



# Choroba Parkinsona

**najczęstsze pytania  
i najtrudniejsze zagadnienia**

egzemplarz bezpłatny

Anna Potulska-Chromik, Izabela Stefaniak

Wydawnictwo w całości powstało dzięki wsparciu firmy Lundbeck Poland Sp. z o.o.

Autorzy:

Anna Potulska-Chromik  
Izabela Stefaniak

Wydawca:

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”  
ul. Czerska 18 lok. 243  
00-732 Warszawa  
tel. (22) 409 77 56

Projekt, łamanie, skład:

Color Press Art sp. z o.o.  
ul. Mielczarskiego 153  
25-611 Kielce

Dystrybucja:

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”  
Lundbeck Poland Sp. z o.o.

ISBN 978-83-925855-5-8

Warszawa, 2011r.

**Od Pani Lucyny Osmolak i Jerzego Łukasiewicza**

**Z radością przyjęliśmy (i gratulujemy) aktualnego wydania publikacji pt. „Choroba Parkinsona - najczęstsze pytania i najtrudniejsze zagadnienia” autorstwa dr Anny Potulskiej-Chromik i dr Izabeli Stefaniak.**

*Opracowanie to zredagowano w praktycznej, nowoczesnej formie zwracającej uwagę na istotne informacje. Podjęte tematy, podane informacje i wskazówki należą do tych, które są najbardziej oczekiwane przez chorego. Autorskie ujęcie tematyki i wiedza lekarzy specjalistów o chorobie na dziś przybliżyła nam utraconą nadzieję na możliwość prawidłowego diagnozowania i leczenia choroby, która niestety jest w dalszym ciągu nieuleczalna. Całościowy przekaz publikacji daje nadzieję na skuteczne leczenie, radzenie sobie z jej dolegliwościami i poprawę komfortu życia.*

*Niniejsze wydanie zawiera wszystkie informacje o Chorobie Parkinsona w bardzo przystępnej formie ujmując wszystko, co chory powinien wiedzieć o swojej chorobie. Publikacja ta podaje wiele cennych wskazówek i uwag dotyczących życia codziennego chorego i opiekunów, jak również sposobów uzyskanie pomocy w różnych sytuacjach życiowych.*

**Chorzy na chorobę Parkinsona**

...

Od Fundacji.

*Potwierdzając powyższe spostrzeżenia chcielibyśmy serdecznie podziękować i pogratulować Autorkom za podjęcie i zrealizowanie tak cennego wydawnictwa. Jesteśmy przekonani, że to swoiste Kompendium wiedzy dla chorego na chorobę Parkinsona będzie znakomitą wzbogaceniem naszych wcześniejszych wydawnictw.*

*Serdecznie dziękujemy firmie Lundbeck Poland za sfinansowanie tego wydania.*

**Zespół Fundacji**



# Spis treści

dr Anna Potulska-Chromik

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>I. Część kliniczna</b>                                                   | 5  |
| 1. Na czym opiera się rozpoznanie?                                          | 5  |
| 2. Czy każde drżenie to choroba Parkinsona?                                 | 8  |
| 3. Czy istnieje skuteczne leczenie choroby Parkinsona?                      | 8  |
| 4. Objawy nie poddające się leczeniu dopaminergicznemu – jak je zmniejszyć? | 15 |
| 5. Czy chorobie Parkinsona można zapobiec?                                  | 18 |
| 6. Czy choroba Parkinsona jest dziedziczna?                                 | 18 |
| 7. Ból w chorobie Parkinsona – jak pomóc?                                   | 19 |
| 8. Zmęczenie – jakie są jego przyczyny?                                     | 23 |
| 9. Jak postępować w przypadku zaburzeń funkcji seksualnych?                 | 24 |
| 10. Co to jest parkinsonizm atypowy?                                        | 25 |
| 11. Jak leczyć zaburzenia psychiczne?                                       | 28 |
| 12. Jak leczyć zaburzenia pamięci?                                          | 29 |
| 13. Jak przygotować się do zabiegów chirurgicznych?                         | 30 |
| 14. Jak wygląda przebieg choroby?                                           | 32 |

dr Izabela Stefaniak

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>II. Kiedy pacjent z chorobą Parkinsona i jego rodzina mogą otrzymać pomoc w trudnych sytuacjach - kilka słów o uregulowaniach prawnych.</b> | 34 |
| 1. Jak pomóc pacjentowi w załatwianiu spraw urzędowych?                                                                                        | 34 |
| 2. Jak leczyć pacjenta w sytuacjach nietypowych np. kiedy pojawiają się objawy zespołu otępiennego lub zaburzenia psychiatryczne?              | 36 |
| 3. Jak starać się o pomoc w opiece nad osobą chorą?                                                                                            | 43 |



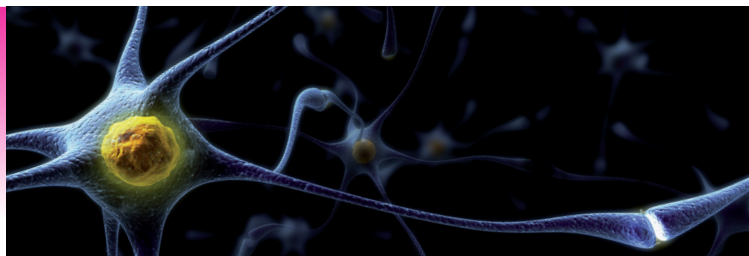


*Moim Pacjentom*

*Anna Potulska - Chromik*



# I. Część kliniczna



## 1. Na czym opiera się rozpoznanie?

Choroba Parkinsona należy do chorób neurodegeneracyjnych, oznacza to, że z powodu bliżej niepoznanej przyczyny dochodzi do uszkodzenia komórek nerwowych (przede wszystkim struktury mózgu określanej istotą czarną) produkujących dopaminę. Rozpoznanie choroby Parkinsona powinno być postawione przez neurologa, w przypadku wątpliwości przez specjalistę w zakresie chorób pozapiramidowych. Postawienie diagnozy opiera się na badaniu klinicznym i stwierdzeniu objawów choroby, do których należą m.in.: najczęściej drżenie ręki lub nogi występujące głównie w spoczynku (nie podczas ruchu lub obciążenia ręki), sztywność mięśniowa, niekiedy prezentująca się, jako zmniejszenie sprawności kończyny, spowolnienie ruchowe oraz zaburzenia postawy najczęściej przedstawiające się, jako pochylenie sylwetki do przodu - "zgarbienie", brak balansowania kończynami (najpierw po stronie rozpoczęcia objawów).

## Podsumowując:

Do kryteriów potwierdzających rozpoznanie choroby Parkinsona należą:

- ▶ spowolnienie ruchowe oraz przynajmniej jedno z poniższych
  - sztywność mięśniowa
  - drżenie spoczynkowe o częstotliwości 4 – 6 Hz
  - zaburzenia stabilności postawy



W celu potwierdzenia rozpoznania choroby Parkinsona, a zarazem wykluczenia innych chorób mogących przypominać chorobę Parkinsona (guzy mózgu, wodogłowie) wykonuje się badania dodatkowe neuroobrazowe tj. tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny.

***Jednak ani w tomografii ani w rezonansie magnetycznym mózgu nie stwierdza się zmian potwierdzających rozpoznanie choroby Parkinsona.***

Badania obrazowe, które mogą potwierdzić rozpoznanie choroby w Polsce nie są wykonywane standardowo, ponadto nie są one wymagane do postawienia rozpoznania choroby wg międzynarodowych kryteriów. Do badań potwierdzających rozpoznanie należą badanie PET (pozytonowa tomografia emisyjna), badanie SPECT (tomografia emisyjna pojedynczego fotonu z radioizotopowym znacznikiem - Datscan). Badania te pozwalają na ocenę metabolizmu w zakresie układu pozapiramidowego, którego uszkodzenie jest odpowiedzialne za powstawanie choroby Parkinsona.

W praktyce klinicznej lekarze ponadto posługują się kryteriami wykluczającymi rozpoznanie choroby Parkinsona.

### **Objawami przemawiającymi przeciw rozpoznaniu choroby Parkinsona są m.in.:**

- udary mózgu ze skokową progresją objawów parkinsonowskich
- kilkakrotne urazy głowy w wywiadzie
- przebyte zapalenie mózgu

### **► stosowanie neuroleptyków w momencie pojawienia się objawów parkinsonowskich**

- występowanie podobnych objawów u więcej niż jednego członka rodziny
- długo utrzymujące się wycofanie objawów
- wyłącznie jednostronność objawów przy dłuższym niż 3 lata trwaniu choroby



- porażenie ruchu gałek ocznych w pionie
- wczesne pojawienie się znacznego stopnia otępienia z zaburzeniami pamięci, mowy i praktyki
- obecność guza mózgu lub wodogłowia normotensyjnego w neuroobrazowaniu

► **brak reakcji na duże dawki lewodopy po wykluczeniu zaburzeń wchłaniania**

- kontakt z substancjami toksycznymi
- drżenie głowy

### Inne charakterystyczne objawy kliniczne choroby Parkinsona to:

- **Mikrografia, czyli pisanie małymi (coraz mniejszymi) literami**
- **Hipomimia, czyli mniej wyrazista/uboga mimika twarzy**
- **Ślinotok**
- **Łojotok**
- **Zaparcia**

Należy dodać, że rozpoznania choroby nie można postawić na pierwszej wizycie, konieczna jest dłuższa obserwacja pacjenta w tym reakcja na proponowane leczenie.

