

PARKINSON

číslo 8 prosinec 2000





Obsah



Činnost Společnosti Parkinson

Informace z výboru Společnosti (Ing. J. Dvořák)	2
Nové informace z EPDA (As. MUDr. I. Rektorová).....	3



Lékař informuje

Nemocný s Parkinsonovou chorobou v nemocnici, 1. část (As. MUDr. J. Roth, CSc.)	4
Parkinsonova choroba v mladém věku: jiná forma onemocnění, nebo jiné onemocnění? (As. MUDr. P. Kaňovský, CSc.)	6



Léčba příznaků

Pohyb je život (M. Sekyrová)	8
------------------------------------	---



Historické osobnosti a parkinsonismus

Pohybové postižení Maxe Švabinského: Esenciální tremor (Doc. MUDr. E. Růžicka, CSc., prof. MUDr. K. Urbánek, CSc.)	10
---	----



Informace ze sociální oblasti

Valorizace důchodů a výhody pro zdravotně postižené (Ing. J. Dvořák)	13
Výměna průkazů TP, ZTP a ZTP/P, poplatek za užívání dálnic (JUDr. P. Sábl)	14



Listárna

K dopisům čtenářů	
Prof. MUDr. I. Rektor, CSc., neurolog, odpovídá na dotazy pana M. B. z Přerova	15
Dopis čtenářky PhDr. Hany Bratránkové	15
Vyměňujeme si zkušenosti. Seriál na pokračování, kapitola čtvrtá: Dobré ráno a ještě hezčí den (E. Petrová)	16
Hodnocení rekondičního pobytu Společnosti Parkinson – zpráva lékařky (MUDr. L. Moszkorzová)	17
Štikovská story (účastníci rekondice)	18
Ze zahraničí	
Nobelova cena za lékařství (V. Pergl, Deník Právo z 11. 10. 2000)	19
Hold Foxovi na rozloučenou (J. Rovenská, Magazín Právo z 26. 2. 2000)	19
Seznam dobrovolných dárců	20

Redaktorka: as. MUDr. Irena Rektorová

Členové redakční rady:

RNDr. J. Černý, CSc.,
Ing. J. Dvořák, MUDr. H. Foitová,
as. MUDr. P. Kaňovský, CSc.,
Prof. MUDr. I. Rektor, CSc.,
as. MUDr. J. Roth, CSc.,
Doc. MUDr. E. Růžicka, CSc.

Ilustrace na obálce:

Alois Mikulka: Toníček Vivaldi, 1989,
olej na sololitu, 46x50 cm

PARKINSON

Číslo 8, prosinec 2000

Vydává Společnost Parkinson, IČO 604 58 887, bankovní spojení: GE CAPITAL BANK,
Praha, číslo účtu: 1766806-504/0600, adresa Společnosti Parkinson: Ruská 69,
100 00 Praha 10, Kancelář a redakce časopisu: Volyňská 20, 100 00 Praha 10,
tel.: 02/72 73 92 22, služba po, čt: 14-16 hod.
Registrováno pod číslem MK ČR 7888, ISSN 1212-0189



Vychází v Nakladatelství a vydavatelství PANAX,
Šumavská 5, 120 00 Praha 2

Výtisk je neprodejný

Náklad časopisu a jeho distribuce jsou plně hrazeny firmou



Milí čtenáři,

na stránkách osmého čísla časopisu Parkinson se kromě odborných příspěvků dočtete podrobněji o současných i plánovaných aktivitách Společnosti a jejích třech klubů (Praha, Brno, Ostrava), o úspěšných dvou turnusech rekondičních pobytů ve Štikově i o akcích a činnosti EPDA. Spolu s časopisem obdržíte též kopii zprávy o probíhajících projektech EPDA, kterou jsem jako jejich koordinátorka a členka výboru EPDA prezentovala na Valné hromadě EPDA, jež se sešla ve dnech 12.–13. listopadu ve Vídni (po ukončení konference EPDA, konané 9–12. listopadu).

Poznamenejte si prosím i další datum: **1.–3. června 2001** se v Londýně uskuteční Euroyapmeet (setkání mladých lidí z Evropy trpících Parkinsonovou chorobou). Ráda bych zde zdůraznila, že byl zrušen věkový limit, zúčastnit se může každý, kdo se cítí být mladý! Bude zajištěno sportovní i společenské vyžití, do programu jsou zařazeny paralelní diskusní kluby na různá témata, panelová setkání s odborníky i rehabilitace, tanec nebo práce s počítači v malých skupinkách. Následuje opět Valná hromada, tentokrát proběhne volba členů výboru EPDA pro příští období. První oznámení bude včas rozesláno z kanceláře Společnosti.

Dne 30. září tohoto roku proběhl v Moskvě jednodenní vzdělávací kurs na téma „The Way Forward in the Management of Parkinson's Disease and Spasticity“ (Pokroky v léčbě Parkinsonovy nemoci a spasticity), který organizovala Evropská federace neurologických (lékařských) společností (EFNS) ve spolupráci s Evropskou federací neurologických (podpůrných patientských) asociací (EFNA), Ruskou státní lékařskou univerzitou a Extrapiramidovou sekcí Ruské neurologické společnosti za podpory Světové zdravotnické organizace. Akce se zúčastnilo přes 100 ruských neurologů, na závěrečnou besedu přišli i pacienti a jejich rodinní příslušníci. Ranní odborná sekce se věnovala časným příznakům Parkinsonovy nemoci (PN) a problému spojeným s její diagnostikou (prof. Dr. L. Findley, Anglie), způsobu a formě sdělení diagnózy lékařem a významu informovanosti pacienta na počátku nemoci i v jejím průběhu (prof. Dr. L. Findley, Mary Baker, MBE, Anglie). Po přestávce následovaly přednášky zabývající se pokročilou PN: klinickými projevy a farmakologickou léčbou pozdních hybných komplikací a psychiatrických příznaků (as. MUDr. I. Rektorová), chirurgickou léčbou pozdních hybných komplikací (prof. Dr. A. Albanese, Itálie) a léčbou spasticity (zvýšeného svalového napětí) botulotoxinem A (prof. Dr. A. Albanese). V závěru odborného programu informovali prof. L. Findley a Mary Baker o faktorech ovlivňujících kvalitu života lidí s PN (dle výsledků projektu EPDA – viz zpráva v příloze). V pozdních odpoledních hodinách následovalo setkání a beseda s pacienty, jejich rodinnými příslušníky a lékaři. Tématem bylo partnerství a spolupráce mezi patientskou organizací a lékaři, výhody a význam patientské organizace (M. Baker, Dr. I. Rektorová, L. Graham). V Ruské federaci zatím nebyla takováto svépomocná organizace vytvořena, první kroky k jejímu založení však byly učiněny právě během této diskuse. V rámci další spolupráce se plánují odborné stáže mladých ruských lékařů v Itálii, České republice a Velké Británii za podpory Světové zdravotnické organizace (WHO).

O odborném celosvětovém zájmu o výzkum PN a její léčbu svědčí celá řada specializovaných lékařských kongresů. Roste i uznání a respekt EPDA a její vliv v odborných i politických kruzích. O lékařském kongresu v Barceloně v červnu tohoto roku a zastoupení EPDA na této mezinárodní akci i účasti EPDA na odborném kongresu v Helsinkách v příštím roce, o oslavě Světového dne PN a připravované deklaraci pro WHO se dočtete podrobněji v mém článku „Informace z EPDA“.

V závěru bych se ještě ráda zmínila alespoň o hlavních domácích odborných akcích určených pro lékařskou obec a věnujících se problematice PN, které proběhly v posledních dvou měsících: v Prešově se konal ve dnech 26.–28. října XVII. slovenský a český neurologický sjezd, na němž Parkinsonova nemoc byla jedním z hlavních témat. Ve dnech 1.–3. listopadu uspořádalo brněnské Centrum pro abnormální pohyby a parkinsonismus v Brně postgraduální doškolovací kurs „Extrapiramidová a neurodegenerativní onemocnění“, na němž měla Společnost Parkinson svůj stánek. Obdobná doškolovací akce zabývající se Parkinsonovou nemocí a parkinsonskými syndromy, organizovaná pražským Centrem, proběhla na konci května ve Velkých Losínách (viz fotografie na zadní straně obálky).

Těším se na Vaše připomínky a náměty pro další číslo.

S pozdravem a přáním šťastného nového roku

as. MUDr. Irena Rektorová
redaktorka časopisu Parkinson
Neurologická klinika FN u sv. Anny
Pekařská 53
656 91 Brno



Informace z výboru Společnosti

Ing. Jiří Dvořák
předseda Společnosti Parkinson

• Výbor děkuje všem dárcům za dobrovolné příspěvky, jejichž počet i výše darů za poslední období nás velmi potěšily. Věříme, že i do budoucna budete naši činnost podporovat, jelikož státní dotace se bohužel stále snižují. V této souvislosti děkujeme Ing. D. Simandlovi za jeho diskusní příspěvek (časopis Parkinson č. 7, str. 19) a za kladný ohlas jeho výzvy našim členům a přátelům.

Naproti tomu nabídka Radia City a Radia Blaník na bezplatnou reklamu našim dárcům prozatím zůstala bez jakéhokoli ohlasu. Znamená to, že naši členové nemají ve svém okolí podnikatele, kteří reklamu potřebují?

• Centrum extrapyramidových onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze uspořádalo v květnu letošního roku ve Velkých Losinách doškolovací kurs na téma „Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy“ za velké účasti odborných lékařů-neurologů. Úroveň přednášek byla vysoce hodnocena. Členové výboru Společnosti, kteří se také zúčastnili, mohli přítomné lékaře seznámit s naší činností a s našimi plány do budoucna, pro jejichž realizaci potřebujeme širokou podporu.

• Uskutečnili jsme dva čtrnáctidenní **rehabilitační pobyty** v červnu a srpnu v hotelu Štikov u Nové Paky:

červen

vedoucí: T. Gabor
rehabilitace: sestry Vincíková, Martínková,
lékařka MUDr. Moszkorzová
počet účastníků: 51

srpen

vedoucí: J. Dvořák
rehabilitace: sestry Máchalová, Urbánková,
lékařka MUDr. Václavíčková
počet účastníků: 52

V srpnu jsme bohužel museli odmítnout několik žadatelů pro

naplněnou kapacitu hotelu nebo pro pozdní zaslání úhrady. Pobyt byl všemi účastníky hodnocen kladně, všichni se shodli, že zdravotně byl pro ně přínosem a do budoucna by bylo žádoucí, aby takových pobytů bylo víc, aby se mohlo rehabilitovat více nemocných. Bohužel jsme stále limitováni výší finančních prostředků přidělovaných od státních orgánů a bez pomoci sponzorů bychom nemohli uskutečnit ani tyto dva pobyty.

Máme však připomínky k doporučením některých lékařů o vhodnosti rekondičního pobytu pro nemocné, jejichž choroba je již v pokročilém stadiu nebo ty, kteří potřebují doprovod. Je třeba, aby byli při posuzování vhodnosti pobytu důslednější, aby každý nemocný byl schopen poměrně náročný program absolvovat.

Podrobněji se o rekondičních pobytech dočtete ve zprávě lékařky v samostatném příspěvku na str. 17.

• Výbor kladně hodnotí aktivitu klubů Společnosti v jednotlivých regionech.

Klub Ostrava – kromě plánované přednášky 21. září a další přednášky v prosinci rozšiřuje rehabilitační tělocvik na cvičení 2x týdně pro 3 až 4 skupiny cvičících

Klub Brno – stále pokračuje rehabilitační cvičení v základní škole na Mendlově náměstí č. 4, vždy ve čtvrtek od 16.30 do 17.30 hodin (kromě doby školních prázdnin). V nejbližší době bude zahájeno v lázních Na Ponávce rehabilitační plavání. Další přednáška s besedou se uskutečnila 23. listopadu a přednášel prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., na téma „Poruchy paměti a vyšší nervové činnosti u Parkinsonovy nemoci“. Přednáška se konala jako obvykle v posluchárně 1. neurologické kliniky ve Fakultní nemocnici u sv. Anny, Pekařská 53, Brno.

Klub Praha – kromě schůzek a přednášek a účasti na cvičeních plánuje na příští rok společné návštěvy kulturních akcí a společné výlety.

České Budějovice – děkujeme předsedovi přípravného výboru panu J. Coufalovi za příkladnou iniciativu při všech jednání, která se týkají založení Klubu v Českých Budějovicích a zajištění pronájmu tělocvičny, kanceláře, přednášek, rehabilitačních sester apod. Jelikož pan Coufal je v současné době nemocen, přejeme mu, aby po uzdravení dále pokračoval ve své práci. Z jeho iniciativy jednáme s náměstkyní primátora Českých Budějovic Mgr. V. Bohdalovou o možnosti finančního příspěvku na příští rok, který by byl použit výhradně pro Klub České Budějovice. Posíláme jí k informaci materiály o činnosti naší Společnosti.

