kolotoč pokračuje až do úplného vyčerpání zásob. Jediným řešením je být permanentně v lihu, kouřit 100 cigaret

denně, vypít 50 káv, ládovat se zákusky, brát extrémní dávky léků, kontinuální soulož, maratonský běh, pochvala od nadřízeného a to všechno současně. Kdo tohle zvládne, nebo se tomu přiblíží, zaručeně nezemře na Parkinsona.

Existuje ještě jiná cesta, i když ne tak pohodlná. Stačí vypustit z řetězce civilizačních zvyků věci a látky, které prokazatelně škodí (alkohol, kouření, cukr, bílá mouka, červené maso, živočišné tuky, ztužené pokrmy, kvasnice, káva, kakao, mléko a mléčné výrobky, seitan, extrémní dávky léků) a zařadit věci a látky, které nám prospívají (vydatný pohyb, sex, zpěv, hroznové víno, zelený čaj, zelenina, ovoce kromě tropického, luštěniny, pohanka, jáhly, soja a sojové produkty, nehlazená rýže, celozrnné obiloviny, pochvala, hluboké dýchání, jóga, taichi a jiná cvičení). Potom nemá deprese vůbec žádnou šanci, mohu to doložit 20letou praxí parkinsonika.

Jaromír Rejdák

- Doc. MUDr. Roth - nesouhlasím jen v tom, že Parkinson je psychosomatické onemocnění, ale jinak je to dopis od pacienta, který má na názor právo a do časopisu patří.

Redaktorka: Jaromírův příspěvek jsem dala před měsícem do fóra. Z ohlasů uvádím jen názor Edův, ten neříká ani ano ani ne.

Každý z nás má svůj pohled na život a životosprávu. Myslím si, že na každém názoru a zkušenosti se najde něco, co může druhý přijmout. Je však potřeba zvážit co. Každý jsme jiný. Každý z nás má jiné tělesné i duševní dispozice. Co jednomu škodí, druhému prospívá a naopak. Stačí se rozhlédnout kolem sebe, zamyslet se a vzít zdravý rozum do hrsti. Nechci zde posuzovat Jaromírův názor

na zaručený způsob, jak nezemřít na Parkinsonovu nemoc. To nechám odborníkům. I přesto, že mám méně zkušeností s PN, vím o PN méně, zaobírám se PN méně, zůstávám u toho, že si zaručené rady přeberu svým rozumem a vyberu si z nich pouze to, o čem budu přesvědčen, že mi může pomoci.

Eda

Přidávám svůj názor redaktorky. Jsem tu o chvilku déle a zažila jsem několik celosvětových zvratů v názorech na správnou výživu. Počínaje výživou kojenců, nepřebírným množstvím diet, stravou podle krevních skupin, konče zaručenými návody na hubnutí. Měla jsem dva přátele. Oba přepečlivě hlídali svůj jídelníček - první podle platných pravidel, tolik a tolik masa, tolik mléka, sýrů, ovoce, zeleniny atd. - druhý stejně pečlivě v podstatě Jaromírův jídelníček - oba nekouřili, nepili, ani tu kávu ne. Oba byli pesimisté, říkám byli. Pak znám životního optimistu, bratr prvního z předchozích, je mu 80, živí se bylinkami, kytičkami, zeleninkou, nejí ani to bílé maso, a i tu vodu si na návštěvu přinese vlastní. Energie a elánu má za čtyři mladé. Závěr: neexistuje jednotná rada pro všechny a vám nezbyvá než sledovat, jak vás to které jídlo ovlivňuje pohybově i psychicky.

Mobil vždy v dosahu - zavěšený u pasu, na krku jen pokud nemáte stimulátor. Vnoučata vám připraví signály pro nejbližší osoby, lišící se podle místa, kde se nacházíte, jako znamení nouze. Naučte se mobil ovládat včas, musí se stát vaší nedílnou částí. Ve stavu OFF může dojít k situaci, kdy 10 cm je nepřekonatelná vzdálenost a volání přes dvoje dveře neslyšitelné.

Výzva „Parkinson 2008“ ve zkratce

Činnost ve Společnosti Parkinson dává členům možnost nahlédnout do často specifických problémů a potíží, se kterými se parkinsonici potýkají. Tato skutečnost iniciovala současnou aktivitu ke zviditelnění nemocných PN a lepšímu přizpůsobení péče jejich potřebám.

Zobecněně lze konstatovat, že laické a nezřídka odborné okolí, ostatně i parkinsonici sami k sobě, mají tendenci na jedné straně přeceňovat schopnosti nemocného podle určité úspěšně vykonávané činnosti a naopak jej často až dehonestujícím způsobem degradovat na základě nekonformního zjevu a chování. To je umocněno i v krátkém čase výrazně se měnícími stavy a zejména u laické veřejnosti (bohužel včetně sociálních služeb) stigmatem demence.

Jen malé části parkinsoniků se dostává komplexní péče. Situace osamělých nemocných bývá bezvýhodná.