Oczywiście pierwsza rozmowa z lekarzem jest niekiedy bardzo trudna, ponieważ na temat choroby Parkinsona funkcjonuje wiele mitów.

To, z czym zapewne większości chorych najtrudniej się pogodzić to fakt, że choroba Parkinsona jest chorobą przewlekłą, której wyleczenie jest niemożliwe. Ponieważ nie znamy jej przyczyny nie ma także leczenia przyczynowego warunkującego pełne wyleczenie. Jednak typowa postać choroby Parkinsona postępuje najczęściej powoli, ponadto aktualnie dysponujemy szeregiem leków, które mogą znacznie złagodzić objawy choroby. U większości chorych w początkowym stadium leczenie powinno powodować, że objawy będą całkowicie nieuciążliwe dla pacjenta oraz niewidoczne dla otoczenia przez wiele lat. Także w późniejszych stadiach choroby istnieje wiele metod pozwalających łagodzić skutki niedoboru dopaminy.



## **2. Czy każde drżenie to choroba Parkinsona?**

Drżenie jest przez większość pacjentów i lekarzy nie - neurologów traktowane, jako najczęstszy i najbardziej charakterystyczny objaw choroby Parkinsona (wszak pierwsza nazwa choroby Parkinsona to drżączka porażna - ang. shaking palsy).

► **Jednak stwierdzenie jedynie drżenia rąk lub ręki absolutnie nie pozwala na rozpoznanie tej choroby. Co więcej nie u wszystkich chorych na chorobę Parkinsona występuje drżenie.**

Niezwykle istotne jest także określenie charakteru drżenia. W chorobie Parkinsona występuje ono w spoczynku tj. wtedy, kiedy ręka leży na kolanie, początkowo prawie zawsze po jednej stronie. W najczęstszej chorobie przebiegającej również z drżeniem tj. w drżeniu samoistnym objawy występują przy określonej pozycji ręki lub rąk i nasilają się podczas obciążenia i wykonywania czynności (np. przy próbie niesienia tacy z herbatą). Drżenie samoistne postępuje bardzo powoli, nie prowadzi do niepełności pacjenta. Ponadto ustępuje lub zmniejsza się nawet po niewielkiej ilości alkoholu. U dużej części chorych ma ono podłoże genetyczne. Leczenie opiera się na stosowaniu propranololu oraz leków przeciwpadaczkowych starej lub nowej generacji. Wyjątkowo u młodych pacjentów z bardzo dużym nasileniem drżenia do rozważenia pozostaje leczenie operacyjne przy pomocy głębokiej stymulacji mózgu (DBS).

## **3. Czy istnieje skuteczne leczenie choroby Parkinsona?**

Krótką odpowiedź na to pytanie brzmi: **TAK.**



Aktualnie w leczeniu choroby Parkinsona dysponujemy szeregiem preparatów, które pozwalają znacznie zmniejszyć objawy typowej choroby Parkinsona. To, wobec czego jesteśmy częściowo bezradni to postaci parkinsonizmu atypowego, jednak także u tych pacjentów należy podejmować próby leczenia objawów oraz zalecać rehabilitację.

► **Na początku choroby stosuje się najczęściej monoterapię,** czyli leczenie jednym lekiem tj. lewodopą lub coraz częściej agonistą receptora dopaminergicznego o przedłużonym uwalnianiu, który można przyjmować raz na dobę (szczegóły omówiono poniżej).

► **U pacjentów z zaawansowaną postacią choroby,** tj. wtedy, gdy mózg produkuje coraz mniejsze ilości dopaminy pojawiają się fluktuacje ruchowe (czyli na przemian stan zadowalającego funkcjonowania ruchowego - „ON” oraz stan znacznie utrudnionego poruszania się „OFF”) oraz dyskinezy czyli, zaburzenia ruchowe najczęściej o charakterze „tańczących” ruchów kończyn i głowy lub silnych ściskających ruchów polegających na zmianie ułożenia kończyn lub palców. Wtedy najczęściej oprócz lewodopy i agonisty dopaminergicznego stosuje się także inne leki takie jak blokery enzymu rozkładającego dopaminę -COMT, amantadynę. Szczegóły stosowanych preparatów omówiono poniżej.

**Większość leków stosowanych w chorobie Parkinsona nie wolno samowolnie i nagle odstawiać. Grozi to powstawaniem groźnych dla zdrowia i życia działań niepożądanych.**

(Bliżej zostały one omówione w rozdziale 13)



## **LEWODOPA (L-dopa)**

Lewodopa jest najsilniej działającym oraz najskuteczniejszym lekiem w chorobie Parkinsona, w której dochodzi do zniszczenia komórek nerwowych istoty czarnej produkujących dopaminę. Brak tej substancji powoduje wystąpienie głównych objawów choroby. Lewodopa jest substancją, z której w mózgu powstaje dopamina. Leczenie lewodopą, zatem opiera się na podaniu prekursora substancji naturalnie występującej w mózgu, a co za tym idzie uzupełnienia powstałego w przebiegu choroby Parkinsona niedoboru. Niestety lewodopa podana do przewodu pokarmowego jest wchłaniana w zależności od przyjmowanych posiłków, ponadto ma krótki okres półtrwania. U zdrowych osób jest ona produkowana w sposób ciągły. Podczas terapii stężenie leku jest różne w zależności od m.in. jego wchłaniania. Ma to szczególne znaczenie w zaawansowanym stadium choroby tj. wtedy, gdy własna dopamina jest wytwarzana przez mózg w coraz mniejszej ilości. Być może wczesne wprowadzenie lewodopy wiąże się z występowaniem dyskinez i fluktuacji (zaburzeń ruchowych) w późniejszych stadiach choroby. Aktualnie zaleca się by u młodych chorych rozważyć leczenie agonistami receptora dopaminergicznego (omówionymi niżej), czyli substancjami przypominającymi dopaminę i reagującymi z receptorem dopaminergicznym.

**Wszystkie preparaty zawierające lewodopę należy przyjmować na „pusty” żołądek to znaczy, co najmniej 1 godzinę przed jedzeniem lub 2 godziny po jedzeniu. Zaleca się dawkowanie leku od minimum 3 razy do 8 razy na dobę. Dawka maksymalna tego leku to 2000 mg lewodopy na dobę.**

## Obecne na rynku preparaty lewodopy to:

Madopar 62,5mg; 125mg; 250mg - dostępny w tabletkach i kapsułkach;  
Madopar 125mg HBS (postać o przedłużonym uwalnianiu zalecana u pacjentów z tendencją do spadku ciśnienia tętniczego oraz na noc);  
Madopar tabl. rozpuszczalne 62,5mg, 125mg (zalecane rano przy dużej sztywności mięśniowej oraz niekiedy doraźnie ratunkowo w fazie „off”).

### Ponadto:

Sinemet CR 250mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, Nakom 250mg, Nakom mite 125mg.

Madopar od Sinemetu i Nakomu, różni się zawartością substancji blokującej rozkład lewodopy poza mózgiem, karbidopa jest obecna w preparatach Sinemet, Nakom a benserazyd w preparacie Madopar. Zapobiegają one głównie **powstawaniu działań niepożądanych (pod postacią nudności i wymiotów, wzrostu lub spadku ciśnienia tętniczego, wzrostu tętna)**. W leczeniu choroby Parkinsona wybór tego drugiego składnika nie ma kluczowego znaczenia, bowiem substancją leczniczą w tychże lekach jest lewodopa.

## DUODOPA

Lek w trakcie rejestracji w Polsce, jest alternatywą dla operacji neurochirurgicznej, jednak wymaga założenia drenu do dwunastnicy, zabieg wykonywany jest metodą przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG). DUODOPA to mieszanina lewodopy z karbidopą - podawana jest w formie żelu do dwunastnicy, co zapewnia jej bardziej stabilne dozowanie, jest wskazana u pacjentów z zaawansowaną postacią choroby Parkinsona, szczególnie u chorych mających problemy z wchłanianiem leku. Duodopa jest bezpośrednio podawana do dwunastnicy (duodenal lewodopa - tzw. Duodopa).



## Inhibitory enzymów metabolizujących lewodopę

Lewodopa w mózgu jest rozkładana przez enzymy MAO-B i COMT. Zablokowanie MAO-B i COMT prowadzi do wzrostu poziomu dopaminy w mózgu. Blokerem MAO-B jest selegilina i rasagilina, (zastosowanie rasagiliny omówiono w rozdziale „Czy można zapobiec chorobie Parkinsona?”). Blokerem enzymu COMT są entakapon i tolkapon.

Entakapon (Comtess tabl. po 200mg) powoduje mniej działań niepożądanych w porównaniu do tolkaponu, nie uszkadza wątroby. Leki te z natury swojego działania powinny być stosowane wspólnie z lewodopą.

## Agoniści receptora dopaminergicznego

Leki działające agonistycznie na receptor dopaminergiczny wykazują słabsze działanie przeciwparkinsonowskie w porównaniu do lewodopy, mają one jednak rosnące znaczenie w terapii choroby Parkinsona w związku z pojawieniem się preparatów o przedłużonym uwalnianiu.

