



*Fundacja*  
Życ z chorobą Parkinsona

**Dr Jakub Sienkiewicz**

# **Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona**



ISBN 978-83-925-855-4-1

**Wydawnictwo powstało dzięki wsparciu firmy Roche**

**Projekt, skład i łamanie: Total Project**

**Dystrybucja: Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona”**

ul. Czerska 18 lok. 243, 00-732 Warszawa, tel/fax 022 409 77 56

### Pacjent w obliczu rozpoznania choroby Parkinsona

Rozpoznanie choroby Parkinsona jest trudnym momentem dla każdego człowieka. Może nastąpić w czasie konsultacji, na którą decydujemy się z powodu własnych podejrzeń lub namówieni przez bliskich. Może mieć miejsce podczas badania lekarskiego z innej przyczyny. Czasem dowiadujemy się o swojej chorobie po pierwszych jej sygnałach, a czasem po długim okresie nieporozumień i nietrafnej diagnostyki. Im wcześniej wystąpi choroba, tym trudniej się z nią pogodzić. Najczęstsze reakcje na postawione przez lekarza rozpoznanie to lęk, załamanie psychiczne, obawa przed nieznanym. Właśnie dlatego potrzebna jest dostępna i rzetelna informacja o takich schorzeniach jak choroba Parkinsona, aby chory nie błądził w domyślach i niepewności.

Choć to wydaje się paradoksalne, to jednak fakt rozpoznania choroby Parkinsona może mieć zarówno „złe”, jak i „dobre” znaczenie. Zmartwienie powodują okoliczności, których nie da się uniknąć w chorobie Parkinsona:

- jest to schorzenie stale postępujące;
- powoduje ono upośledzenie poruszania się ze wszystkimi tego skutkami;
- nie ma idealnego leczenia jego objawów, a im dłużej ono trwa, tym może być trudniejsze;
- towarzyszą mu inne problemy zdrowotne i umysłowe.

Cieszyć jednak mogą następujące fakty:

- choroba postępuje powoli;
- nie skraca życia, tylko wymaga adaptacji w celu zachowania aktywności;
- dzięki obecnie dostępnemu leczeniu, od momentu rozpoznania choroby istnieje perspektywa wielu dobrze przeżytych lat;
- każdy rok przynosi nowe leki lub inne metody leczenia jej objawów i nowe wiadomości o samej chorobie;
- aktywność zawodowa może być utrzymana, co jest jedną z zasad postępowania z pacjentem;
- choroba Parkinsona jest jednym z niewielu schorzeń zwyrodnieniowych mózgu (i chorób neurologicznych w ogóle), które tak wyraźnie reagują na leczenie ich objawów;
- postawienie rozpoznania daje czasem pomyślniejsze wytłumaczenie zaburzeń, które mogłyby być spowodowane groźniejszym schorzeniem.

Optymizm w chorobie Parkinsona jest uzasadniony. Oby zawarte tutaj informacje były aktualne jak najkrócej, dzięki poznaniu przyczyny choroby Parkinsona i skutecznego jej leczenia.

Niniejsza broszura została napisana i wydana po raz pierwszy w tej formie w marcu 1999 roku, a obecnie, w roku 2007 jest ponownie aktualizowana i poprawiona. Jest informatorem dla osób z chorobą Parkinsona, dla ich rodzin, bliskich i opiekunów. Może być również przydatna dla kogoś, kto choruje podobnie i jest nieskutecznie leczony z powodu nieprawidłowego rozpoznania. Może także ułatwić lekarzowi udzielenie praktycznych wskazówek choremu. Charakter i objętość tego poradnika nakazywały położyć większy nacisk na informacje o leczeniu i zagadnienia praktyczne, niż na popularnonaukową wiedzę o samej chorobie. Kolejność czytania poszczególnych części jest dowolna, zależnie od tego, co kogo interesuje najbardziej. Rozdział „Leki przeciw-parkinsonowskie” to lista nazw handlowych leków dostępnych w naszym kraju. Proponuję również korzystanie ze słownika terminów dotyczących choroby Parkinsona i parkinsonizmu.

Jakub Sienkiewicz

## Jakiego rodzaju schorzeniem jest choroba Parkinsona?

Choroba Parkinsona (chP) jest zaliczana do tak zwanych schorzeń zwyrodnieniowych mózgu i będzie tak klasyfikowana, dopóki nie poznamy jej dokładnej przyczyny.

Najważniejszym procesem dokonującym się w mózgu chorego człowieka jest stale postępujący zanik komórek nerwowych stosunkowo niewielkiej części, określanej istotą czarną. Znajduje się ona w tak zwanym śródmózgowiu pnia mózgu. Komórki obumierające wskutek chP mają w warunkach prawidłowych zasadnicze znaczenie dla ruchu zależnego od woli człowieka. Dostarczają one do wielu obszarów mózgu substancji zwanej dopaminą, dzięki której przekazywane są impulsy nerwowe służące poruszaniu się. Właśnie dlatego, mimo pozornie tak drobnego uszkodzenia mózgu przez proces chorobowy, skutki są tak wyraźne.

## Co jest przyczyną tej choroby?

Dotychczas nie ustalono przyczyny chP, dlatego nazywamy ją samoistną. Na podstawie aktualnej wiedzy naukowej można jedynie przypuszczać, że istotną rolę odgrywają dwa elementy. Pierwszy to genetycznie uwarunkowana podatność, a więc wrodzona cecha zwiększająca możliwość wystąpienia choroby. Drugi to czynniki zewnętrzne, z którymi stykamy się na co dzień, na przykład substancje obecne w otoczeniu, w żywności lub powstające podczas infekcji i innych chorób. Jest ich prawdopodobnie bardzo dużo i działają w wielu różnych kombinacjach. Liczne badania ukierunkowane na pojedyncze potencjalne przyczyny, nie doprowadziły do rozwiązania tej zagadki. Nadal nie wiemy, dlaczego giną komórki nerwowe istoty czarnej mózgu. Trzeba odróżnić przyczynę choroby od jej mechanizmów, które są podłożem dolegliwości i objawów. Nieznana przyczyna oznacza to, że nie umiemy powiedzieć, dlaczego u danej osoby wystąpiła choroba. Mechanizmy chP są stosunkowo dobrze poznane. Wciąż więcej wiadomo, skąd biorą się konkretne zaburzenia. Odkrywane są również stopniowo zmiany genetyczne i ich związek z postacią choroby.

## Każdy pacjent choruje inaczej

Przedstawienie zmian spowodowanych przez chP jako zaniku komórek istoty czarnej pnia mózgu jest dużym uproszczeniem. Tłumaczy ono jednak dobrze zaburzenia ruchu – najważniejszy problem każdego chorego. Mniejsze zmiany obecne są też w innych okolicach mózgu. Są one przyczyną wielu skomplikowanych zaburzeń, co sprawia, że objawy i przebieg chP mogą być bardzo różnorodne. Dodatkowo, indywidualne problemy zdrowotne pacjentów powodują, że każdy z nich choruje inaczej. Każdy człowiek może mieć zupełnie inne własne doświadczenia z tą samą chorobą.

Skąd bierze się taka różnorodność przebiegu jednego schorzenia? Składają się na to następujące zagadnienia, które są omówione dalej:

- szeroki przedział wieku zachorowania (od 30. do 80. roku życia);
- różne pierwsze objawy na początku choroby;
- istnienie różnych odmiennych postaci rozwiniętej chP;
- zróżnicowana, indywidualna reakcja na leczenie.

---

## Jak często występuje choroba Parkinsona?

O liczbie osób z chP w Polsce możemy mówić w przybliżeniu, opierając się na częstości stwierdzanej w badaniach, przeprowadzonych miarodajnymi metodami w innych krajach o podobnych warunkach (w strefie klimatu umiarkowanego, wśród rasy białej). W naszym kraju takich badań nie przeprowadzono. Przyjmuje się zatem częstość występowania tej choroby od 120 do 180 ludzi na 100 000 osób ogólnej populacji, czyli od 1,2 do 1,8 promila. Wśród wszystkich ludzi powyżej 65. roku życia jest aż jeden procent osób z chP. Liczbę nowych zachorowań w ciągu roku szacuje się na 20 przypadków wśród 100 000 osób. Można przypuszczać, że w Polsce żyje około 60 000 ludzi z chP.

Mimo że chP została oficjalnie opisana w 1817 roku przez Jamesa Parkinsona w Anglii, to wydaje się na podstawie różnych źródeł, że występowała ona już od dawna. Współczesne badania epidemiologiczne ukazują, że na przestrzeni ostatnich 50 lat częstość zachorowań nie zmieniała się. Wraz ze starzeniem się całej populacji ludzi w wyniku wydłużenia średniej długości życia, przybywa również osób z chP, ponieważ coraz więcej osób dożywa wieku, w którym to schorzenie występuje.

Z drugiej strony obecne leczenie sprawia, że średni czas przeżycia osób z chorobą Parkinsona nie różni się istotnie od ogólnej populacji. Warto też podkreślić, że z biegiem lat chP jest częściej i trafniej rozpoznawana. Nieco częściej chorują mężczyźni. Proporcja chorych mężczyzn i kobiet wynosi 3:2.

## Czy choroba Parkinsona występuje rodzinnie?

Czasami zdarza się, że pacjent z chP miał lub ma kogoś spokrewnionego z podobnymi objawami. Odsetek takich przypadków waha się w szerokich granicach, w zależności od przyjętych kryteriów i dokładności metody badawczej, od kilku do ponad 30 procent. Nie oznacza to jednak, że chP dziedziczy się w znany, określony sposób. Istotną rolę odgrywa tutaj prawidłowe rozpoznanie chP.

Ostatnie badania coraz bardziej sugerują, że czynnik genetyczny pełni istotną rolę w patogenie chP. Ryzyko wystąpienia chP u krewnego pierwszego stopnia osoby chorej może być od 2 do 14 razy wyższe niż w rodzinach nie dotkniętych chorobą. W przypadkach rodzinnego występowania chP stwierdzono obecność mutacji różnych genów, w tym genów odpowiedzialnych za kodowanie alfa synukleiny i tzw. parkininy (białka strukturalne mózgu). O związek z chP podejrzewa się jeszcze kilka innych mutacji. Pacjenci o określonym rodzaju mutacji mogą mieć różny przebieg choroby, jak też odwrotnie – w tej samej postaci chP mogą być obecne różnego rodzaju mutacje.

## W jakim wieku rozpoczyna się choroba Parkinsona?

Najczęściej pierwsze objawy występują pomiędzy 55. a 65. rokiem życia. Biorąc pod uwagę przedział wieku, w którym najczęściej możemy spotkać osobę z chP, to jest to populacja osób pomiędzy 60. a 70. rokiem życia. Rozpiętość wieku wystąpienia pierwszych objawów jest jednak bardzo szeroka i sięga od 30 do 80 lat. Postać choroby i dalszy rozwój jej objawów zależą istotnie od wieku zachorowania.

---

## Pierwsze dolegliwości i objawy

Typowy początek choroby związany jest z wystąpieniem jednego lub kilku spośród następujących problemów:

### POGORSZENIE SPRAWNOŚCI

Ruchy ręki lub nogi, najczęściej po jednej stronie ciała, stają się zwolnione, mniej zgrabne, z towarzyszącym uczuciem sztywności mięśni, może nastąpić zmiana charakteru pisma (małe litery), spontaniczne ruchy (gestykulacja, balansowanie rękami przy chodzeniu) stają się uboższe. Może wystąpić utykanie na jedną nogę lub szuranie nią.

### DRŻENIE

Typowe drżenie parkinsonowskie w początkowym okresie choroby jest dyskretne, najczęściej jednostronne. Nasila się przy odwróceniu uwagi, a podczas wykonywania ruchów precyzyjnych zmniejsza się lub znika. Obejmuje bardziej palce i dłonie, mniej pozostałe części rąk, może być powstrzymane wysiłkiem woli. W terminologii medycznej drżenie tego typu nazywa się spoczynkowym. Na podstawie wspomnianych cech lekarze odróżniają drżenie w chorobie Parkinsona i w innych schorzeniach neurologicznych. W wielu przypadkach nie jest to dla nich łatwe z powodu występujących nietypowości.

### SPOWOLNIENIE

ChP może zacząć się ogólnym spowolnieniem, widocznym w postaci zwolnionej reakcji, trudności z rozpoczęciem ruchu, ograniczonej mimiki twarzy, wolniejszej i zamazanej mowy, spowolnienia chodu i chodzenia małymi kroczkami.

### ZABURZENIA POSTAWY CIAŁA

Jednym z pierwszych sygnałów choroby może być pochylenie sylwetki ciała, daszkowate ułożenie dłoni, zaburzenia równowagi szczególnie przy wstawaniu i zmianie kierunku ruchu.

## Mniej typowy początek

Czasami chP zaczyna się trudnym do wyjaśnienia bólem barku lub całej ręki. Wystąpienie trudności ruchowych może być poprzedzone dłuższym okresem depresji, zaburzeń pamięci, ogólnego osłabienia. W tych mniej typowych przypadkach dopiero wystąpienie kolejnych objawów umożliwi właściwe rozpoznanie.

Początek chP jest dyskretny, ponieważ objawy narastają stopniowo. Wielu pacjentów zauważa, że ich choroba zaczęła się po wypadku lub jakimś nieszczęśliwym wydarzeniu; po okresie dużego napięcia emocjonalnego lub wysiłku. Tłumaczy się to możliwością ujawnienia trwającego już wcześniej procesu chorobowego. W sytuacjach stresowych zwiększa się zużycie dopaminy i innych substancji przekąźnikowych mózgu, których brakuje w chP.

## Jakie są najczęściej objawy rozwiniętej choroby?

### GŁÓWNE OBJAWY RUCHOWE

W ogromnej większości przypadków chP manifestuje się co najmniej dwoma z wymienionych poniżej objawów, tworzących tak zwany zespół parkinsonowski:

- 
- spowolnienie ruchowe
  - drżenie parkinsonowskie
  - zwiększone napięcie mięśni
  - zaburzenia postawy ciała i równowagi

### INNE TYPOWE OBJAWY

Do głównych zaburzeń ruchowych, często dołączają się inne problemy zdrowotne, charakterystyczne dla choroby Parkinsona. Należą do nich:

- spadki ciśnienia tętniczego, powodujące zasłabnięcia
- obniżenie nastroju psychicznego z możliwością wystąpienia silnej depresji i lęku;
- zaburzenia snu
- spowolnienie myślenia, zaburzenia pamięci i orientacji przestrzennej
- częste, uporczywe zaparcia stolca
- zaburzenia funkcji pęcherza moczowego, zaburzenia potencji
- łojotok twarzy, nadmierne ślinienie lub przeciwnie – suchość w ustach
- zaburzenia regulacji ciepłej ciała
- silne pocenie, uczucie utrudnionego oddychania

### DALSZE SKUTKI ZABURZEŃ RUCHU

W okresie rozwiniętej chP spowolnienie może przyjmować skrajne nasilenie, kiedy chory zastryga w bezruchu i bez dodatkowej pomocy nie może ruszyć z miejsca. Sztywność i bezruch nasilające się w środku nocy, mogą budzić chorego ze snu, ponieważ nie jest on w stanie poruszyć się w łóżku, żeby zmienić ułożenie ciała. Upośledzenie ruchów naprzemiennych utrudnia wykonywanie czynności wymagających częstej zmiany kierunku ruchu, na przykład obracanie przedmiotów, krojenie itp. Dotyczy to również gryzienia i zucia, co w efekcie powoduje kłopoty z połykaniem.