Díky pomoci pana doc. MUDr. Jana Rotha, CSc. vznikl následující přehled témat/bodů, jejichž řešení by mohlo výrazně přispět ke zlepšení péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou:

Okruh lékařská péče

- zlepšit péči o autonomii a důstojnost hospitalizovaných pacientů
- zlepšit znalosti lékařů a zdravotnického personálu o specifických potřebách pacientů s PN

- vytvořit lepší sociální zázemí ambulantních složek nemocnic
- vybudovat specializovaná lůžková zařízení mimo velká centra

Okruh doplňující ambulantní specializované péče

- poskytnout pacientům možnost rehabilitace, logopedie, ergoterapie, psychologickou pomoc atd.
- lážně jedenkrát za život ani činnost Společnosti Parkinson nemohou nahradit pravidelnou péči pro všechny nemocné

Okruh týkající se léčby

- zajistit včasné zahájení léčby a dostupnost moderních léků pro všechny pacienty trpící PN

Okruh sociálních otázek

- iniciovat diskusi se všemi zainteresovanými stranami: zástupci ministerstva zdravotnictví, sociálních a zdravotnických zařízení atd.
- zlepšit pomoc v rámci domácí péče - kvalifikované sociální služby, více stacionářů
- vytvořit speciální lůžka pro těžké a osamělé pacienty v sociálních/zdravotnických zařízeních
- diskutovat s posudkovými lékaři o zařazení položky „Parkinsonova nemoc“

Za Společnost Parkinson, o.s.

Ing. Pavel Kneř

člen výboru Společnosti

Ve spolupráci

s doc. MUDr. Janem Rothem, CSc.

Stanovisko k léčbě Parkinsonovy nemoci dle soudobých léčebných doporučení

Parkinsonova nemoc (PN) je chronicko-progresivní neurologické onemocnění, které se vyskytuje ve zvýšené míře s rostoucím věkem. Projevuje se třesem, bradykinezi, svalovou rigiditou a posturálními poruchami, vznikajícími na podkladě degenerativního zániku dopaminergních neuronů mozkového kmene. Základním symptomatickým léčebným postupem je podávání léků s dopaminergním účinkem.

Terapeutická doporučení Evropské federace neurologických společností a Movement Disorders Society uvádějí v první linii léčby non-ergotové agonisty dopaminu s dlouhým biologickým poločasem, a to jak v monoterapii v iniciálních stádiích PN, tak v kombinační léčbě s přípravky levodopy u pokročilé PN. Činí tak na základě výsledků recentních experimentálních a klinických studií, které prokázaly, že touto léčbou navozená tzv. kontinuální dopaminergní stimulace oddaluje nástup a zmírňuje tíži pozdních hybných komplikací, jež jsou u pokročilé PN zdrojem těžké disability, neschopnosti sebeobsluhy a závislosti na péči jiných osob či sociální síti.

Z uvedených důvodů jsou v soudobé léčbě PN upřednostňovány preparáty agonistů dopaminu s delším biologickým poločasem. Zatím máme velmi dobré vlastní zkušenosti z klinických studií (včetně jejich otevřených extenzí) s rotigotinem v náplastové formě a s ropinirolem v retardované orální formě.

S netrpělivostí jsme proto očekávali jejich uvedení do běžné praxe. Dosavadní informace z procesu kategorizace ale naznačují vysoké doplatky pacienta, až v řádu tisíců korun za měsíční dávku léčby.

V této souvislosti je třeba znovu zdůraznit, že PN vyvolává těžkou disability, často navíc u pacientů v seniorském věku, jejichž příjmové poměry jsou většinou takové, že výraznější doplatky mohou na ně mít likvidační dopad. V minulých měsících jsem byl shodou okolností různými institucemi včetně Ministerstva zdravotnictví ČR žádán o vyjádření k písemným prohlášením Společnosti Parkinson o.s., která zastupuje několik tisíc pacientů s PN v České republice. Tato prohlášení si mj. stěžovala na diskriminaci nemocných s PN v ČR a jako příklad uváděla právě vysoké doplatky pacienta na základní léčbu onemocnění.

Proto doporučuji, aby zúčastněné strany – jak státní instituce, tak plátcí péče a farmaceutické firmy - při svém jednání se vši vážností zohlednily oprávněný požadavek této skupiny občanů na nediskriminovaný přístup k moderní léčbě jejich onemocnění vycházející z mezinárodních doporučení.

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.

přednosta Neurologické kliniky

1. LF UK a VFN v Praze

Vědecký sekretář České neurologické společnosti

Literatura: Horstink M et al. Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society-European Section (MDS-ES). Part I: early (uncomplicated) Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2006 Nov;13(11):1170-85. Part II: late (complicated) Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2006 Nov;13(11):1186-202.

Občanská společnost?

Původně jsem chtěl začít krátkým výstižným citátem, definicí, ale nenašel jsem žádný vhodný. Občanskou společnost definuje každá osobnost z jiného úhlu pohledu, každý občan ji vidí jinak. Asi i proto naši politici rádi tímto termínem šermují.

Tím se i pohled na občanská sdružení liší. Jeden v nich vidí nátlakové skupiny parciálních zájmů, druhý spolek občanů podobných potřeb či osudů. Třetímu je to jedno, vždyť sdružují nepatrný zlomek občanů.

Každý má svou nespornou pravdu. Ještě složitější je pohled úředníků, mají názor svůj a samozřejmě reprezentují názory úřadu.

Můžeme se potom podívat nad rozporuplnými reakcemi na naši výzvu „Parkinson 2008“?

Paní ministryně MUDr. Stehlíková s námi vystoupila na horu Říp, pan ministr RNDr. Nečas vyjádřil osobním dopisem předsedkyni Společnosti, paní Kánské, plnou otevřenost k dialogu. Ministerstvo zdravotnictví reaguje dopisem náměstkyně MUDr. Hellerové sdělením, že nevidí žádné důvody k naší výzvě.

A dnes se dovídáme z vyjádření poskytnutého nám panem profesorem Růžičkou o dalším léku, který spěje k finanční nedosažitelnosti. Při tom od našich slovenských přátel víme, že tentýž lék již měsíce a s rozumným doplatkem užívají. Ostatně, není tomu tak poprvé.