Klatovy, Liberec, Plzeň a další města – je třeba zvýšit aktivitu v činnosti přípravných výborů.

• Výměna průkazek TP, ZTP, ZTP/P.

• Zrušení dálničních známek pro zdravotně postižené – podrobnosti v samostatném příspěvku.

• Pan M. Štrobich požádal ze zdravotních důvodů o uvolnění z funkce ve výboru Společnosti Jeho žádost byla po projednání přijata.

• Do výboru Společnosti byla kooptována Mgr. Věra Dubanská, CSc., z Prahy.

• Výbor Společnosti předal v termínu do 30. 9. 2000 žádosti o dotace na rok 2001 na Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Plánujeme opět jako v tomto roce pět rekondičních pobytů po 14 dnech, rehabilitační tělocvik, přednášky a besedy a zajištění činnosti Klubů.

Věříme, že příští rok budeme mít k dispozici víc finančních prostředků než v roce 2000.



Nové informace z EPDA

As. MUDr. Irena Rektorová, neurolog, členka výboru EPDA

V minulých číslech časopisu jste se dočetli něco o historii EPDA, o jejích cílech, spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací a nevládními organizacemi. Víte o konferencích EPDA a neformálních setkáních mladých pacientů z Evropy i o ustavení a organizování Světového dne Parkinsonovy nemoci (PN). Již v minulosti jsem vás seznamovala s **projekty EPDA**. Zabývají se hodnocením rehabilitace, faktorů ovlivňujících kvalitu života, náklady na péči o nemocné, srovnáváním různých tříd léků, jejich účinků a nežádoucích efektů, atd. Tyto studie mají za cíl přinést statisticky podložené údaje, které by posloužily politikům odpovědným za organizaci a financování péče o nemocné. Vzhledem k tomu, že se počet projektů neustále rozrůstá a že ve výboru EPDA pracují jako koordinátor zajišťující kontakt mezi odborníky řídícími jednotlivé studie a asociací, přikládám informace o jednotlivých projektech v příloze k časopisu. Je možné, že některých studií se budete mít možnost účastnit i vy. Čerpala jsem ze své zprávy, kterou jsem prezentovala na Valné hromadě dne 12. a 13. listopadu ve Vídni. Dnes vás budu stručně informovat o evropských a mezinárodních aktivitách, kterých se EPDA účastní, nebo je spoluorganizuje. Již ve svém editoriale jsem se zmínila o **EFNA**, nové evropské patientské asociaci. Zkratka EFNA znamená **Evropská federace neurologických asociací**. Sdružuje svépomocné evropské asociace pacientů, kteří trpí různými neurologickými nemocemi. EFNA byla oficiálně založena v Kodani na letošním sjezdu EFNS (Evropská federace neu-

rologických společností), konaném ve dnech 14.–18. října. Již před svým vznikem se však mohla chlubit celým seznamem aktivních organizací, které jeví o spolupráci v rámci této zastřešující asociace zájem. Patří mezi ně EPDA, European Dystonia Federation, Alzheimer Europe, Euro-Ataxia, Motor Neurone Disease Association, World Headache Alliance – European representative, International Bureau for Epilepsy, MS – European Platform, GAMIAN (psychiatrická onemocnění) a další.

Vzdělávací kurs v Moskvě „Pokroky v léčbě Parkinsonovy nemoci a spasticity“, který proběhl dne 30. 9. 2000 (viz podrobněji editorial), byl první akcí, na které se EFNA spolu s EFNS organizace spolupodílely. V blízké budoucnosti se plánuje celé spektrum dalších aktivit.

Společným zájmem a cílem, o který usilují všechny patientské asociace, je zlepšování informovanosti pacientů, jejich rodin a veřejnosti, zlepšování kvality života nemocných, zajištění multiprofesního přístupu k pacientům, přístupu nemocných ke službám, sociální a právní pomoci, získávání finančních zdrojů pro výzkum, překlenutí rozdílů v nejlepší dostupné péči mezi hospodářsky silnějšími a slabšími zeměmi Evropy atd. Hlavním úkolem je zabezpečit, aby nemocným byla poskytována odpovídající péče, jež by byla finančně co nejefektivnější a odrážela jejich skutečné potřeby. Významná bude právě spolupráce s EFNS. Vytvoření lékařské a patientské aliance a společná práce budou dle slov profesora Jese Olesena, prezidenta EFNS, podstatné pro docílení systémových změn ve

zdravotnictví. Profesor Olesen uvádí, že neurologická onemocnění tvoří 10 % všech nemocí, ale jen 5 % z celkového zdravotnického rozpočtu je toho času určeno na jejich léčbu. EFNA, jako zastřešující instituce nad významnými evropskými patientskými organizacemi, bude čítat několik stovek tisíc patientských hlasů, možná i více, a jejich váha a vliv v evropské politice již budou významné.

Šestý mezinárodní kongres o Parkinsonově nemoci a jiných extrapyramidových onemocněních se konal v **Barceloně** v červnu tohoto roku. Byl organizován Movement Disorders Society (MDS; tj. lékařskou společností zabývající se onemocněními extrapyramidového systému) a Ústavem národního zdraví. Kongres navštívili přední světoví neurologové, neurochirurgové a neurovědci zabývající se touto problematikou. Neurologové i neurochirurgové z České republiky byli zastoupeni v hojném počtu, většina z nich se zúčastnila aktivně.

EPDA měla svůj stánek ve výstavní hale, kde se prezentovaly farmaceutické firmy, ale i Evropská asociace lidí trpících dystonií nebo organizace We move. (We move je mezinárodní společnost sdružující lékaře a pacienty, která má za cíl především informovat a popularizovat nové medicínské poznatky z oblasti extrapyramidových onemocnění ve vědě i klinické praxi. Slouží jak lékařům, tak pacientům. Webová stránka: <http://www.wemove.org/>). Jak vyplývá z celé skladby vědeckého programu, je stále více zřejmý hlas pacientů i na odborně zaměřené konferenci. Mary Baker, prezidentka EPDA, spolu s preziden-



tem MDS společně slavnostně zahajovali celý sjezd svými přednáškami. Mezi tématy plenárních sekcí se objevily vedle odborných neurologických a neurochirurgických sdělení též přednášky zabývající se společensko-zdravotnickou problematikou. Šlo např. o přednášky týkající se progresu PN, ekonomických nákladů na zdravotní a sociální služby, vegetativních problémů u PN a parkinsonských syndromů, demence aj. Jedna z vývěškových sekcí byla věnována nefarmakologické léčbě PN a zabývala se problematikou fyzioterapie, rehabilitace řeči, kvalitou života lidí s Parkinsonovou nemocí a dalšími tématy. Zde byly též prezentovány dva projekty EPDA týkající se rehabilitace u PN a průměrných ročních ekonomických výdajů vynaložených na léčbu a péči o pacienty s PN (viz příloha – projekty EPDA). Příští **konference** zaměřená na PN se bude konat v **červenci 2001 v Helsinkách**. Toho času je v jednání otázka zařazení sek-

ce EPDA do programu tohoto lékařského kongresu.

Mary Baker, prezidentka EPDA, byla přítomna při **druhém zasedání Pracovní skupiny zaměřené na PN v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO)**. Jednání se konalo v Tokiu při Mezinárodním sympoziu o Parkinsonově nemoci, uspořádaném u příležitosti Světového dne PN. Projednávaly se změny ve WHO, především v sekci duševního zdraví, neurologie a neurověd. Rok 2001 bude věnován duševnímu zdraví (bude zahrnovat psychiatrická, ale i neurologická onemocnění). Diskutován byl i nový projekt – **Globální kampaň na podporu nemocných s PN**. V plánu je vytvoření skupiny složené ze zástupců EPDA, MDS a NPF (Národní nadace pro Parkinsonovu nemoc, USA). Tato skupina by měla vypracovat návrh na oficiální dokument, který bude sloužit generálnímu tajemníkovi WHO. Bylo též schváleno, že **Světový den PN** bude

v budoucnu vždy spojen se sympoziem sponzorovaným WHO a zasedáním Pracovní skupiny. V příštích letech se bude konat na těchto místech: **v roce 2001 v Buenos Aires, v roce 2002 v Jeruzalémě, v roce 2003 v Indii, v roce 2004 ve Vídni**.

V březnu 2001 pravděpodobně proběhne **jednání výboru EPDA v Brně** (jedno ze čtyř pravidelných zasedání výboru v roce). Při této příležitosti můžeme uspořádat besedu Klubu Brno. Samozřejmě jsou srdečně vítáni členové výboru Společnosti a zástupci všech klubů. Prosím, neváhejte obrátit se na mě se svými nápady, jak zorganizovat takovéto příjemné neformální setkání. Prezident Společnosti hostující země je pozván též k účasti na oficiálním jednání výboru EPDA, jak tomu bylo ve Francii, Švédsku a Nizozemsku při posledních zasedáních.

Webová internetová stránka EPDA pro zájemce: <http://www.shef.ac.uk/misc/groups/epda/home.html>



Nemocný s Parkinsonovou chorobou v nemocnici – 1. část

As. MUDr. Jan Roth, CSc., neurolog

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 meto-

dami, jež nelze provádět ambulantně. V následujícím textu se budeme zabývat především tím, co člověka v nemocnici čeká a na co se lze předem připravit. Vzhle-

dem k tomu, že text je určen pro nemocné s Parkinsonovou nemocí, budeme mluvit o příjmu na neurologická oddělení. Některá fakta však platí 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 možno pomoci, rizika vyšetřování a léčby, to vše a mnohé jiné způsobuje obavy.

Na některé problémy se však lze předem připravit, a usnadnit tak situaci sobě i zdravotnickému personálu. 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 stres výrazně snížit.

Co vzít s sebou do nemocnice

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 nemocnici je však poměrně málo osobního skladovacího prostoru.

Také je nutné pomyslet na to, že nemocný se bude pravděpodobně častěji, někdy 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 brát s sebou do nemocnice.

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 léků, které pravidelně užívá, společně s uvedením diagnóz (názvů nemocí), pro něž 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.

Jak vypadá vlastní přijetí a pobyt v nemocnici

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 (adresa, telefon na nejbližšího rodinného příslušníka, zdravotní pojišťovna a 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 sepiše krátký informativní protokol. Nemocný by měl sestru informovat o některých faktech, např. o druhu diety, kterou dodržuje 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 vyplatí doma předem sepsat krátký seznam veškerých důležitých informací o hlavních zdravotních

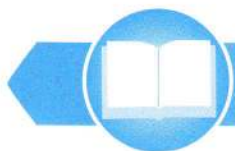
problémech v průběhu života. Často je také nutný pohovor lékaře s rodinným příslušníkem. Někdy je lepší, aby rodinný příslušník počkal s nemocným na oddělení až do příchodu lékaře. Může poté některé údaje o zdravotním stavu zpřesnit a dohodnout se s lékařem na kontaktu a jiných záležitostech.

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

V průběhu pobytu v nemocnici následují různá speciální vyšetření, která jsou popsána ve druhé části textu. Nemocnému bývá pravidelně sledována teplota, krevní tlak, podle potřeby probíhají další náběry krve či moči. Samozřejmě je nemocnému podávána léčba, ať již v podobě léků či jinými postupy (např. rehabilitace). Léky mohou být podávány ústy (latinsky per os, zkratka p.o.), podkožními injekcemi (subkutánně, zkratka s.c.), injekcemi do svalu (intramuskulárně, zkratka i.m.) či přímo do žíly (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-speciálisté jiných oborů na konzultace o zdravotním stavu nemocného, zvláště tehdy, trpí-li závažnějšími chorobami jiného druhu, než na které je specializováno 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 při léčbě. Při vizitách lékař s nemocnými hovoří, eventuálně jej znovu vyšetřuje, sleduje případné změny v jeho stavu. Pokud má nemocný konkrétní dotazy, je výhodné si je napsat předem na kousek papíru, v průběhu vizity na ně totiž může snadno zapo-



menout, a po vizitě má lékař jinou práci a může být po nějakou dobu i špatně k zastižení.

Po pracovní době a přes celou noc je samozřejmě lékařská pomoc zajištěna službu 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 jsou vycházky a propustky mimo nemocnici, návštěvy mimo vyhrazenou dobu, konzultace lékaře rodinnými příslušníky atd. Denní režim se řídí nemocničním řádem, který bývá na oddělení k dispozici. Při jakékoli 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 provádět některé úkony (např. dojet 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, není vůbec třeba bát se, že ho rodina nebo lékaři chtějí „odložit“ do domova důchodců či do léčebny pro dlouhodobě nemocné. 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 pra-

covníka a předat jej rodině, aby se vše zorganizovalo ještě před propuštěním nemocného domů. Před propuštěním z nemocnice absolvuje nemocný 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 jeho ambulantního lékaře. V druhé části článku budou popsány základní vyšetřovací metody prováděné na neurologii a některé další léčebné a diagnostické procedury.

Parkinsonova choroba v mladém věku: jiná forma onemocnění, nebo jiné onemocnění?