► **Zaleca się stosowanie tej grupy leków w monoterapii u osób na początku choroby w celu opóźnienia terapii lewodopą i uniknięcia działań niepożądanych występujących w późniejszym etapie choroby.** Leki te są także z powodzeniem stosowane *w późniejszych etapach leczenia tj. w terapii dodanej do lewodopy u pacjentów z zaawansowaną postacią choroby Parkinsona*, pozwalają one na zmniejszenie powikłań ruchowych, a także obniżenie **dawki lewodopy**. **Z uwagi na możliwość wystąpienia halucynacji po agonistach dopaminy nie zaleca się włączenia tej grupy leków do terapii chorych, u których obserwowano wcześniej objawy psychiatryczne lub istotne zaburzenia pamięci.** **Leki należące do agonistów dopaminy można przyjmować z posiłkiem.**



**Tabl.1. Najczęściej stosowane/zalecane preparaty agonistów receptora dopaminergicznego**

| Agonista                                                                                                                     | Receptory       | Dawkowanie i zalecenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Refundacja |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ropinirol<br>Na rynku obecne są 2 postacie leku - na szczególną uwagę zasługuje ta o przedłużonym uwalnianiu -Requip Modutab | <b>D2,D3,D4</b> | Postać Modutab lub SR może być przyjmowana 1 raz na dobę, dawkę można zwiększać po 7 dniach stosowania,<br><b>zalecane na początku choroby oraz w terapii dodanej do lewodopy w leczeniu powikłań ruchowych –dyskinez i fluktuacji</b><br>Postacie tradycyjne ropinirolu - 3 razy dziennie, opakowanie startowe od 3x0.25 mg | <b>Tak</b> |
| Rotygotyna (Neupro)                                                                                                          | <b>D2,D3,D4</b> | Plastry nakleja się raz na dobę, dostępne dawki to 2, 4, 8 mg                                                                                                                                                                                                                                                                | Nie        |
| Kabergolina                                                                                                                  | <b>D2</b>       | Bardzo długi okres półtrwania, dawkowanie 1x0.5mg                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nie        |
| Lizuryd<br>(Dopergin 0.2 mg)                                                                                                 | D1, <b>D2</b>   | 0.140 mg Lizuryd                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nie        |
| Piribedil<br>(Pronoran) Lek o słabym działaniu dopaminergicznym, zalecany przy rozpoznaniu parkinsonizmu naczyniowego        | D2, <b>D3</b>   | 3 x na dobę po 0.15mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tak        |
| Apomorfina                                                                                                                   | D1,D2           | Podawana w formie zastrzyków lub we wlewie podskórnym<br>Stosowana w leczeniu nagłych nieprzewidywalnych fluktuacji ruchowych                                                                                                                                                                                                | Nie        |

Działania niepożądane po stosowaniu agonistów dopaminergicznych obejmują głównie spadki ciśnienia tętniczego (można ich częściowo uniknąć prosząc pacjenta o spożycie większej ilości płynów na dobę), obrzęki kończyn dolnych oraz halucynacje.

Niekiedy występują napady senności, zaburzenia osobowości w tym wystąpienie skłonności do hazardu - bliżej omówione w podrozdziale dotyczącym zaburzeń seksualnych i psychicznych.

## **Amantadyna**

Lek ten ma działanie dopaminergiczne, antycholinergiczne oraz antyglutaminergiczne, nazwy te pochodzą od przekaźników informacji w mózgu. Lek ten stosuje się w leczeniu **fluktuacji ruchowych i dyskinez (patrz początek tego rozdziału)**. Amantadyna jest skuteczna w leczeniu dyskinez po lewodopie, stwierdzono ponadto znacznie większą skuteczność wlewu dożylnego amantadyny u chorych cierpiących z powodu nasilonych dyskinez i fluktuacji. Wykorzystywana jest ona także przy konieczności zmniejszenia preparatów doustnych np. z powodu operacji brzusznej.

Najczęściej występującym działaniem niepożądanym po leczeniu amantadyną jest sinica marmurkowata wokół kolan, rzadziej obrzęk nóg wokół kostek oraz halucynacje wzrokowe. Występują one jednak dość rzadko.

## **Leki antycholinergiczne**

Leki z tej grupy nie są standardowo zalecane. Są one mało skuteczne. Stosowane niekiedy w leczeniu uporczywego drżenia w terapii dodanej do agonisty lub lewodopy. W Polsce dostępną substancją jest triheksyfenidyl (Akineton) - 3x1/2 tabletki. **Niestety leki te dość często powodują powstawanie działań niepożądanych.** Nie zaleca się



stosowania po 65 roku życia, bowiem mogą one powodować zaburzenia pamięci, halucynacje, a także zaburzenia widzenia.

#### **4. Objawy niepoddające się leczeniu dopaminergicznemu – jak je zmniejszyć?**

Bardzo często trudnym do zaakceptowania objawem choroby Parkinsona jest **drżenie spoczynkowe**. Zwykle zmniejsza się ono u pacjentów, którzy otrzymują odpowiednio dobrane leczenie dopaminergiczne, jest jednak grupa chorych, u których drżenie mimo leczenia występuje w znacznym nasileniu. Wtedy pomocne może być zastosowanie leków zwykle stosowanych w leczeniu drżenia samoistnego takich jak: propranolol, gabapentyna. U pacjentów, których drżenie bardzo istotnie nasila się pod wpływem emocji niekiedy należy rozważyć doraźne dołączenie leków przeciwlękowych z grupy benzodwiazepin pamiętając, że mają one potencjał uzależniający.

W przypadku pacjentów przed 65 rokiem życia, u których nie występują zaburzenia pamięci pomocne może być podanie leku z grupy antycholinergików (Akineton). U pacjentów z nasilonym drżeniem niekiedy pomocne może być także zastosowanie w małych dawkach neuroleptyków atypowych tj. klozapolu lub kwetiapiny.

► Kolejnym objawem trudno poddającym się leczeniu **jest objaw przymrożenia ang. freezing**. Objaw ten jest widoczny przy rozpoczynaniu ruchu lub zmianie kierunku i przejawia się, jako trudności w wykonaniu pierwszego kroku. Pomocne może być wysokie unoszenie nóg podczas chodzenia, przejście nad linią na chodniku lub dywanie.

Niestety leczenie dopaminergiczne nie wpływa także na zaburzenia postawy, tu pomocna może być jedynie rehabilitacja. Po konsultacji z rehabilitantem niekiedy uzasadnione jest zastosowanie laski, balkoni-

ka lub kijów do nordic walking. Ważne jest także zwracanie uwagi na utrzymanie prawidłowej postawy (w chorobie Parkinsona pacjenci pochylają się do przodu i nie balansują kończynami), poza tym nie należy się spieszyć.

Kolejnym objawem choroby, na które nie ma istotnego wpływu leczenie

- dopaminergiczne są **zaburzenia ze strony układu autonomicznego**. Należą tu zaburzenia połykania, zaparcia, napady pocenia, niskie ciśnienie tętnicze.

## ***Zaburzenia połykania***

Najczęściej pojawiają się w zaawansowanej postaci choroby Parkinsona, są one spowodowane sztywnością mięśni i spowolnieniem działania w zakresie mięśni twarzy i gardła. W takiej sytuacji pomocne może być spożywanie pokarmów małymi porcjami tj. łyżeczką, przy istotnych zaburzeniach połykania w postaci musu. Trudne do połknięcia są zarówno pokarmy stałe jak i ciekłe np. woda. Pomocne może być także pochylanie głowy do dołu w celu ułatwienia przejścia z jamy ustnej do przełyku kęsa pokarmowego. W celu zmniejszenia objawów refluksu żołądkowo-przełykowego przejawiającego się, jako **uczucie**

- **pełności w żołądku po posiłku, „kwaśne” odbijanie, zgaga** można zastosować domperidon lub leki blokujące pompę wodorowo - potasową np. omeprazol i jego pochodne. Nie wolno stosować metoklopramidu ze względu na jego działanie na układ nerwowy.

## ***Ślinotok***

Najprawdopodobniej jest to konsekwencja zaburzeń połykania. W leczeniu ma zastosowanie ssanie landrynek wymuszające połykanie śliny, podanie leków antycholinergicznym, w tym plastrów ze skopolaminą (scopolamine patch), aviomarinu lub iniekcji toksyny botulinowej do ślinianek.