Zaburzenia postawy ciała i równowagi są w późniejszym okresie powodem częstych upadków. Nieprawidłowa, zgarbiona sylwetka ciała przyspiesza narastające z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

Drżenie parkinsonowskie przebiega różnie: obecne jako jeden z pierwszych objawów, może później zniknąć, może także rozszerzyć się na drugą stronę ciała. Przypomina ruch kręcenia pigulek lub liczenia pieniędzy. W typowych przypadkach jest najsilniejsze, kiedy ręce lub nogi pozostają w spoczynku, a zmniejsza się podczas ruchu zamierzonego lub podczas utrzymywania jakiejś pozycji. W związku z tym klasyczne drżenie parkinsonowskie nie upośledza istotnie codziennych czynności. Jednak u niektórych chorych może ono mieć charakter mieszany, czyli być podobnie silne zarówno w spoczynku, jak i w ruchu.

## Jak rozwija się choroba Parkinsona?

Choroba Parkinsona zwykle postępuje powoli. Po siedmiu latach jej trwania średnio połowa chorych jest mniej sprawna niż w momencie rozpoznania. Spotyka się także nawet kilkuletnie okresy bez pogarszania się sprawności ruchowej. Niestety są również sytuacje, kiedy mimo leczenia, choroba postępuje szybciej niż w innych okresach. Od czasu wprowadzenia do leczenia preparatów tak zwanej lewodopy (w Polsce: Madopar, Sinemet, Nakom), choroba ta nie skraca długości życia. Wyeliminowano bowiem śmiertelne powikłania unieruchomienia, takie jak ciężkie infekcje układu moczowego, oddechowego i odleżyny. Choroba ta wymaga jednak stałego leczenia jej objawów przez całe życie.

---

Lekarz nie jest w stanie przewidzieć, w jaki sposób rozwinie się choroba u danego pacjenta. Po pierwsze jej przebieg może być rozmaity. Po drugie obecnie, w okresie częstego pojawiania się nowych leków i doskonalenia metod neurochirurgicznych, zmienia się także rokowanie co do jakości przeżycia pacjentów z chP.

## Jak zmienia się obraz choroby podczas leczenia?

Obecnie, kiedy chP jest powszechnie leczona, nie sposób pominąć niepożądanych objawów stosowanych leków. Niektóre z nich są tak częste, że praktycznie stały się nierozłącznym elementem obrazu choroby.

Jednym z najważniejszych problemów jest zespół przełączeń (często określane po angielsku „on-off”), czyli gwałtowne przejścia ze stanu względnie dobrej sprawności ruchowej („on”) w całkowite znieruchomienie („off”) i odwrotnie.

Fluktuacje to określenie odnoszące się do wahań nasilenia różnych objawów. W chP fluktuacje dotyczą stanu sprawności ruchowej, nastroju, sprawności intelektualnej, objawów wegetatywnych. Czas trwania tych zmian może mieć długość od kilku godzin do kilku dni. Gorsze godziny najczęściej związane są z końcem dawki leków, kiedy stopniowo pojawia się coraz więcej objawów ruchowych, psychicznych i wegetatywnych. Fluktuacje kilkudniowe sprawiają, że z niejasnych przyczyn, przy tym samym leczeniu kilka dni pod rząd jest lepszych a następnie kilka gorszych. Fluktuacje zaburzeń wegetatywnych, takich jak na przykład nadmierne poty, mogą być nawet kilkumiesięczne.

Ruchy płasawicze, przypominające niepokój ruchowy lub taniec, z trudnością pozostania w miejscu przez dłuższą chwilę – to dyskinezy. Mogą one też przybierać formę bolesnych kurczów mięśni z wykręcaniem kończyny (na przykład podwijaniem stopy). Objawy te dotyczą praktycznie połowy leczonych pacjentów. Dyskinezy płasawicze występujące w okresie najsilniejszego działania leku często nie są problemem dla chorego, szczególnie gdy ich obecność łączy się z dobrą sprawnością ruchową. Wówczas pacjent woli ten stan niż pozostawanie w bezruchu.

U około jednej czwartej leczonych chorych pojawiają się też różne zaburzenia psychiczne; od lekkich, będących sygnałem ostrzegawczym aby zmodyfikować leczenie, do bardzo ciężkich ale występujących rzadziej problemów:

- żywe marzenia senne, często koszmarniej treści,
- złudzenia wzrokowe (kolorowe widzenie, dostrzeganie w przypadkowych kształtach rzeczy lub postaci nierzeczywistych),
- halucynacje rzekome to znaczy takie, kiedy chory zdaje sobie sprawę z nieprawdziwości doznań słuchowych czy wzrokowych,
- prawdziwe halucynacje, bez zachowanego krytycyzmu,
- urojenia – wymyślone, nierzeczywiste sprawy, którym podporządkowane jest zachowanie chorego,
- długotrwałe stany splątania świadomości

Wyżej wymienione, różnorodne objawy tworzą listę możliwych zaburzeń, lecz nigdy nie występują wszystkie naraz. Ma to praktyczne znaczenie, ponieważ opisy ciężkich polekowych zaburzeń ruchowych i psychicznych znajdują się w ulotkach leków przeciw-parkinsonowskich. Zbyt duże przywiązywanie wagi do możliwości ich wystąpienia, zniechęca pacjentów do podjęcia próby leczenia, które mogłoby być dla nich korzystne. Chory powinien raczej aktywnie współpracować z lekarzem prowadzącym niż samodzielnie wyciągać pochopne wnioski z przeczytanych informacji.



---

## Jakie mogą być postacie choroby Parkinsona?

Najczęściej występuje mieszana postać choroby Parkinsona, w której spowolnienie, drżenie i zaburzenia postawne są w przybliżeniu jednakowo wyrażone. Postać z przewagą spowolnienia, sztywności i zaburzeń postawnych nazywamy bradykinetyczną. Rzadziej chP przybiera postać z dominacją drżenia. Określamy ją jako formę drżączkową. Istnieją pewne prawidłowości dotyczące poszczególnych postaci chP. Osoby chorujące w młodym wieku (poniżej 50. tego roku życia) mają częściej bradykinetyczną postać chP i są bardziej podatne na wystąpienie dyskinez.

Postać drżączkowa występuje częściej u osób chorujących w późniejszym wieku (powyżej 70 lat) i postępuje wolniej. U starszych osób łatwiej mogą wystąpić polekowe zaburzenia psychiczne.

## Choroba Parkinsona o wczesnym początku i parkinsonizm młodzieńczy

Pacjenci, u których objawy rozpoczynają się pomiędzy 21. a 40. rokiem życia są umownie klasyfikowani jako „choroba Parkinsona o wczesnym początku”. Podłoże patologicznych zmian w mózgu jest tu podobne jak w postaci klasycznej, natomiast niektóre cechy jej przebiegu są odrębne, jak już wcześniej było wspomniane. Jeżeli choroba rozpoczyna się przed 21. rokiem życia, wówczas mamy do czynienia z tzw. parkinsonizmem młodzieńczym. Charakteryzuje się on jeszcze bardziej nasilonymi zaburzeniami vegetatywnymi i dystonią. Rodzinnie występujący parkinsonizm młodzieńczy o dziedziczeniu autosomalnym recesywnym jest najprawdopodobniej odrębną jednostką chorobową. Pozostałe przypadki są zbiorem różnego typu patologii jeszcze do końca nie sklasyfikowanej.

## Problemy późnego okresu choroby

Objawy uboczne długotrwałego leczenia nakładają się na problemy późnego okresu chP. Stwarza to następujące komplikacje:

### STOPNIOWO ZMNIEJSZAJĄCA SIĘ SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Chory może znaleźć się w sytuacji, kiedy przez większość dnia ma dyskinezy lub silny bezruch, a okres korzystnego działania leków – bez objawów ubocznych – stale się skraca. Po zażyciu leków długo oczekuje na ich skutek, doznając w tym czasie przykrych dolegliwości, poprzedzających nastąpienie właściwego efektu leczniczego (bolesne kurcze mięśni, nasilone drżenie).

Inną komplikacją bywa nieprzewidywalne (niezależne od pory przyjmowania leków) występowanie napadów bezruchu (tzw. zamarzanie, „freezing”), lub nagłe przełączenia („on-off”) między złą a względnie dobrą sprawnością.

### NARASTAJĄCE ZABURZENIA POSTAWNE

Objawem stosunkowo najtrudniej poddającym się leczeniu są zaburzenia równowagi i upadki, co istotnie ogranicza samodzielność chorych w tym okresie ze względu na trudności w chodzeniu i ryzyko urazu.

---

## ZABURZENIA WEGETATYWNE

Jest to grupa objawów, do których należą: obniżenie ciśnienia tętniczego powodujące zasłabnięcia i upadki, uporczywe zaparcia stolca, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego (utrudnione, niekompletne oddawanie moczu lub częstomocz), napadowa zwiększona potliwość z towarzyszącym utrudnieniem oddechu.

## PROBLEMY UMYSŁOWE

Spowolnienie myślenia, upośledzenie pamięci, zaburzenia orientacji przestrzennej mogą należeć do obrazu chP, szczególnie w późnym okresie schorzenia. Ograniczają one samodzielność chorych w takich czynnościach jak prowadzenie samochodu czy poruszanie się w nieznanymi miejscach. Depresja i lęk mogą dodatkowo utrudniać skuteczność leczenia niesprawności ruchowej.

## Postawa lekarza i pacjenta wobec postępującej choroby

Choroba Parkinsona, zmieniając stale swoje objawy na przestrzeni wielu lat jej trwania, musi mobilizować lekarza prowadzącego do okresowych modyfikacji leczenia. Nie da się stosować cały czas jednego zestawu i tych samych dawek leków. Lekarz powinien brać pod uwagę nie tylko widoczne objawy ruchowe ale również inne wspomniane problemy zdrowotne.

Bardzo ważne jest też aktywne podejście pacjenta do swojej choroby. Powinien on dokładnie obserwować reakcje organizmu na zmiany leczenia i relacjonować je lekarzowi. Ułatwia to neurologowi znalezienie optymalnego zestawu leków. Pacjent powinien być przychylnie nastawiony do stałych prób poprawienia stosowanego leczenia. Ma to szczególne znaczenie obecnie, kiedy częściej pojawiają się nowe leki przeciwparkinsonowskie i inne metody leczenia objawów choroby. W chP przypada pacjentowi istotna rola współpartnera w podejmowaniu wraz z neurologiem decyzji terapeutycznych. Choroba Parkinsona jest jednym z tych schorzeń, w których najlepszą miarą dla lekarza jest samopoczucie chorego bezpośrednio w okresie rozpoczęcia lub zmiany leczenia.

## Co jest potrzebne do rozpoznania choroby Parkinsona?

Dla prawidłowego postępowania lekarskiego konieczne jest postawienie poprawnego rozpoznania. Od tego zależy wybór określonego leczenia i jego skuteczność. Często przyczyną niepowodzeń w leczeniu objawów parkinsonizmu jest nieuwzględnienie obecności innej choroby wywołującej ten sam zespół objawów.

Podczas lekarskiego badania neurologicznego u osoby z chorobą Parkinsona stwierdza się parkinsonizm, czyli zespół zaburzeń ruchowych opisanych wcześniej (spowolnienie, drżenie, sztywność, zaburzenia postawy ciała). Parkinsonizm występuje nie tylko w samej (potocznie można powiedzieć „prawdziwej”) chorobie Parkinsona, ale również w różnych innych zaburzeniach funkcji układu nerwowego, na tle określonej, znanej przyczyny uszkodzenia.

## Badania dodatkowe

W samej chorobie Parkinsona, badania takie jak tomografia komputerowa mózgu (CT), elektroencefalografia (EEG) i rezonans magnetyczny mózgu (MRI) nie wykazują istotnych zmian. Nie istnieją żadne testy krwi, moczu lub płynu mózgowo-rdzeniowego, które potwierdzają lub wykluczają obecność tej choroby.

W niektórych sytuacjach lekarz, po rzetelnym, pełnym badaniu neurologicznym, nie musi zlecać badań dodatkowych w celu potwierdzenia rozpoznania. Przykładem może być pacjent z typowym zespołem objawów parkinsonowskich, chorujący już kilka lat, o którym wiadomo, że reagował pozytywnie na leczenie preparatami zawierającymi lewodopę, nie obciążony innymi chorobami. Taki pacjent może być bezpiecznie dalej leczony objawowo a tomografia komputerowa mózgu jako rutynowe badanie u wszystkich osób z parkinsonizmem, może być wykonana planowo, w dogodnym terminie.

Pacjent we wczesnym okresie choroby, u którego wybór leczenia nie został jeszcze dokonany, powinien mieć wkrótce wykonaną tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu w celu wykluczenia innych chorób. Badania te powinny być również wykonane w razie stwierdzenia jakichkolwiek nietypowości oprócz zespołu objawów parkinsonowskich.

## Parkinsonizm towarzyszący innym chorobom

### ZATRUCIA

Objawy parkinsonowskie mogą pojawić się po zezadzeniu, czyli po zatruciu tlenkiem węgla, do którego dochodzi przy dłuższym oddychaniu wylęgarniami zepsutego pieca węglowego lub gazowego. Dotyczy to ciężkich zatruc i występuje w kilka miesięcy do kilku lat po wypadku. Parkinsonizm wywołany tą przyczyną postępuje nieznacznie.

Narażenie pracowników górnictwa i przemysłu na substancje zawierające mangan jest również opisywane jako przyczyna zespołu parkinsonowskiego, któremu towarzyszą objawy podobne do nerwicowych.

Można znaleźć doniesienia lekarskie o podobnych skutkach wywołanych przez cyjanki, alkohol metylowy, rtęć, lakiery, inne przemysłowe substancje chemiczne. Łączne znaczenie praktyczne tego rodzaju przyczyn parkinsonizmu jest jednak niewielkie.

---

## LEKI

Często spotykamy pełny zespół objawów parkinsonowskich u pacjentów ze schizofrenią, leczonych psychiatrycznie. Objawy te ustępują całkowicie po odstawieniu takiego leczenia. Zdarza się jednak, że tego typu leki stosowane są przy podejrzeniu nerwicy. Jeśli u kogoś z tych osób wystąpi po latach parkinsonizm, pojawiają się wątpliwości, czy ma to związek z przebyłym leczeniem.