As. MUDr. Petr Kaňovský, CSc., neurolog

Jistě se už řada lidí trpících Parkinsonovou chorobou a stýkajících se s lidmi stejně postiženými pozastavila nad tím, že věk, kdy se toto onemocnění objeví, je velmi různý. Jistě se řada těchto lidí ptá, proč u někoho choroba začne ve věku vyšším, řekněme mezi 50 a 70 lety, a u někoho už před čtyřicátkou, v extrémních případech i kolem třicítky?

Stejnou otázku si kladou badatelé, kteří se výzkumem Parkinsonovy choroby a jejích příčin zabývají. Tato víceméně nerovnoměrná věková distribuce je jedním ze známých atributů Parkinsonovy choroby, a odlišuje ji od jiných tzv. neurodegenerativních onemocnění – tj. onemocnění, která vznikají na základě degenerace v některé z oblastí

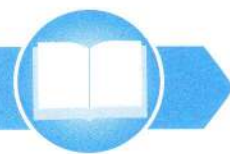
centrální nervové soustavy. U většiny ostatních onemocnění z tohoto okruhu, jako jsou např. mozečkové atrofie, Friedreichova choroba, Hallervodrenova-Spatzova choroba a podobně, je „věk začátku onemocnění“ vždy jedním z diagnostických kritérií, které odlišuje danou chorobu od ostatních s podobným klinickým obrazem. U Parkinsonovy choroby tomu tak není. Může skutečně začít kdykoli.

Pochtivě řečeno, příčina této situace dosud není známa. Existují jen hypotézy, podpořené určitými důkazy. V současné době je jako nejpravděpodobnější vysvětlení přijímána teorie tří rozdílných příčin vzniku Parkinsonovy choroby. Vlastní příčina vzniku specifické neurodegenerace přede-

vším v oblasti substantia nigra (černého jádra) sice také není známa, soudí se však, že možnými důvody by mohly být tyto:

- 1. Poškození buněk vnitřními faktory**
- 2. Poškození buněk vnějšími faktory**
- 3. Kombinace obou předchozích**

Ad 1. Zastánci teorie vzniku onemocnění na základě poškození buněk vnitřními faktory argumentují existencí dědičných forem Parkinsonovy nemoci a tzv. familiárních agregací Parkinsonovy nemoci. Tvrdí, že příčinou nemoci je genetický defekt, poznatý či nepoznaný, který vlastně určuje kratší dobu



života neuronů, poškozených u pacientů s parkinsonismem. Velkou podporou pro tuto teorii je objevení genu na chromosomu 2 u tzv. Contursi rodiny ve Spojených Státech. Jedná se o rodinu italsko-indiánského původu, ve které se velmi často vyskytovala Parkinsonova choroba se společnými rysy jak na začátku, tak i při progresi. Bylo zjištěno, že nemocní členové této rodiny (vyšetřeno bylo přes 140 lidí) nesou ve své genetické výbavě gen, který určuje, že onemocní Parkinsonovou chorobou. Tento tzv. Contursi gen není však jediný – jsou známy (byť u výrazně menšího počtu nemocných) další genetické defekty, které určují vznik nemoci.

Ad 2. Zastánci teorie vzniku onemocnění na základě poškození buněk vnějšími faktory vycházejí ze známých skutečností selektivního poškození neuronů v oblasti černého jádra již objevenými neurotoxiny. Jedná se především o látku označovanou jako MPTP a o toxin obsažený v cykasových plodech v Tichomoří. Historie MPTP je poměrně dobře známa, bylo zjištěno, že řada mladých lidí se intoxikovala touto látkou ve špatně čistěném heroinu, a následně se u nich vyvinulo poškození typické pro Parkinsonovou chorobu se všemi typickými příznaky. Cykasové plody byly objeveny jako zdroj specifického neurotoxinu u obyvatel některých tichomořských ostrovů. V místech, kde domorodci tyto plody pravidelně konzumují, jich mimořádně mnoho trpí onemocněním blízkým Parkinsonově chorobě. Zastánci teorie soudí, že toto onemocnění se vyskytuje u lidí, kteří zmíněné plody konzumují ve větších množstvích, a tak se neurotoxický účinek toxinu v nich obsaženého sčítá.

Ad 3. Zastánci kombinované teorie tvrdí, že se jistě na vzniku onemocnění podílí tzv. vnější faktor, tj. určitá vyvolávající příčina, možná dosud neznámý neurotoxin či kumulace toxických účinků některé běžné látky obsažené v prostředí. Zároveň ale tvrdí, že choroba vznikne jen u těch lidí, kteří jsou k jejímu vzniku geneticky disponováni.

Jak je z uvedeného přehledu předpokládaných příčin neurodegenerace u Parkinsonovy choroby patrné, nabízí se několik možných variant vysvětlení, proč nemoc může vznikat jak v pokročilém, tak i v relativně velmi mladém věku. Tato vysvětlení byla shrnuta ve sdělení Briceho na kongresu Americké neurologické akademie v Torontu v loňském roce. Jako nejpravděpodobnější vysvětlení se zdá, že Parkinsonova choroba ve velmi mladém věku skutečně vzniká na genetickém základě. Zároveň však v postižených rodinách (rodinou se zde rozumí poměrně široké příbuzenstvo, ne společensky chápáná jednotka rodičů a dětí) onemocní všichni, byť mohou být nositeli genu zodpovědného za vznik Parkinsonovy choroby. Lze tedy předpokládat, že se zde uplatňuje kombinovaná teorie (3), že totiž nosiči genu onemocní tehdy, jsou-li vystaveni zatím neznámému vnějšímu faktoru. Epidemiologické studie v tomto směru zatím teprve probíhají. U pacientů se začátkem nemoci ve věku „typičtějším“, tj. 50–70 let, lze předpokládat spíše vzdáleně podobný mechanismus, kdy patrně hraje větší roli tzv. vnější faktor, než genetický předpoklad.

Parkinsonova choroba vzniká v mladém věku, skutečně jeví určité odlišnosti od klasické formy onemocnění. Uvádí se (a u na-

ších pacientů to také vidáme), že byť klinické charakteristiky, tj. symptomy, jsou téměř shodné, je čatější rychlejší progresse k výraznějšímu motorickému postižení, při léčbě levodopou trvá nekomplikované stadium léčby kratší dobu. Naopak jsou podstatně méně ohroženi rozvojem kognitivních poruch než pacienti, u kterých nemoc vznikne v pozdějším věku.

Pro praxi z toho vyplývá, že u pacientů, u kterých vznikne Parkinsonova choroba v mladším věku, tj. v rozmezí zhruba 30–50 let, musíme ještě důsledněji dbát na obecně přijímané zásady léčby: levodopu podávat skutečně až tehdy, kdy je to potřebné, poučit pacienta o nutnosti přesného dodržování rozpisu dávek, udržovat dávku pouze na té výši, která je potřebná. Výhodné se jeví podávání dopaminergních agonistů – tyto léky jsou u mladších pacientů v počátečních fázích nemoci stejně účinné jako levodopa, přičemž s sebou nenesou riziko brzkého vzniku komplikací. Bylo by tedy vhodné léčbu zahájit podáváním léku z této skupiny a levodopu přidat až tehdy, kdy agonista nestačí postižení pacienta kompenzovat.

Z hlediska pacienta je potřebné vědět, že diagnóza Parkinsonovy choroby v mladším věku neznamena neřešitelnou situaci. V současné době máme dostatek terapeutických nástrojů, které umožňují pacientům žít plnohodnotný, aktivní život, a nové terapeutické možnosti se stále objevují. Pacienti sami by měli dbát na udržení kondice, nepřepínat své síly, naučit se žít s chorobou – prostě snažit se o sebe starat více, než byli zvyklí. Zapojení do společnosti sdružující osoby také postižené Parkinsonovou chorobou může být v této snaze významnou pomocí.

Pohyb je život

Marcela Sekyrová, fyzioterapeut

V dnešním čísle a v některých příštích číslech našeho časopisu budeme popisovat cviky vleže a v kleku. Začneme s cviky pro pacienty s většími pohybovými problémy.

Jde zejména o vás, kteří potřebujete v noci změnit polohu nebo si dojít na WC a nemůžete pohyb nastartovat. Tyto cviky cvičte na lůžku. Začněte je navoňovat v době, kdy pohybové problémy nemáte tak výrazné. Cviky si důkladně uvědomujte a prožívejte je. Po základním osvojení si každého jednotlivého cviku zavřete při jeho opakování oči a mějte pocit, že jste se „vnořili“ sami do sebe. Uvědomujte si dráhu pohybu, jeho rychlost a změnu, která nastává na ostatních necvičených částech těla.

Vždy, když chcete udělat nějakou výraznou pohybovou změnu, musíte „odbrzdit“ základní polohu. A to je problém, který právě **vás** sužuje. Neumíte dostatečně uvolnit určitou část těla k pohybu a zbylými částmi zajistit stabilitu té polohy, ve které se zrovna nacházíte. S cviky, které se teď budete učit, by se vám to mělo alespoň částečně podařit.

1. Soustředte se na tu končetinu, o které si myslíte, že je v ten daný okamžik nejvolnější. Je jedno, zda jde o horní nebo dolní končetinu. Začněte s ní pohybovat v tom směru, který je v dané situaci snadnější. Vzápětí proveďte pohyb opačným směrem. Snažte se rozsah pohybu každým dalším pohybem zvětšit! Totéž

provedte na ostatních končetinách. Většinou jde o tyto pohyby: krčit a natahovat lokty nebo kolena.

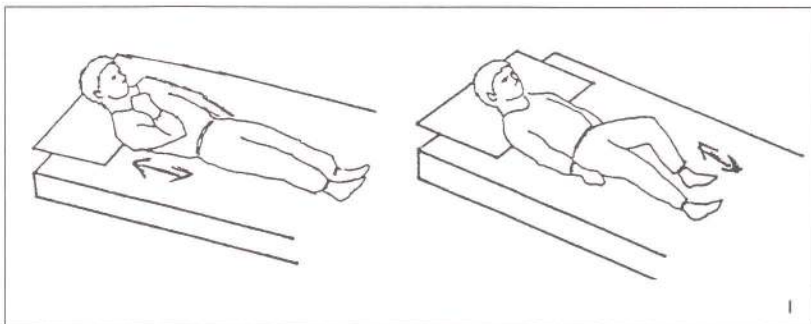
2. Někdy nastartujete pohyb tím, že se pokusíte tlesknout dlaní jedné ruky na koleno nebo stehno téže dolní končetiny.
3. Tleskněte dlaněmi před tělem (obličejem) a pak tleskněte dlaněmi na podložku vedle sebe.
4. Švihněte pažemi co nejvíce do vzpažení a pak tleskněte zpět na podložku vedle sebe.
5. Švihem upažte a pak tleskněte rukama na stehna. Při každém dalším pohybu se snažte upažit ještě více.
6. Rázně pokrčte jedno koleno a pak natáhněte dolní končetinu zpět a fukněte patou o podložku. Totéž proveďte druhou dolní končetinou.
7. Pokrčte obě kolena a šlapky opřete o podložku. Spojte obě ruce před tělem. Bu-