- ▶ W przypadku występowania **zaparć** należy stosować dietę bogatobłonnikową (tj. zawierającą dużo warzyw i owoców, pieczywo w ograniczonej ilości, jeśli już to ciemne wieloziarniste, otręby pszenne) zwiększyć ilość przyjmowanych płynów oraz aktywność fizyczną. W przypadku nadal utrzymujących się dolegliwości wskazane jest zastosowanie laktulozy ok. 20 ml dziennie, ale nie u chorych na cukrzycę, w tym przypadku korzystne jest zastosowanie sorbitolu.
- ▶ Z kolei u chorych z **zaburzeniami ze strony układu krążenia** wskazane jest wykonanie diagnostyki sercowo -naczyniowej, a następnie w zależności od rodzaju zaburzenia odpowiednie postępowanie. Przy najczęściej stwierdzanym **niskim ciśnieniu tętniczym** - wskazane jest postępowanie polegające na zwiększeniu ciśnienia tętniczego krwi tj. uzupełnienie płynów, dosalanie posiłków, ćwiczenia fizyczne, wyższe ułożenie głowy w łóżku, pończochy uciskające (przeciwwżylakowe). Przy braku poprawy zastosowanie ma leczenie farmakologiczne – preparaty midodrinu, fludrocortisonu, droxidopy. Należy dodać, że leki stosowane w chorobie Parkinsona mogą prowadzić do obniżenia ciśnienia tętniczego, dlatego też w przypadku przyjmowania innych leków obniżających ciśnienie należy zmodyfikować ich dawkę, lub nawet odstawić.
- ▶ W przypadku **problemów w oddawaniu moczu** zarówno u mężczyzn jak i u kobiet wskazana jest konsultacja urologiczna lub ginekologiczna. Po wykluczeniu innych niż choroba Parkinsona zaburzeń w oddawaniu moczu poprawę może przynieść zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów wieczorem oraz w zależności od wyniku badania urodynamicznego zastosowanie leków takich jak oksybutynina (Oxybutynin tabl. 2,5mg, dostępna także w plastrach) i tolterodyna (Detrusitol tabl. 1mg).

## **5. Czy chorobie Parkinsona można zapobiec?**

Ponieważ nieznane są czynniki wywołujące chorobę Parkinsona (pod uwagę brane są czynniki genetyczne oraz różnorodne nie do końca poznane czynniki środowiskowe), nie można na obecnym etapie zapobiec tej chorobie.

U pacjentów z rozpoznaniem choroby Parkinsona, mimo braku ostatecznych dowodów na tak zwaną neuroprotekcję - (czyli postępowanie mające spowolnić przebieg choroby dzięki ochronie komórek nerwowych), wielu ekspertów zaleca stosowanie selegiliny lub rasagiliny, niekiedy także witaminy E lub D.

U pacjentów z rozpoznaniem choroby Parkinsona pewne działanie spowalniające przebieg choroby wykazano w przypadku stosowania substancji o nazwie rasagilina (będącej inhibitorem MAO-B) w dawce 1mg (preparat Azilect). Lek ten niestety nie jest refundowany.

## **6. Czy choroba Parkinsona jest dziedziczna?**

**Może być, ale dotyczy to 5-10% pacjentów.**

Czynnik genetyczny należy przede wszystkim brać pod uwagę w przypadku stwierdzenia choroby Parkinsona o wczesnym początku tj. między 20 a 40 rokiem życia.

Geny odpowiedzialne za rozwój choroby to m.in.: parkina (PARK2), DJ-1 (PARK7), PINK1 (PARK6), alfa-synukleina (PARK1 i 4), UCHL1 (PARK5) oraz LRRK2 (PARK8). Badania większości genów są możliwe do wykonania w Polsce w ramach grantów naukowych, na takie badanie kierowani są pacjenci o początku choroby przed 45 rokiem życia lub gdy choroba Parkinsona występuje rodzinie. Wynik pozytywny badania

genetycznego nie zmienia postępowania lekarskiego, ponieważ chorzy ci najczęściej chorują podobnie do osób z typową postacią choroby.

W grupie tej zaleca się jednak rozpoczynanie leczenia od agonistów receptora dopaminergicznego o przedłużonym uwalnianiu (ropinirol, rotygotyna, pramipeksol), a nie lewodopy.

Przy zmniejszającej się poprawie wraz z czasem trwania choroby w grupie tej należy rozważyć leczenie neurochirurgiczne polegające na stymulacji struktur głębokich mózgu (refundowane w Polsce).

## **7. Ból w chorobie Parkinsona – jak pomóc?**

Ból oraz zaburzenia czucia pod postacią drętwienia, pieczenia kończyn najczęściej występują w zaawansowanej postaci choroby Parkinsona. Mimo tego, że ból nie jest podstawowym objawem choroby, niestety bardzo często prowadzi do niesprawności i pogorszenia komfortu życia. W chorobie Parkinsona ból może być spowodowany zarówno przez samą chorobę, ale też może się nasilać z powodu innych dolegliwości.

### ***Ból najprawdopodobniej związany z chorobą Parkinsona***

Najczęściej dotyczy stawów i mięśni, występuje w różnym nasileniu w różnych porach dnia i nocy, często towarzyszą mu skurcze mięśni, uczucie napinania. Ból spowodowany sztywnością mięśni bardzo często występuje w nocy lub kiedy pacjent przyjmuje wymuszoną pozycję.

Niekiedy dolegliwości te mogą być pierwszym objawem choroby, dotyczy to, np. bólu barku oraz ramienia po jednej stronie, jeśli nie występuje on z drżeniem często jest mylnie rozpoznawany, jako rwa barkowa.

## ***Ból dyskinetyczny***

Mówimy o nim w przypadku występujących niezależnie od woli ruchów kończyn, najczęściej w stanie „off”, czyli przy małym poziomie leków dopaminergicznych np. przed przyjęciem kolejnej dawki leku lub w fazie „on” tj. w trakcie najsilniejszego działania leku. W celu zmniejszenia dolegliwości należy zmniejszyć poprzedzającą objawy dawkę leku, o co najmniej  $\frac{1}{4}$  lub o  $\frac{1}{2}$ .

W fazie „on” dyskinezy mają charakter ostrych skręcających (taneicznych) ruchów mimowolnych. W fazie „off” ból pojawia się np. rano często prowadząc do nieprawidłowego ustawienia palców stóp. W tych wypadkach pomocne może być zwiększenie poprzedniej dawki leku lub podanie lewodopy w postaci tabletek rozpuszczanych w wodzie o szybszym uwalnianiu. U pacjentów bez przeciwwskazań do agonisty receptora dopaminergicznego pomocne jest włączenie/zwiększenie dawki leku o przedłużonym działaniu.

## ***Ból typu wieszaka na płaszcz***

Ból ten towarzyszy najczęściej dolegliwościom ze strony układu autonomicznego, występuje u osób z obniżonym ciśnieniem tętniczym, dodatkowo obniżającym się po wstaniu z pozycji leżącej lub po jedzeniu. Zaczyna się on z tyłu karku i promieniuje do potylicy i barków. Leczenie polega jak w przypadku niedociśnienia na unikaniu gwałtownego wstawania, uzupełnianiu płynów, soleniu pokarmów, a w przypadku znacznego stopnia zaburzeń podawaniu leków podnoszących ciśnienie tętnicze np. midodrin, droxidopa. (Patrz rozdział o leczeniu objawów nie poddających się leczeniu dopaminergicznemu).

## ***Zespół niespokojnych nóg***

Powyższy zespół występuje u ok.15% osób chorych na chorobę Parkinsona powodując uczucie dyskomfortu, pieczenia mrowienia a niekiedy ból kończyn dolnych. Objawy tego zespołu nasilają się w godzinach wieczornych i nocnych lub w pozycji wymuszonej np. podczas długiego seansu w kinie. Poruszenie nogami przynosi ulgę niestety krótkotrwałą. Poprawę przynosi najczęściej zwiększenie dawki leków przeciwparkinsonowskich poprzedzającej dolegliwości.

## ***Ból związany ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów***

Ten rodzaj bólu pierwotnie nie związany z chorobą Parkinsona może nasilać się w związku ze sztywnością mięśni charakterystyczną dla choroby Parkinsona. Najczęściej dolegliwości te pojawiają się pod wpływem gwałtownego ruchu, dźwignięcia ciężkiego przedmiotu (ból kręgosłupa), nasilają się podczas ruchu, mogą ustępować przy przyjęciu odpowiedniej pozycji odciążającej bolący staw. Leczenie przeciwparkinsonowskie ma niewielki wpływ na powyższe dolegliwości. W tych wypadkach wskazane jest wykonanie badania rentgenowskiego lub niekiedy rezonansu magnetycznego objętego bólem obszaru. Leczenie najczęściej polega na początkowym odciążeniu bolesnego stawu, włączeniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (Ibuprofen, Ketoprofen, Diclofenac) oraz lekach rozluźniających mięśnie (Myolastan, Mydocalm). W przypadku utrzymywania się dolegliwości niekiedy wskazana jest hospitalizacja, a nawet operacja (np. dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa lub zmian zwyrodnieniowych stawów kończyn dolnych).

## **Osteoporoza**

Pacjenci chorzy na chorobę Parkinsona mogą także niekiedy odczuwać dolegliwości bólowe związane z odwapnieniem kości, szczególnie dotyczy to, chorych u których współistnieją zmiany zwyrodnieniowe. Ból związany z osteoporozą najczęściej dotyczy kręgosłupa. Czynnikiem ryzyka osteoporozy jest wiek, obniżenie aktywności pacjenta związane z pogorszeniem sprawności oraz niedobór witaminy D, uznawany za jeden z czynników mogących zwiększać ryzyko samej choroby Parkinsona. Osteoporoza ponadto zwiększa ryzyko złamania podczas upadku, niekiedy przy nasilonej chorobie może dochodzić także do złamań patologicznych niezwiązanych z upadkiem. Badaniem pozwalającym ocenić gęstość kości jest densytometria. Na podstawie wyników tego badania lekarz może podjąć decyzję dotyczącą leczenia odwapnienia kości.