Podobnie dyskusje wywołuje możliwość pojawienia się parkinsonizmu po długotrwałym podawaniu cinnarizyny i flunarizyny, leków powszechnie stosowanych w zaburzeniach krążenia mózgowego. Obecnie przeważa pogląd, że przypadki, w których objawy parkinsonowskie utrzymują się i postępują mimo zakończenia podawania tych leków, są wywołane obecnością „prawdziwej” choroby Parkinsona, która i tak by się ujawniła. Przebieg choroby u takich pacjentów jest jednak nieco odmienny, ponieważ objawy parkinsonizmu mieszają się z polekowymi objawami neurologicznymi.

## PROCES UCISKOWY MÓZGU

Niektóre nowotwory (guzy) przez ucisk i uszkodzenie określonych okolic mózgu wywołują objawy parkinsonowskie. Zdarza się, że we wczesnym okresie ucisku są to jedyne objawy neurologiczne. Szybko jednak dołączają się inne, co jest sygnałem dla lekarza aby zalecić odpowiednie badania. Powolny ucisk może być wywołany przewlekłym krwakiem lub wodniakiem mózgu, które są odległym następstwem nawet pozornie błahego urazu głowy, szczególnie u osób starszych.

Schorzenia te wymagają najczęściej leczenia operacyjnego, w oddziale neurochirurgicznym.

## INNE CHOROBY ZWYRODNIENIOWE MÓZGU

Istnieją różne schorzenia przebiegające z zanikiem i zwyrodnieniem wielu okolic mózgu, w których objawy parkinsonowskie występują jako jedno z wielu i słabo lub wcale nie poddają się lekom przeciw-parkinsonowskim. Można je odróżnić od „prawdziwej” choroby Parkinsona na podstawie objawów i badań dodatkowych.

Choroba Alzheimer – Objawem dominującym jest otępienie umysłowe. Jest to inny rodzaj otępienia niż występujące u części osób z chorobą Parkinsona. W otępieniu alzheimerowskim następuje utrata posiadanych zasobów informacji, natomiast w chorobie Parkinsona utrudniony i spowolniony jest dostęp do pamięci.

W niektórych okresach, towarzyszące chorobie Alzheimer objawy parkinsonowskie, mogą być wyraźne i kłopotliwe dla chorego. Próbuje się wówczas leczenia preparatami lewodopy.

Zanik wielosystemowy – występuje u części osób rodzinie, wyróżnia się jego dwie główne odmiany. W jednej z nich przeważają objawy parkinsonizmu, a w drugiej zaburzenia mózdkowe. Tej drugiej postaci mózdkowej często również towarzyszy parkinsonizm. Próbuje się wówczas dużych dawek leków zawierających lewodopę. Efekty nie są zadowalające. Najważniejsze znaczenie ma w tych chorobach adaptacja otoczenia do możliwości ruchowych pacjenta oraz poradnictwo genetyczne, czyli ocena możliwości wystąpienia podobnych zaburzeń u potomstwa.

Zwyrodnienie nigro-striatalne – Przebiega podobnie do chP, ale nie reaguje na leki przeciw-parkinsonowskie z powodu bardziej rozległego uszkodzenia mózgu. Mimo to podejmowane są próby leczenia objawowego.

Porażenie nadjądrowe postępujące – Jest to nieuleczalne schorzenie, dość szybko postępujące, w którym występuje parkinsonizm, zaburzenia mowy, połykania, równowagi i porażenie ruchu oczu. Leki używane w „prawdziwej” chP są tu nieskuteczne.

---

Choroba rozсіяnych ciał Lewy'ego – Powoduje typowy parkinsonizm, ale próby leczenia nawet małymi dawkami leków parkinsonowskich wywołują silne powikłania psychiatryczne. Typowa dla tego schorzenia jest również odwrotna sytuacja – podanie niedużych dawek niektórych leków psychiatrycznych dramatycznie nasila parkinsonizm.

Zwyrodnienie korowo-podstawne – postępujące, bogato-objawowe schorzenie o złym rokowaniu, często z przeważającym parkinsonizmem, bardzo słabo reagującym na leki.

Kilka przykładów wyżej wymienionych chorób mózgu ukazuje znaczenie poprawnego rozpoznania i odróżnienia tych schorzeń od „prawdziwej” choroby Parkinsona. Daje to możliwość wczesnego uświadomienia pacjentowi i jego rodzinie, jakich efektów można się spodziewać po leczeniu.

## ZABURZENIA KRĄŻENIA MÓZGOWEGO

Parkinsonizm (zwany potocznie miażdżycowym) towarzyszy uszkodzeniu mózgu wywołanemu wieloma drobnymi, rozсіяnymi zawałami, czyli miejscami niedokrwienia (stąd termin encefalopatia wielozawałowa). Uszkodzenie to dokonuje się na skutek zatorów płynących we krwi. Źródłem zatorów są przebyte zawały serca albo zmiany miażdżycowe w ścianach dużych tętnic. Inną przyczyną takich zmian w mózgu jest choroba zwana miażdżycą zarostową tętnic. Często też występuje na tle przewlekłego nadciśnienia tętniczego. Przyczyna takiego parkinsonizmu jest łatwa do stwierdzenia na podstawie obecności chorób układu krążenia, objawów neurologicznych i zmian w obrazie tomografii i rezonansu magnetycznego mózgu. Parkinsonizm ten słabo reaguje na leczenie objawowe. Należy zapobiegać dalszemu pogłębianiu się uszkodzenia mózgu przez właściwe leczenie internistyczne.

## WODOGŁOWIE WEWNĘTRZNE

Polega ono na dużego stopnia poszerzeniu komór mózgu. Może być ono odległym powikłaniem przebytego krwotoku wewnątrzczaszkowego, zapalenia opon mózgowych, urazu głowy. Często też powstaje bez uchwytnej przyczyny. Spowolnienie i zaburzenia chodzenia, które tu występują mogą przypominać parkinsonizm ale towarzyszące zaburzenia funkcji zwieraczy, niedowład nóg i ośpienie umysłowe są objawami, które ułatwiają właściwą diagnozę. O rozpoznaniu decyduje obraz tomografii mózgu. Leczenie powinno być operacyjne.

## STAN PO ZAPALENIU MÓZGU

Najwięcej przypadków parkinsonizmu na tle zapalnym obserwowano w pierwszej połowie dwudziestego wieku, po epidemii śpiączkowego zapalenia mózgu w latach 20-tych. Obecnie bardzo rzadko zdarza się, że infekcja wirusowa (w tym również AIDS), grzybicza lub bakteryjna przebiega z objawami parkinsonowskimi.

## URAZY I STRESY

Parkinsonizm na podłożu zmian pourazowych występuje wtedy, gdy człowiek narażony jest na liczne, powtarzające się urazy uszkodzające różne okolice mózgu. Dotyczy to głównie zawodowych bokserów (tak zwana encefalopatia bokserów) lub osób po kilku przebytych wstrząśnieniach mózgu.

Wśród osób z „prawdziwą” – samoistną chP często spotyka się informację, że ich choroba zaczęła się po wypadku, niekoniecznie połączonym z urazem głowy, po silnym przeżyciu, po okresie wytężonej mobilizacji sił. Dzieje się tak dlatego, że przy silnym stresie dochodzi do większego zużycia brakującej dopaminy, co przyspiesza jedynie ujawnienie się choroby, która i tak sama wystąpiłaby jakiś czas później.

---

## Fałszywe rozpoznanie choroby Parkinsona

Błędy diagnostyczne mogą być związane z omyłkowym uznaniem pewnych objawów za parkinsonowskie. Zdarza się to w następujących chorobach, które mogą być skutecznie leczone inaczej niż choroba Parkinsona:

### DRŻENIE SAMOISTNE

W tym schorzeniu drżenie ma inne cechy charakterystyczne i często występuje rodzinnie. Początek choroby możliwy jest w każdym wieku. Najważniejsze leki stosowane w tej chorobie to propranolol, clonazepam, mizodol, toksyna botulinowa.

### DYSTONIA

Choroba ta występuje zarówno dziedzicznie jak i sporadycznie (nie rodzinie). Głównym jej objawem są niezależne od woli kurcze mięśni, powodujące nieprawidłowe ułożenie różnych części ciała, drżenie, niesprawność. Wymaga innego leczenia. Zależnie od postaci dystonii, stosuje się różne rodzaje leków, często przeciwwskazane w chP.

### DEPRESJA

Schorzenie psychiczne, będące częścią obrazu tak zwanej choroby afektywnej. Główne objawy to smutek, brak aktywności i odczuwania przyjemności, zaniedbywanie siebie. Mylące jest to, że (1) depresja i chP mają wiele cech wspólnych oraz to, że (2) depresja często współistnieje z chP. Leczenie depresji powinien prowadzić specjalista psychiatry.

### ZMIANY ZWYRODNIENIOWE STAWÓW I KRĘGOSŁUPA

Spowalniają ruch, zaburzają chód, zmieniają sylwetkę ciała i ułożenie rąk, pogarszają ogólną sprawność psychofizyczną. Zmiany te mogą być zarówno mylone z chP, jak i z objawami zespołu parkinsonowskiego. Choroba Parkinsona przyspiesza zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa.

### NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY

Powoduje spowolnienie ruchów, zwolnienie myślenia i objawy depresji. Najważniejsze dla rozpoznania jest oznaczenie poziomu hormonów tarczycy we krwi. Leczenie musi być nastawione na przyczynę choroby.

## Ogólne zasady leczenia choroby Parkinsona

Bardzo ważne jest, aby pacjent od początku zdawał sobie sprawę, że choroba będzie mu towarzyszyć do końca życia. Plan leczenia powinien być nastawiony nie tylko na uzyskanie doraźnej poprawy sprawności ruchowej, ale i na jak najdłuższe utrzymanie skuteczności leczenia. Choroba Parkinsona wymaga zajmowania się wszystkimi problemami zdrowotnymi jednocześnie. Nie można koncentrować się jedynie na objawach ruchowych. Trzeba mieć na uwadze dolegliwości spoza układu nerwowego, stan psychiczny chorego, jego aktywność osobistą i zawodową. Wybór rodzaju leczenia u konkretnego pacjenta zależy od jego wieku, stopnia nasilenia choroby, jej postaci klinicznej i innych schorzeń współistniejących.

## Leczenie początkowe

### KIEDY ZACZYNA SIĘ PODAWANIE LEKÓW?

W większości przypadków osoba z postawionym rozpoznaniem choroby Parkinsona otrzymuje zalecenie przyjmowania leków. Nie zawsze jednak jest to takie oczywiste. Niektórzy pacjenci w początkowym okresie choroby nie wymagają stosowania leczenia farmakologicznego. Przykładem może być osoba w starszym wieku, nie pracująca, z typowym niedużym drżeniem parkinsonowskim, które poza tym, że jest widocznym objawem neurologicznym, nie powoduje istotnego upośledzenia sprawności przy codziennych zajęciach. Innym przykładem jest człowiek, który zachorował w młodszy wieku, u którego przez pewien czas skutki objawów parkinsonowskich mogą być ograniczone zwiększoną aktywnością, gimnastyką, leczeniem sanatoryjnym. Decydującym czynnikiem wpływającym na rozpoczęcie lub istotną zmianę leczenia farmakologicznego jest stopień upośledzenia funkcjonowania konkretnego człowieka. Ten sam deficyt ruchowy będzie miał na przykład zupełnie inne skutki u czynnego zawodowo chirurga i u emeryta mającego dobrą opiekę bliskich. Bardzo ważne jest w tym stadium choroby uzyskanie dobrego stanu psychicznego pacjenta. Poprawa nastroju, dzięki zastosowaniu odpowiednich leków przeciwdepresyjnych, często podnosi ogólną sprawność fizyczną i psychiczną oraz zmniejsza objawy parkinsonowskie.

### REHABILITACJA I FIZYKOTERAPIA

Regularny udział w zajęciach rehabilitacji ruchowej wyraźnie zmniejsza parkinsonizm w początkowym okresie choroby, korzystnie wpływa na stan psychiczny, ogranicza bóle towarzyszące chorobie, poprawia równowagę i chód, utrzymuje prawidłową sylwetkę ciała oraz opóźnia wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, na które osoby z chorobą Parkinsona są szczególnie narażone. Ruch pomaga w zwalczaniu zapać i jest potrzebny dla prawidłowego działania wielu narządów wewnętrznych.

Spośród metod fizykoterapeutycznych największe znaczenie w chP mają zabiegi przeciwbólowe (jonoforezy ksylokainowe i hydrokortyzonowe), rozgrzewające (tzw. solux) oraz masaże.



---

## Leczenie w okresie rozwiniętej choroby

### JAKIE LEKI STOSUJE SIĘ NA POCZĄTKU?

Z nielicznymi wyjątkami leki stosowane w początkowym i późnym okresie choroby pokrywają się. W okresie niewielkiego zaawansowania objawów chP podaje się częściej jeden lek (monoterapia) i w mniejszych dawkach niż później. Poniżej wymienione są leki przydatne m.in. we wczesnym okresie chP (w nawiasach podano nazwy handlowe):

- selegilina (Jumex, Selerin, Segan, Niar, Selenor, Selgin)
- rasagilina (Azilect)
- amantadyna (Viregyt-K, Amantix)
- bromokryptyna (Bromergon, Bromocorn, Parlodel)
- ropinirol (Requip)
- pramipexolum (Mirapexin)
- piribedil (Pronoran)
- biperiden (Akineton)
- pridinol (Polmesilat, Pridinol)
- lewodopa depot – o przedłużonym działaniu (Madopar HBS, Sinemet CR)
- lewodopa w zwykłej postaci (tzw. konwencjonalnej) (Madopar, Nakom, Sinemet)

Leki te mogą być stosowane pojedynczo lub w kombinacji, zależnie od potrzeby. Na podstawie obecnego stanu wiedzy, nie ma uzasadnionych powodów, aby odkładać podawanie preparatów lewodopy na później. Niektórzy lekarze uważają, że efekt równomiernej stymulacji dopaminowej mózgu (bardziej fizjologicznej) można uzyskać, stosując w początkowym okresie choroby leki nie zawierające lewodopy, najlepiej tak zwane leki dopaminergiczne (ropinirol, piribedil, pramipeksol). Pogląd ten ma również swoje uzasadnienie naukowe. Między tymi dwoma szkołami istnieje podejście kompromisowe, które zakłada, że istotne jest uzyskanie dowolnymi sposobami, wyrównanego działania leków przez całą dobę, co jest korzystne dla dalszego przebiegu choroby. Uważa się również, że wybór leków powinien być dostosowany do potrzeb i aktywności pacjenta. W przypadku pacjentów chorujących od młodego wieku, aktywnych zawodowo, leczenie jest zwykle intensywniejsze.