Ve známé loňské brožurce „Návod k použití zdravotnictví“ se píše:

„Možná tomu nebudete věřit, ale až dosud zdravotní pojišťovny ani ministerstvo zdravotnictví, neměly přehled o tom, jaké částky doplácí pacienti na léky. Nikdo se nezajímal o to, kolik doplácí nejen konkrétní pacient, ale také různé skupiny pacientů, ať už je definujeme podle zdravotního stavu...“

Obávám se, že tento stav trvá. Co více, obávám se, že ministerstvo zdravotnictví se nezajímá o to, jak žijeme. Nebo jsme opravdu jen nátlaková skupina s přemrštěnými požadavky?

Ing. Pavel Kneř

Poselství parkinsoniků

Reakce parkinsonika na „Výzvu 2008“ a „Světovou deklaraci WHO o Parkinsonově nemoci“

My parkinsonici jsme zorganizovali a s pomocí rodinných příslušníků a sympatizujících realizovali dnešní výstup a setkání zde, na památné hoře Říp.

Typický parkinsonik je člověk, který se během několika okamžiků mění ze stadia relativně normálního (zdravého) člověka k nepoznání:

Jako mávnutím kouzelného proutku či stříhem kamery se (relativně) normální člověk (často takřka bez potíží) změní téměř v dementního starce, ztuhlou sochu bez pohybu, se zamrzlou mimikou tváře, bez schopnosti srozumitelné komunikace, mnohdy „vylepšené“ mimovolnými pohyby – netušené kreativity. Během okamžiku máte vedle sebe místo sympatického, seriózně vyhlížejícího člověka – lidskou trosku, kterou okolí (člověk neznalý) nepochopí, neumí akceptovat, a často ani tolerovat.

Parkinsonik však tuto skutečnost vnímá naprosto přesně, jeho mozek funguje zpravidla (snad mimo stadia konečné fáze nemoci) i v tomto stavu jako u zdravého člověka – jen své pocity, potřeby a problémy neumí v kritické chvíli sdělit, neboť zbytek těla odmítá poslušnost.

Má se s tím smířit? Má rezignovat?

Pane ministře, páni poslanci – poslankyně, kde se má dovolat pomoci, člověk postižený? Musí dál trpět, víc než je nezbytně nutné? Ke zlepšení stavu se snažíme nalézt, či ukázat cestu, co jinde už funguje či skutečně běží.

V duchu „Výzvy 2008“ a „Světové deklarace WHO o Parkinsonově nemoci“.

Jsem parkinsonik a ve slepé ulici nechci končit ve tmě. Bez přátel, bez pomoci, na lůžku v LDN (kdy samotný pohyb je často neřešitelný problém). Či snad až Parkinson zaklepe, neznám, i na vaše dveře, až pak „se pohnou ledy“?

V tom okamžiku už bude, tuším, pozdě. Nám všem ujíždí pomyslný vlak. Promrhal se čas, co v případě parkinsonika běží... A ten čas běží zoufale rychle.

My zde nestojíme s nataženou dlaní, připraveni žebrať, leč požadavek máme:

„Vytvořte podmínky, dejte nám šanci, dokud je čas!“

Setkání postižených, rodinných příslušníků a přátel u příležitosti „Dne Parkinsonovy nemoci“.

Za účastníky výstupu

Pavel Mičulka

Hora Říp dne 12. 4. 2008

Rekonstrukce akce ŘÍP

Začátek února 2008

Tedy nápad to nebyl můj, nevím, kdo byl úplně první – Eda? Směřuji k podpoře Výzvy Parkinson 2008. Proč? Už delší dobu se mi honí hlavou jedna bláznivá myšlenka. Ono je jich tam spoustu, ale tato je opravdu bláznivá. Ta myšlenka chce člověka, který by ji dokázal realizovat. Jak už tu bylo mnohokrát napsáno, je třeba se zviditelnit. Jak? Přemýšlím o tom, co udělat ke Dni parkinsoniků? Myslím, že tříštíme síly při zviditelnování se jednotlivými akcemi. Chtělo by to velkou akci, která by stála za to, aby se jí sdělovací prostředky víc zabývaly. Eda, Kaldoh, Česťa, Václav a řada jiných – rozjíždí se akce ŘÍP

Nejdůležitější v pozadí - organizace se na přání Kytky ujímá Mária Opltová. Obstarává a sama zařizuje všechno od přihlášek a zásob tekutin, přes gulášek v Hospodě pod Řípem, po dopravu od nádraží až na Horu. Mária se navíc obklopuje kamarády, ke kterým má důvěru, sousedka Blanka nadepisuje pamětní listy, kolegové Jana a Pavel pomáhají, kde je třeba, Olga přebírá roli hostesky. Jana a Běda pomáhají se stěhováním zásob. Pavel soustřeďuje informace. Je zajištěn lékař.

Měsíc před

Narůstá nadšení, návrhy, plány, odvozy, spaní, společná básnická tvorba. Na Řípu se setkáme, ruce si tam podáme, hlasitě se ozveme. To by bylo, aby se aspoň jeden politik nepřidal.

Týden před

Mont Beat - Mont Beet

Jako aktivitu ke Dni Parkinsonovy nemoci

tu zazněl nápad uspořádat výstup parkinsoniků na horu Říp, ve stopách praotce Čecha, který na tuto posvátnou horu stoupal se svojí Čěškou, která ho velmi bolela v koleně, a tak už se mu nechtělo jít dál. Následkem toho se tato oblast stala naší domovinou.