## **Ból brzucha w chorobie Parkinsona**

Ból związany z najprawdopodobniej dyskinetycznymi skurczami jelit występuje rzadko, ale jest on bardzo silny i dotkliwy. W przypadku wystąpienia takich dolegliwości należy przede wszystkim udać się na konsultację do gastroenterologa i wykluczyć przyczyny ze strony przewodu pokarmowego (kolkę żółciową, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy). Wskazana jest obserwacja w jakim czasie od przyjęcia ostatniej dawki leku dolegliwości te występują, czy mają one związek z przyjmowanymi pokarmami. W zależności od charakteru dolegliwości wskazana jest niekiedy modyfikacja leków przeciwparkinsonowskich oraz podanie leków oddziałujących na ból trzewny (skurcze jelit) takich jak No - spa.

## **8. Zmęczenie – jakie są jego przyczyny?**

Zmęczenie występuje u ponad połowy chorych na chorobę Parkinsona, związane jest ono najczęściej z zaburzoną regulacją neurotransmiterów, czyli substancji przekazujących pobudzenie w układzie nerwowym. Można również w skrócie napisać, że sama choroba Parkinsona jest wynikiem braku równowagi pomiędzy neurotransmiterami w mózgu. Dlatego zmęczenie może być odczuwane przez większość chorych. W początkowej fazie choroby, wystąpienie zmęczenia może być sygnałem zmniejszonego poziomu leku w mózgu. W tym stadium choroby pacjenci nie zauważają ewidentnych wahań samopoczucia pod postacią fazy „on” i „off”, odpowiednikiem fazy „off” w tej fazie choroby jest najczęściej zmęczenie będące wyrazem obniżonej stymulacji dopaminergicznej. Leczenie powinno opierać się, na zwiększeniu dawki lewodopy lub dołączeniu agonisty receptora dopaminergicznego o przedłużonym działaniu.

U pacjentów z zaawansowaną chorobą Parkinsona zmęczenie może być często związane także z brakiem snu w ciągu nocy lub częstym budzeniem się.

Ponadto u części chorych po przyjęciu substancji aktywujących receptor dopaminergiczny może wystąpić senność często interpretowana jako zmęczenie. W tej sytuacji pomocne może być uzupełnienie płynów z dodatkiem kofeiny lub guarany.

Niekiedy w zespole przewlekłego zmęczenia pomocna może być także amantadyna, szerzej omówiona w rozdziale na temat leczenia choroby Parkinsona.

Ustalenie przyczyny zmęczenia dodatkowo komplikuje fakt, że może być ono spowodowane działaniem stosowanych leków tj. lewodopy lub agonistów receptora dopaminergicznego.

Substancje te u chorych z tendencją do niskiego ciśnienia tętniczego krwi mogą dodatkowo je obniżać powodując uczucie wyczerpania.



W przypadku odczuwania zmęczenia konieczne jest zatem ustalenie, w jakich porach dnia ono występuje, w jakim odstępie od ostatniej dawki leku, jak przebiega noc pacjenta oraz czy towarzyszy mu senność oraz spadek ciśnienia tętniczego, czy pacjent nie cierpi z powodu innych chorób mogących prowadzić do osłabienia i zmęczenia. W zależności od ustalonej przyczyny należy wdrożyć odpowiednie postępowanie.

## **9. Jak postępować w przypadku zaburzeń funkcji seksualnych?**

U chorych na chorobę Parkinsona często pojawiają się trudności w relacjach z partnerem związane z depresją, współistnieniem innych chorób oraz zaburzeniami w zakresie pożycia seksualnego. Zagadnienie to rzadko omawiane jest przez pacjenta z lekarzem, co niekiedy związane jest ze skrępowaniem pacjenta do podjęcia tematu życia intymnego. U mężczyzn dominującym objawem są zaburzenia erekcji, u kobiet obniżenie popędu płciowego. Zaburzenia funkcji seksualnych w chorobie Parkinsona związane są z uszkodzeniem ośrodków układu autonomicznego, ale także ze współistniejącą depresją lub objawami ubocznymi przyjmowanych leków kardiologicznych, moczopędnych, przeciwlękowych. Po wykluczeniu chorób mogących prowadzić do wystąpienia tychże zaburzeń np. przerostu prostaty, cukrzycy oraz analizie wspólnie z lekarzem czynników i leków prowadzących do powyższych trudności można rozważyć włączenie sildenafilu. Niewątpliwie pomocna może być także psychoterapia i wizyta u seksuologa.

U części pacjentów pod wpływem leczenia przeciwparkinsonowskiego może dojść także do wzmożenia popędu seksualnego będącego elementem zespołu dysregulacji dopaminergicznej. Zespół ten przejawia się przyjmowaniem w niekontrolowany sposób większych niż zalecane dawek leków dopaminergicznych (lewodopy, agonistów receptora dopaminergicznego). Objawy te częściej występują u młodych mężczyzn ze skłonnościami do uzależnień i obniżeniem nastroju

stwierdzanymi w przeszłości.

Pacjenci nadużywający leków z grupy agonistów receptora dopaminergicznego najczęściej prezentują obok hiperseksualności inne zachowania patologiczne jak: hazard, patologiczne zakupy lub objadanie się. Leczenie to przede wszystkim kontrola dawek przyjmowanych leków - nadzór rodziny, ewentualne dołączenie kwetiapiny lub leków przeciwdepresyjnych ( jeśli u chorego występuje depresja) a także psychoterapia.

## **10. Co to jest parkinsonizm atypowy?**

Parkinsonizmem atypowym określa się grupę chorób, w których podobnie jak w chorobie Parkinsona dochodzi do zwyrodnienia komórek nerwowych, jednak w nieco innej lokalizacji. Dominującym objawem są cechy zespołu parkinsonowskiego tj. sztywność i spowolnienie oraz zaburzenia postawy, niestety reakcja na skuteczną w chorobie Parkinsona lewodopę jest słaba lub w ogóle nie zauważalna.

**Do grupy tzw. parkinsonizmu atypowego zalicza się następujące schorzenia:**

- ▶ **Zanik wieloukładowy (MSA- ang. multiple system atrophy)**
- ▶ **Postępujące porażenia nadjądrowe (PSP- ang. progressive supranuclear palsy)**
- ▶ **Zwyrodnienie korowo-podstawne (CBD- ang. corticobasal degeneration)**
- ▶ **Otępienie z ciałami Lewy'ego (DLB- ang. diffuse Lewy body)**

*Poniżej zamieszczono krótką charakterystykę kliniczną wyżej wymienionych zespołów*

## **Zanik wieloukładowy**

Występuje znacznie rzadziej niż choroba Parkinsona, od samego początku choroby obserwuje się zaburzenia układu autonomicznego najczęściej pod postacią niskich wartości ciśnienia tętniczego, dodatkowo obniżających się po wstaniu oraz jedzeniu. Zjawisko to określa się mianem niedociśnienia ortostatycznego/poposiłkowego.

Do innych objawów autonomicznych należą także: kłopoty z utrzymaniem moczu, zaparcia, zaburzenia erekcji będące często jednym z pierwszych objawów choroby. Ponadto w zaniku wieloukładowym niezwykle dokuczliwe dla chorych są także zaburzenia równowagi związane z zanikiem mózdzku.

Niestety jak już napisano reakcja na typowe leczenie przeciwparkinsonowskie jest niewielka lub w ogóle nieobserwowana. U części chorych po włączeniu lewodopy może wystąpić dystonia polegająca na nieprawidłowym skurczu/napięciu mięśni. Stwierdzenie tychże objawów jest bardzo charakterystyczne dla zaniku układowego. Niestety nie ma leków wpływających na poprawę sprawności ruchowej pacjentów. W tych wypadkach wskazana jest rehabilitacja ruchowa oraz leczenie objawów innych niż ruchowe (ze strony układu autonomicznego) jak przedstawiono to w rozdz. 3.

Rozpoznanie MSA jest niekiedy możliwe przy pomocy rezonansu magnetycznego (MRI) mózgu, które ujawnia charakterystyczny zanik struktur pnia i mózdzku - objaw krzyżyka (cross bun).

## **Postępujące porażenie nadjądrowe**

W chorobie tej od samego początku dominującym objawem są upadki i zaburzenia postawy. Innym charakterystycznym symptomem

są trudności w poruszaniu gałkami ocznymi w dół i ku górze. Ponadto najczęściej już w pierwszych 2 latach trwania choroby występują zaburzenia pamięci i zachowania. Ponieważ sztywność mięśniowa dotyczy głównie mięśni szyi, karku i kręgosłupa pacjent przybiera dość charakterystyczną postawę oraz mało zgrabny sposób poruszania się „całym ciałem” jak blok.

Rozpoznanie PSP jest niekiedy możliwe przy pomocy rezonansu magnetycznego(MRI) mózgu, które ujawnia charakterystyczny zanik śródmózgowia - objaw kolibra.

Z czasem u pacjentów rozwijają się także zaburzenia mowy, co podobnie jak zaburzenia gałkoruchowe związane jest z postępującym zanikiem komórek nerwowych.