### JAKIE LEKI STOSUJE SIĘ W OKRESIE ZAAWANSOWANYM?

W miarę postępu choroby, konieczne jest stosowanie mocniejszych leków w coraz większych dawkach oraz skojarzone stosowanie kilku z nich (politerapia). Decyzje o zmianie leczenia lub podwyższeniu dawki leków są uzasadnione, jeśli korzyści wynikające z poprawy sprawności ruchowej przewyższają niedogodności objawów niepożądanych. Leczenie nie może być gorsze niż sama choroba. W późniejszym okresie chP dołączane są następujące leki:

- lewodopa w postaci konwencjonalnej (Madopar, Nakom, Sinemet)
- lewodopa w postaci szybko działającej (Madopar w tabletkach rozpuszczalnych)
- lewodopa depot – o przedłużonym działaniu (Madopar HBS, Sinemet CR)
- tolkapon (Tasmar, tylko w uzasadnionych przypadkach)
- entakapon (Comtan)
- rotigotyna (Neupro, plastry przyklejane na skórę raz na dobę)
- Stalevo (preparat zawierający trzy składniki: lewodopę, karbidopę i entakapon)
- apomorfina (Britaject, zastrzyki podskórne)

Opisane wcześniej komplikacje leczenia rozwiniętej chP wymagają jednoczesnego stosowania różnych postaci lewodopy i leków działających w różnych mechanizmach, dlatego w późniejszym okresie choroby korzystne jest często dołączenie do terapii lewodopą wcześniej wymienionych leków, jak piribedil (Pronoran), selegilina (Selerin) czy entakapon (Comtan).





Częste zmiany nasilenia objawów parkinsonowskich stwarzają konieczność uzyskania możliwie równomiernego w czasie działania leków. Można to osiągnąć przez podawanie jednocześnie różnych postaci lewodopy:

- szybko-działającej (dla uzyskania doraźnego efektu objawowego),
- konwencjonalnej (dla podtrzymania działania)
- długo-działającej czyli depot (w celu wydłużenia działania i zmniejszenia liczby dawek w ciągu całej doby).

Innym sposobem uzyskania stabilnego działania na odpowiednie struktury mózgu jest połączone stosowanie preparatów lewodopy z tolkaponem (Tasmar) lub entakaponem (Comtan). Podobny efekt można próbować uzyskać poprzez stosowanie plastrów z rotigotyną – substancją z grupy leków naśladujących działanie dopaminy, wchłaniającą się równomiernie przez skórę.

### TOLERANCJA LEWODOPY

Nie wszyscy pacjenci dobrze tolerują preparaty lewodopy. Najczęstszym problemem jest nietolerancja pokarmowa objawiająca się nudnościami i wymiotami. Problemy pokarmowe mogą być związane z proporcją zawartości lewodopy i drugiego składnika (karbidopa lub benzserazyd) obecnego w tych preparatach. Od proporcji tej zależy ilość lewodopy dostająca się do mózgu i pozostająca poza nim. Jeżeli to jest jedyną przyczyną nietolerancji pokarmowej, wystarczy wówczas zmiana preparatu. Zdarza się też ogólne złe samopoczucie i mdłości po dłożeniu formy długo- lub szybko-działającej. Przyczyną są spadki ciśnienia tętniczego.

Liczne próby znalezienia optymalnego zestawu leków, podejmowane w ciągu całej choroby, obejmują między innymi zastąpienie części dobowej dawki lewodopy lekami wymienionymi wcześniej.

### DAWKOWANIE LEWODOPY

Preparaty lewodopy mogą być skuteczne w bardzo szerokim przedziale wysokości dawki. Trudno jest mówić o typowych zalecanych dawkach w oderwaniu od konkretnego człowieka. Niektórym chorym długo wystarcza ilość 200 mg (w przeliczeniu na czystą lewodopę) na dobę. Czasem spotyka się chorych, którzy w pewnym okresie przyjmują aż około 2500 mg lewodopy na dobę. Oczywiście nie jest to sytuacja bezpieczna i wymaga podjęcia decyzji o zmianie metod leczenia.

Pacjenci często wyrażają obawy przed uzależnieniem się od leków parkinsonowskich. Należy podkreślić, że zjawisko to nie dotyczy sytuacji pacjenta z chorobą Parkinsona. Lewodopa zwykle staje się niezbędna do życia, ale dlatego, że jej działanie polega na uzupełnianiu substancji, której brakuje. Nie jest to więc uzależnienie lecz konieczne leczenie.

### APOMORFINA

Apomorfina stosuje się we wstrzyknięciach podskórnych lub w postaci podjęzykowej, wziewnej i doodbytniczej. Lek ten bywa przydatny w nagłych, nie dających się przewidzieć „zamrożeniach” w bezruchu oraz w ciężkich dyskinezach początku i końca dawki (kiedy poziom lewodopy w organizmie jest za niski). Wygodne strzykawki umożliwiają samodzielne zaaplikowanie sobie leku przez pacjenta. Dużym ograniczeniem są silne nudności i wymioty po apomorfynie. Lek działa krótko; do 1 godziny. Traktowany jest więc jako pomoc doraźna. Obecnie nie ma on praktycznego i szerokiego zastosowania w naszym kraju.

---

## Metody neurochirurgiczne

Metody neurochirurgiczne w chorobie Parkinsona są stosowane od lat 50. XX wieku. Po wielkim przełomie w jakości leczenia choroby Parkinsona, jaki niewątpliwie stanowiło wprowadzenie lewodopy, operacje w chorobie Parkinsona stały się rzadziej wykonywane. Stopniowo zaczęto jednak do nich powracać, kiedy ograniczenia zastosowania lewodopy stawały się coraz wyraźniejsze. Obecnie stanowią one ważne uzupełnienie możliwości pomocy pacjentom w zaawansowanej chorobie Parkinsona. Lekarze prowadzący przez wiele lat pacjentów z chorobą Parkinsona powinni brać pod uwagę ten rodzaj leczenia, aby nie przeoczyć okresu, kiedy jest on skuteczny. Metody tak zwane stereotaktyczne polegają na wykonaniu drobnego uszkodzenia mózgu przerywającego drogę nieprawidłowych impulsów nerwowych powodujących objawy parkinsonowskie. Wariant stereotaksji zwany talamotomią okazał się skuteczny w postaciach połowicznych parkinsonizmów z drżeniem, jako objawem dominującym.

Kolejny wariant – pallidotomia, jak uważa się obecnie, po latach jej stosowania, w większym stopniu łagodzi dyskinezy (obustronne działanie), pozwala zredukować ilość leków, ale nie wydłuża okresu dobrej sprawności ruchowej. Metody stereotaktyczne polegające na niszczeniu tkanki mózgowej, niosą pewne ryzyko wystąpienia zaburzeń neurologicznych, szczególnie przy obustronnej operacji. Stymulacja elektryczna elektrodą wszczepioną do części mózgu zwanej wzgórzem, nie wiąże się z niszczeniem, lecz polega na czasowym zablokowaniu funkcji określonego miejsca. Ten sposób leczenia jest obecnie wysoko oceniany. Poprawia stan ruchowy pacjenta, zmniejsza dyskinezy i wydłuża czas dobrej sprawności. Elektroda domózgowa może być zaprogramowana na działanie ciągłe lub uruchamiana przez pacjenta w razie potrzeby, zależnie od przebiegu choroby. Wielkość obszaru mózgu objętego działaniem stymulatora i siłę impulsów elektrycznych można regulować z zewnątrz, bez zabiegu operacyjnego. Leczenie wyżej wymienionymi metodami stereotaktycznymi jest refundowane przez kasy chorych.

Kolejną metodą operacyjną są przeszczepy płodowej istoty czarnej. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń z tym sposobem leczenia przyjmuje się obecnie następujące wnioski:

- przeszczep przeżywa i produkuje dopaminę w mózgu chorego
- długotrwałe stosowanie leków przeciw odrzuceniu przeszczepu nie jest konieczne
- działanie na objawy chP jest niekompletne i nieprzewidywalne
- przeszczepy domózgowe pozostają nadal metodami eksperymentalnymi i wymagają wielu dalszych badań.

Ważną przeszkodą jest fakt, że najlepsze efekty uzyskuje się przeszczepiając większą ilość tkanki płodowej, dlatego kolejne badania ukierunkowane są na wytwarzanie hodowli odpowiednich komórek nerwowych bez wykorzystywania poronień.

## Inne metody

Wydaje się, że kolejnymi metodami leczenia zaawansowanej chP mogąymi zyskać niedługo praktyczne znaczenie jest Duodopa oraz przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS). Duodopa to żel zawierający lewodopę i karbidopę (składniki, jak w preparatach Nakom i Sinemet) podawany bezpośrednio do dwunastnicy przez gastrostomię (cewnik wprowadzony przez powłoki brzuszne). Dawkowanie sterowane jest pompą elektroniczną. Metoda ta umożliwia precyzyjnie kontrolowaną prędkość podawania leku, dodatkowe porcje w dowolnie wybranym czasie i na żądanie. Przechczaszkowa stymulacja magnetyczna wykonywana jest

---

w formie dziesięciu godzinnych zabiegów dzień po dniu, a jej efekt trwa kilka miesięcy, istotnie wspomaga leczenie farmakologiczne oraz poprawia nastrój.

## Czy można zatrzymać chorobę Parkinsona?

Leki i operacje stosowane w chorobie Parkinsona działają tylko na jej objawy. Poprawiają funkcjonowanie pacjenta w ramach możliwości kompensacji, jakie pozostawiają jeszcze zachodzące w mózgu zmiany. Nie zwalniają one postępu choroby, czyli nie leczą przyczyny tego schorzenia. Choroba postępuje swym własnym tempem, niezależnie od wszelkich działań lekarskich.

## Rola genetyki w chorobie Parkinsona

Od dawna interesowano się znaczeniem dziedziczności w chP. Zwrócono uwagę, że spotyka się występowanie rodzinne tej choroby. Obecne badania epidemiologiczne oceniają częstość rodzinnej chP w granicach od 5% do 35% przypadków (w zależności od metody i możliwości przeprowadzenia wywiadu rodzinnego, co w schorzeniu rozpoczynającym się typowo w średnim i późnym wieku jest trudne).

Istotne informacje wniosły współczesne badania genetyczne. Wykryto geny odpowiedzialne za chP u osób z tak zwanym rodzinnym parkinsonizmem. Najciekawsze wnioski wynikające z tych badań są następujące:

- Prawdopodobnie większość przypadków rozpoznawanych dziś jako choroba Parkinsona, ma podłoże genetyczne.
- Chorzy mający ten sam defekt genetyczny, mogą mieć różną formę choroby. Podejrzewa się, że geny odpowiedzialne u jednych chorych za typową postać chP, u innych osób w rodzinie mogą być podłożem niejasnych dla lekarzy przypadków depresji, zaburzeń wegetatywnych, czy otępienia.
- Prowadzone są badania laboratoryjne dające w przyszłości możliwość genetycznego leczenia chP przy pomocy nośników prawidłowych genów wprowadzanych do chorych miejsc w mózgu pacjenta.

## Poradnie specjalistyczne

Choroba Parkinsona i jej objawy znane są wszystkim neurologom. Najbardziej specjalistyczną poradę można uzyskać w przychodniach zajmujących się specyficznie tą grupą chorób i zwanych poradniami parkinsonowskimi lub pozapiramidowymi. Znajdują się najczęściej przy klinikach neurologicznych akademii medycznych. Obecnie w niektórych miastach powstają nowe poradnie konsultacyjne. Informacje o takich ośrodkach dostępne są w siedzibach Regionalnych Stowarzyszeń Osób z chP oraz w Fundacji „Życ z chorobą Parkinsona”, w której znajduje również Gabinet Grupowej Praktyki Lekarskiej. Aby dostać się do poradni schorzeń pozapiramidowych potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub od rejonowego neurologa. Obecnie przyjmuje się następującą ogólną zasadę postępowania: Rozpoznanie chP powinno być potwierdzone przez specjalistę – najlepiej w poradni schorzeń pozapiramidowych. Lekarz pierwszego kontaktu może prowadzić leczenie w nie powikłanych przypadkach pod warunkiem okresowej kontroli u specjalisty, zaś w przypadku wystąpienia komplikacji, dalsze leczenie powinien przejąć specjalista – najlepiej w poradni schorzeń pozapiramidowych.



---

## Leki przeciwparkinsonowskie

Poniżej opisane są leki zarejestrowane w Polsce, stosowane w leczeniu objawów choroby Parkinsona. Podane są ich nazwy handlowe, a w objaśnieniach chemiczne nazwy międzynarodowe.

**Segan, Selerin, Jumex, Niar, Selenor, Selgin, Selgres** – leki zawierające selegilinę, preparat o średnim działaniu przeciwparkinsonowskim, hamuje rozkład dopaminy w mózgu, stosowany raczej w początkowym okresie choroby lub jako dodatek do innych leków, wymaga ostrożności w chorobie wieńcowej i niewydolności krążenia.

**Azilect** – rasagilina, lek o podobnym mechanizmie działania do selegiliny, blokuje ten sam enzym (monoaminooksydazę B), lecz w sposób nieodwracalny, może mieć zastosowanie w początkowym okresie ch.P. jako lek wyłączny lub w późniejszym etapie, w skojarzeniu z innymi lekami. Od 2006 roku dostępny w Polsce, nie podlega refundacji.

**Bromergon, Parlodel, Bromocorn** – preparaty bromokryptyny, substancji naśladującej działanie dopaminy, o średniej sile działania na objawy parkinsonowskie, stosowane w połączeniu z innymi lekami, wymagają ostrożnego, stopniowego zwiększania dawki. Podczas podawania leku, mogą wystąpić między innymi spadki ciśnienia tętniczego i zaburzenia psychiczne o charakterze halucynacji.

**Requip** – zawiera ropinirol, czyli lek naśladujący działanie dopaminy, podobny do bromokryptyny. Częściowo refundowany.

**Mirapexin** – zawiera pramipexol – lek naśladujący działanie dopaminy, podobny do bromokryptyny i ropinirolu.

**Pronoran** – zawiera piribedil. To kolejny preparat dopaminowy, dostępny od początku roku 2003 w Polsce.

**Viregyt-K, Amantix** – preparaty amantadyny, która działa w kilku mechanizmach: naśladuje dopaminę, atropinę i hamuje działanie tak zwanych aminokwasów pobudzających, daje średniego stopnia efekt objawowy, ale jej skuteczność jako wyłącznego leku (monoterapii) wyczerpuje się po kilku – kilkunastu miesiącach.

**Parkopan, Artane** – lek zawierający triheksyfenidyl, syntetyczny preparat o działaniu atropinowym. Mechanizm jedgo działania polega na wyrównaniu zaburzonej równowagi między osłabionym układem komórek mózgu i ich połączeń wykorzystujących dopaminę i nadmiernie działającym układem opierającym się na acetylocholinie. Może być stosowany sam oraz razem z innymi lekami, szczególnie przydatny u chorych z dużym ślinieniem, łatwo powoduje zaburzenia psychiczne, szczególnie u starszych osób, suchość w ustach, zaparcia. Jest przeciwwskazany w jaskrze, przeroście prostaty. Należy go wprowadzać, stopniowo zwiększając dawkę.