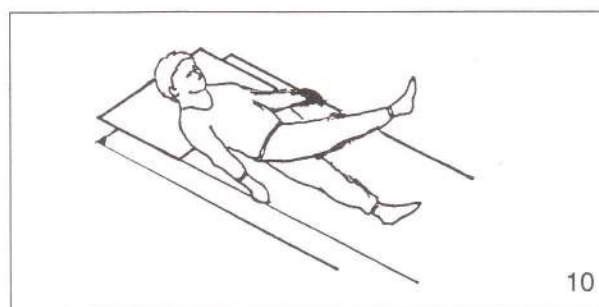
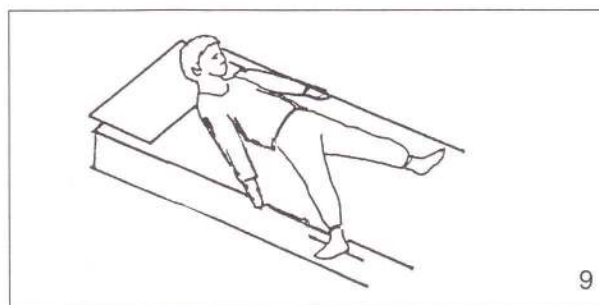
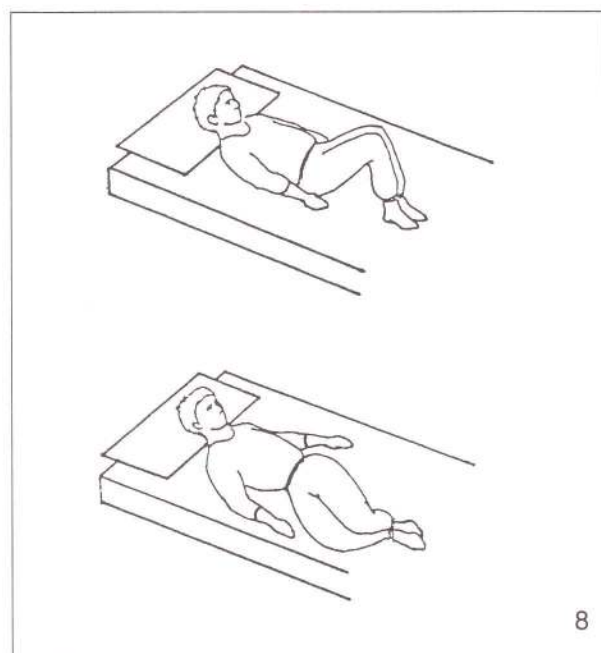
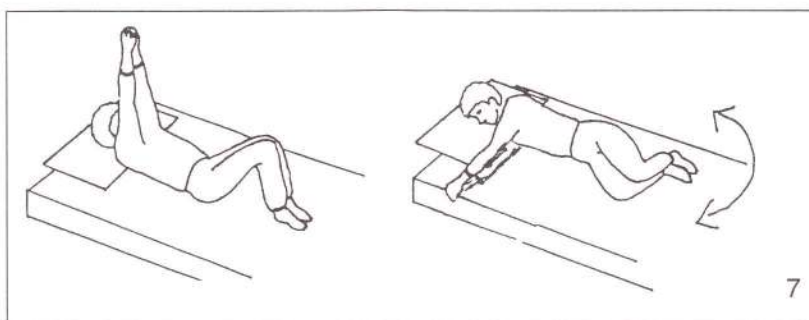
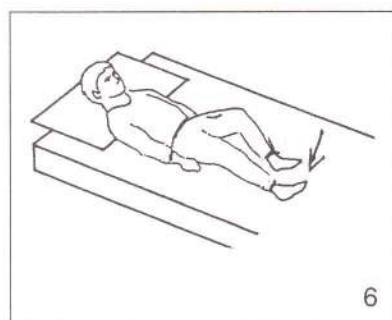
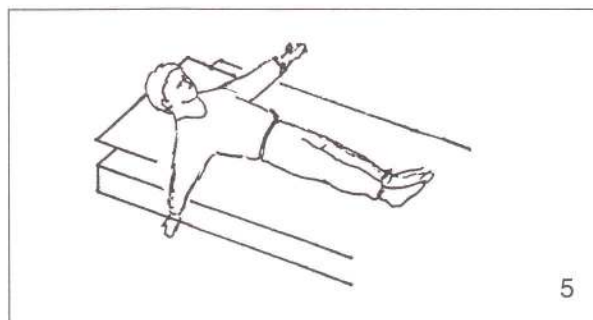
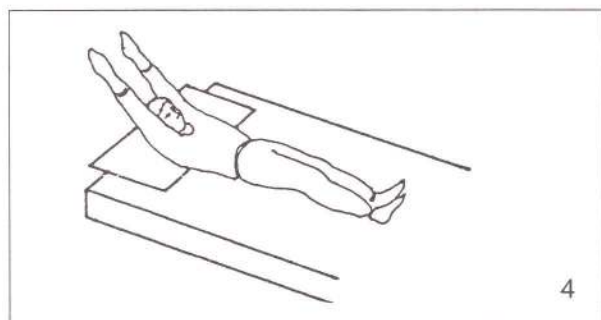
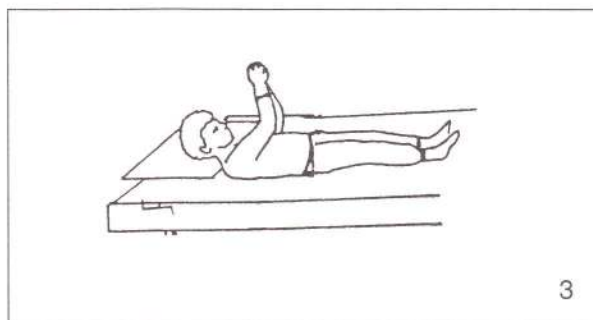
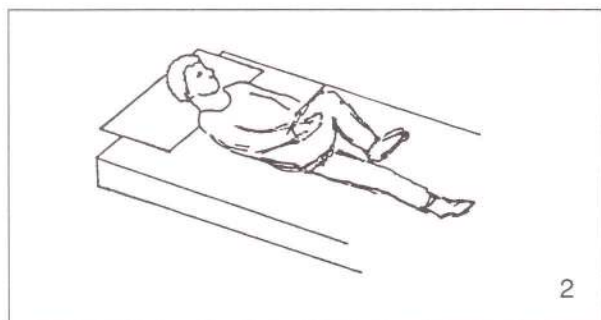
dete se otáčet hlavou i celým trupem na jednu a pak hned bez přestávky na druhou stranu (koulíte se z jednoho boku na druhý). Je to velice důležitý cvik. Pomůže vám zejména v noci při změně polohy.

8. Upažte a přetáčejte pokrčená kolena střídavě vpravo a vlevo. Horní část trupu držte rovně!
9. Chytněte se rukama na kraji lůžka a švihem unožujte střídavě jednou a druhou končetinou.
10. Pozice je stejná jako u předchozího cviku, ale jednu dolní končetinu budete přetáčet co nejdále přes druhou. Pozor, nesmíte krčit koleno!

Tyto cviky byly seřazeny podle obtížnosti, a proto by se měly v tomto pořadí cvičit. K tomu si nahlas počítejte do rytmu např.: raz – dva, nahoru – dolů, skrčit – natáhnout, apod.

Příště přidáme obtížnější cviky a změny poloh. Přeji hodně pohybu!!!







Pohybové postižení Maxe Švabinského: esenciální tremor.

Doc. MUDr. Evžen Růžicka, CSc., neurolog
Prof. MUDr. Karel Urbánek, CSc., neurolog

Jeden z nejuznávanějších českých výtvarných umělců dvacátého století trpěl třesem, který poznamenal jeho písmo i uměleckou tvorbu. Na základě zkoumání výtvarných děl a archivních dokumentů soudíme, že tento třes nebyl příznakem Parkinsonovy nemoci, nýbrž jiného častého onemocnění, tzv. esenciálního tremoru.

Max Švabinský (* 17. listopadu 1873 v Kroměříži, † 10. února 1962 v Praze) byl jedním z těch umělců, kteří již za svého života dosáhli vysokého uznání. Byl vyhledávaným grafikem a malířem, jeho kreslířské umění se stalo ideálem dobového stylu, stal se profesorem a rektorem Akademie výtvarných umění, národním umělcem, nositelem státních vyznamenání.

Švabinského díla nás provázejí od školních lavic. Tváře Jana Amose Komenského, Josefa Kajetána Tyla, Bedřicha Smetany a mnoha dalších významných rodáků si pamatujeme právě z grafických podobizen Maxe Švabinského nebo z jím navržených poštovních známek.

Málokdo ví, že ruka, která vytvořila stovky kreseb, grafických listů a obrazů vysoké technické dokonalosti, trpěla ve druhé polovině umělcova života postižením, jež pro kreslíře znamenalo značné omezení.

V Památníku národního písemnictví je uložen dopis, ve kterém Švabinský v roce 1951 sděluje neznámému adresátovi:

*„Drahý pane doktore,
Děkuji Vám za Váš laskavý dopis. Co se týče mého třesu myslím, že to horší není, někdy je to horší, někdy zase lepší. Vymyslí jsem si můj nový způsob psaní, jak vidíte, nespojuji písmenka, nýbrž je kreslím tenkým pérem, dáváme velký pozor, aby dojem byl úhledný, tedy jakýsi švindl, dělající dojem jakéhosi staromódního rukopisu, ale který není pravdivý a je vlastně více kreslen než psán.“*

Třes, na který si tu stěžuje, byl zřejmě také důvodem pro to, že Švabinského vyšetřil neurolog akademik Kamil Henner. Zdravotní dokumentaci z té doby se bohužel nepodařilo nalézt. Jsme-li dnes přesto schopni soudit, jaké onemocnění bylo příčinou Švabinského třesu, je to jen díky tomu, že máme k dispozici doklady neocenitelné diagnostické hodnoty – umělcovy grafické práce, svědčící o dlouhém a plodném životě, vyplněném nepřetržitou tvůrčí prací až do posledních dnů. Jsou tu také rukou psané dokumenty, od stručných pozdravů a blahopřání přátelům a známým až po oficiální dopisy.

I oku laika je patrný vývoj umělcova podpisu. Rané práce z konce 19. století jsou podepsány rozmáchlou, elegantně krouženou paraťou, která se po roce 1920 mění na usedlejší, stále však hladký a plynulý podpis. Ve třicátých letech 20. století, tedy po Švabinského padesátce, se podpis zřetelně mění. Objevuje se záuhlení čar, hladké spojování písmen je narušeno. Po roce



Autoportrét Maxe Švabinského
z roku 1943

1950 je již písmo podstatně změněno, jednotlivé litery jsou odděleny, čáry jsou nerovné a přerušované. Poslední Švabinského dopis z roku 1962 je (jako jediný) napsán strojem, vlastnoruční podpis je rozechvělý téměř do nečitelnosti.

Jak mohl umělec s takto postiženým rukopisem být stále schopen tvořit až do konce života dokonala díla – například známé cykly motýlů a květin či podobizny významných osobností? Lze předpokládat, že třes postihoval více automatické písmo než kresbu, kde je ruka vedena pomaleji a kontrolována vůlí. Při zevrubném zkoumání s pomocí odborníka si však při srovnání děl Švabinského ze začátku 20. století s pracemi z padesátých let přece jen všimneme určitých rozdílů. Především se mění používané techniky. Již koncem dvacátých let Švabinský opustil perokresbu a suchou jehlu. Vytváří pak litografie, a v posledním dvacetiletí života poněkud více kreslí



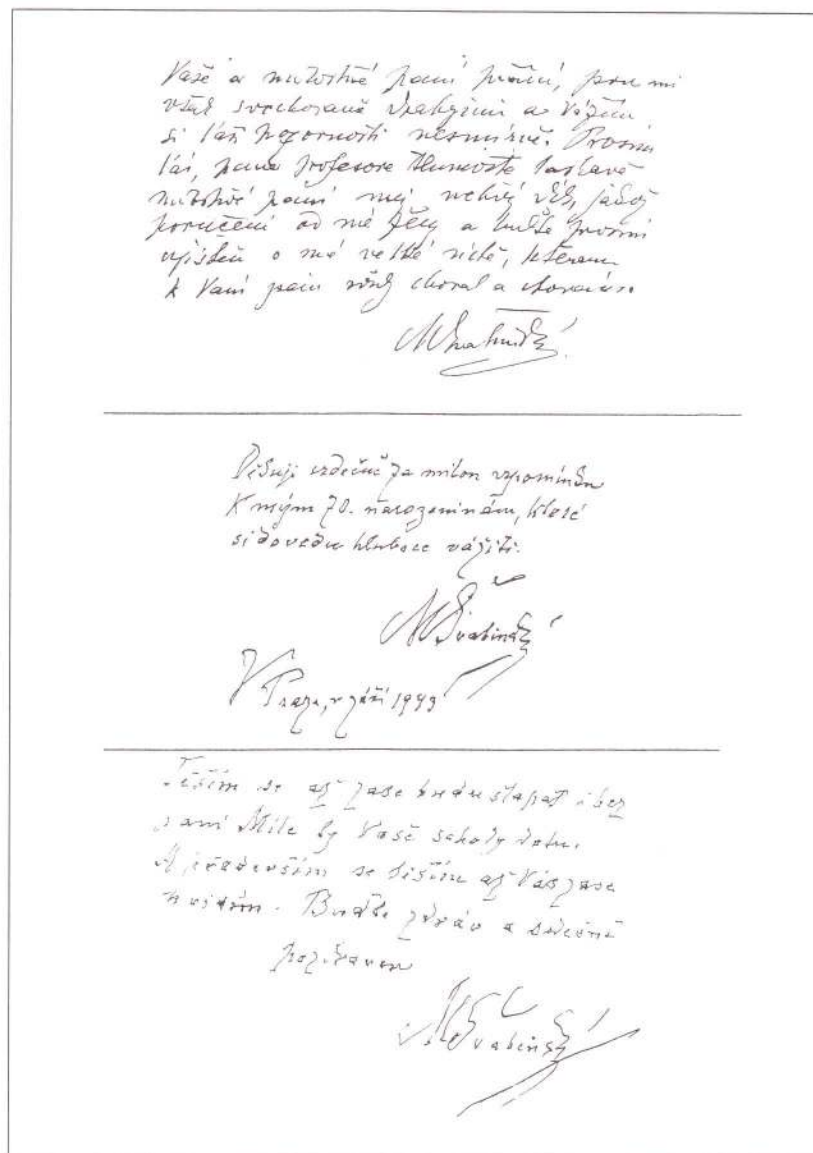
křídou. Tyto měkké techniky dovolují lépe skrýt drobné nepřesnosti či záchvěvy ruky, které by rušily práci s perem či rydlem. Mistrovství umělcova podání je takových kvalit, že rozechvělý ráz čar se zdá v pracích z posledního období být záměrným prostředkem kresby. Max Švabinský umírá v únoru roku 1962 v nedožitých 89 letech. Jedna z jeho posledních předloh k poštovním známčkám, portrét Karla Kovařovice, nese vnočení 1962. Není tedy pochyb o tom, že Švabinský si přes své postižení zachoval tvůrčí schopnost opravdu až do posledních dnů života.