□ *Protože jsme už tenkrát neuměli cizí jazyky (ani je pořádně upražit na cibulce), zkomolili jsme správný název Mont BEAT, čili Rytmická hora, původně sopka s pravidelně rytmičnými erupcemi, na Mont BEET, čili horu ŘÍP. Kaldoh*

Jeden z nápadů:

□ *V hojném počtu vystoupit na horu Říp. Tato akce by však měla mít prioritu při rozhodování, kam jít a co podpořit. Vzít v úvahu, že může změnit pohled na nás. To by bylo, aby se nepřidal aspoň jeden politik. Eda*

Každý se snaží podle svých schopností, aby se dostalo do povědomí lidí, že jsme tady, že hledáme své místo pod sluncem. Ne každý z nás má schopnost se prosadit, ale jsou mezi námi mnozí, kteří to dokážou. Prosím je, pomozte nás vytáhnout z okraje, kam jsme byli odsunuti, pomozte nám na výsluní, aby se o nás vědělo. Kdybych měla tu moc a možnost, dopravila bych tam půl světa, ale i tak udělám všechno, co bude v mých silách, tak jako ostatní nadšenci. Brigi

Dva dny před

Organizátoři zcela opomněli velmi podstatný fakt, ale ještě, že jsem Tady ja Běda.

Jistě je vám znám fakt, že již v dobách, kdy byl člověkem vynalezen most, vešlo v platnost pravidlo, že pochodující oddíl, ať již vojenský či civilní, se nesměl pohybovat vpřed a ani vzad jednotným krokem. Velící pořadový krok vždy zrušil. Pokud tak neučinil, mohlo dojít nebo i došlo ke zřícení

mostu, protože se na mostě dupat prostě nemá. Cítím povinnost vás upozornit na fakt, že osoby jdoucí společně s Parkinsonem vytvářejí chvění mnohdy přecházející v tzv. třas. Při opomenutí by mohla nastat situace, kdy by se ten kopec rozvíbroval a poškodil tak neodvratně památeční vrch. Tím by znehodnotil výšplh našich praotců a pramatek, kteří stanuli na samém vrcholku a popíjejíce medovinu čučeli směrem ku Praze.

Jistě každý z nás se nad tímto zamyslí a organizátoři před výšlapem samotným vydají povel, aby se každý z nás klepal samostatně.

□ *Podporuji požadavek Pavla, neodnášet část horniny, což většina návštěvníků dělá. Abychom nebyli jako oni, přineseme každý z domova malinký nebo větší kamínek, který položíme na vrcholu Řípu, jeden vedle druhého a vytvoříme naše logo. Některé prameny uvádí výšku hory 455,5 m nad mořem, což je divné číslo. Lépe zapamatovatelné by bylo 456 m, proto navrhuji, aby každý k tomu svému kamínku přibral na úpatí ještě jeden a navýšit tím horu o toho půl metru. Nevím však, jak by se na to tvářili geodetové, když by jim vyrostla hora. Čestá*

□ *Ostrava hlásí, že jejich autobus přibírá zájemce po celé trase ke 38 vlastním. Brigi přiveze rohlíčky, Mary a další kuchařky jiné dobroty.*

Den před

11. dubna 2008 – Den parkinsoniků - koncert v Praze, Librex v Ostravě.

Béda s Janou pomáhají Márii přestěhovat a odvézt hromady krabic se zásobami, které nashromáždila v garáži. Spolu s ní se setkávají s panem starostou, i on pomáhá. Uskladňují zásoby, sledují, jak Mária diplomaticky vyjednává nejen pohoštění

v hospodě, ale také občerstvení a vytápnění nahoře. Přes zřetelnou únavu večer dopracovávají program slavného dne. Béda upřímně oceňuje a děkuje za námahu a obětavost. S překvapením zjišťuje, kolik toho dokáží při nemoci zvládnout.

DEN D

12. dubna 2008 - společně na bájnou horu Říp
S nemocnými až na Horu vystoupala po svých paní ministryně MUDr. Stehlíková, jen po asfaltu vyměnila limuzínu za Pavlovo Twingo. Na Hoře podepsala spolu se 150 účastníky Světovou deklaraci o Parkinsonově chorobě.

Manželé Duškovi z Barovic na Havlíčkobrodsku vyšli nahoru dokonce dvakrát. Spletl si čas srazu a byli tam už v 9 hodin. Sestoupili, vyčkali u hospody a pak s ostatními šlapali poctivě znovu.

Tajemná hora Říp.

Propadám se v čase, patřím k družině Praotce Čecha, stoupám s ním, nic mě nebolí, Parki je pojem neznámý, jdu, jdu a cítím tu sounáležitost, patřím sem. A ten kopeček, který si pyšně říká Hora, ten mě vábí a přitahuje. Vystoupám nahoru a tato kouzelná krajina bude mým domovem.

Vracím se do reality, vzpomínky a zážitky se prolínají. Jsem uchválena rotundou, atmosféra je tak emotivní, a opět propad v čase, vidím se v dobovém oděvu, v posvátné účtce vstupuji dovnitř. Celou mou bytostí prostupuje teplo, světlo, radost a já si s vděčností uvědomuji, jak jsem šťastná, že mě osud obdařil vnímavostí k věcem duchovním. Že mě nenechává lhostejnou, a já konečně chápu, jak maličkou částčku tvořím v tom nekonečném vesmíru a vděčnost, že mi

bylo dovoleno být hostem na této zemi, kde jsem poznala díky Parkimu tolik přátel, mezi kterými se cítím šťastná a věřím, že za rok budu schopná akci opakovat. Brigita

Večer poté

Všem moc a moc děkuji, za trpělivost, poslušnost a především pomoc, obdiv patří těm, kteří přijeli z velké dálky, těm, kteří mají více problémů, než jsme zvyklí, a přesto nelenili, těm, kteří se o srazu dozvěděli z médií a jeli „na blint“, těm, které nemoc svazuje, a přesto na mé přání přijeli a pomohli, já myslím, že nemusím jmenovat. Mějte se krásně, važte si sami sebe a myslte také na sebe. Všechny zdraví ta v těch krátkých kalhotách, když jiným naskakuje husí kůže, ta, která také patří k vám - vaše Mária.