**Akineton, Pridinol, Polmesilat** – leki o bardzo podobnym działaniu do parkopanu ale o znacznie słabszej sile.

---

**Madopar** – silny lek, zawierający lewodopę i benzserazyd. Lewodopa po przedostaniu się do mózgu jest przetwarzana w brakującą dopaminę. Lek dostępny w postaci kapsułek 62.5, 125, 250, tabletek 250 (łatwo dzielących się) i tabletek rozpuszczalnych po 62,5 i 125 mg. Stosowany w zaawansowanej chorobie, lek wprowadza się stopniowo do dawek w wielkości zależnej od uzyskanego efektu. Przy długotrwałej terapii powoduje komplikacje opisane wcześniej.

**Nakom, Sinemet** – również silne leki, zawierające lewodopę i karbidopę, dostępne w postaci tabletek 125 i 250 (uwagi, jak przy madoparze),

**Sinemet CR 50/200, Madopar HBS 125** – preparaty lewodopy depot (o przedłużonym działaniu), stosowane w różnych stadiach choroby. W połączeniu z konwencjonalną postacią lewodopy umożliwiają wydłużenie czasu działania pojedynczej dawki oraz poprawiają komfort godzin nocnych. Od 2006 roku Sinemet CR 50/200 jest w Polsce dostępny za odpłatnością ryczałtową.

**Stalevo** – preparat zawierający lewodopę, karbidopę i entakapon, dzięki temu składowi lewodopa lepiej dociera do mózgu i działa równomierniej niż jej konwencjonalne postaci. Lek jest już dostępny w naszym kraju, ale nie podlega refundacji.

**Tasmar** – zawiera tolkapon, stosowany wyłącznie jako dodatek do preparatów lewodopy, wydłuża i wzmacnia ich działanie. Zwiększa ilość lewodopy dostającej się z krwi do mózgu, przez co umożliwia zmniejszenie jej dobowej dawki. Sam nie zmniejsza parkinsonizmu. Obecnie dostępny w Polsce, ale nie ma refundacji. Zastrzeżony do leczenia najtrudniejszych postaci choroby.

**Comtan** – entakapon, lek o bardzo podobnym mechanizmie działania, jak Tasmar. Sam nie ma działania przeciw parkinsonowskiego. Musi być podawany wraz z każdą dawką leków zawierających lewodopę. Nie podlega refundacji, aktualnie jest dostępny w Polsce pod nazwą Comtess.

**Britaject** – apomorfina stosowana w formie zastrzyków podskórnych (jak insulina) działa błyskawicznie. Szczególnie przydatna w nagłych, nie dających się przewidzieć, napadach bezruchu lub w bardzo przykrych zaburzeniach związanych z końcem działania preparatów lewodopy. Od wielu lat stosowana w Europie zachodniej i USA. W Polsce niewielu lekarzy ma doświadczenie z jej stosowaniem.

Kolejne wymienione leki nie zaliczają się ściśle do grupy leków przeciwparkinsonowskich. Mogą jednak służyć w uzupełnieniu terapii pewnych objawów parkinsonizmu.

**Propranolol** – lek stosowany w kardiologii, może służyć do prób leczenia drżenia słabo poddającego się preparatom lewodopy.

**Clonazepam** – lek przeciw-padaczkowy, poza tym skuteczny w niektórych rodzajach drżenia oraz jako lek nasenny.

---

**Klozapol** – klozapina stosowana głównie w psychiatrii oraz w polekowych zaburzeniach psychicznych w chP. Może być też skuteczna w drżeniu parkinsonowskim oraz w depresji na tle chP. Próbuje się też stosować ten lek w przypadku trudnych do leczenia dyskinez, występujących podczas leczenia preparatami lewodopy.

**Risperlept, Rosset, Speridan (risperidon), Zyprexa (olanzapina)** – podobnie jak klozapina, to nietypowe neuroleptyki, leki psychiatryczne, przydatne w leczeniu polekowych zaburzeń psychicznych w chP. W porównaniu z innymi neuroleptykami wykazują mniejsze działanie uboczne niekorzystne w chP.

**Aurorix, Mocloxil, Mobemid (moklobemid)** – lek przeciwdepresyjny, przydatny w leczeniu depresji towarzyszącej chP., wykazuje też słabe działanie przeciw-parkinsonowskie, podobne do selegiliny.

**Dysport, Botox (toksyna botulinowa)** – substancja podawana we wstrzyknięciach domięśniowych, blokująca na kilka – kilkanaście tygodni bolesne kurcze mięśni na tle dyskinez końca i początku dawki.

## Leki przeciwwskazane w chorobie Parkinsona

Pacjent z parkinsonizmem powinien unikać leków, osłabiających działanie dopaminy, ponieważ pogarszają one zaburzenia ruchowe w chP.

Do leków tych należą tak zwane neuroleptyki – stosowane w psychiatrii, w leczeniu halucynacji i urojeń (haloperidol, fenactil, sulpiryd i wiele innych). Podobnie szkodliwie może działać popularny metoclopramid, stosowany w leczeniu dolegliwości pokarmowych na tle nieprawidłowej motoryki jelit.

Witamina B6 (pirydoksyna) nie powinna być stosowana w dużych dawkach u osób przyjmujących preparaty lewodopy. Dotyczy to wyłącznie ilości podawanych w postaci zastrzyków domięśniowych. Witamina B6 zwiększa przemianę lewodopy w dopaminę, zanim lewodopa przedostanie się do mózgu, przez co osłabia efekt przeciw-parkinsonowski i zwiększa objawy niepożądane. Ilość witaminy B6 zawarta w prostych tabletkach i doustnych preparatach wielowitaminowych nie stanowi jednak żadnego problemu. Efedryna stosowana dla podwyższenia ciśnienia tętniczego, zwiększa drżenie, niepokój i bezsenność.

## Leki o nie potwierdzonym znaczeniu

Ostateczne wyniki wielośrodkowego międzynarodowego badania klinicznego nad znaczeniem podawania witaminy E ( tokoferolu) w chP nie wykazały, aby jej regularne stosowanie zwalniało postęp choroby.

Kilka innych przykładów to substancje nie mające wpływu na objawy i przebieg chP, przereklamowane ze względów komercyjnych. Są to między innymi: witamina C, melatonina, NADH, preparaty wielowitaminowe. Te ostatnie mogą być bardzo kosztowne. Nie warto przepłacać bez potrzeby.

---

## Czy wolno nagle odstawić leki przeciwparkinsonowskie?

Leki zawierające lewodopę (Madopar, Sinemet, Nakom) nie mogą być gwałtownie przerywane. Niesie to bowiem ryzyko wystąpienia powikłania zagrażającego życiu, tak zwanego złośliwego zespołu neuroleptycznego (śpiączka, sztywność, wysoka gorączka). W razie konieczności czasowego odstawienia tych leków z powodu operacji w znieczuleniu ogólnym, niezbędna jest konsultacja neurologiczna. Dotyczy to również leków naśladujących działanie dopaminy (Bromergon, Pronoran, Mirapexin, Requip).

Niebezpieczne dla życia może być również nagłe zaprzestanie podawania leków o działaniu atropinowym (Parkopan, Polmesilat, Pridinol, Akineton). Preparatem atropinowym (antychoolinergicznym) w postaci zastrzyków, który może być podawany w okresie okołoperacyjnym, jest Ponalid (etylbenzatropina).

Leki zawierające selegilinę, amantadynę i tolkapon mogą być odstawione z dnia na dzień, ale pod warunkiem dokonania modyfikacji dawki pozostałych podawanych leków



## Jak radzić sobie z codziennymi trudnościami?

### DRŻENIE

Jest to jeden z ruchów mimowolnych spotykanych w schorzeniach układu nerwowego. W chorobie Parkinsona drżenie może pojawiać się w niektórych porach dnia. Może też być stałe i okresowo się nasilać. Wysiłek fizyczny i silne emocje zwiększają drżenie.

#### Praktyczne sugestie:

- w razie większego drżenia odpręż się psychicznie, usiądź, rozluźnij ramiona i plecy, oddychaj głęboko
- wskazane są regularne zabiegi masażu
- poproś lekarza lub rehabilitanta o wskazówki do ćwiczeń ruchowych
- unikaj kofeiny i alkoholu
- często odpoczywaj
- trudniejsze czynności pozostaw do momentu pojawienia się lepszego samopoczucia, kiedy twoje leki działają efektywniej
- domagaj się od lekarza skuteczniejszych leków

### ZABURZENIA CHODU

Choroba Parkinsona upośledza równowagę. Chód staje się powolny, szurający, z tendencją do unoszenia pięt. Chory stawia małe kroki.

#### Praktyczne sugestie:

- jeśli zauważysz u siebie szuranie nogami, zwolnij lub zatrzymaj się i sprawdź swoją postawę ciała
- utrzymuj stopy w wygodnej odległości, aby nie zawadzały o siebie
- stań prosto z uniesioną głową
- przy każdym kroku wykonuj z przesadą unoszenie stóp i balansowanie rękami, udawaj że przechodzisz przez próg
- ćwicz stawianie długich kroków, koncentruj się na chodzeniu
- jeśli chcesz skręcić lub zawrócić, nie obracaj się na stopie. Zamiast tego idź po linii okrężnej, aż uzyskasz zamierzony kierunek marszu
- używaj butów z niskim obcasem i dobrze umocowanych
- unikaj butów wsuwanych

### UPADKI

Odruchy postawne utrzymujące równowagę ciała są osłabione. Chory może stracić równowagę pod działaniem niedużej siły lub przechodząc przez wąskie przejście.

#### Praktyczne sugestie:

- usuń dywaniki, szmaty i inne przeszkody na drodze twojego poruszania się w domu i w okolicy
- chwytaj się poręczy,
- nie sięgaj po przedmioty znajdujące się wysoko, wchodząc na stołki, drabinę itp.
- jeśli czujesz, że zaczynasz się śpieszyć, zwolnij
- przed wstaniem z pozycji leżącej, posiedź przez chwilę



- 
- kiedy czujesz niepewność równowagi, zatrzymaj się lub usiądź
  - rozsądnie planuj swoje zajęcia, pamiętaj o ryzyku upadku, nie przekraczaj swoich możliwości

### „ZAMARZANIE”

Jest to nagłe nieruchomienie podczas chodzenia. Często wiąże się z utratą równowagi. Próba ruszenia z miejsca pogarsza sytuację i może spowodować upadek.

---

#### Praktyczne sugestie:

---

- w razie „zamarznięcia” przerwij próby dalszego chodu, przyciśnij pięty do podłoża
- stań prosto, z uniesioną głową ale nie przechylaj się do tyłu
- patrz prosto przed siebie a nie w dół
- wybierz sobie określony obiekt i zacznij iść w jego kierunku,
- jeśli idziesz z kimś, poproś o trzymanie Cię za ramiona lub łokcie
- regularne ćwiczenia ruchowe pomagają utrzymać poczucie równowagi i właściwą postawę ciała
- przedyskutuj z lekarzem możliwość modyfikacji leczenia (w nagłym nieruchomieniu w ciągu dnia przydatna jest rozpuszczona w wodzie, szybko-działająca postać lewodopy)

### NOCNY BEZRUCH

Dobre wysypianie się jest niezwykle ważne. Bywa, że sztywność i bezruch budzą chorego, który nie może zmienić niewygodnej pozycji.

---

#### Praktyczne sugestie:

---

- podczas próby obrócenia się w łóżku, najpierw skręć głowę, następnie odepchnij się przeciwległą stopą i skręć biodra. Gdy rozpoczniesz skręt bioder, zaraz obracaj górne ramię w tę samą stronę
- gdy chcesz usiąść, utóż się na boku, przodem do brzegu łóżka. Przyłóż obie ręce do łóżka przed swoją klatką piersiową, odepchnij się rękami, spuszczać nogi z krawędzi łóżka
- aby wyjść z łóżka, wpierw siedź na brzegu, dokładnie opierając obie stopy na podłodze, połóż ręce po obu stronach bioder i powoli odepchnij się
- można zamontować poręczę i trapez, które ułatwiają samodzielne wstawanie
- zapal stałe nocne światło lub zainstaluj włączniki światła w zasięgu ręki
- miej przy łóżku przygotowany lek i płyn do popicia (szczególnie przydatna postać rozpuszczalna, szybko działająca)
- aby przezwyciężyć poranny bezruch zażywaj leki przed wstaniem z łóżka

### BÓLE

Przyczyną bólu mogą być sztywne mięśnie. Dyskinezy przyjmują czasem formę bolesnych kurczów mięśni. Nieprawidłowa sylwetka ciała powoduje bóle pleców. Uczucie zimna lub ciepła może pojawiać się w rękach i nogach. Bolesny kurcz może wystąpić po długim chodzeniu lub pisaniu.

---

#### Praktyczne sugestie:

---

- stosuj masaże i ciepłe kąpiele
- przykładaj do bolących miejsc ciepłą poduszkę;

- 
- sam masuj bolesne punkty, przykładaj gorące lub zimne kompresy, maści o działaniu przeciw-zapalnym, stosuj wszystko, co przynosi ulgę
  - przeciągaj się często, szczególnie przed ćwiczeniami ruchowymi
  - nie przeciążaj się, nie przekraczaj swoich możliwości
  - ćwicz codziennie dla wzmocnienia mięśni przykręgosłupowych
  - kiedy ręce lub stopy są zimne, zakładaj jak najcieplejsze rękawiczki i skarpetki
  - domagaj się od lekarza leków przynoszących ulgę (preparaty o działaniu przeciw-zapalnym i przeciw-bólowym, wstrzyknięcia toksyny botulinowej).

## UBIERANIE SIĘ

Dla wielu osób z chorobą Parkinsona ubieranie się jest najbardziej frustrującym problemem na co dzień. Najwięcej kłopotów sprawia zapinanie guzików, wiązanie krawata, zapinanie suwaka, zakładanie spodni.

Mimo trudności, wielu chorych woli ubierać się samodzielnie, nawet kosztem dodatkowego czasu i wysiłku.

---

### Praktyczne sugestie:

- zastąp ubrania, które zapinają się w kłopotliwy sposób, bluzami, koszulkami, elastycznymi spodniami
- unikaj ubrań zapinanych z tyłu
- zdobądź ubrania i buty na rzepy lub zatrzaski
- trzymaj ubrania w dostępnym i wygodnym miejscu
- ubieraj się na siedząco, mając wszystkie potrzebne rzeczy w zasięgu ręki
- przy zapinaniu guzików i suwaków pomagaj sobie odpowiednim haczykiem
- używaj długiej łyżki do butów

## PISANIE

Choroba może utrudniać ruchy precyzyjne, w tym również pisanie. Litery stają się małe i coraz trudniejsze do odczytania, im dłużej się pisze. Dodatkowym utrudnieniem w pisaniu może być drżenie.