Dalším neocenitelným zdrojem informace jsou dobové filmové týdeníky. V jednom z dílů z roku 1958 je Max Švabinský zachycen při práci ve svém ateliéru. Vidíme detail ruky s tužkou. Ruka při pohybu nad papírem rytmicky kmitá. V dalším záběru umělec přichází na návštěvu k prezidentu Novotnému na Hrad, vidíme Švabinského pyknickou postavu, chůze je poněkud stařecky nejistá, ale krok dlouhý a pohyby nezpomalené. Slyšíme Mistrův hlas, který se zřetelně chvěje.

Naskytá se tedy otázka: Byl třes Maxe Švabinského projevem Parkinsonovy nemoci, jak se tradovalo, nebo se jednalo o jiné onemocnění?

Diagnóza: esenciální tremor

Zopakujme si, jaké charakteristiky onemocnění Maxe Švabinského jsme na základě výše uvedených informací schopni stanovit. Postižení vzniklo a jen velmi pomalu se zhoršovalo ve třech posledních desetiletích umělcova života. Hlavním jeho příznakem byl třes postihující pravou ruku a zřejmě i další části těla (levou ruku, hlavu, hlasivky). Třes omezil schopnost psát, méně porušil i schopnost kreslit. Třes byl vázán na polohu a pohyb ruky při psaní a kreslení, možná se objevoval i v jiných polohách a při pohybech. Přitom nebyly nijak podstatně postiženy další pohybové



Vývoj rukopisu a podpisu Maxe Švabinského – dopisy z let 1913 (nahore), 1943 (uprostřed) a 1951 (dole).

funkce, naopak až do pozdního věku bylo zachováno vzpřímené držení těla a duševní svěžest.

Výše uvedené příznaky jsou velmi typické pro **esenciální tremor**. Toto onemocnění je vůbec nejčastější chorobnou příčinou třesu. Vyskytuje se u 1–4 % lidí, je tedy až desetkrát častější než Parkinsonova nemoc. Esenciální tremor se od Parkinsonovy nemoci liší v mnoha ohledech. Na rozdíl od klidového třesu u Parkinsonovy nemoci se třes u esenciálního tremoru objevuje hlavně ve statické poloze a při

pohybu (např. na rukou předpažených před tělem, při držení šálku či lžice a jejich nesení k ústům, při psaní). Častý je u esenciálního tremoru i třes hlavy nebo hlasu, který se u Parkinsonovy nemoci nevyskytuje. Třes bývá u esenciálního tremoru jediným příznakem onemocnění, nespojuje se s pohybovým zpomalením ani se svalovou rigiditou. Osoby postižené esenciálním tremorem tedy zpravidla mají (na rozdíl od Parkinsonovy nemoci) svižné pohyby, přímé držení trupu a ne-



zkrácený krok. Avšak zatímco klidový třes u Parkinsonovy nemoci pohyby neruší (ty jsou postiženy zejména zpomalením a snížením rozsahu), u esenciálního tremoru se třes objevuje právě při pohybu. Jen v menší části případů je však natolik závažný, že překáží při běžných činnostech, ruší při jídle, pití, psaní, atd. Postižení schopnosti psát pak může představovat značný handicap – a to nejen u profesionálů. V lehčích případech se esenciální tremor projevuje pouze jako třes rukou při zátěži nebo třes hlavy a hlasivek, který je sice pro postižené osoby nepříjemný, ale nijak závažněji je neomezuje, a zpravidla proto ani nevyhledávají lékaře. Příznaky esenciálního tremoru se obvykle projevují ve vyšším věku, kdy se tento tzv. stařecký třes mnohdy nesprávně považuje za normální průvodní jev stárnutí. Esenciální tremor však může propuknout i dříve, někdy se objevuje již od dětství. Bývá tomu tak zejména v některých případech rodinného výskytu onemocnění. Esenciální tremor se vyznačuje dědičností autosomálně-dominantního typu, při které se postižení jedinci vyskytují ve

všech předcházejících generacích, a každý potomek pacienta má padesátiprocentní riziko, že rovněž onemocní. Genetické faktory, které byly již částečně odhaleny, zatím neznámým způsobem podněcují kmitavou aktivitu nervových buněk v některých oblastech mozku, jež se pak přenesou místními drahami a projeví se rytmickými záškuby svalů. Velmi zajímavé je, že onemocnění esenciálním tremorem se u pacientů i u jejich předků a potomků v postižených rodinách obvykle spojuje s dlouhodobou vysokou a s tělesnou i duševní svěžestí zachovanou až do vysokého věku.

Léčba esenciálního tremoru není snadná a není vždy úspěšná. Třes sice ve většině případů charakteristicky ustupuje po dávce alkoholu, tohoto efektu však nelze využít pro pravidelnou dlouhodobou léčbu. Proto se používá léků původně určených pro léčbu jiných nemocí (vysokého krevního tlaku či epilepsie), o kterých je ze zkušenosti známo, že na tento typ třesu působí (propranolol, primidon). U esenciálního tremoru však není účinná levodopa (Isicom, Madopar, Nakom), základ-

ní lék při Parkinsonově nemoci. Ve sporných případech mohou lékaři právě podle reakce na podání levodopy rozlišit diagnózu Parkinsonovy nemoci (kde by se třes po dávce zmínil či vymizel) nebo esenciálního tremoru (kde levodopa třes neovlivní).

Přesto, že esenciální tremor není vzácné onemocnění, v jeho diagnóze se často chybí. Stále se setkáváme s případy pacientů po léta postižených třesem narušujícím pohyb, někdy i třesem hlavy, bez jakýchkoli dalších příznaků. A ačkoli takový obraz onemocnění je typický pro esenciální tremor a neslučitelný s diagnózou Parkinsonovy nemoci, někteří tito nemocní užívají zcela zbytečně po řadu let přípravky obsahující levodopu a trpí jejími vedlejšími účinky.

Děkujeme Památníku národního písemnictví za umožnění studia korespondence Maxe Švabinského. Dále děkujeme pánům Oldřichu Kulhánkovi a Jiřímu Winterovi za cenné odborné rady, paní Martě Šimové a PhDr. Evě Neumannové za pomoc při vyhledání dokumentů v archivu Krátkého filmu a v Grafické sbírce Národní Galerie v Praze.

Pokud máte zájem o členství v naší Společnosti, napište nám na níže uvedenou adresu a rádi Vám pošleme přihlášku.

**Společnost Parkinson
Volyňská 20
100 00 Praha 10**



Valorizace důchodů a výhody pro zdravotně postižené

Ing. J. Dvořák, předseda Společnosti Parkinson

Výbor Společnosti se pokusí ve stručnosti odpovědět na řadu Vašich většinou telefonických dotazů týkajících se valorizace důchodů, důchodů vůbec a stavu výhod pro zdravotně postižené.

Valorizace důchodů

Bude provedena v prosinci t.r., je-li ikož zvýšení životních nákladů v rozhodném období bylo větší než 5 %. Přitom základní sazba ve výši 1 310 Kč pro staré a nové důchody zůstává beze změny, zvyšuje se procentní sazba valorizace pro starodůchodce proti novým důchodům u zbývajících částí důchodů.

Domníváme se, že zvýšená sazba valorizace u starodůchodů proti přiznaným novým důchodům pouze částečně napravuje nespravedlivý rozdíl v metodice při výpočtu nových důchodů.

Obáváme se však, že existuje skupina poslanců a bohužel i představitelů některých politických stran, kteří prosazují, aby valorizace byla prováděna až po 10% zvýšení životních nákladů, a kteří kritizují, že současná politika vlády v sociální oblasti je příliš tolerantní. Skutečností je, že ve státním rozpočtu chybějí v této oblasti stovky milionů korun a že není kde brát.

Na druhé straně nechápeme, že v letošním roce se na zahraniční cesty poslanců a senátorů, většinou do exotických zemí, vydalo více než 45 mil. Kč při naprostém nedostatku jejich jazykových znalostí. Dále třeba na protidrogovou prevenci se v příštím roce uvažuje o částce přesahující 120 mil. Kč. Domníváme se, že proti drogám je sice třeba bojovat, že je však naprosto špatná metodika tohoto boje a většina peněz je vynakládána neúčelně.

Důchody v budoucnu

V současné době se důchody vyplácejí ze státního rozpočtu z čas-

tek odvedených na sociální pojištění. Jenže v roce 1996 činil deficit na tomto pojištění 1 miliard Kč, v roce 1999 již více než 12 miliard, a v současnosti je to již téměř 20 miliard Kč. Je to hluboký propad ve státním rozpočtu.

Vláda počítá od roku 2002, že částky na výplaty důchodů již nebudou součástí státního rozpočtu. Má vzniknout Sociální pojišťovna, která bude spravovat odvody na sociální pojištění, a stát by formou příspěvku hradil část základní výměry důchodu, která v současné době činí 1 310 Kč pro všechny důchody. Po vzniku této pojišťovny by postupně – již v roce 2002 – měl na důchodovém účtě vznikat přebytek.

Je třeba, aby tento vládní návrh schválil parlament. Věříme, že se o naše důchody nebudeme muset v budoucnu obávat.

Výhody pro zdravotně postižené

Skutečností je, že státní rozpočet, ze kterého se hradí příslušné výdaje, má nedostatek finančních prostředků a situace se stále zhoršuje. Musí se šetřit, jde jen o to, aby to bylo na správném místě. Z tisku se dovídáme, že daně už úniky, podvody, tunelování již dosahují řádově miliard korun. A důsledky?

– Posudkoví lékaři mnohem přísněji posuzují nové žádosti o vydání průkazů TP, ZTP a ZTP/P. V případech nemocných Parkinsonovou chorobou se někteří posudkáři odvolávají u poruch hybnosti na to, že nemají oporu ve vyhlášce. Je pravdou, že Parkinsonova nemoc není jmenovitě uvedena, ale je možno aplikovat obdobná ustanovení pro závažné poruchy hybnosti.

– Parkinsonik má nárok na komplexní lázeňskou léčbu jednou za život (diagnóza G20, G21-VI/11 – viz naše kritika v časopise Parkinson č. 6/1999).

– Byla zrušena úhrada povinného ručení u automobilů používaných zdravotně postiženými ZTP a ZTP/P.

– Ruší se od 1/7 2000 dálniční známky pro zdravotně postižené, které postižení dostávali zdarma. V podstatě jde o zjednodušení agendy, s nímž lze souhlasit.

Jenže novela vyhlášky Ministerstva dopravy říká, že doprovod zdravotně postiženého, který s ním není současně v automobilu, může dálnici použít bez poplatku jen v případě, že má potvrzení ústavu, že navštěvuje zdravotní zařízení, ve kterém je postižený trvale umístěn. Prý je to proto, že dříve se dělaly podvody. Proboha, kdo toto ustanovení vymyslel?

Již několik let bojujeme, aby bylo uznáno, že postiženému s průkazem ZTP a ZTP/P je lépe v domácím prostředí, kde má lepší péči a je i psychicky vyrovnanější, než když je v ústavu, kde se mají léčit jen ty nejtěžší případy.

Uvedme příklad:

Manžel veze manželku, která má průkaz ZTP/P, z Prahy do Brna, kde manželka stráví 14 dní u provdané dcery, která o ní bude pečovat. Z Prahy do Brna použijí dálnici bez poplatku, vykáží se průkazem ZTP/P a je všechno v pořádku. Ale z Brna do Prahy musí manžel jet po okresních silnicích, protože je sám, nebo by si musel zakoupit normální dálniční známku. Je to podle vás v pořádku?

Domníváme se, že Vládní výbor pro zdravotně postižené nebyl spoluautorem této novelizované vyhlášky, a budeme žádat, aby se touto otázkou zabýval.

Uvítáme vaše další názory k těmto otázkám.