Je 23.55 hodin, asi před 30 minutami, jsme dorazili se zastávkou v hlavním městě konečně domů. Unavený a téměř v OFFu, avšak na výsost spokojený, usedám k PC, abych vyjádřil svůj dík všem, co přispěli ke zdárnému průběhu dnešního dne.

□ Nevyléčitelně nemocný člověk v mých představách byl až do dnešního dne spojen s obrazem nevrlého, do sebe zahleděného mrzouta. Dnes jsem svůj názor radikálně, řekl bych od základu, změnil. Poznal jsem osobně početnou skupinu velice příjemných, společenských, usměvavých lidí. Buď jsem se až do dnešního dne mýlil, nebo parkinsonici jsou výjimkou mezi výše popsanými.

□ Vážení a milí, dnešní den zůstane pro mne příjemnou vzpomínkou na setkání s přáteli, mezi něž se budu i příště, doufám, že velmi rád vracet. Dnes už víc nesvedu, nedokážu napsat, chtěl jsem jen všem vyjádřit svůj upřímný dík za dnešní den.

Halogen

Den po

Dlouhé poděkování úplně všem, za informace, za péči, za diplomy, za organizaci, za pomoc, za radost, dodávání energie i síly do boje, poslala nejen Kusajka.

K poděkování hlavně Márii za perfektní plány celého dne i jejich realizaci, se připoujím účastníci a také my, co jsme sledovali z povzdálí.

14 dnů po

Malá chybička v organizaci přece jen vyloudila. Nikdo se nestaral o podepsané listy výzvy, takže se toho musela ujmout osobně ing. Váchová a mezi šálky kávy je posbírat.

Za rok znovu?

Oslavy pokračují setkáním k 10. výročí Klubu Parkinson v Brně.

Spomínaj - *Takže pozitívne: spomínaj na Říp a odhodlanie, ktoré si tam videl. Vyjdi si v duchu už nie na Říp, ale trebá na Mont Blanc. Prežívaj to. Keď som sa dakedy vyštrachala na nejaký vyšší kopec a rozhladela sa po krajine, vždy som cítila akúsi neopakovateľnosť tej chvíle, majestátnosť prírody a jej skrytú silu. Blízko neba, v širo-širej scenérii, ktorá sa podo mnou otvárala, boli moje starosti, čo ma dolu zožierali - v mravenisku mesta, medzi vystresovanými ľuďmi - naraz oproti tej tichej nedoziernej velebe nekonečného priestoru úplne smiešne a nepodstatné. Malicherné v porovnaní s obrovským oknom do sveta, ktoré sa mi otváralo. Ťažko sa mi tieto pocity opisujú, ale vždy to bolo blažené uvoľnenie, „upratanie v duši“. A preto žartom radím každému - „vyjdi si na svoj vrch a starosti s bolesťami nechaj dolu“. Nazri na problémy z iného aspektu - možno ti to pomôže. Engerau*

Koncert ke Dni Parkinsonovy nemoci – 11. 4. 2008

Jako vždy se střídali umělecký přednes se zpěvem za doprovodu klavíru.

Vysokou úroveň brilantního uměleckého přednesu, kterou nasadil při předchozích večerech nedávno zesnulý prof. Radovan Lukavský, dokázali přední čeští herci paní Gabriela Vránová, pánové Jan Kačer a Jiří Klem plně vyrovnat.

Interprety hudební části večera byli opět mladí umělci. Jana Doležilková s Eliškou Weissovou ke svým vynikajícím pěveckým výkonům přidaly i kouzlo svého mládí. Tenorista Mario Zhang měl ovšem zásluhu na největším „rozžhavení“ večera. Svým elánem strhl i spoluúčinkující k vrcholnému výkonu a publikum k nadšené odezvě. Velký podíl na úspěšném večeru měl i vynikající klavírista Richard Pohl. Večer byl pro mne nádherným zážitkem a podle spontánních ovací i všech posluchačů.

Pepak

Tradiční expozice Klubu Parkinson, Ostrava

Den parkinsoniků 11. dubna 2008

Ostravský klub má v současné době 28 aktivních členů, v celé oblasti kraje pak registrujeme 235 členů parkinsoniků.

Již podruhé připravovalo 11 členů z ostravského klubu, pod vedením předsedkyně Aničky Kolekové svou, dnes už známou akci, určenou především sobě pro radost, členům společnosti z celého kraje pro orientaci a v neposlední řadě představeným veřejných institucí včetně zdravotníků k seznámení s Parkinsonovou nemocí. Cílem akce bylo dát na vědomí, že tu jsme a že se o svoje zdraví navzdory nemoci aktivně staráme.

Na šesti velkých informačních panelech byly prezentovány aktivity Klubu Parkinson, doplněné fotografiemi z dřívější i současné doby. Prostory pro tuto akci nám zapůjčil Dům knihy Librex v Ostravě.

Jednalo se o celodenní akci rozdělenou do dvou bloků. V dopoledním programu jsme odpovídali jak na dotazy nemocných Parkinsonovou chorobou, tak i těch, kteří se o této závažné nemoci chtěli dozvědět více. Bylo promítáno informační video o PN, rozdávali jsme letáčky, záložky, tužky s logem a informovali jsme zájemce o práci Klubu.

Hlavní odpolední program pod vedením Anny Kolekové zahájila zástupkyně domu Librex paní Vaňková. Za odbor zdravotnictví KÚ Moravskoslezského kraje podala informace Ing. Eliášová, která také pomohla při zajištění autobusu na akci Říp, a tak umožnila účast 38 členům Klubu.