---

### Praktyczne sugestie:

- pisz pogrubionym długopisem
- używaj pisaków stawiających nieduży opór
- od czasu do czasu unieś ramię, wyprostuj łokieć, poruszaj palcami
- używaj komputera
- jeśli masz kogoś, kto pisze za Ciebie, dyktuj wówczas na dyktafon
- dłuższą korespondencję możesz wysyłać w postaci nagrania magnetofonowego

## MOWA

Trudności w mówieniu mogą narastać w miarę postępu choroby. Mowa jest zamazana, monotonna, często zacinająca się lub podobna do szeptu.

---

### Praktyczne sugestie:

- weź duży oddech, zanim zaczniesz mówić, rób przerwy po kilku słowach lub nawet po każdym
- wymawiaj z przesadą, wyobraź sobie, że twój rozmówca ma kłopoty ze słuchem, i musi czytać z ruchu twoich ust

- 
- patrz rozmówcy prosto w twarz
  - starannie wymawiaj spółgłoskę na końcu słowa, zanim zaczniesz następną wypowiedź krótko i konkretnie
  - z przesadą wykonuj ruchy ust przy mówieniu, samemu ćwicz w ten sposób wymawianie alfabetu lub czytanie na głos
  - proś bliskich aby domagali się od ciebie głośniejszego mówienia i powtarzania
  - mów często, nawet sam do siebie, nie pozwalaj innym mówić za siebie

## KROJENIE POKARMU

Drżenie i sztywność utrudniają posługiwanie się sztućcami. Trudno nimi trafić lub je utrzymać, co powoduje frustrację, zakłopotanie i prowadzi do utraty apetytu.

---

### Praktyczne sugestie:

---

- używaj gumowych podkładek zamiast obrusa lub serwetek, aby talerz się nie ślizgał
- używaj głębokich talerzy, aby jedzenie nie wypadło przy krojeniu
- spożywaj pokarmy nie wymagające krojenia
- poproś kogoś o pokrojenie
- używaj specjalnie przystosowanych sztućców (pogrubienie uchwytów)
- jeśli zamierzasz jeść poza domem, miej ze sobą swoje zaadaptowane, wypróbowane sztućce.

## TRUDNOŚCI W POŁYKANIU

Występują one w późniejszych okresach choroby. Czasem mogą być powodem krztuszenia się pokarmem, tabletkami lub własną śliną.

---

### Praktyczne sugestie:

---

- bierz do ust bardzo małe porcje jedzenia, gryź dokładnie i ostrożnie przełykaj
- posiłki powinny być przygotowane z myślą o łatwym gryzieniu i połykaniu
- zawsze przełykaj to, co masz w ustach, zanim weźmiesz następną kęs
- nie spiesz się przy jedzeniu, używaj ogrzewanych talerzy
- przełknij nadmiar śliny zanim weźmiesz jedzenie do ust
- często popijaj

## HIGIENA

Zaburzenia ruchowe w chorobie Parkinsona utrudniają kąpiel i mycie zębów. Higiena jest jednak istotna dla dobrego samopoczucia, korzystnej prezencji wobec innych i ogólnego zdrowia.

---

### Praktyczne sugestie:

---

- usuń z łazienki wszystko, co może grozić wypadkiem (szklane przedmioty, śliskie maty i inne)
  - zamontuj poręczce i solidne uchwyty
  - wejście do wanny ułatwia ławka stojąca w poprzek wanny
  - nie chwytaj się przy asekuracji wieszaka na ręczniki
  - unikaj stawania w wannie, bierz prysznic na siedząco,
  - używaj gumowych mat na podłodze i w wannie
  - zakładaj szlafrok zamiast wycierać się
  - używaj elektrycznej szczoteczki do zębów
-

---

## Problemy gastrologiczne w chorobie Parkinsona

### ZAPARCIA

Kłopoty z wypróżnieniem są bardzo powszechnym problemem wśród pacjentów z chP. Leki o działaniu atropinowym (Parkopan, Pridinol, Akineton) nasilają zaparcia. Czasem wystarczy redukcja ich dawki, aby poprawić sytuację. Regularny wysiłek fizyczny i przyjmowanie płynów są bardzo istotne dla utrzymania prawidłowych wypróżnień. Należy zwiększyć ilość spożywanych warzyw a zredukować ciasta i pieczywo białe. Spośród owoców, które są zalecane, jedynie banany mogą nasilać zaparcia. Lekarz prowadzący powinien zalecać stałe przyjmowanie ziołowych środków zmiękczających stolec. Pomocna bywa regularnie stosowana parafina. Syntetyczne środki przeczyszczające (bisacodyl) łatwo uzależniają i mogą być tylko używane doraźnie. Medycyna ludowa podaje jako skuteczne środki regulujące, uzupełnianie codziennej diety o suszone śliwki (10 szt.) lub migdały uprzednio macerowane w oliwie (10 szt. trzy razy dziennie).

### NUDNOŚCI

Nudności są najczęściej związane ze stosowanym leczeniem (lewodopa, bromokryptyna). Można ich uniknąć, zwiększając dawki leków bardzo powoli. Czasami trzeba zmienić lek na inny z powodu nietolerancji pokarmowej.

### UTRATA MASY CIAŁA

Prawie wszyscy pacjenci z chP tracą na wadze. Musi to być stale obserwowane przez lekarza, aby nie przeoczyć innych przyczyn chudnięcia. Jeśli spadek wagi na tle chP jest za duży, należy wprowadzić do diety dodatkowe kalorie zawarte w tłuszczach i węglowodanach. Słodki deser lub inny dodatkowy kaloryczny posiłek powinny być spożywane po głównych posiłkach, aby nie osłabiać apetytu.

## Dieta w chorobie Parkinsona

Właściwe odżywianie się jest podstawą dobrego zdrowia. Choroba Parkinsona rodzi problemy, prowadzące potencjalnie do gorszego odżywienia z powodu trudności w posługiwaniu się sztućcami, kłopotów z gryzieniem i połykaniem oraz zaburzeń gastrologicznych opisanych wcześniej.

Zasady prawidłowego żywienia:

- spożywaj różnorodne potrawy, złożone (w kolejności od największej do najmniejszej ilości) z warzyw, owoców, pieczywa, ryżu, ziaren, jaj, serów, ryb, drobiu i mięsa
- jedz mało tłuszczów zwierzęcych, zastąp je tłuszczami roślinnymi, używaj niskotłuszczowego mleka, ograniczaj masło i tłuste sery
- jedz więcej pieczywa razowego i roślin strączkowych
- utrzymuj rozsądną wagę ciała; poruszanie się jest trudniejsze przy otyłości (pomocne może być obliczenie kaloryczności posiłków)
- sól jest przeciwwskazana w nadciśnieniu tętniczym; osoby z chP, które najczęściej cierpią z powodu spadków ciśnienia, nie muszą unikać soli
- unikaj nadmiaru białka, które utrudnia wchłanianie leków z przewodu pokarmowego do krwi oraz przechodzenie lewodopy z krwi do mózgu.

Dobowe zapotrzebowanie dorosłego człowieka na białko wynosi minimum 0,8 grama na kilogram masy ciała. Dla osoby ważącej 70 kg jest to ilość zawarta w 30 dkg białego chudego

---

sera lub w 20 dkg sera żółtego. Tyle samo białka daje: 24 dkg grochu, 16 dkg soi, 26 dkg fasoli, 30 dkg wieprzowiny, 28 dkg mięsa kurczaka. Jak widać, przy urozmaiconej diecie niezbędną ilość białka można zapewnić sobie niewielkimi ilościami produktów. Posiłki bogatobiałkowe znacznie osłabiają wchłanianie leków stosowanych w chP. Zaleca się, aby leki parkinsonowskie zażywane były w 1/2 godzinnym odstępie od głównych posiłków. Jeżeli nudności uniemożliwiają przyjęcie leków na czczo, wystarczy niewielka ilość jedzenia spożywanego razem z lekiem, aby uniknąć tego problemu.

Przyjmowanie co kilka dni preparatu wielowitaminowego jest wystarczające dla uzupełnienia ewentualnych niedoborów powstających na tle choroby Parkinsona.

Duże znaczenie w chP ma właściwa podaż wapnia niezbędna do utrzymania dobrego stanu kości i stawów. Głównym źródłem wapnia jest mleko i jego produkty. Pacjenci z chP, ograniczając mleko i sery, mogą doprowadzić do niedoboru wapnia. Wskazane są zatem preparaty wapniowe, jako uzupełnienie diety.

Należy pamiętać o właściwym nawodnieniu organizmu. Ilość płynów przyjmowanych dziennie powinna wynosić od 6 do 8 szklanek. Trzeba unikać kawy, która ma działanie odwadniające.

## Inne problemy związane z chorobą Parkinsona

### SILNE POTY

Nieprawidłowa potliwość najczęściej towarzyszy objawom końca dawki leków parkinsonowskich. Dodatkowo może pojawiać się wtedy uczucie szybkiego bicia serca i braku oddechu. Objaw ten czasem wymaga modyfikacji dotychczasowego leczenia. Zdarza się też, że po pewnym czasie zaburzenia te ustępują same.

### ŁOJOTOKOWE ZAPALENIE SKÓRY

Objaw ten jest charakterystyczny dla chP. Częściowo poddaje się leczeniu przeciwparkinsonowskemu. Przy dużym nasileniu łojotoku, wskazana jest konsultacja dermatologiczna. Istnieją odpowiednie szampony, mydła i leki zmniejszające łojotok.

### CZĘSTOMOCZ

W razie wystąpienia zaburzeń w oddawaniu moczu potrzebna jest konsultacja urologa, ponieważ należy wykluczyć przerost prostaty i choroby pęcherza moczowego. Mamy wówczas większą pewność, że zaburzenia funkcji pęcherza moczowego wystąpiły na tle chP. Korzystne w wypadku częstomoczu jest ograniczenie płynów przyjmowanych wieczorem. Leki o działaniu atropinowym (Pridinol, Akineton) mogą powodować zatrzymanie moczu, dlatego są przeciwwskazane w przeroście prostaty. Mogą natomiast być przydatne w zwalczaniu częstomoczu na tle chP.

### IMPOTENCJA

Zaburzenia funkcji seksualnych mają złożone podłoże (choroba podstawowa, leki przeciwparkinsonowskie, problemy urologiczne, depresja). W niektórych przypadkach wskazana jest konsultacja urologiczna. Często podanie leków przeciwdepresyjnych przynosi poprawę.

### ZABURZENIA SNU

Przyczyną braku wystarczającej ilości snu może być nasilenie się objawów parkinsonowskich w nocy, co często budzi chorego. Męczące sny o koszmarnej treści są objawem polekowym

---

i wymagają zmiany leczenia. Wczesne budzenie wskazuje na zaburzenia cyklu snu na tle choroby i wymaga zastosowania leków nasennych. Trudności w zasypianiu mogą być powodowane przez leki przeciwparkinsonowskie albo przez depresję i lęk. Często dobry efekt przynosi zastosowanie leków używanych w depresji (amitryptylina, anafranil, imipramina, prozac, bioxetin, aurorix). Nadmierna senność w dzień wynika z niedostatecznej ilości snu w nocy, co można poprawić odpowiednim leczeniem i wskazówkami dotyczącymi aktywności.

## DEPRESJA I LĘK

Depresja przejawia się uczuciem smutku, braku nadziei, poczuciem krzywdy, winy, niechęcią do jakiegokolwiek działalności, brakiem odczuwania przyjemności, rozdrażnieniem, zaprzestaniem dbałości o wygląd i korzystną prezentację. Depresji towarzyszą napady lęku i paniki. Objawy te ograniczają aktywność ruchową, nawet w okresach, gdy parkinsonizm nie jest najsilniejszy. Utrudniają porozumienie się z rodziną i bliskimi. Pogarszają akceptację chorej osoby przez najbliższych. Zniechęcają do pomocy.

W chorobie Parkinsona spotykamy różne rodzaje depresji:

- 1) Reakcja psychiczna na przewlekłą, kłopotliwą chorobę
- 2) Depresja na tle zmian w mózgu
- 3) Depresja z obu wymienionych powodów jednocześnie
- 4) Obniżenie nastroju w chwilach nasilenia parkinsonizmu

Depresja występuje u 40–60% pacjentów z chP. Obniżenie nastroju pogarsza się wraz z czasem trwania choroby.

Napady lęku i smutku mogą pojawiać się tylko w okresach narastania parkinsonizmu. Można je wówczas wyeliminować, poprawiając skuteczność leków parkinsonowskich.

Konsultacja psychiatry może być pomocna w odróżnieniu reakcji emocjonalnej od prawdziwej depresji i tym samym być podstawą do zastosowania odpowiednich leków.

Pacjent sam może przezwyciężyć depresję. Korzystne dla poprawy samopoczucia jest wyznaczanie sobie drobnych i realnych do osiągnięcia celów. Ich realizacja poprawia nastrój i chęć do życia. Pojawia się pragnienie, aby powiódł się kolejny plan. Te drobne lecz ważne sprawy, które mogą się udać, to na przykład: spotkanie ze znajomym, nowa książka, korespondencja (patrz rozdział „Pisanie”), krótka regularna gimnastyka i t.p. Warto też otworzyć się przed bliskimi i mówić o tym, co się czuje. Pozwala to łatwiej przeżyć i odreagować zły nastrój.

## WPŁYW POGODY

Pacjenci z chP są bardzo wrażliwi na pogodę. Jednego dnia, przy tym samym leczeniu i diecie mogą być dużo mniej sprawni niż kiedy indziej, w wyniku zmian ciśnienia atmosferycznego. Gorsze samopoczucie chorych związane jest ze spadkami ciśnienia krwi towarzyszącymi zmianom pogody. Dopuszczalne jest wówczas picie kawy lub stosowanie leków podwyższających ciśnienie (na przykład Effortil i Gutron).

## WPŁYW EMOCJI

Podczas zdenerwowania zwiększa się drżenie i pogarsza ogólna sprawność ruchowa. Osoby w otoczeniu chorego i czasem on sam, skłonne są błędnie sądzić, że przyczyną jego problemów jest choroba psychiczna, co nie jest prawdą. Pogarszanie się objawów pod wpływem silnych emocji jest charakterystyczne dla większości chorób układu nerwowego.

W sytuacjach stresowych praktyczne znaczenie dla przezwyciężenia nagłych trudności ruchowych ma opanowanie się, spokojna ocena sytuacji i dopiero podjęcie odpowiedniej decyzji: przerwanie wykonywanej czynności, zaprzestanie pośpiechu, przyjęcie stabilnej pozycji

---

ciała, obranie obiektu wyznaczającego kierunek marszu, rozmasowanie lub rozluźnienie bolącego mięśnia, poczekanie na moment lepszego działania leków itp.

Czasami lekarz prowadzący może uznać za wskazane doraźne zastosowanie leków uspokajających. Nie powinno się jednak tego robić rutynowo, w każdym przypadku.