Výbor Společnosti Parkinson



Výměna průkazů TP, ZTP a ZTP/P, poplatek za užívání dálnic

JUDr. Pavel Sábí

Výměna průkazů

K vašim četným telefonickým dotazům, které se týkají připravované výměny průkazů TP, ZTP a ZTP/P, ve stručnosti sdělujeme:

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo vyhlášku č. 73/2000 Sbírky, kterou se provádí výměna výše uvedených průkazů. Tato vyhláška přímo navazuje na zákon č. 360/2000 Sbírky a vstupuje v platnost dnem 1. července 2000. Podstata nové úpravy je následující:

- Je nezbytné opatřit si fotografii rozměrů 35 x 45 milimetrů. Ta musí odpovídat současné podobě občana, zobrazuje občana v předním čelném pohledu s výškou obličejové části hlavy od očí k bradě minimálně 13 mm, v občanském oděvu, bez brýlí s tmavými skly, bez pokrývky hlavy. Mezi horním okrajem hlavy a horním okrajem fotografie je vzdálenost minimálně 2 mm.
- Při výměně průkazů bude nutno uhradit správný poplatek 30 Kč. Dojde-li ke ztrátě, odcizení, případně zničení tohoto nového průkazu bude muset občan uhradit částku 50 Kč.
- „Staré“ průkazky mají platnost do 31. 12. 2001 (tedy ne do konce letošního roku, jak se mnozí domnívají), na jejich výměnu je tedy dost času. Je dobré tuto okolnost vzít v úvahu a výměnu zbytečně neodkládat, a předejít tím návalům na odborech sociální péče příslušných úřadů.
- Nové průkazy budou barevně rozlišeny: TP – modré, ZTP – zelené a ZTP/P – okrové.
- Doba platnosti průkazu mimořádných výhod od data jeho vydání může činit u občana ve věku:
 - a) do 20 let nejvýše 5 let,
 - b) 20 až 50 let nejvýše 10 let,
 - c) nad 50 let bez omezení.
- Jak již bylo výše řečeno, výměny budou provádět příslušné okresní nebo obvodní úřady podle místa trvalého bydliště občana, kde vám také ochotně odpoví na případné dotazy.

Na třetí straně obálky uvádíme pro informaci vzory nových průkazů v barevném provedení. Skutečná velikost průkazů je 75 x 105 milimetrů.

Výjimky z placení poplatků za užívání dálnice pro zdravotně postižené občany

Zákon č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích, v § 22 odst. 1 umožňoval těžce zdravotně postiženým občanům, kteří pobírali příspěvek na provoz motorového vozidla, získat na okresních úřadech zdarma zvlášť upravenou nálepku, která je opravňovala užívat svým motorovým vozidlem dálnice a rychlostní silnice bez zaplacení poplatku.

Po celou dobu platnosti zákona o pozemních komunikacích bylo toto ustanovení kritizováno zejména ze dvou zcela odlišných důvodů. Občané, kteří pečují o těžce zdravotně postižené rodinné příslušníky, si stěžovali, že nemohou získat zdarma dálniční nálepku určenou pro těžce zdravotně postižené občany, ačkoli je pravidelně a soustavně v svém motorovém vozidle vozí. Na druhou stranu Ministerstvo práce a sociálních věcí opakovaně upozorňovalo na možnost zneužití zvlášť upravených nálepek nalepených na předním skle motorového vozidla v době, kdy vozidlo užívají pouze zdravé osoby.

Z těchto důvodů došlo novelizací zákona o pozemních komunikacích zákonem č. 102/2000 Sb k několika zásadním změnám. Od 1. července 2000 již neplatí zvlášť upravené nálepky, které umožňovaly určité skupině těžce zdravotně postižených občanů užívat dálnice a rychlostní silnice bez placení poplatku. Těžce zdravotně postižení občané, kterým byly přiznány výhody II. stupně (průkaz ZTP), nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), mohou od 1. července 2000 užívat dálnice a rychlostní silnice motorovým vozidlem bez placení poplatku, jestliže jsou sami držitelem motorového vozidla, nebo je držitelem motorového vozidla osoba blízká za předpokladu, že ve vozidle je oprávněná osoba přepravována.

Motorová vozidla používaná k dopravě těžce zdravotně postižených občanů již tedy nebudou muset být vybavena speciálně upravenou nálepkou. V případě kontroly musí uživatel vozidla předložit platný průkaz ZTP, ZTP/P nebo rozhodnutí o přiznání příspěvku na provoz motorového vozidla. Těžce zdravotně postižený občan musí být přepravován ve vozidle, které využívá výjimky z placení poplatku za užití dálnice nebo rychlostní silnice. Pouze v případě, že uživatel vozidla prokazatelně jede pro osobu blízkou, která je umístěna v některém zdravotnickém zařízení nebo zařízení sociální péče, nebo se z cesty vrací, může výjimky z placení poplatku využít za předpokladu, že se prokáže potvrzením vedení zdravotnického zařízení, že těžce zdravotně postižený občan je pacientem či klientem tohoto zařízení a že uživatel vozidla tohoto občana pravidelně přepravuje ze zařízení domů a zpět.



K dopisům čtenářů

Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., neurolog, odpovídá na dotazy pana M. B. z Přerova

1. Co je to extrapyramidový syndrom?

V čísle 6 časopisu Parkinson jsem takto vysvětloval pojem parkinsonský syndrom: „Slovo syndrom je definováno jako soubor příznaků, z kterých se skládá typický obraz dané nemoci. Parkinsonský syndrom je soubor příznaků charakterizovaný trojicí akineze (snížená hybnost) – rigidita (ztuhlost) – tremor (třes). Parkinsonova nemoc se projevuje vždy parkinsonským syndromem a také dalšími příznaky, které jsou nespecifické a objevují se různě často, avšak ne pokaždé.“ Hlavní příznaky Parkinsonovy nemoci jsou způsobeny degenerativními procesy v černém jádře a poruchou funkce v dalších podkorových jádrech, které souhrnně nazýváme bazální

ganglia. Jsou to shluky šedé hmoty uložené ve spodní části mozku – proto bazální. Tato jádra jsou propojena navzájem i s mozkovou kůrou velmi složitým systémem drah a spojů. Celému komplexu jader, drah i příslušných částí mozkové kůry říkáme extrapyramidový systém. Odlišujeme jej totiž od pyramidového systému, který zajišťuje především jemnou hybnost prstů. Parkinsonova nemoc je jedním z několika onemocnění, které vznikají při poruše funkce bazálních ganglií. Extrapyramidový syndrom je tedy širší pojem, který zahrnuje jak parkinsonský syndrom, tak další syndromy. Zhruba se extrapyramidový syndrom dělí na skupiny onemocnění s akinezí (tj. se snížením hybnosti, především parkinsonský syndrom) a s dyskinezí, tj. s mimovolními pohyby. Že toto dělení není zcela přesné, víme již podle toho, že u Parkinsonovy nemoci se v průběhu onemocnění

objevují mimovolní pohyby, tedy dyskineze. Onemocnění s dyskinezemi je celá řada, např. některé formy třesu, tiků, stáčení částí těla nebo jejich nenormální postavení (dystonie), nebo rychlé krátké pohyby (chorea).

2. Co je to neurovegetativní dystonie?

Jde o pojem, který je často užíván, avšak ne zcela přesně definován. Pod pojmem neurovegetativní dystonie se obvykle chápe porucha vegetativního systému, jenž se projevuje poruchami regulace krevního tlaku (zejména nízkým tlakem a sníženou schopností regulovat tlak např. při změně polohy těla), poruchami rytmu srdečního (bušení srdce, zrychlení tepu), někdy nadměrnou potivostí, červenými skvrnami na kůži při rozčilení apod. Tyto potíže nejsou důsledkem poruchy postiženého orgánu, např. srdce. Často je významný vliv psychiky.

Dopis čtenářky PhDr. Hany Bratránkové

Před čtyřmi lety jsem se dozvěděla, že trpím Parkinsonovou chorobou. Prošla jsem celou škálou odborných pracovišť. Nyní jsem druhým rokem v péči Střediska extrapyramidálních chorob Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha u doc. MUDr. Růžičky, CSc. Ošetřujícím lékařem je MUDr. Jech. Teprve tady jsem plně pochopila svůj stav a po počátečním zmatku a beznaději jsem si začala uvědomovat možnosti sou-

žití s touto chorobou. Velice mi pomáhá, kromě medikamentózní léčby, lidský přístup ke mně jako pacientovi, klidné a vyrovnané prostředí domova. Toto specializované pracoviště se snaží vytvořit kolem nemocného pohodové prostředí jak v rodině, tak i ve zdravotnickém zařízení. Velkým přínosem jsou pravidelná cvičení pořádaná Společností Parkinson a rekondiční pobyt v přírodě.

Letos v srpnu jsem se zúčastnila takové rehabilitace ve Štikově, pořádané Společností Parkinson. Čtrnáctidenní pobyt byl

vyplněn jak programem tělocvičným, což byla hlavní náplň, tak kulturním. Nebyl opomíjen ani společenský život. Navazovala se drobná přátelství. Krásné počasí se podílelo na neobvyčejném zduaru této akce. Takový úspěšný průběh by nebyl možný bez obětavé práce výboru Společnosti Parkinson, vedoucího pobytu Ing. Jiřího Dvořáka, lékařky a rehabilitačních sester, které zajišťovaly cvičení a masáže. Odjela jsem z pobytu ve Štikově spokojená a zotavená.

Všem za to děkuji



Vyměňujeme si zkušenosti

Kapitola čtvrtá: Dobré ráno a ještě hezčí den

Emma Petrová

Denní režim pacienta s Parkinsonovou nemocí je zřejmě velmi individuální. Přesto věřím, že tento pokus zobecnit některé zkušenosti z vlastní desetileté praxe nebude úplně zbytečný.

První okamžiky po probuzení významně ovlivní náš postoj k životu pro celý den. Dbám tedy na to, abych měla ráno vše potřebné po ruce a zbytečně si nekomplikovala nástup do nového dne. Jedná se samozřejmě hlavně o první dávku léků a nápoj na zapití. Pro případ, že by se ranní pohyblivost nečekaně zhoršila, poslouží trvale připravená „ošetka první pomoci“. Je na ní miska piškotů nebo jiné trvanlivé sousto, brýle a veselé čtení, dálkový ovladač rádia a televize, pomůcky pro ranní cvičení a rehabilitaci – kousek pevné šňůry, kuchyňský váleček, malý míček, masážní kartáč a podobně.

Nejtěžší pro mne bylo odnaučit se rannímu spěchu – rychle vyskočit z postele a po vzoru pověstného ranního ptáčka se snažit doskákat co nejdál pro blaho dětí a vnoučat, přičemž na vlastní osobní hygienu došlo kolem poledne.

Teď je ráno jenom moje. Ještě na lůžku se důkladně protáhnu a po nástupu účinku léků si zacvičím stálou sestavu cviků převážně vstoje s oporou a vsedě. Snažím se sice o co největší svižnost cvičení, ale k vrcholným výkonům se po ránu nenutím.

Při pobytu v koupelně se snažím ještě více uvolnit a rozhybat obličej. Mluvím nahlas a mimiku kontroluji v zrcadle. Není na škodu podle nálady si i zazpívat – donutí to zhluboka dýchat. Potom v rámci ranního rituálu snídám – zdůrazňuji, že pomalu, vsedě a v klidu!

Denní program předem promýšlím, ovšem velmi volně, bez kategorického „musím“. Vždyť nevím předem, jak se den vyvine, a je nezbytně nutné přijmout klidně i situaci, kdy z naplánovaných věcí neudělám třeba ani jednu. Platí to hlavně pro ženy, které mívají utkvělé představy o čisté domácnosti a tendenci srovnávat své pracovní výkony s dobou před dvaceti a více lety. Chce to trochu té zdravé lehkomyšlnosti, a také uvědomit si, že vodovodní baterie vrhající stříbrné odlesky se vyskytují výhradně v televizních reklamách.

Při plánování dne nemá smysl jít proti přírodě. Respektujeme skutečnost, že tělo má svůj přirozený jízdní řád, který ovládají „hodiny“ v hypothalamu. My si ani nemusíme být vědomi svých vnějších ani vnitřních rytmů, ale zjišťujeme, že v jisté denní době máme více energie, lepší náladu a více tvořivých sil, než v jiné době.

Obecně platí, že mozek je v nejlepší formě v polovině dopoledne a potom opět v půli odpoledne, takže na tuto dobu plánujeme duševně náročné úkoly. Zato kolem 16. hodiny jsme nejzručnější a vůbec na vrcholu fyzických sil. Těsně po obědě se tělesné funkce asi na hodinu zpomalí, což nám vnuká nápad zařadit odpoledního „šlofíka“. Náznaky na krátké zdřímnutí v této době se různí, já se za ně přimlouvám. Není-li delší než 30 minut, pomůže nám, abychom po zbytek dne zůstali fit.

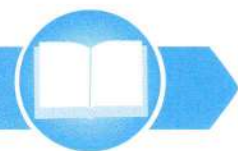
Samozřejmě každý z nás má odchylky od průběhu tohoto 24hodinového cyklu. Vyplatí se pozorovat je a pro využití svého dobrého denního času se nebát ani nekonvenčních postupů. Sama jsem například záměrně po-

sunula dobu spánku a tyto řádky jsou psány ve čtyři hodiny ráno.