Svůj proslov přednesl ředitel VZP Ing. Aleš Zbožíněk; přednášku na téma Metody léčby extrapyramidových onemocnění měla MUDr. Petra Bártová, zapojily se také fyzioterapeutky I. Kývalová, H. Doležalová a Mgr. R. Židková.

Dalším z hostů byl zástupce firmy Medtronic Czechie Ing. Roman Stodůlka, který

předal publikace o DBS včetně CD přenášců s dokumentem „Zpěv drátů pro Parkinsona“. Akce se zúčastnili i pan Šibílev a RNDr. Ivan Hejhal, kteří hloubkovou mozkovou stimulaci již podstoupili.

Nechyběl pan J. Kadlčík, autor knihy „Pozdrav slunci“.

Tiskový mluvčí FN v Ostravě-Porubě předal knihy od přednosta Neurologického oddělení MUDr. Michala Bara, Ph.D. s názvem „PULS nemocnice“.

Velký dík patří primáři MUDr. Barovi za podporu i možnost pořádat na jeho oddělení schůze výboru a také MUDr. Bártové za aktivně uskutečňovanou funkci garanta klubu.

Na závěr celé této akce zazněla hymna parkinsoniků s českým překladem, aby emočně umocnila atmosféru celého dne.

Anna Koleková
předsedkyně Klubu Ostrava

10. narozeniny Klubu Parkinson Brno

11. dubna 2008 připomenul Český rozhlas Brno v pořadu Apetýt s Marcelou Vandrovou v rubrice Zdraví Světový den Parkinsonovy nemoci

Hostem byl prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., který hovořil o vzniku a projevech choroby. Následoval rozhovor se členy Klubu Parkinson Brno. Brněnská veřejnost se tak mohla dovědět nejen o aktivitách Klubu, ale také o každodenních problémech parkinsoniků a jejich rodin.

V neděli 13. dubna 2008 se sešla v Galerii Hády při ZŠ Horníkova více jak stovka parkinsoniků, rodinných příslušníků a přátel, aby si připomenula zmíněný Světový den Parkinsonovy nemoci, ale hlavně společně oslavila **„10. narozeniny“ Klubu Parkinson Brno.**

OČIMA ÚČASTNÍKŮ

„Blahopřeji! Bylo to báječné, oslava se velmi vydařila. Byla všeobecná spokojenost, vše se líbilo, nezapomněli jste ani na drobné dárky pro každého.“ (D.K.)

„Chci poděkovat všem zúčastněným organizátorům, účinkujícím a vedení ZŠ Horníkova za uskutečnění tak báječné a důležité akce. Mamince se program velmi líbil, byla nadšená překrásným prostředím a milou společností.“ (H.)

„Nečekala jsem tak pestrý program. Líbilo se mi vystoupení Národopisného souboru Stará Líšeň, jejich písně a „plkačky“ v líšeňském dialektu i krásné barevné kroje. Posezení u bohatě prostřeného stolu potěšilo naše chutě. Cimbálová muzika Líšňáci hrála báječně a možnost si s ní zazpívat nemělo chybu. A to jsem ještě nestihla promítání prezentace o 10-ti letech Klubu v Brně...“ (D.B.)

JAKÉ DOSTAL KLUB PARKINSON BRNO DÁRKY?

- Přítomnost zakládající členky paní Coufalové a předsedkyně Mgr. Hany Rybářové. Poděkováním byly krásné kytice
- Milou přítomnost z vedení Společnosti Parkinson - paní předsedkyně Květy Kánské a Ing. Vlasty Váchové.
- Vřelé setkání s přáteli regionálních Klubů Slovácko a Olomouc.

- Symbolický klíč od nových prostor pro klubová setkání: Budova diecézní rady Joštova 7, ve 3. patře – zcela bezbariérový přístup! První setkání se zde koná 21. 5. ve 14 hodin. Následující - pravidelně vždy 3. středu v měsíci (kromě července a srpna).
- První sponzory a sponzorské dary k realizaci akce.

CO NEJVÍCE POTĚŠILO?

Vedení ZŠ Horníkova a Galerie Hády, že umožnily akci uskutečnit.

Týdeník NOS, který bezplatně zveřejnil informace o akci.

Hluboce vstřícný a lidský přístup rodinných příslušníků a přátel, kteří se nezištně na akci jakýmkoliv způsobem podíleli.

Nádherné odpoledne plné radosti, které významně přispělo ke zviditelnění

UPŘÍMNĚ DĚKUJEME VŠEM!

Za výbor Klubu Parkinson Brno

Mgr. Eva Vernerová

Volná místa na rekondiční pobyty v termínu

od 31. 8. do 7. 9. 2008 - hotel Štikov u Nové Paky a **od 13. 9. do 20. 9. 2008** - dům EXODUS v Třemošné u Plzně

Postup: Zájemce o pobyt najde tiskopis přihlášky buď v časopise PARKINSON č. 23/07, nebo na www.parkinson-cz.net. Tam pod tlačítkem Společnost Parkinson zvolí Rekondiční pobyty a dále Přihláška na rekondiční pobyty. Rezervaci přihlášky je nutno předem oznámit do kanceláře na tel. 272 739 222 nebo p. Fiedlerovi na mobil 774 443 560. Vyplněnou přihlášku včetně doporučení lékaře je třeba odeslat na adresu Volyňská 20, 100 00 Praha 10 nejpozději do 15. 8. 2008.

Poznámka: Zájemci, kteří v roce 2008 již přihlášku na jiný pobyt odevzdali a ještě nemají vyčerpan limit 21 dnů, pouze oznámí svůj zájem.