## **Zwyrodnienie korowo-podstawne**

Podobnie jak sama choroba Parkinsona ma jednostronny początek. Najczęściej pierwszym objawem jest zgięcie reki w stawie łokciowym oraz zrywania miokloniczne niekiedy interpretowane jako drżenie. Ręka, od której zaczynają się objawy nie słucha się chorego - stąd nazwa zespół obcej ręki. Ponadto w chorobie tej z czasem pojawiają się zaburzenia chodu oraz pamięci. W badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, rezonansie magnetycznym lub SPECT) stwierdza się zanik kory mózgu w zakresie płata czołowego i skroniowego po jednej stronie, który odpowiada także za zaniedbywanie jednej strony ciała. Lewodopa nie przynosi poprawy, niekiedy w leczeniu dystonii ręki stosuje się zastrzyki z toksyny botulinowej A. Jest to jednak leczenie objawów, a nie przyczyny choroby.

## **Otępienie z ciałami Lewy’ego**

W otępieniu z ciałami Lewy’ego (DLB, z ang. dementia with Lewy bodies) oprócz zaburzeń ruchowych (podobnych do obserwowanych

w chorobie Parkinsona) obserwowane są zaburzenia pamięci (podobne do tych, w chorobie Alzheimera). Współwystępowanie obu grup zaburzeń najczęściej ujawnia się już po roku od początku choroby. Ponadto w chorobie tej występują halucynacje wzrokowe, niekiedy nasilające się po zastosowaniu lewodopy.

Leczenie zaburzeń ruchowych opiera się na stosowaniu niewielkich dawek lewodopy, a zaburzeń pamięci na stosowaniu leków z grupy inhibitorów rozkładu acetylocholiny – rywastygminy -patrz rozdział na temat zaburzeń pamięci (preparat Exelon).

## **11. Jak leczyć zaburzenia psychiczne?**

**Zaburzenia psychiczne pod postacią halucynacji (omamów) należą do dość częstych działań niepożądanych po stosowanym leczeniu przeciwparkinsonskim.**

Najczęściej są spowodowane zbyt dużą dawką leków. Pierwsze objawy „przedawkowania” leku to koszmary senne lub bardzo żywe sny. Następnie pojawiają się ”przywidzenia” to znaczy chory ma świadomość, że to, co widzi w rzeczywistości nie istnieje. Najgroźniejsze i najbardziej przykre są halucynacje wzrokowe, które mogą rozwinąć się w zespół urojeniowy.

Postępowanie w takich przypadkach polega na odstawieniu przede wszystkim inhibitorów COMT (Tasmar, Comtess), inhibitorów MAO-B (Selegilina, Rasagilina), leków antycholinergicznym (Akineton), amantadyny, agonistów receptora dopaminergicznego. W przypadku utrzymywania się objawów lub w przypadku leczenia jedynie lekami zawierającymi lewodopę należy zmniejszyć dawkę wieczorną i nocną.

Ponadto wskazane jest zastosowanie neuroleptyków atypowych nawet w małych dawkach takich jak Kłozapina (Kłozapol), Kwetiapina (Ketrel, Poetra), Olanzapina (Zyprexa). Omamy i urojenia najczęściej występują

u chorych, u których dodatkowo rozwijają się zaburzenia pamięci - zespół otępienny, dlatego też w tej sytuacji wskazane jest stosowanie leków będących inhibitorami cholinoesterazy np. rywastygminy.

## **Zaburzenia nastroju**

Depresja najczęściej przejawia się jako uczucie smutku, niechęć, lęk przed przyszłością, brak odczuwania radości. W chorobie Parkinsona pojawia się na różnych jej etapach. Może być ona związana z reakcją na wiadomość o przewlekłej chorobie, ale także może być spowodowana obniżeniem poziomu neuroprzekaźników w mózgu wpływających na nastrój. Dotyczy ona ponad 40% chorych. W leczeniu najczęściej zaleca się postępowanie farmakologiczne oraz psychoterapię. Najczęściej stosowanymi lekami przeciwdepresyjnymi są selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (tzw. SSRI) np. citalopram, escitalopram, sertralina.

Ponadto niekiedy wykorzystuje się leki trójpierścieniowe np. amitriptylina. Ograniczeniem stosowania są możliwe działania niepożądane pod postacią spadków ciśnienia tętniczego, zaparć i zaburzeń pamięci, a także zaburzeń psychotycznych. Niezwykle ważne w leczeniu depresji jest oprócz leczenia farmakologicznego rozmowa z najbliższymi lub psychoterapeutą oraz próba odnalezienia sensu życia dzięki wyznaczaniu sobie małych celów oraz poczuciu wspólnoty np. z innymi chorującymi.

## **12. Jak leczyć zaburzenia pamięci?**

Zaburzenia pamięci i zespół otępienny w chorobie Parkinsona są spowodowane brakiem dopaminy w układzie dopaminergicznym, ale także zaburzeniem przekazywania sygnałów w obrębie innych szlaków informacyjnych w mózgu – tj. układu adrenergicznego i cholinergicznego. W łagodnej postaci zaburzeń myślenia występujących u dość dużej liczby chorych pod postacią spowolnienia myślenia objawy te nie wymagają leczenia



farmakologicznego. Pomocne w tych wypadkach może być podtrzymywanie aktywności intelektualnej (czytanie książek, oglądanie telewizji, udział w życiu towarzyskim, rozmowy z najbliższymi i przyjaciółmi).

W przypadku istotnych zaburzeń pamięci lub niejasnej sytuacji psychicznej, (co jest dominujące depresja czy zaburzenia pamięci) pacjent powinien zostać zbadany przez psychologa, który przy pomocy odpowiednich testów odpowie na pytanie czy u pacjenta rozpoczyna się zespół otępienny. W grupie chorych z zaburzeniami pamięci zaleca się stosowanie substancji blokujących acetylocholinesterazę rozkładającą acetylocholinę –neuroprzekaźnik odpowiedzialny za pamięć. Do tej grupy należą: (szczególnie zalecana, bo nienasilająca objawów parkinsonowskich) rywastygmina (tabletki, syrop, plastry) lub donepezil.

### **13. Jak przygotować się do zabiegów chirurgicznych?**

#### **Operacja w chorobie Parkinsona**

Przygotowanie do operacji u pacjentów z chorobą Parkinsona może pojawić się w dwóch sytuacjach tj. w przypadku zabiegów związanych z chorobą Parkinsona lub gdy zabieg operacyjny jest wykonywany z powodu innych przyczyn niż choroba Parkinsona.

W sytuacji pierwszej, kiedy pacjent zostaje zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego polegającego na leczeniu choroby Parkinsona, należy zwrócić przede wszystkim uwagę na wskazania i przeciwwskazania do leczenia. Pacjent przed operacją powinien znaleźć się na oddziale neurologicznym, gdzie należy wykonać odpowiednie badania.

Głównym wskazaniem jest stwierdzenie choroby Parkinsona: czas trwania choroby powyżej 5 lat, wcześniejsza dobra reakcja na lewodopę, której towarzyszy z czasem coraz słabsza i niewystarczająca reakcja na leczenie.

Podstawowym przeciwwskazaniem do operacji jest zespół otępienny i zaburzenia emocjonalne, brak współpracy. U tych chorych wykonanie zabiegu może nasilić oba procesy.

Aktualnie standardem w zakresie leczenia choroby Parkinsona jest głęboka stymulacja mózgu polegająca na wszczepieniu stymulatora oraz stymulacji odpowiedniej struktury najczęściej jądra niskowzgórzowego mózgu, które odpowiada za zmniejszenie objawów choroby Parkinsona. Zatem po operacji leczenie doustne najczęściej jest zredukowane. Niestety operacja nie hamuje postępu choroby jedynie zmniejsza jej objawy.

Inną możliwością leczenia zaawansowanej postaci choroby jest zastosowanie DUODOPY - postaci lewodopy podawanej przez dren do dwunastnicy, zaburzenia pamięci nie są przeciwwskazaniem do tej metody leczenia. Aktualnie w Polsce metoda ta nie jest refundowana.

Operacja ze wskazań innych niż związane z chorobą Parkinsona także niekiedy wymaga modyfikacji leczenia. W przypadku operacji planowych wskazane jest by pacjent chorujący na chorobę Parkinsona był operowany w pierwszej kolejności, w przypadku operacji brzusznych pominięcie tylko jednej porannej dawki leku nie powinno wywołać zespołu podobnego do złośliwego zespołu neuroleptycznego. W przypadku dłuższych operacji (w tym także operacji brzusznych) należy rozważyć po konsultacji z anestezjologiem włączenie leków przeciwparkinsonowskich w postaci wlewów dożylnych (amantadyna) lub przez skórne podanie agonisty receptora dopaminergicznego (rotygotyna, preparat Neupro).

Leków dopaminergicznych nie wolno nagle odstawiać, ponieważ grozi to wystąpieniem zespołu podobnego do złośliwego zespołu neuroleptycznego przejawiającego się sztywnością mięśni, wzrostem temperatury ciała, nasileniem drżenia. W badaniach laboratoryjnych

stwierdza się wzrost enzymu uwalniającego się z mięśni będącego efektem ich uszkodzenia – kinazy kreatyny - CPK oraz enzymów wątrobowych AST i ALT. Stwierdzenie objawów powyższego zespołu wymaga natychmiastowej hospitalizacji i włączenia leczenia.