V úvodu této kapitoly jsem doporučovala udělat po ránu maximum pro sebe, odpoledne se naopak snažím být užitečná ostatním a vůbec se dostat mezi lidi. (Důležité zejména pro nás, kteří žijeme sami.) Jednak se trochu pocvičím v řeči, zároveň však trénuji umění naslouchat druhým. Tohoto umění se nám starším občas trochu nedostává. Přitom je známá věc, že jen nasloucháním jiným lidem se můžeme dozvědět něco nového. Mluvme-li stále sami, dozvíme se jenom to, co už dávno víme.

Je chybou se domnívat, že při svém hlemýždím tempu nemůžeme svému okolí nijak prospět, být užiteční – což je pocit, který moc potřebujeme. Máme něco, co v dnešní uspěchané době kdekdo postrádá – máme totiž čas! Takže v rámci širší rodiny a sousedstva na sebe bereme úkoly zdánlivě nepatrné, ale ve svém výsledku okolím vysoce cenné. Je možné např. uspořádat podle autorů rodinnou knihovnu, udělat pořádek v dokladech a účtech, vděčným námětem jsou skříňky na šití a vůbec zásuvky různého obsahu atd. Zkrátka – co je pro zaměstnaného člověka onou kapkou navíc, tam nastupujeme my. Dostane se nám kýženého uznání, a přitom si nenásilně rehabilitujeme. Jenom pozor – zásadně nepřijímat termínované úkoly – to nám opravdu nedělá dobře.

Kromě podobných rodině a veřejnosti prospěšných aktivit nezapomínejme na své vlastní záliby a koníčky. Není pravdou, že pod tíhou zdravotních potíží se musíme postupně všeho vzdát. Prostě jen některé činnosti vy-



měníme za jiné, vhodnější. Můžeme začít cokoli, máme šanci splnit si své tajné sny.

Možná máte pocit, že takto pojatý rozvrh dne je nad vaše časové a organizační možnosti. Pro ten případ přidávám obvyklou „extra

fintu“: Pořídte si psa, a máte vystaráno! Přiměje vstát, ačkoli jste mysleli, že to vůbec nejde. Názorně předvede, jak se protáhnout. Bezpečně zažene chmury. Vezme vás ven za každého počasí. Vyslechne vás pozorněji

než promovaný psycholog a pěkně si pokecáte, když vaši lidé nebudou zrovna nablízku.

Tak hezký den!

Hodnocení rekondičního pobytu Společnosti Parkinson – zpráva lékařky

(Štikov, 3. 6.–17. 6. 2000)

MUDr. Ludmila Moszkorzová

Rekondiční pobyt čtyřiceti nemocných s Parkinsonovou chorobou probíhal z pohledu lékaře bez závažnějších obtíží a komplikací.

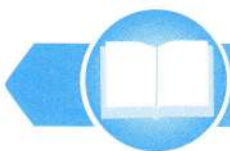
V prvních několika dnech jsem všechny pacienty orientačně interně vyšetřila, seznámila se s jejich vedlejšími diagnózami, chronickou medikací, přítomností eventuální alergie a nutností diety, dále jsem je vyšetřila po stránce pohybové a rozdělila dle výkonnosti a stavu postižení do pěti skupin. První a druhá skupina byli tzv. bezproblémoví pacienti, to znamená v celkově velice dobrém stavu, jak po stránce tělesného postižení v rámci Parkinsonovy choroby, tak po stránce interní. Třetí skupina byli pacienti s určitou interní diagnózou, která jim nedovolovala plnou fyzickou zátěž, přestože jejich pohybový aparát byl také ve velice dobrém stavu. Čtvrtou skupinu pak tvořili pacienti již méně zdatní, často vyžadující pro zvládnutí jednotlivých cviků pomocnou ruku rehabilitační sestry. V páté skupině zůstalo posledních pár nemocných, se kterými byl většinou přítomen doprovod, tedy pacienti zcela nesamostatní, odkázání na pomoc druhé osoby ať již v běžném životě, nebo při cvičení. Proto se této skupině věnovaly obě rehabilitační sestry současně.

Během následujících dní nemocní pravidelně cvičili dle instrukcí re-

habilitačních sester a osvojovali si pro mnohé nový denní režim, který se pro takto postižené, jestliže chceme dosáhnout co možná nejintenzivnějšího zbrždění progresu tohoto zatím nevyléčitelného a tudíž chronického onemocnění, stává celoživotní nutností. Každý den začínal ranní rozcvičkou v 7.30 hod., které jsem se sama zúčastňovala, abych mohla objektivně posuzovat event. zlepšení či naopak zhoršení stavu jednotlivých pacientů. Po snídani, v devět hodin, začala série cvičení zvláště pro jednotlivé skupiny. V těchto hodinách jsem vyšetřovala postupně jednotlivé pacienty důkladněji, měřila jim tlak, dlouze s nimi hovořila o problémech, které jim nemoc přináší, a o možnostech jejich řešení a léčby. V první řadě jsem se jim snažila vysvětlit význam rehabilitace, cvičení a dodržování určitých životních standardů – omezení a návyků nutných pro udržení jejich relativně dobrého stavu co možná nejdéle. Dále jsem v těchto individuálních diskusích kladla důraz na otázku komplexnosti léčby, a v neposlední řadě na oblast psychiky, která není jednoduchá jak pro samotné pacienty, tak ani pro jejich rodinné příslušníky a na kterou bohužel v neurologické ambulanci nezbyvá příliš času. Často se proto stávalo, že jsem dlouze hovořila rovněž s osobami, jež postižené

pouze doprovázely, a snažila jsem se jim pomoci v chápání pocitů a chování jejich milovaného, ač nemocného člověka.

Podobné dialogy probíhaly také v odpoledních nebo večerních hodinách – dle individuálních potřeb každého jednotlivce. Během odpoledních hodin běžela samozřejmě série dalších cvičení, po níž se díky nádhernému počasí většinou odcházelo k rybníku, kde se již každý mohl věnovat svým zálibám a potřebám. Bylo možné plavat v rybníce, kde byl vždy přítomen někdo ze zodpovědných osob (rehabilitační sestry, lékařka, doprovodná osoba ...), věnovat se procházkám po nádherné okolní krajině, nebo jen četbě či jiné relaxaci, která je pro již tak velice podlomenou psychiku těchto nemocných velice důležitá. Také z těchto důvodů plně schvaluji organizaci několika dílčích společenských akcí, jako byl např. táborák, společný výlet autobusem, turnaj ve stolním tenisu, či závěrečný večírek s hudbou a tancem. Účast byla vždy zcela dobrovolná. Rovněž plně schvaluji a příkláním se k zachování 14denní délky pobytu takovýchto rekondic, neboť pouze jeden týden je z mého pohledu zcela nepostačující. V prvním týdnu dochází totiž nejdříve k učení a osvojování si nových cviků, návyků a postupů, a teprve následně – během dru-



hého týdne, si pacienti zpravidla zcela osvojí a zažijí nový životní režim, doprovázející je pak celý život. A to je myslím posláním těchto a jim podobných rekondičních pobytů.

Mohu jen dodat: kéž by jich bylo více, aby se mohlo zúčastnit co nejvíce postižených osob.

V závěru pobytu jsme se snažila spolu s rehabilitačními sestrami vyhodnotit člověka s největším zlepšením jak po stránce pohybové, tak psychické. Musím konstatovat, že jsme nenalezli nikoho, kdo by výrazně předstihl ostatní, ale že ke zlepšení došlo prakticky u všech, a lze tedy říci, že všem tento pobyt prospěl. Samozřejmě, že někomu více, někomu méně, ale jistě zlepšení bylo zaznamenáno u všech zúčastněných.

Ráda bych ovšem také podotkla, že ne všichni pacienti byli dostatečně uzpůsobili k takovému rekondičnímu pobytu. Jednalo se např. o nemocné, jejichž základní

chorobu komplikovala dekompenzovaná nebo nedostatečně léčená deprese, kardiální a oběhová nestabilita a nebo nedostatečná mobilita a soběstačnost bez přítomnosti doprovodné osoby. Pro ilustraci uvádím několik příkladů: jedna z pacientek měla velice časté pády. Při jednom z posledních pádů se dokonce vážně zranila. Další z nemocných pak trpěl velice nestabilní anginou pectoris, což bylo také riziko, jiný měl nedostatečně léčen vysoký krevní tlak, další potřeboval doprovod, protože si sám nebyl schopen vzít v danou hodinu příslušné léky, a bylo ho tudíž nutno neustále kontrolovat, atd.

Nebudu se dále zabývat podrobnostmi, jen bych chtěla touto cestou apelovat na lékaře-neurology, kteří dávají svým pacientům doporučení k absolvování pobytu, aby byli v tomto ohledu méně benevolentní a opravdu důkladně zvažili, zda je takový pobyt

vhodný právě pro jejich pacienta, zda pro něj bude skutečně přínosem, a nikoli jen zátěží jak pro něj samotného, tak pro jeho okolí, zda nebude zbytečně zabírat místo dalším, kterým by pobyt prospěl daleko víc. Rovněž bych uvítala, kdyby se lékaři více rozepisovali o medikaci a v neposlední řadě o dalších diagnózách, které pacienti často nedokážou dostatečně charakterizovat a o kterých by měl přítomný lékař z hlediska bezpečnosti jistě vědět. Dále by také měl být kladen větší důraz na to, aby s sebou všichni pacienti měli dostatek léků, které postačí na celé období rekondice.

Závěrem bych chtěla poděkovat všem, kteří se nějakým způsobem podílejí na organizaci a zprostředkování těchto pobytů, a popřát jim hodně úspěchů a pevné nervy do další činnosti ve prospěch jakkoli strádajících lidí. Budu se těšit na další spolupráci.

Štikovská story

Takto převážně hodnotí pobyt účastníci prvního turnusu 3.–17. 6. 2000 Doležal, Kubečkovi, Lis a ostatní

*Okolo Paky červená je zem,
z celé naší země přijeli jsme sem.
Slyšíš tu: Já z Brna su ...
Ostravaci krátkí též su tu,
podkrkonošské slyšíš cáh a kdák,
i z kolínské roviny tu jsou.*

Kdo nás sem přivedl?

Pan Parkinson.

*Pěkně s námi cvičí, třese,
po zemi nás válí,
okolí se divně kouká,
oči na nás válí.*

*Ale my všem ukážeme,
s nemocí se popereme,
díky naší přátelé,
že tady být můžeme.*

*Štikov nás uvítal,
krásné počasí nám přál.
U studánky s živou vodou
cítili jsme klid,
v lese jsme se procházeli,
v rybníce se vykouпали,
má se někdo líp?*

*Nejdřív paní doktorka,
(drobounká jak panenka)
koukla se nám na zoubek.*

*Dle toho co objevila,
do skupin nás rozdělila.*

*Mocným hlasem zahřímala
(kde se v ní jen vzal?)
teď budete pilně cvičit,
ráno, večer, celé dny,
to se ještě uvidí!*

*Jitka, Lenka, prima sestřičky
rozhýbaly naše ztuhlé kostičky.
3x denně dávaly nám do těla –
nádech, výdech, zvednout
zadek, kolena.*

*Ale nejen cvičením je parkinsonik
živ!*

*Sportovci si ani tady pokoj nedali,
ping-pongový turnaj sehráli.
Za krásného večera
vysoká vatra hořela,
písničky a buřty, no, mňam, mňam.
Hodně dobře bylo nám.*

*Sobota – ach to byl krásný den,
náhle je však do červena zabarven.
K tomu rámus, zápach, prach!
Co se děje? ptá se kdos,
ve štikovské roklí se dnes jede –
trabant cross.*

*Nejprve jsme nadávali,
přemohla nás zvědavost,
koukali jsme ze stráně,
sešlo se nás dost.
Inu, pověst pravdu praví,
člověk je tvor přímo hravý.*

*V jednom parném odpolední
jeli jsme též na výlet.
Humprecht – ach těch schodů –
ale vyhráli jsme,
z výšky dívali se dolů.
Potom na hrad Kost,
tam už jsme však měli dost.*

*Pak Prachovské skály –
radši koukali jsme z dále,
nakoupili kamínky,
aby byly vzpomínky.*

*A jaký byl personál?
Vstřícný, hodný, i kuchař má
jedničku,
někdy něco nestíhal,
ale na stůl vždycky jídlo dal.
Pobyt se nám krátil,
nebudeme lkátí,
pilně budem cvičit,
chceme přece chodit
a na Štikově se zas sejít.*



Ze zahraničí

Nobelova cena za lékařství

Václav Pergl

Letošní Nobelova cena za lékařství je podle českých lékařů v dobrých rukou. Švéd Arvid Carlsson, který ji získal, se totiž zasloužil o to, že dnes lze léčit Parkinsonovu chorobu.

Carlssonovi je dnes už 77 let. Stále je ale aktivní. „Znám ho z neurologických kongresů. Jeho objev v přenosu signálů v nervové soustavě, který učinil už v padesátých letech, se neustále rozvíjí,“ řekl v úterý Právu docent Evžen Růžička z Neurologické kliniky I. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Další dva lékaři, kteří také letos Nobelovu cenu dostali, Američané Paul Greengard a Erik Kandel, objev Carlssona dál rozvedli. Jejich výzku-



Arvid Carlsson

my přenosu signálů v nervové soustavě mají také zásadní význam pro pochopení normální funkce mozku.