Jak přispět Společnosti Parkinson

Vážení příznivci,

členství v naší Společnosti je bezplatné a její finanční chod je zajišťován dotacemi státu, několika hlavními sponzory, ale také nikoliv bezvýznamnou částkou darovanou mnoha drobnými dárči. Poukázání daru je možné:

- **poštovní poukázkou typu A,**
- **bankovním převodem, který upřednostňujeme.**

Údaje pro vyplnění:

Bank.účet: GE Money Bank Praha, č.ú. **1766806-504/0600**

Adresa: 100 00 Praha 10, Volyňská 20

Konstantní symbol **0379 pro poštovní poukázky**

Konstantní symbol **0378 pro bankovní převod**

Variabilní symbol 4444 u darů bez potvrzení či darovací smlouvy

Zaslání potvrzení o daru či případně darovací smlouvy s Vámi rádi projednáme na tel. číslo 272 739 222, případně e-mailem: kancelar@parkinson-cz.net

Za každý příspěvek upřímně děkujeme.

Společnost Parkinson, o.s., IČO 604 58 887

Slovo předsedy

VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

dnešní slovo předsedy bude o něčem jiném. Uplynul rok od mého zvolení, rok cesty od představ o práci předsedy Společnosti Parkinson ke skutečnosti. Rok od představ o hospodaření, o právech, možnostech, financích, možnost změn a o spolupráci s ostatními.

Ten rok pro mě znamenal opravdu hodně. Hodně pozitivního, hodně zklamání, radosti i smutku.

Začnu od konce. Hodně smutku... Proč? Tolik představ o možnostech vylepšení života parkinsoniků, o krásných vztazích mezi lidmi, mezi organizacemi, které pro postižené pracují, jsem měla. O většinu jsem přišla. Nelekejte se, nebudu nikoho obviňovat, ty představy byly nereálné. Byly nerealizovatelné, opravdu.

A co pozitivního se mi dostalo v tom uplynulém roce? Spokojenost a dobrý pocit, když přišlo poděkování od lidí, písemné nebo osobní, opravdu radost z počtu nových členů, z krásných časopisů a společných akcí.

Velkou radost mi udělalo přidělení dotací, přízeň sponzorů a zájem lékařů. To už samo o sobě dost napovídá o kvalitě Společnosti.

Velkým přínosem pro mně bylo pochopení hospodaření občanského sdružení, pochopení chodu takové společnosti a hlavně zjištění, že skvěle funguje.

Za tyto poslední poznatky musím poděkovat Ing. Jiřímu Dvořákovi, který ji vedl



13 let a vybudoval společnost, kterou je potřeba chránit a spravovat dál s péčí a láskou znalostmi a rozvahou, bránit ji před poškozením zevnitř i z venku. Mým přáním je, aby si všichni uvědomili, co Společnost pro nás parkinsoniky znamená, čím nám prospívá a co všechno pro nás do budoucna ještě může udělat.

Před Společností Parkinson stojí mnoho důležitých úkolů, povinností, vzhledem k probíhajícím legislativním změnám ve zdravotnictví, bude muset daleko důrazněji hájit naše zájmy. Zakládat další kluby, zamýšlet se nad zaměřením rekondičních pobytů, pomáhat klubům při jejich činnosti, informovat členy i veřejnost na webových stránkách a v časopise. Přeji si, aby se vše na 100 % dařilo.

K termínu Valné hromady odstupuji z výboru Společnosti Parkinson, tím i z funkce předsedy SP. Moje činnost bude ukončena volbou předsedy nového, přesně podle znění platných Stanov.

Novému předsedovi přeju hodně rozvahy, správných rozhodnutí a sil, klid a štěstíčko po celé funkční období.

Květa Kánská

Činnost výboru společnosti

únor - duben 2008

1. Průběžná příprava aktivit a jejich realizace za pomoci aktivistů i klubů.

- Průběžná práce kolem Výzvy - Ing. Kneř.
- Tisková konference ke Dni parkinsoniků - 8. 4. 2008 - doc. Roth, Ing. Kneř, T. Gábor a další.
- Koncert ke Dni parkinsoniků - 11. 4. 2008.
- Akce Výstup na Říp - 12. 4. 2008 - Mária Opltová, Ing. Kneř.
- Stánek Společnosti Parkinson na NON-HANDICAP 2008, Praha - K. Kánská.
- Účast na výstavě Senior-Handicap v Lysé nad Labem - K. Kánská.
- Účast na Neurologické konferenci ve Velkých Losinách - Mgr. Pátek.
- Den parkinsonika na ČT pokračuje dalšími projekty - Mgr. Horák.
- Návštěva klubů: Brno, Chomutov, Most - K. Kánská.

2. Zpráva o hospodaření v r. 2007, projednána 26. 2. 2008 - Ing. Váchová.

- Příprava výroční zprávy pro tisk.
- Předsedkyně revizní komise Anna Koleková seznámila výbor se závěry RK.
- Výbor byl seznámen s přidělenými dotacemi na rekondice, cvičitelky pro kluby, časopis a administrativní servis - Ing. Váchová.
- Účetní materiály předala Ing. Váchová auditorovi.

3. O jednáních se sponzory průběžně informuje Mgr. Pátek a Ing. Kneř.

- Přistoupilo se k zacílení některých sponzorských darů přímo na jednotlivé akce.
- Tisk propagačních materiálů, skládaček, pozvánek, letáků - Mgr. Pátek, Ing. Kneř.

4. Rekondice - byly podány připomínky k pobytu v Jáchymově, další pobyty jsou orga-

nizačně připraveny - V. Fiedler. Přihlášky pro podzimní pobyty se přijímají do 15. 8. 2008.