## **14. Jak wygląda przebieg choroby?**

Jak już wcześniej napisano choroba Parkinsona jest chorobą przewlekłą i najczęściej dość wolno postępującą. Jednak należy dodać, że przebieg i reakcja na leczenie jest bardzo różna u większości chorych, dlatego trudno jest jednoznacznie określić rokowanie dotyczące czasu pełnej sprawności pacjenta, która najczęściej waha się od kilku do kilkunastu lat. Należy też dodać, że pacjenci już w momencie postawienia pierwszej diagnozy także różnią się stopniem zaawansowania choroby, jedni z nich mają bardzo dyskretne objawy i decyzja o leczeniu może być nawet odłożona w czasie, inni trafiają do neurologa ze znacznie bardziej nasilonymi objawami i niekiedy wymagają podania, co najmniej średnich dawek lewodopy.

Uznaje się, że choroba Parkinsona przebiega kilkustopniowo, poniżej przedstawiono stadia jej trwania na podstawie skali opracowanej przez badaczy zajmujących się chorobą Parkinsona tj. Hoehn i Yahra. Czas trwania każdej z faz zależy indywidualnie od każdego pacjenta, najczęściej każda z faz (poza fazą 0) trwa od 1-4 lat.

## **Stadia choroby według Hoehn i Yahra**

(skala zamieszczona w książce H. Petit, H. Allain H, P Vermersch  
Choroba Parkinsona - klinika i leczenie, Sanmedia 1997)

**Stadium 0 - brak objawów chorobowych**

**Stadium 1- jednostronne objawy choroby**

**Stadium 1,5 - jednostronne objawy choroby plus objawy  
osiowe**

**Stadium 2 - obustronne objawy choroby bez zaburzeń  
równowagi**

**Stadium 2,5 - obustronne objawy choroby o niewielkim  
nasileniu,  
z zaznaczoną niepewnością przy badaniu stabilności  
postawy**

**Stadium 3 - obustronne objawy choroby o niewielkim lub  
średnim nasileniu, z wyraźnymi zaburzeniami stabilności  
postawy; chory nie wymaga pomocy ze strony otoczenia**

**Stadium 4 - znacznego stopnia upośledzenie sprawności  
ruchowej; chory nadal jest w stanie stać i chodzić  
bez pomocy**

**Stadium 5 - chory korzysta z wózka inwalidzkiego lub  
większość czasu spędza w łóżku**

## II. Kiedy pacjent z chorobą Parkinsona i jego rodzina mogą otrzymać pomoc w trudnych sytuacjach - kilka słów o uregulowaniach prawnych.

W Polsce cierpiący na choroby przewlekłe mają określone prawa i przywileje, co zapewniają im konkretne zapisy prawne: ustawy i rozporządzenia. Aby je w pełni realizować wymaga to współdziałania kilku instytucji m.in. szpitala, ośrodka pomocy społecznej, ZUS-u, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. W niniejszej części poradnika postaramy się odpowiedzieć na kilka ważnych pytań:

- a) Jak pomóc pacjentowi w załatwianiu spraw urzędowych?
- b) Jak leczyć pacjenta w sytuacjach nietypowych np. kiedy pojawiają się objawy zespołu otępiennego lub zaburzenia psychiatryczne?
- c) Jak starać się o pomoc w opiece nad osobą chorą?

### **1. Jak pomóc pacjentowi w załatwianiu spraw urzędowych?**

W początkowym stadium choroby wtedy, kiedy u pacjenta występują głównie objawy w postaci: pogorszenia sprawności ruchowej, drżenie ograniczone do jednej strony ciała, spowolnienie ruchowe i zaburzenia postawy ciała, zwykle pacjenci funkcjonują samodzielnie, z niewielką pomocą osób bliskich.

Ważne jest, aby w tym okresie pacjent regularnie uczęszczał do lekarza, co umożliwi kontrolę leczenia i przebiegu choroby. Objawy

choroby Parkinsona zmieniają się na przestrzeni wielu lat jej trwania, więc wymaga to stałego dostosowywania nie tylko leczenia, ale także postawy najbliższych względem chorego. Ważne jest, aby chory jak najdłużej, był aktywny życiowo.

W kolejnych etapach postępującej choroby opiekunowie powinni zastanowić się nad oceną możliwości samodzielnego funkcjonowania chorego. Na tym etapie należy obserwować zachowanie chorego, a wszelkimi wątpliwościami podzielić się z lekarzem prowadzącym. Jeśli w wyniku tej obserwacji z powodu utrudnień mentalnych lub fizycznych pacjent nie będzie w stanie samodzielnie załatwić swoich spraw urzędowych, finansowych, mieszkaniowych warto rozważyć możliwość, aby chory udzielił najbliższemu i najbardziej zaufanemu członkowi rodziny pełnomocnictwa notarialnego. Tak, aby ta najbliższa osoba mogła go reprezentować w niektórych sprawach formalno prawnych. Kodeks cywilny wymienia dwa rodzaje pełnomocnictw: pełnomocnictwo ogólne oraz pełnomocnictwo do dokonania poszczególnych czynności. Pełnomocnictwo ogólne powinno być udzielone na piśmie. Oznacza to, że pełnomocnictwo udzielone ustnie jest nieważne. Jeżeli pełnomocnik ma dokonać czynności prawnej w szczególnej formie (np. umowa w formie aktu notarialnego) wtedy pełnomocnictwo musi mieć też szczególną formę.

## **Ubezważnowolnienie**

Ostatecznym rozwiązaniem w sytuacjach, w których pacjent nie jest w stanie w żadnym wymiarze rozwiązywać codziennych problemów jest ubezważnowolnienie.

Ubezważnowolnienie jest to całkowite lub częściowe pozbawienie osoby zdolności do czynności formalno-prawnych.

Celem ubezważnowolnienia jest ochrona osoby, niesienie jej pomocy w załatwianiu jej spraw osobistych i majątkowych, zadbanie o leczenie

ponieważ osoba chora nie może o siebie zadbać.

Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości sądów okręgowych.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie może zgłosić: małżonek osoby, krewni w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy. Jeżeli wniosek o ubezwłasnowolnienie dotyczy osoby pełnoletniej, sąd może na wniosek uczestnika postępowania ustanowić dla niej doradcę tymczasowego, gdy uzna to za konieczne dla ochrony jej osoby lub mienia.

## **2. Jak leczyć pacjenta w sytuacjach nietypowych np. kiedy pojawiają się objawy zespołu otępiennego lub zaburzenia psychiczne?**

Zgodnie z prawem pacjent musi wyrazić zgodę na hospitalizację i leczenie. W odniesieniu do osób, które mają zdolność prawną, ale z powodu swojego stanu (niemożność wyrażenia woli lub zrozumienia sytuacji) nie są zdolne do wyrażenia zgody należy starać się o uzyskanie zgody sądu opiekuńczego. Jednak w sytuacjach, które wymagają niezwłocznej pomocy (pacjent w stanie zagrożenia życia trafia do szpitala) lekarz sam może zdecydować o badaniu medycznym. Jeśli pacjent ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody, a lekarz nie ma możliwości porozumienia się z opiekunem faktycznym lub przedstawicielem ustawowym, lekarz podejmuje także decyzje o działaniach leczniczych.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego po uprzednim wyrażeniu świadomej zgody. Świadoma zgoda to swobodny wybór lub decyzja dotycząca przyjęcia do szpitala i leczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi, która jest zdolna do zrozumienia przekazywanej informacji. Gdy pacjent nie wyraża zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego można go przyjąć bez jego zgody, ale tylko wtedy, gdy zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób.

Konieczność takiej hospitalizacji po zbadaniu osobistym pacjenta zgłasza lekarz psychiatra. Najczęściej konieczność taka zachodzi, gdy pacjent :

- a)** zagraża bezpośrednio własnemu życiu - ma realne plany samobójcze,
- b)** gdy zagraża życiu innych ludzi - jest agresywny, bije dotkliwie członków rodziny, biega z nożem, wyrzuca ciężkie przedmioty przez okno,
- c)** nie jest zdolny do wyrażenia zgody z powodu nasilonych zaburzeń świadomości i nie potrafi właściwie rozeznaczyć okoliczności, w których się znajduje.

Należy pamiętać, że stwierdzenie nawet nasilonych zaburzeń psychicznych u danej osoby nie jest równoznaczne z uznaniem tej osoby za bezpośrednio zagrażającą.

### **3. Jak starać się o pomoc w opiece nad osobą chorą?**

#### ***Pomoc finansowa ze strony państwa***

Ubezpieczenie zdrowotne zaspokaja różnego typu potrzeby wywołane przez zdarzenia losowe:

- czasowa niezdolność do pracy z powodu choroby lub wypadku - niezdolność ta ma charakter krótkotrwały i przejściowy, a świadczeniem przysługującym z tego tytułu jest zasiłek chorobowy wypłacany na podstawie zwolnienia lekarskiego.

- długotrwała niezdolność do pracy z powodu następstw choroby lub wypadku - świadczeniem przysługującym z tego tytułu jest renta.

- niezdolność do samodzielnej egzystencji - jest to stan wymagający stałej lub długotrwałej opieki innych osób w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych - świadczeniem przysługującym z tego tytułu jest

dodatek pielęgnacyjny.

Za niezdolne do samodzielnej egzystencji uznaje się osoby:

- chore obłożnie, których stan obłożności przewiduje się na okres dłuższy niż 6 miesięcy,
- z zaburzeniami psychicznymi, których stan zagraża otoczeniu lub samemu choremu,
- z zaawansowanymi zmianami starczymi o charakterze otępiennym, których nasilenie może stanowić niebezpieczeństwo dla otoczenia lub samego chorego.