„Carlsson přišel na to, že v mozku je látka, která se jmenuje dopamin, a ta hraje velkou roli v přenosu informací mezi nervovými buňkami. To je ono sdělování signálů. Nedostatek dopaminu pak vede ke vzniku Parkinsonovy choroby. A právě tento celý objev se stal základem k léčbě uvedené nemoci,“ uvedl Růžička.

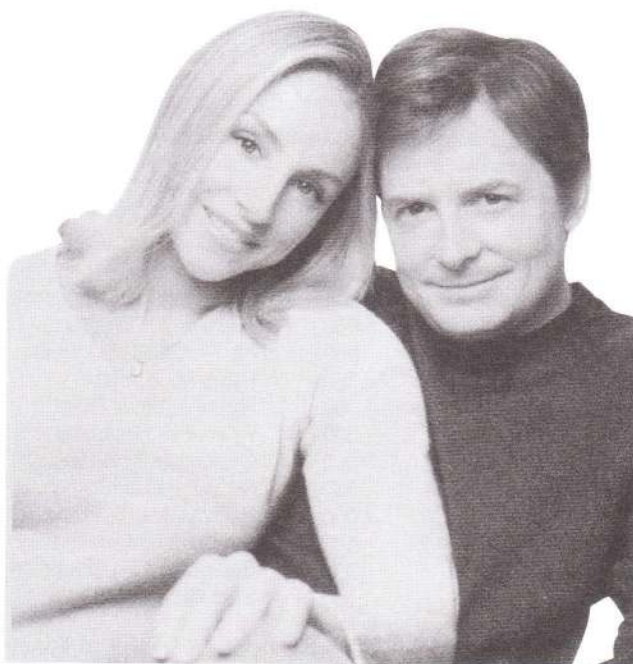
Dříve lidé trpící Parkinsonovou nemocí umírali za sedm let od začátku onemocnění, a dnes se nezřídka dožívají vysokého věku. „Jejich osud se zcela zásadně změnil. Dodnes se čerpá z objevu Carlssona. I u nás umíme tuto nemoc léčit jen díky jeho přínosu,“ uzavřel Růžička.

Deník Právo, 11. 10. 2000

Hold Foxovi na rozloučenou

Jana Rovenská, Magazín Právo,
26. února 2000

Na letošních Zlatých glóbosech nemocný Michael J. Fox (38) ještě dostal ocenění jako nejlepší autor situační komedie, hitu ABC Spin City (Rotující město), ale na oslavě poté svým přátelům oznámil, že z natáčení odchází. „Chci se věnovat rodině a shromažďování peněz na boj proti zrádnému Parkinsonovi. Je to progresivní nemoc, ale zatím mě nezničila. Proto chci odejít ve chvíli, dokud mám ještě energii s ní bojovat a kdy ještě mohu udělat něco pro to, abych ji pomohl zastavit,“ řekl Fox a všechny přítomné dojal k slzám. Útěchou pro něho i pro jeho přátele je jeho věrná herecká manželka Tracy Polanová (39), která je prý jeho největší životní výhrou.





Dobrovolné příspěvky vyšší než 200,- Kč poukázali od 1. 3. do 30. 9. 2000 tyto dárci:

Adámek L., N. Město na Moravě	250,-	Krejza M., Dvůr Králové	400,-	Sejkorová M., Vysoké Mýto	300,-
Ambrož M., Suchdol nad Lužnicí	350,-	Kubín S., Hradec Králové	300,-	Silný J., Kroměříž	300,-
Andršová M., Praha	500,-	Lacina Z., Plzeň	250,-	Simandl D., Praha	500,-
Bachan F., Hluk	600,-	Lembardová A., Ostrava	300,-	Skalická B., Brandýs nad Labem	300,-
Šnelcer J., Volary	500,-	Lešáková V., Brdy	300,-	Směšný L., Holešov	300,-
Barochová J., Karlovy Vary	1 000,-	Lešovský J., Hodonín	600,-	Soukup O., Ostrava	220,-
Bartoníková M., Uničov	250,-	Lifková M., Stráž nad Nežárkou	300,-	Staněk L., Ostrava	300,-
Bartošek Z., Kyjov	300,-	Loskot E., Kladno	300,-	Stará E., Svitavy	300,-
Berková B., Praha	250,-	Macelová V., Praha	500,-	Šedl K., Choceln	300,-
Bosáková R., Třeboň	300,-	Maherová E., Praha	500,-	Šesták M., Stříbro	400,-
Brabcová J., Plzeň	500,-	Marek Z., Čelákovice	300,-	Šolc J., Turnov	500,-
Bureš V., Prostějov	300,-	Marková I., Žďár nad Sázavou	300,-	Šrámek J., Praha	300,-
Celnek M., Brno	300,-	Mašátová V., Dobruška	300,-	Šulcová Š., Mokrý Horákov	300,-
Chlebec E., Frýdek-Místek	300,-	Matějková V., Vysoké Mýto	500,-	Švarcová H., Světlá n/Sáz	300,-
Čimermanová M., Praha	300,-	Matuszczyk R., Frýdek-Místek	500,-	Švejdová M., Třebíč	500,-
Černohous F., Jablonec n. O.	300,-	Matušek J., Karviná	600,-	Uriková D., Chotěboř	500,-
Čížek J., Nýřany	400,-	Matzenauer P., Holešov	300,-	Pavlatovi V. a A., Brandýs n. L.	300,-
Doležal L., Brno	250,-	Máca F., Rudolfov	300,-	Vavřínová A., Králupy	500,-
Dostál M., Praha	1 100,-	Mádlík V., Cerhenice	300,-	Václavěk G., Český Brod	300,-
Došel P., Sezemice	500,-	Menšík A., Veselí n. Moravou	400,-	Weczerková A., Kravaře	300,-
Dr. Fiala P., Hořovice	1 000,-	MUDr. Mészáros J., Prostějov	500,-	Verba M., Česká Lípa	300,-
Dr. Fultner J., Praha	300,-	Mgr. Dubanská V., CSc., Praha	300,-	Veverková M., Praha	300,-
Dr. Kadlecová J., Pohořelice	2 000,-	Mgr. Myslivcová L., Ostrava	300,-	Wolfová Z., Nová Dubnica (SR)	400,-
Dyntar V., Dobruška	300,-	Mgr. Stonavská J., Rokycany	250,-	Vondruška J., Praha	500,-
Farský M., Hradec Králové	300,-	Štrobich M., Praha	300,-	Vyštetnová M., Kořovice	500,-
Foutová S., Vlašim	300,-	Mlejnková J., Jičín	300,-	Zakopal K., Pardubice	250,-
Grimm A., Ústí nad Labem	300,-	MUDr. Čermáková V.,		Ing. Toth F., Praha	1 000,-
Haiker M., Havlíčkův Brod	300,-	Uherský Brod	500,-	Marešová H., Česká Třebová	300,-
Hamplová V., Chlumec n. C.	500,-	MUDr. Korecká J., Vrbovec	300,-	Ing. Marek M., Brno	300,-
Hanáková M., Příbor	500,-	MUDr. Kožina M.,		Prof. Ing. Černý J., CSc., Praha	300,-
Heindl V., Mirošov	250,-	Planá u Mariánských Lázní	300,-	Doležalová M.,	
Heřmáňková E., Praha	250,-	MUDr. Ulbrich J., Jíloviště	300,-	Blatnice pod sv. Antonínem	400,-
Hojková A., Čelákovice	500,-	Němečková I., Praha	300,-	Klučka P., Ludgeřovice	400,-
Hons I., Praha	300,-	Novák J., Český Krumlov	300,-	Vaculíková L., Těmice	300,-
Hovorková R., Praha	300,-	Nováková J., Pardubice	250,-	Buryová M., Horní Bludovice	300,-
Hrabák A., Mníšek pod Brdy	300,-	Novotná V., Praha	300,-	Dr. Vysloužil M.,	
Hrušková R., Sadská	300,-	Odstřelík J., Pravčice	500,-	Hranice na Moravě	250,-
Hrudka V. Ing., Praha	500,-	Paprocká M., Kolín	600,-	Rychtařík D., Tuhaň-Kly	400,-
Ing. Dvořák J., Česká Lípa	300,-	Pazderka J., Hřensko	250,-	Koliha J., Praha	1 000,-
Ing. Kalousek J., Praha	400,-	Pazderová N., Ostrava	300,-	MUDr. Fiedler J., Plzeň	300,-
Ing. Konečný R., H. Počernice	500,-	Pickler E., Brno	300,-	Ing. Sečková M.,	
Ing. Kotek V., Mladá Boleslav	500,-	Poláček I., Praha	500,-	Vlkoš u Přerova	500,-
Ing. Lochman V., Přerov	500,-	Pollnerová S., Rýmařov	250,-	Vendlovi L. a M.,	
Ing. Mandelíček J., Tišnov	300,-	Pospíšilová A., Rolinec Bojanovice.	500,-	Mariánské Lázně	2 400,-
Ing. Novák M., Praha	500,-	Prajzler J., Rokycany	500,-	Körner A., Praha	300,-
Ing. Sečkář J., Mor. Nová Ves	300,-	Příbyl Z., Opava	300,-	Jírek V., Čáslav	300,-
Ing. Šrámek J., Praha	300,-	Radošická V., Blížejov	300,-	MUDr. Filipová M., CSc., Praha	300,-
Ing. Švec V., Praha	1 000,-	Rajkova J., Ostopovice	300,-	Olšanská M., Ostrava	250,-
Ing. Zapletal Z., Uh. Hradiště	300,-	As. MUDr. Roth J., Praha	300,-	Čížková M., Lhotka	400,-
Jansa V., Žamberk	350,-	Rybář M., Karlštejn	500,-	Kerný J., Jablonné n/M	300,-
Juskanič J., Praha	1 000,-	Ryneš J., Nová Role	500,-	PhMr. Bratránková H., Praha	500,-
Kabát J., Metylovice	300,-	Ryšavý J., Medlovice	300,-	Weitsová M., Sušice	300,-
Kadlecová K., Beroun	300,-	Česká provincie řádu		Harsová L., Český Krumlov	500,-
Kaďourek V., Brno	500,-	Sv. Augustina, Praha	1 467,-	Panáček B., Vlkoš	1 000,-
Kolář P., Brno	1 000,-	Balíková S. a J., Praha	400,-		
Komas S., Rokycany	300,-	Savičová I., Karlovy Vary	300,-		
Kormel A., Praha	300,-	Sedláčková E., Sloupnice	300,-		
Kostecká A., Břeclav	500,-	Sedláčková L., Přerov	300,-		

Děkujeme všem dárcům, kteří svými dobrovolnými příspěvky pomáhají v činnosti naší Společnosti, děkujeme i těm, kteří přispěli podle svých možností i menší částkou, a také těm, kteří si nepřejí, aby jejich jména byla zveřejněna. Věříme, že v příštím čísle našeho časopisu budeme moci uvést jména dalších dárců.

Společnost PARKINSON děkuje následujícím firmám, které významným způsobem podporují naši činnost:



Jihoafrické velvyslanectví Praha



Věříme, že budou následovat i další firmy.

Vzory nových průkazek TP, ZTP, ZTP/P:

PRŮKAZ TP

Fotografie (35 x 45 mm)

Jméno, příjmení
Rodné příjmení
Rodné číslo
Datum vystavení průkazu
rozdělo OŠÚ
podpis držitele

* 000117

PRŮKAZ ZTP

Fotografie (35 x 45 mm)

Jméno, příjmení
Rodné příjmení
Rodné číslo
Datum vystavení průkazu
rozdělo OŠÚ
podpis držitele

* 000117

PRŮKAZ ZTP/P

Fotografie (35 x 45 mm)

Jméno, příjmení
Rodné příjmení
Rodné číslo
Datum vystavení průkazu
rozdělo OŠÚ
podpis držitele

* 000117

PRŮKAZ TP

Platnost do
Úřední záznamy

SEVT XX XXX X 168 XXX 2000

PRŮKAZ ZTP

Platnost do
Úřední záznamy

SEVT XX XXX X 168 XXX 2000

PRŮKAZ ZTP/P

Platnost do
Úřední záznamy

SEVT XX XXX X 168 XXX 2000

Doškolovací kurs pro odborné lékaře-neurology na téma Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy

(Organizovalo Centrum extrapyramidových onemocnění
Neurologické kliniky 1 LF UK v Praze v květnu 2000 ve Velkých Losinách)



Přednášející:
MUDr. Petr Mečíř



Přednášející:
as. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.



Přednášející:
as MUDr. Jan Roth, CSc.



Přednášející:
doc. MUDr. E. Růžicka, CSc.



Účastníci kursu při
přednáškách



místopředseda Společnosti Parkinson Ing. J. Čáp
na zasedání



Pohled na místo konání