5. Časopis - podle přidělených dotací budeme pokračovat ve vydávání jednoho čísla ve velkém formátu A4 a třech čísel v malém formátu A5 v počtu 3000 výtisků. Složenka bude vložena do všech čísel.

- Je nutné trvale upřesňovat databázi členstva, nejen pro zasílání časopisu - Mgr. Horák

6. Byla obnovena spolupráce s NRZP. Krajských konferencí rad zdravotně postižených se zúčastnili téměř všichni předsedové klubů. Anna Koleková byla zvolena do KRZP v Ostravě.

- Výbor rozhodl o členství v Koalici pro zdraví a placení příspěvků pro možnost jednání o lécích a doplatecích (náplasti Neupro atd.). Společnost zastupuje Květa Kánská.
- Žádosti klubů o granty na úrovni krajů a měst - podaly kluby Slovácko, Most, Děčín, Havlíčkův Brod, Zlín, Mladá Boleslav, Pardubice a Litomyšl.

7. Mgr. Horák zajistil vydání „souhlasu“ stavebního úřadu k rozšíření kanceláří dle projektové dokumentace Ing. Kneře. Technické připomínky a nové výpočty vzhledem k novým cenám probíhají.

- Abychom získali finanční prostředky k uskutečnění tohoto záměru, podala Společnost žádost o zařazení do projektu ČT Adventní koncerty 2008. Žádost vypracovali Ing. Váchová a Ing. Kneř.

8. Hledají se způsoby na zjednodušení evidence pomocí PC programů.

9. Odborné školení cvičitelek se uskuteční ve dnech 4. a 5. října 2008 v hotelu Duo Bečva. Zajišťuje Mgr. Pátek, V. Fiedler, Mgr. Pospíšil z FN u Sv. Anny Brno, organizačně zajišťují Mgr. Pátek a V. Fiedler.

10. Z výboru SP odstupuje Květuše Kánská. MUDr. Čapková pokračuje v práci redaktorky, z výboru odstupuje Ing. Kneř pokračuje jako správce webových stránek, o setrvání ve výboru rozhodne Valná hromada.

Kontakty

Společnost Parkinson - Volyňská 20, 100 00 Praha tel.: 272 739 222
 Ing. Vlasta Váchová - pražská kancelář tel.: 774 443 558 e-mail: kancelar@parkinson-cz.net
 pondělí - čtvrtek 10,00 - 15,00hod.

Výbor:

Květa Kánská, předseda
 Václav Fiedler, místopředseda
 Mgr. Jindřich Horák, místopředseda
 MUDr. Ludmila Čapková, časopis
 Mgr. Martin Pátek
 Miroslav Zelenka, moravské kluby
 Ing. Pavel Kneř, administrátor webu

mobil

774 443 556
 774 443 560
 774 443 561
 774 443 562
 774 443 557
 774 443 563
 774 443 559

e-mail

predseda@parkinson-cz.net
fiedler@parkinson-cz.net
evidence@parkinson-cz.net
casopis@parkinson-cz.net
patek@parkinson-cz.net
zelenka@parkinson-cz.net
info@parkinson-cz.net

Kluby Společnosti Parkinson

	předseda/adresa	telefon	mobil	e-mail
Brno	Mgr. Eva Vernerová Jugoslávská 31, 613 00 Brno	545 577 450	606 145 248	vern.eva@seznam.cz
Česká Skalice	Iva Čermáková-Soukupová*		723 577 280	
České Budějovice	Bc. Hana Mizerová*		723 980 892	
Děčín	František Zeman Tylova 988/35, 405 02 Děčín	728 279 424		
Havlíčkův Brod	MUDr. Ludmila Čapková Dolní 1, 580 01 Havlíčkův Brod	564 407 155	604 416 635	ludmila.mudr@centrum.cz
Hradec Králové	Mgr. Dagmar Tomisová*	494 940 050		
Chomutov	Jaroslav Bednář J. Švermy 250, 431 51 Klášterec n. Ohří	603 283 798		jbednar2@volny.cz
Liberec	Zdeněk Konopáč Na Okruhu 937/15, 546 01 Liberec	485 104 230	602 350 905	lbcjanson@volny.cz
Litomyšl	Jindřiška Šmahelová Moravská 287, 570 01 Litomyšl	461 613 791		babicka.jindriska@seznam.cz
Mladá Boleslav	Ing. Vlastimil Kotek 17. listopadu 1198, 293 01 Mladá Boleslav	326 325 268		fiedlerst@seznam.cz
Most	Ing. Arnošt Štádlík W. A. Mozarta 2427/6, 434 01 Most	476 103 654	602 4282 42	arnost.stadlik@seznam.cz
Olomouc	Marie Salavcová U Kovárny 36, 779 00 Olomouc	736 121 195		msalavcova@seznam.cz
Ostrava	Anna Koleková Lešetínská 376, 733 01 Karviná	596 318 713	603 795 774	kolekovaanna@seznam.cz
Pardubice	Jiří Vala Lidická 371/17, 530 02 Pardubice		606 461 697	jirka2023@seznam.cz
Poděbrady	Květa Kánská Mládeže 769, 289 03 Městec Králové	325 643 769	605 568 635	kytina.kanska@seznam.cz
Praha	Bc. Petra Skalová Zachova 13, 140 00 Praha 4	241 445 997	775 181 080	petra13@email.cz
Slovácko	Jan Škrkal Fr. Vlacha 1411, 696 03 Dubňany		602 553 541	skrkal@seznam.cz
Zlín	Marie Skoumalová Třída 2.května 4098, 760 01 Zlín	577 436 560	737 812 385	marie.skoumalova@seznam.cz

* zastupující cvičitelka

BRNO



OSTRAVA