### ***Dodatek pielęgnacyjny***

Jest to kwota pieniężna wypłacana przez ZUS lub KRUS dodatkowo do świadczenia emerytalno - rentowego. Dodatek pielęgnacyjny należy się osobie:

- która ukończyła 75 lat,
- ma orzeczoną całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji bez względu na wiek.

### ***Zasiłek pielęgnacyjny***

Pomoc w ramach zasiłku pielęgnacyjnego jest przyznawana w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zasiłek pielęgnacyjny wypłaca urząd gminy.

Osobami uprawnionymi do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego są:

- niepełnoletnie dzieci;
- osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym w wieku powyżej 16. roku życia;
- osoby, które ukończyły 75 lat.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje także osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.

Zasiłek pielęgnacyjny przyznawany jest na czas nieokreślony, chyba, że orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony.

### **Zasiłek nie zostanie przyznany jeżeli:**

- osoba uprawniona przebywa w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie;
- członkowi rodziny przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tej osoby (chyba, że co innego wynika z umów z innymi państwami);
- osobie uprawnionej przysługuje prawo do dodatku pielęgnacyjnego.

### ***Wniosek o zasiłek pielęgnacyjny***

Osoba ubiegająca się o świadczenie powinna w urzędzie gminy lub miasta albo w ośrodku pomocy społecznej złożyć wniosek. Tam też można pobrać formularz wniosku. Do wniosku dołącza się zaświadczenie o niepełnosprawności.

Prawo do zasiłku może być ustalone począwszy od miesiąca, w którym złożono wniosek. Konieczne jest jednak złożenie wniosku w okresie trzech miesięcy licząc od dnia wydania orzeczenia o niepełnosprawności.

## ***Domy Pomocy Społecznej, Zakłady Opiekuńczo - Lecznicze, Domy Dziennego Pobytu***

W Polsce istnieje kilka miejsc, w których może przebywać osoba przewlekle chora lub starsza.

Należą do nich:

- domy pomocy społecznej (DPS),
- zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL),
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, niepełnosprawnym - domy seniora.

Kluczami wyboru odpowiedniego miejsca są tu stan zdrowia podopiecznego i zasobność naszego portfela.

Zapewnienie opieki w DPS jest świadczeniem z pomocy społecznej, a to znaczy, że przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności.

Do DPS trafiają wyłącznie osoby, które wymagają, by stale nad nimi czuwano.

Aby się dostać do DPS, trzeba skontaktować się z pracownikiem socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej. Zgłoszenia może dokonać osoba zainteresowana, rodzina lub osoby niespokrewnione. Pracownik opieki ma za zadanie przeprowadzić wywiad środowiskowy: ustala sytuację społeczną, zdrowotną i bytową osoby wymagającej opieki.

Przydział miejsca zależy od rodzaju schorzenia.

Są domy dla:

- Osób w podeszłym wieku,
- Przewlekle somatycznie chorych (w tym obłożnie chorych, leżących),

- Przewlekłe psychicznie chorych,
- Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- Niepełnosprawnych fizycznie.

Na miejsce w DPS czeka się od trzech miesięcy do nawet 2–3 lat.

Ośrodek Pomocy Społecznej zawsze kieruje do domu pomocy społecznej zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania zainteresowanej osoby. Jednak nie ma rejonizacji. Na wniosek zainteresowanego można wydać skierowanie do dowolnej placówki, nawet prowadzonej przez inny powiat, pod warunkiem że jej typ odpowiada stanowi zdrowia osoby potrzebującej pomocy.

Pobyt w DPS jest odpłatny. Do zapłaty zobowiązani są:

Mieszkaniec domu opieki – płaci nie więcej niż 70 proc. swojego dochodu,

Małżonek, zstępni (dziecko, wnuk itd.).

Osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo może także zostać przyjęta do domu pomocy społecznej wtedy gdy brak opieki zagraża życiu tej osoby, a ona sama nie jest zdolna do zaspokojenia swoich potrzeb.

## ***Zakłady opiekuńczo-lecznicze***

Zakłady opiekuńczo-lecznicze właściwie są szpitalami. Finansuje je Narodowy Fundusz Zdrowia, a pacjent płaci 70 proc. swojej emerytury lub renty miesięcznie. Na każdym oddziale są pielęgniarki i lekarze, którzy pełnią dyżury przez całą dobę.

Aby się tu dostać, trzeba mieć skierowanie od lekarza. Do ZOL kierowane są tylko starsze osoby z określonym schorzeniem. Jeśli ktoś

otrzyma miejsce w ZOL, ma obowiązek przyjąć je w ciągu najbliższych sześciu miesięcy.

Decyzja o umieszczeniu starszej osoby w ZOL ważna jest przez sześć miesięcy, ale regułą jest przedłużenie pobytu.

Ważną cechą ZOL-u jest to, że pacjent ma zapewnione nowoczesne leczenie, pełną diagnostykę, odpowiednią opiekę i możliwość specjalistycznych konsultacji w szpitalu.

Warto wiedzieć, że w zakładach opiekuńczo-leczniczych są też tzw. łóżka komercyjne.

## ***Domy seniora***

Domy seniora to placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku.

Domy te prowadzone są na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub statutowej. Są to więc zazwyczaj prywatne firmy, które zarabiają pieniądze, prowadząc placówki opiekuńcze. Trafiają tu też osoby zdrowe, które mogą samodzielnie funkcjonować, ale np. są samotne.

Standardy w tych placówkach są mniej rygorystyczne niż w DPS.

Rejestry tych placówek prowadzą wojewodowie. Można więc zweryfikować, czy wybrany dom seniora spełnia wymagane prawnie standardy.

## ***Dokumenty, które należy przygotować***

### ***Dom pomocy społecznej:***

Pisemny wniosek o umieszczenie osoby starszej w DPS

Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość wnioskodawcy (do wglądu)

Kserokopia dowodu otrzymania renty lub emerytury (oryginał do wglądu)

Oryginały zaświadczeń potwierdzających dochody rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o pomoc

Oryginały zaświadczeń lekarskich o stanie zdrowia kandydata do DPS

W toku postępowania potrzebne będą także:

Rodzinny wywiad środowiskowy

Pisemna zgoda osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w DPS, a jeśli nie jest w stanie wydać takiej zgody – postanowienie sądu

Oświadczenie o stanie majątkowym

Oświadczenie o uzyskaniu (lub braku) jednorazowego dochodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadzony u osób zobowiązanych do opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej, czyli

małżonka, zstępnych i wstępnych

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Opinia dotycząca sprawności psychofizycznej osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS

Przewidywany termin rozpatrzenia wniosku: nie dłużej niż miesiąc od daty złożenia wniosku

### ***Zakład opiekuńczo-leczniczy***

Podanie do wydziału świadczeń socjalnych urzędu miasta lub gminy

Zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza pierwszego kontaktu lub przez szpital, w którym przebywa osoba starsza

Wywiad pielęgniarski stwierdzający sytuację zdrowotną i rodzinną

Decyzja ZUS i odcinek renty lub emerytury

Kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką w zakładzie opiekuńczo - leczniczym

Przewidywany termin rozpatrzenia podania: nie dłużej niż miesiąc od daty jego złożenia

## ***Dom seniora***

**Dokument stwierdzający tożsamość osoby potrzebującej pomocy (dowód osobisty)**

**Legitymacja ubezpieczeniowa osoby zainteresowanej**

**Informacja o stanie zdrowia od lekarza rodzinnego**

## ***Dom dziennego pobytu***

Są to domy powstałe przy pomocy Ośrodków Pomocy Społecznej, przeznaczone dla osób starszych. Przyjęcie do domów dziennego pobytu odbywa się na podstawie skierowania lekarskiego oraz decyzji Ośrodków Pomocy Społecznej. Pacjenci mogą przebywać w domach w godzinach od 8.00 do 15.00. Najczęściej w ramach pobytu pacjenci mają podawany obiad, ponadto prowadzone są różnego typu terapie zajęciowe. Jest to dobra alternatywa dla opiekunów mających prace zawodową lub dodatkowe obowiązki.

## ***Sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze***

Pacjenci ubezpieczeni chorujący na choroby przewlekłe otrzymują leki refundowane, czyli część odpłatności za leki pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Każdej osobie niepełnosprawnej, a ubezpieczonej w NFZ przysługuje bezpłatne lub z dopłatą zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny ortopedyczny.

Pieluchomajtki można wykupić za częściową odpłatnością (30%) w ilości 60 sztuk na miesiąc. Zlecenie takie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Wózki inwalidzkie przysługują bezpłatnie osobie, która ma znaczne trudności w poruszaniu się.

Laski i kule do trwałego użytku przysługują przy trwałym upośledzeniu sprawności chodu raz na trzy lata.

Odbiorca płaci za nie 30 % wartości.

Materac przeciwoleżynowy przysługuje choremu raz na trzy lata za 30% odpłatnością, gdy chory wymaga stałego przebywania w łóżku.

Balkoniki i podpórki do stałego użytku przysługują osobie niepełnosprawnej raz na pięć lat za odpłatnością 30 % ceny.



Lundbeck



Lundbeck Poland Sp.z o.o.

ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa, tel. 22 626 93 00, fax 22 626 93 01

[www.lundbeck.pl](http://www.lundbeck.pl)