## Praca zawodowa

Aktywność zawodowa powinna być utrzymana. Zbyt często w wyniku rozpoznania chP przyznaje się rentę. Odejście od zawodu zwykle pogłębia niesprawność na tle choroby. Przyznanie renty jest uzasadnione jedynie, kiedy kontynuowanie pracy może szkodzić zdrowiu (narażenie na czynniki szkodliwe) lub kiedy występują duże trudności w leczeniu objawów choroby. Duże znaczenie ma własna aktywność pacjentów. Zaniechanie jej powoduje psychiczne pograżenie się w chorobie i pogłębia objawy neurologiczne. Trzeba utrzymywać i rozwijać życie towarzyskie, przełamując często wstyd na punkcie swojego drżenia lub spowolnienia ruchowego.

W przypadku osób będących już na emeryturze dobrze jest kontynuować swoje zainteresowania, nie rezygnować z ulubionych zajęć, nie wycofywać się, w miarę możliwości z dotychczasowych obowiązków domowych.

## Prowadzenie samochodu

Należy zdawać sobie sprawę, że choroba Parkinsona osłabia sprawność psychofizyczną. Związane jest to ze zwolnieniem czasu reakcji ruchowej, pogorszeniem orientacji wzrokowej i przestrzennej oraz pamięci. Zaburzenia te narastają wraz z innymi objawami parkinsonowskimi. W pierwszym okresie choroby mogą być minimalne lecz w miarę zaawansowania schorzenia bywają istotnym problemem. Szybkość reakcji, pamięć i orientacja odgrywają ważną rolę u kierowców. Przy obecnym zatłoczeniu i pośpiechu, ruch drogowy może sprawiać trudności nawet zupełnie zdrowemu. Nie powinno więc budzić sprzeciwu i zdziwienia pacjenta, jeśli lekarz będzie sugerował ograniczenie lub zaniechanie kierowania samochodem.

## Regionalne Stowarzyszenia Osób z chorobą Parkinsona

Stowarzyszenia, koła i grupy wzajemnej pomocy, koniecznie potrzebne są osobom dotkniętym chorobą przewlekłą. Spotkania ich członków pozwalają na wymianę informacji i doświadczeń. Jest to szczególnie cenne, gdy dotyczy nowych leków, poradni parkinsonowskich, możliwości rehabilitacji. Chorzy mający podobne problemy zdrowotne, informują się wzajemnie jak pokonywać konkretne trudności. Świadomość, że organizacje pacjentów umożliwiają pomoc, zapraszają specjalistów z dziedziny medycyny, rehabilitacji i psychologii, którzy w przystępny sposób omawiają interesujące tematy. Udział w spotkaniach mobilizuje pacjentów fizycznie i psychicznie, pozwala im skuteczniej walczyć z objawami choroby.

Osoby, które zachorowały w młodym wieku, stają przed koniecznością podjęcia decyzji finansowych co do wyboru fundusów zabezpieczających ich przyszłość. Grupy pacjentów mogą łatwiej negocjować w tej sprawie z odpowiednimi firmami ubezpieczeniowymi.

W Polsce są wydawane dwa kwartalniki poświęcone diagnozowaniu, leczeniu i życiu codziennemu z chorobą Parkinsona. W Bydgoszczy jest wydawany ogólnopolski biuletyn „TULIPAN” przez Stowarzyszenie AKSON przy wsparciu firmy ROCHE Polska oraz w Warszawie

---

„Biuletyn Informacyjny PARKINSON” przez Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona. Fundacja „Życ z choroba Parkinsona” wydała poradniki: „Pytania do lekarza” – jak żyć z chorobą Parkinsona, „Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona” – autorki T. Lwicka i A. Rodzeń, „Żywnienie w chorobie Parkinsona” – J. Walczak. Druga i trzecia edycja „Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona” autorstwa dr J. Sienkiewiczza została również wydana przez Fundację. Wszystkie wymienione materiały można otrzymać bezpłatnie w Fundacji.

Istotne jest, aby powstawały na terenie całego kraju lokalne koła i grupy wzajemnej pomocy, złożone z pacjentów, ich rodzin i bliskich. Z praktyki wynika że jedna, centralna organizacja, oparta głównie na inicjatywie ludzi dotkniętych chorobą, nie może zapewnić regularnej aktywności wszystkim chętnym i potrzebującym. Dlatego też w kwietniu 2007 roku przedstawiciele 14 regionalnych stowarzyszeń osób z chorobą Parkinsona powołali FORUM PARKINSON POLSKA. Zadaniem tej organizacji, wspieranej przez Fundację, jest integracja chorych w regionach, przekazywanie do wiadomości publicznej informacji o życiu i problemach chorych, uczestniczenie w sprawach dotyczących rejestracji i dostępności leków, finansowania ośrodków rehabilitacji i poradni konsultacyjnych, dostępności nowych metod leczenia.

W ostatnich latach organizacje pacjenckie zdobywają fundusze pozabudżetowe i dzięki temu mogą organizować domowe konsultacje neurologiczne, opiekę pielęgniarstwa chorym unieruchomionym w domu. Wykaz i adresy organizacji wspomagających osoby z chorobą Parkinsona w Polsce zamieszczamy na okładce niniejszego poradnika.

## Międzynarodowy dzień Choroby Parkinsona

Od 1998 roku na świecie i w Polsce obchodzony jest 11 kwietnia międzynarodowy dzień osób z chP. Dzień ten jest datą urodzin Jamesa Parkinsona, lekarza, który pierwszy opisał to schorzenie w piśmiennictwie naukowym, w 1817 roku. Inny dziewiętnastowieczny neurolog Jean Martin Charcot, wzbogacił opis objawów tej choroby, jak również polecał stosowanie naturalnych preparatów atropinowych w leczeniu objawów parkinsonizmu. Od tamtych czasów największym przełomem było wprowadzenie do leczenia lewodopy w roku 1961. Ostatnie lata przyniosły odkrycia wielu mutacji genetycznych w chP. Obecnie każdego roku pojawiają się nowe leki przeciw-parkinsonowskie, które wzbogacają możliwości leczenia objawów tej choroby.

11 kwietnia jest okazją do rozpowszechnienia informacji o skali problemu, jaki stanowi choroba Parkinsona, o sytuacji pacjentów oraz o aktualnych możliwościach leczenia. Ogólnopolskie obchody organizuje Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona” ze specjalnym programem dla całego środowiska osób z chP.



## A

**acetylocholina** – neurotransmitter, substancja służąca w układzie nerwowym do przekazywania impulsów. W chorobie Parkinsona działanie acetylocholino ma przewagę nad funkcją brakującą dopaminy.

**adrenalina** – substancja produkowana przez gruczoł nadnerczowy, wydzielona do krwi pobudza krążenie, przemianę materii i podwyższa ciśnienie tętnicze. W mózgu jest jednym z neurotransmiterów o działaniu pobudzającym. W chorobie Parkinsona funkcja adrenaliny jest osłabiona.

**agoniści dopaminy** – leki i inne substancje działające w mózgu podobnie do dopaminy (na przykład pergolid – Permax, bromokryptyna – Bromergon, apomorfina)

**akineza** – bezruch, spowolnienie, znieruchomienie w chorobie Parkinsona

**antycholinergiczne** – działanie przeciwne do efektu acetylocholino, inaczej – atropinowe

**apomorfina** – lek przeciwparkinsonowski z grupy agonistów dopaminy, stosowany we wstrzyknięciach podskórnych, szybko i krótko działający

**autonomiczne** – działanie części układu nerwowego regulującej niezależnie od woli człowieka pracę serca, tętnic, żył, jelit, gruczołów potowych, oskrzeli i wielu innych narządów

**Azilect** – rasagilina, lek o podobnym mechanizmie działania do selegiliny, blokuje ten sam enzym (monoaminooksydazę B), lecz w sposób nieodwracalny, może mieć zastosowanie w początkowym okresie ch.P. jako lek wyłączny lub w późniejszym etapie, w skojarzeniu z innymi lekami. Od 2006 roku dostępny w Polsce, nie podlega refundacji.

## B

**benzserazyd** – obok lewodopy dodatkowy składnik Madoparu, zwiększa ilość lewodopy dostającej się do mózgu

**bradykineza** – spowolnienie parkinsonowskie

## C

**cabergoline** – lek przeciwparkinsonowski z grupy agonistów dopaminy, nie zarejestrowany jeszcze w Polsce

**ciała Lewy’ego** – nieprawidłowe zmiany wewnątrzginących komórek istoty czarnej mózgu, widoczne pod silnym powiększeniem w mikroskopie.

**Comtan** – lek przeciw-parkinsonowski, entakpon, obecnie w Polsce dostępny pod nazwą Comtess.

## D

**deprenyl** – inaczej selegilina, lek przeciwparkinsonowski (Jumex, Selerin, Segan), inhibitor enzymu monoaminooksydazy typu B

**depresja** – zespół objawów psychicznych występujący najczęściej w tak zwanej chorobie afektywnej, ale obecny również u bardzo wielu pacjentów z chorobą Parkinsona. Do zespołu tego należą: uczucie smutku, pesymizm, brak aktywności, dbałości o siebie, odczuwanie przyjemności i inne.

**dopamina** – neurotransmitter, substancja służąca w układzie nerwowym do przekazywania impulsów. Umożliwia przekazywanie bodźców służących normalnemu poruszaniu się. W chorobie Parkinsona występuje znaczny niedobór dopaminy w mózgu.

**drżenie samoistne** – choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, występująca często rodzinnie. Pierwsze objawy mogą pojawić się w różnym wieku – od dzieciństwa do wieku podeszłego. Schorzenie to jest często mylone z chorobą Parkinsona.

**drżenie spoczynkowe** – najczęstszy rodzaj drżenia w chorobie Parkinsona. Drżenie jest najsilniejsze w spoczynku, a zmniejsza się podczas wykonywania czynności.

**dyskinezy** – ruchy niezależne od woli, występujące w chorobie Parkinsona podczas leczenia preparatami zawierającymi lewodopę i agonistów dopaminy. Najczęściej pojawiają się na szczycie działania tych leków i mają postać ruchów wykręcających i płasawicznych (tzn. jakby tanecznych).

---

**dystonia** – choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, często występująca rodzinnie, w której głównym objawem są niezależne od woli kurcze mięśni wykręcające szyję, twarz, kończyny lub tułów. Dyskinezy parkinsonowskie czasami przypominają ruchy dystoniczne.

**E**  
**encefalopatia** – ogólne określenie choroby mózgu z rozległym jego uszkodzeniem.

**entakpon** – lek przeciw-parkinsonowski z grupy inhibitorów COMT (nazwy handlowe Comtan, Comtess).

**enzymy** – substancje powodujące lub ułatwiające reakcje chemiczne w organizmie i przemianę materii

**F**  
**fizykoterapia** – grupa zabiegów leczniczych polegających na oddziaływaniu na ciało czynnikami fizycznymi: ciepło, prąd elektryczny, masaż, ultradźwięki, promieniowanie elektromagnetyczne i inne. Przydatna w chorobie Parkinsona w zwalczaniu bólu.

**fluktuacje** – zmiany sprawności ruchowej u pacjentów z chorobą Parkinsona, występujące pod wpływem leków, emocji i innych czynników.

**G**  
**geny** – struktury białkowe wewnątrz komórek organizmów kierujące wszystkimi funkcjami życiowymi. Nieprawidłowe geny lub brak genu są przyczyną chorób dziedzicznych. Przypuszcza się, że w chorobie Parkinsona istnieje genetycznie uwarunkowana podatność na działanie innych czynników powodujących wystąpienie choroby.

**H**  
**halucynacje** – objaw psychiczny polegający na widzeniu lub słyszeniu rzeczy nieistniejących. W chorobie Parkinsona może on wystąpić pod wpływem niektórych leków.

**histamina** – substancja biorąca udział w reakcjach zapalnych i uczuleniowych. Leki przeciw-histaminowe mogą powodować przemijający parkinsonizm.

**I**  
**idiopatyczna** – samoistna, o nieznanym przyczynie.

**inhibitory COMT** – leki przeciw-parkinsonowskie hamujące rozkład lewodopy we krwi oraz dopaminy w mózgu. Przykładem jest tolkapon (Tasmar) i entakapon.

**inhibitory MAO** – leki hamujące rozkład dopaminy w mózgu. Wśród leków z tej grupy, w chorobie Parkinsona można stosować selegilinę (deprenyl, Jumex, Segan, Selerin) oraz moklobemid (Aurorix).

**istota czarna** – nieduża struktura znajdująca się w pniu mózgu, produkująca dopaminę. W chorobie Parkinsona ulega zanikowi.

**J**  
**jaskra** – schorzenie okulistyczne, powodujące silne bóle oka i stopniową utratę wzroku (jeśli jest nie leczona). Głównym zaburzeniem jest nadmierny wzrost ciśnienia wewnątrz gałki ocznej. W jaskrze przeciwwskazane są następujące leki parkinsonowskie: Artane, Parkopan, Pridinol, Polmesilat, Akineton, Viregyt-K.

**jądra podstawy mózgu** – układ struktur mózgowych kontrolujących ruch zależny od woli i nieświadomiane współruchy ciała. Jedną z tych struktur jest istota czarna.

**K**  
**karbidopa** – substancja hamująca rozkład lewodopy we krwi. Jest dodatkiem do części preparatów lewodopy (Nakom, Sinemet, Poldopa, Pardopa).

**kofeina** – substancja obecna w kawie, składnik niektórych leków. Działa pobudzająco na mózg i serce. Powoduje chwilowy wzrost ciśnienia krwi, po czym obniża ciśnienie tętnicze w wyniku działania moczopędnego i odwodnienia.

**L**  
**lewodopa** – najważniejszy lek parkinsonowski. Substancja przetwarzana w mózgu w dopaminę, której brakuje w chorobie Parkinsona.

---

## M

**melatonina** – hormon mózgowy. W okresie wzrostu kontroluje rozkład pigmentów (barwników) skóry. W życiu dorosłym reguluje rytm snu i czuwania. Wpływa na nastrój psychiczny.

**mikrografia** – jeden z charakterystycznych objawów parkinsonizmu. Podczas pisania litery stają się coraz mniejsze i nieczytelne.

**mioklonie** – ruchy niezależne od woli, występujące w różnych chorobach neurologicznych. Polegają na nagłych kurczach różnych grup mięśni. W chorobie Parkinsona są rzadkie. Czasem pojawiają się w związku z leczeniem.

**mitochondria** – struktury wewnątrz komórek, biorące udział w przemianie materii i energii komórkowej. Mają również swoje geny. Niektóre choroby są spowodowane patologią genów mitochondrialnych.

**MPTP** – substancja toksyczna, zawarta w niektórych narkotykach, powodująca parkinsonizm. Odkrycie MPTP stworzyło możliwość nowych badań naukowych z użyciem modeli zwierzęcych parkinsonizmu.

## N

**nadczynność tarczycy** – choroba endokrynologiczna, której objawy spowodowane są nadmiarem hormonów tarczycy. Główne objawy to niepokój, pobudzenie, chudnięcie, poty, bicie serca, drżenie, wytrzeszcz oczu. Przyczyną jest gruczolak lub inny guz tarczycy.

**neurochirurgia** – dziedzina medycyny zajmująca się operacyjnym leczeniem chorób mózgu i pozostałej części układu nerwowego.

**neuron** – pojedyncza komórka układu nerwowego.

**neurotransmitery** – substancje służące w układzie nerwowym do przekazywania impulsów pomiędzy neuronami oraz do mięśni.

**niedoczynność tarczycy** – choroba endokrynologiczna, której objawy spowodowane są niedoborem hormonów tarczycy. Powoduje spowolnienie ruchów, zwolnienie myślenia, objawy depresji, zmiany skórne, obrzęk tkanek i zwolnienie metabolizmu.

**NMDA** – neurotransmitter mózgowy o działaniu pobudzającym. Wpływ leków na działanie NMDA może być wykorzystany w leczeniu objawów parkinsonizmu. Jednym z tych leków jest amantadyna (Viregyt-K, Amantix). Kolejne leki hamujące działanie NMDA są w fazie badań.

## O

**objawy uboczne** – dodatkowe efekty działania leku, nie związane z zamierzonym skutkiem.

**objawy niepożądane** – objawy uboczne niekorzystne dla pacjenta

**on-off** – zjawisko tak zwanych przełączeń, czyli przechodzenie ze stanu względnie dobrej sprawności ruchowej do silnych objawów parkinsonizmu. Stan „on” oznacza lepszą sprawność ruchową, „off” – gorszą.

**ortostatyczny** – efekt związany ze zmianą pozycji ciała, która powoduje spadek ciśnienia tętniczego krwi. Zaburzenia ortostatyczne występują przy wstawaniu z pozycji siedzącej lub leżącej oraz podczas długotrwałego stania. Powodują zawroty, zaburzenia równowagi, zasłabnięcie lub omdlenie. Są częste w chP.

## P

**pallidotomia** – neurochirurgiczna metoda leczenia objawów choroby Parkinsona. Zwana również metodą stereotaktyczną.

**parkinsonizm** – zespół następujących objawów: spowolnienie, drżenie, sztywność mięśni, zaburzenia postawy ciała. Charakterystyczny dla choroby Parkinsona i kilku innych schorzeń układu nerwowego.

**płatawica** – ruchy niezależne od woli, objaw niektórych schorzeń układu nerwowego. W chorobie Parkinsona występuje jako najczęstsza postać dyskinez poplekowych.

**pozapiramidowy układ** – układ struktur mózgu zwanych jądrami podstawy, kontrolujący ruch zależny od woli oraz nieuświadamiane współruchy. Choroba Parkinsona jest schorzeniem układu pozapiramidowego.

**prążkowie** – część tak zwanych jąder podstawy układu pozapiramidowego. Część mózgu zwana prążko-

---

wiem jest zaopatrywana w dopaminę przez istotę czarną pnia mózgu.

**psychoterapia** – metoda leczenia oparta na eliminowaniu problemów emocjonalnych lub na wytworzeniu umiejętności radzenia sobie z nimi

## R

**receptory** – określone miejsca w błonie komórkowej wrażliwe na substancje przyłączające się do nich (na przykład neurotransmitery) i powodujące konkretne efekty wewnątrz komórki

**ropinirol** – lek parkinsonowski z grupy agonistów dopaminy, w Polsce dostępny pod nazwą Requip.

**rotigotyna** – (Neupro, plastry przyklejane na skórę raz na dobę)

## S

**serotonina** – neurotransmitter biorący udział w regulacji nastroju i snu. Funkcje serotoniny w mózgu są zaburzone w chorobie Parkinsona.

**skala Hoehn-Yahr'a** – pięciostopniowa skana oceny zaawansowania choroby Parkinsona, w której stopień pierwszy oznacza najmniejsze nasilenie objawów. Niekiedy stosuje się wartości pośrednie, na przykład 2 i 1/2.

**splątanie** – zaburzenia psychiczne, najczęściej pokryte później niepamięcią, polegające na pobudzeniu, niepokoju, halucynacjach i braku kontaktu z otoczeniem. Mogą być jednym z powikłań leczenia choroby Parkinsona.

**Stalevo** – preparat zawierający lewodopę, karbidopę i entakapon, dzięki temu składowi lewodopa lepiej dociera do mózgu i działa równomierniej niż jej konwencjonalne postaci.

**stereotaksja** – grupa metod neurochirurgicznych stosowanych w leczeniu objawów parkinsonizmu, drżenia samoistnego, dystonii.

**stymulacja elektryczna** – jedna z metod operacyjnych leczenia choroby Parkinsona. Patrz – rozdział: „Metody neurochirurgiczne”.

**szttywność** – nieprawidłowo wzmożone napięcie mięśni towarzyszące innym objawom choroby Parkinsona. Szttywność może też wystąpić w śpiączkach różnego pochodzenia.

## Ś

**śpiączka** – zaburzenia świadomości, często będące objawem stanów zagrażających życiu. W chorobie Parkinsona niezwykle rzadko dochodzi do śpiączki. Zdarza się to po nagłym przerwaniu podawania preparatów zawierających lewodopę.

## T

**talamotomia** – neurochirurgiczna metoda leczenia objawów choroby Parkinsona. Zwana również metodą stereotaktyczną.

**tokoferol** – witamina E. Ostatecznie stwierdzono, że nie ma wpływu na zwolnienie postępu choroby Parkinsona.

**tolcapone** – lek parkinsonowski (nazwa handlowa Tasmar), inhibitor COMT, obecnie ponownie dostępny w Polsce

**trójcykliczne leki przeciwdepresyjne** – leki psychiatryczne, stosowane niekiedy w depresji parkinsonowskiej

## U

**urojenia** – objaw psychiczny, wymyślone, bezkrytyczne sądy, którym podporządkowane jest zachowanie i myślenie chorego. Mogą wystąpić w chorobie Parkinsona pod wpływem niektórych leków.

## W

**wegetatywne zaburzenia** – dolegliwości i objawy spowodowane nieprawidłową funkcją tak zwanego autonomicznego układu nerwowego, który kieruje niezależnie od woli takimi funkcjami jak: ciśnienie krwi, wydzielanie potu, ruch jelit, działanie pęcherza moczowego i wiele innych. Zaburzenia wegetatywne są częste w chorobie Parkinsona.

**wolne rodniki** – czynniki obecne w otoczeniu i wewnątrz organizmu, podejrzane o udział w powstawaniu choroby Parkinsona i innych schorzeń zwyrodnieniowych układu nerwowego

---

**wstrząśnienie mózgu** – stan po urazie głowy z utratą przytomności. Liczne przebyte wstrząśnienia mózgu mogą być przyczyną objawów parkinsonizmu.

## Z

**zamarzanie** – nagłe nieruchomienie (*freezing*) związane z parkinsonowskimi fluktuacjami ruchowymi. Chory nie może bez pomocy ruszyć z miejsca. Objaw ten może spowodować upadek.

**zanik wielosystemowy** – grupa schorzeń zwyrodnieniowych mózgu, w których jednym z objawów jest parkinsonizm. Objawy te nie reagują dobrze na leki stosowane w chorobie Parkinsona.

**zespół niespokojnych nóg** – częsta choroba układu nerwowego polegająca na nieprzyjemnych, nieokreślonych sensacjach w obrębie nóg i czasem reszty

ciała, zmuszających chorego do częstego ruchu, który przynosi ulgę. Zespół ten może występować w chorobie Parkinsona pod wpływem leczenia.

**zespół serotoninowy** – niezwykle rzadkie lecz groźne dla życia powikłanie łącznego stosowania różnych leków o działaniu zwiększającym efekt serotoniny. W chorobie Parkinsona ma on niewielkie znaczenie.

**zespół Shy-Drager'a** – odmiana tzw. zaniku wielosystemowego z przewagą objawów parkinsonowskich i wegetatywnych (patrz – wegetatywne zaburzenia).

**złośliwy zespół neuroleptyczny** – stan zagrażający życiu, przebiegający ze śpiączką, sztywnością, wysoką gorączką. Może wystąpić po nagłym zaprzestaniu stosowania lewodopy w chorobie Parkinsona.



## FUNDACJA „ŻYC Z CHOROBA PAKINSONA”

---

Głównym zadaniem Fundacji jest wyzwalanie aktywności w środowisku osób z chorobą Parkinsona. Prowadzimy działalność na rzecz chorych i ich rodzin cierpiących z powodu choroby. Niesiemy pomoc materialną i przeciwdziałamy postawom rezygnacji i bezradności, także przez Internet – zapewniamy doradztwo w zakresie opieki nad chorymi, rehabilitacji, wypoczynku chorych, żywienia, pobytów w domach opieki. Ważną działalnością są konsultacje neurologiczne, internistyczne i psychiatryczne w siedzibie Fundacji oraz masażę lecznicze. Współdziałamy z organami administracji państwowej i samorządowej, placówkami służby zdrowia, mediami oraz organizacjami krajowymi i międzynarodowymi działającymi na rzecz osób z chorobą Parkinsona.

Z wielką dbałością staramy się integrować chorych oraz podejmować wspólne działania ze stowarzyszeniami regionalnymi w ramach Forum Parkinson Polska.

Fundacja pomaga w tworzeniu grup i kół wzajemnej pomocy. Ze szczególną troską chcemy nieść pomoc osobom młodym cierpiącym na chorobę Parkinsona. Naszym przesłaniem pozostaje codzienna pomoc, aby nikt nie pozostawał samotny i opuszczony a każdy cierpiący mógł liczyć na nas w różnych trudnościach.

Walczymy z osamotnieniem chorych, aby poprzez kontakty rodzinne i przyjacielskie odzyskiwali nadzieję i radość, pozostając w swoim otoczeniu jak najdłużej.

### Więcej informacji:

---

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

[www.parkinson.sos.pl](http://www.parkinson.sos.pl)

[www.parkinson.net.pl](http://www.parkinson.net.pl)

[www.parkinsonfound.com](http://www.parkinsonfound.com)

[www.parkinson-polska.pl](http://www.parkinson-polska.pl)

### Nasz adres:

---

ul. Czerska 18 lok. 243 (wejście X, piętro 1)

00-732 Warszawa, tel/fax (0-22) 409 77 56

[fundacja@parkinson.sos.pl](mailto:fundacja@parkinson.sos.pl)

KRS 0000221902

REGON 015867470

NIP 525-231-38-24

### Konta bankowe:

PLN 05 1140 1010 0000 3509 2800 1001

EUR 75 1140 1010 0000 3509 2800 1002

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona” jest organizacją pożytku publicznego.

Każdy płacący podatek w Polsce, może przeznaczyć na działalność statutową Fundacji do 6% swego dochodu dokonując wpłaty do 31 grudnia danego roku na konto Fundacji lub 1% należnego podatku. Odpis 1% podatku należnego nie znosi możliwości odliczenia darowizny do 6% dochodu.

**W imieniu chorych bardzo dziękujemy za wszelką pomoc!**



# ORGANIZACJE SAMORZĄDOWE POMAGAJĄCE OSOBOM Z CHOROBAĄ PARKINSONA W POLSCE

## **BYDGOSZCZ**

### **Stowarzyszenie**

#### **Osób Niepełnosprawnych AKSON**

ul. Rynek 6  
85-790 Bydgoszcz  
tel./fax (0-52) 343 91 97  
akson@parkinson.bydgoszcz.pl  
www.parkinson.bydgoszcz.pl

## **GDAŃSK**

### **Gdańskie Stowarzyszenie Stowarzyszeń**

#### **Chorych na Chorobę Parkinsona**

ul. Grunwaldzka 238d  
80-266 Gdańsk  
tel. (0-58) 558-30-82  
parkinson.gadnsk@wp.pl  
www.parkinson-gdansk.republika.pl

## **GDYNIA**

### **Gdyńskie Stowarzyszenie Osób**

#### **z Chorobą Parkinsona**

ul. Sienkiewicza 36/3  
81-374 Gdynia  
tel. (0-58) 621 65 79  
parkinson-gdynia@o2.pl  
www.stowarzyszenie.jaqb.int.pl

## **GOLUB-DOBRZYŃ**

### **Koło Wzajemnej Pomocy w Golubiu-**

#### **Dobrzyniu**

Przewodniczący - Pan Jan Wojaczyński  
tel. 0 600 250 034

## **IŁAWA**

### **Mazursko-Warmińskie Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. Chełmińska 1  
14-200 Iława  
tel. (0-89) 648 43 70

## **INOWROCŁAW**

### **Kujawsko-Pomorskie Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. B. Krzywoustego 10/60  
88-100 Inowrocław  
tel. (0-52) 352 31 38

## **KATOWICE**

### **Śląskie Stowarzyszenie**

#### **Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona**

ul. Medyków 14  
40-752 Katowice - Ligota  
tel. (0-32) 252 50 04  
parkinsonsl@op.pl  
www.parkinsonsl.republika.pl

## **KRAKÓW**

### **Krakowskie Stowarzyszenie**

#### **Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona**

ul. Mikołajska 2  
31-027 Kraków  
tel. (0-12) 422 19 55

## **OPOLE**

### **Koło Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. Gospodarcza 34/3  
45-736 Opole  
tel. (0-77) 457 56 55

## **POZNAŃ**

### **Wielkopolskie Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. Słowackiego 8  
60-823 Poznań  
tel. (0-61) 843 10 34

## **SZCZECIN**

### **Szczecińskie Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. Wojska Polskiego 69  
70-478 Szczecin  
tel. (0-91) 487 71 11

## **TRZEBINIA**

### **Koło Wzajemnej Pomocy w Trzebini**

Marek Kubica  
tel. (0-32) 611 02 11  
0 502 479 472

## **WAŁBRZYCH**

### **Regionalne Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

Poradnia Neurologiczna „AMICUS”  
ul. Szmida 15 a  
58-300 Wałbrzych  
tel. (0-74) 843 43 31  
(0-74) 834 40 32  
parkinsonwalbrzych@interia.pl  
<http://parkinsonwalbrzych.w.interia.pl>

## **WARSZAWA**

### **Stołeczne Stowarzyszenie**

#### **Osób z Chorobą Parkinsona**

ul. Wołoska 137  
pawilon S, pokój 216, II piętro  
02-507 Warszawa  
tel. (0-22) 602 18 88  
parkinson@parkinson.net.pl  
www.parkinson.net.pl  
**Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”**  
ul. Czerska 18 lok. 243  
00-732 Warszawa  
tel./fax (022) 409 77 56  
fundacja@parkinson.sos.pl  
www.parkinsonfundacja.pl  
www.parkinson.sos.pl  
www.parkinson.net.pl  
www.parkinsonfound.com

## **WROCŁAW**

### **Koło Przyjaciół Ludzi**

#### **z Chorobą Parkinsona**

ul. Jedności Narodowej 121  
50-301 Wrocław  
tel. (0-71) 322 84 44