



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 1 (25) Styczeń 2015

*Dr med. Magdalena Wójcik-Pędziwiatr
Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym
i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego Im. Jana Pawła II*

■ CHOROBA PARKINSONA: OBRAZ KLINICZNY



Dr med. Magdalena Wójcik-Pędziwiatr

Choroba Parkinsona jest przewlekłą, powoli postępującą chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego. Szacuje się, że w Polsce na tę chorobę cierpi około 70 000 osób. Najczęściej schorzenie rozwija się między 40 a 60 rokiem życia, ale znane są przypadki zachorowań zarówno w bardzo młodym jak i podeszłym wieku. Dokładna przyczyna choroby nie jest znana. Jak dotąd nie wykryto

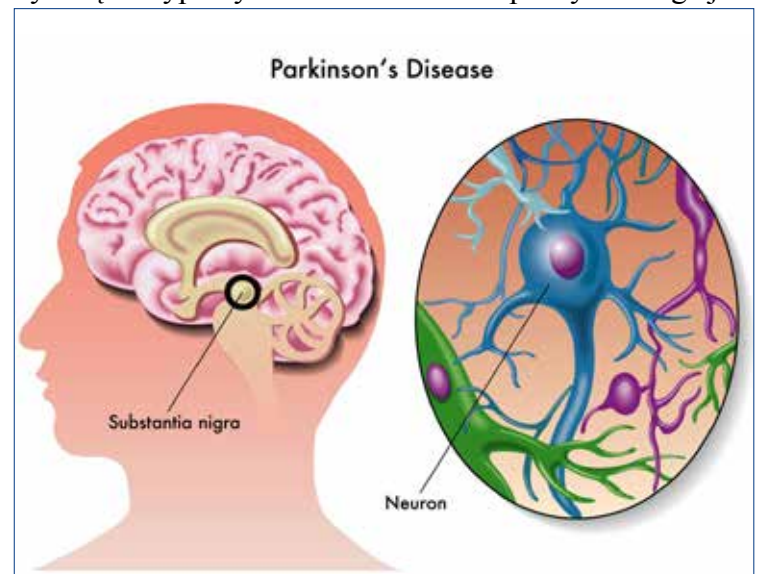
również metody pozwalającej na jej pełne wyleczenie. Współczesna wiedza na temat patomechanizmów choroby Parkinsona pozwala jednak na skuteczne i wieloletnie kontrolowanie jej objawów zarówno za pomocą środków farmakologicznych jak i metod leczenia operacyjnego.

Podstawowy proces patologiczny w chorobie Parkinsona polega na zwyrodnieniu komórek nerwowych produkujących dopaminę, zlokalizowanych w obszarze mózgu zwanym istotą czarną. Dopamina jest przekaźnikiem nerwowym, za pomocą którego komunikują się komórki układu nerwowego odpowiedzialne m.in. za kontrolę ruchu. Zbyt niski poziom dopaminy w strukturze mózgu zwanej prądkowiem odpowiada za rozwój objawów ruchowych choroby.

Pierwszy, niezwykle dokładny opis objawów choroby podał londyński lekarz James Parkinson w 1817 roku w publikacji zatytułowanej „En essey on the shaking palsy”. Kardynalnymi objawami ruchowymi schorzenia są drżenie, spowolnienie ruchowe, sztywność mięśniowa oraz niestabilność postawy. Objawy ruchowe pojawiają

się wówczas, gdy ubytek istotny czarnej wynosi około 60%. Wystąpienie objawów ruchowych jest niejednokrotnie poprzedzone objawami nie związanymi z ruchem. Zaliczają się do nich tak zwane zaburzenia snu fazy REM, depresja, zaburzenia skórne w postaci łojotokowego zapalenia skóry, upośledzenie węchu, nadmierna potliwość czy zaparcia. Początek objawów ruchowych jest zazwyczaj jednostronny, może dotyczyć tylko kończyny górnej lub tylko dolnej. Typowym, początkowym objawem choroby jest izolowane drżenie kciuka. Asymetria objawów z większym ich nasileniem po stronie objawów początkowych utrzymuje się zazwyczaj przez cały okres choroby. Zarówno charakter jak i kolejność wystąpienia objawów, jak również tempo rozwoju choroby mają charakter indywidualny u każdego chorego. U jednej osoby początkowym objawem będzie drżenie ręki, u innej zaburzenia chodu. U części osób drżenie jest najbardziej nasilonym objawem, u innych są to sztywność i spowolnienie ruchowe. Jedna osoba przez szereg lat może mieć objawy dotyczące tylko jednej strony ciała, podczas gdy u innej w krótkim czasie rozwiną się znacznie nasilone objawy po stronie przeciwnej.

Drżenie występuje u około 70% osób z chorobą Parkinsona. Jest to drżenie spoczynkowe, co oznacza, że pojawia się ono w sytuacji pełnego rozluźnienia mięśni, a więc przy podparciu kończyny, i zazwyczaj ustępuje podczas wykonywania ruchów. Drżenie jest obecne w dystalnej części kończyny, ma charakter ruchów oscylacyjnych ręki. Typowym obrazem drżenia spoczynkowego jest





tak zwane „kręcenie pigulek”, w którym drżenie obejmuje kciuk i palec wskazujący. Drżenie może występować również w bródce i języku. Czynnikiem nasilającymi drżenie są emocje, stres oraz koncentracja uwagi na czynnościach umysłowych.

Spowolnienie ruchowe zwane w języku medycznym bradykinezją charakteryzuje się trudnością w zainicjowaniu oraz powolnym przebiegiem ruchu. Bradykinezja objawia się jako wrażenie znieruchomienia całego ciała, zmniejszenie ekspresji twarzy, rzadkie mruganie czy drobne pismo, zwane mikrografią. Bradykinezja powoduje trudności w wykonywaniu szybkich, powtarzalnych ruchów. Z powodu bradykinezji mogą występować trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego jak zapinanie guzików, szczotkowanie zębów czy krojenie posiłków na talerzu. Chód z powodu bradykinezji charakteryzuje się skróceniem kroku oraz ograniczeniem współruchów kończyn górnych.

Sztywność mięśniowa obejmuje mięśnie kończyn, tułowia oraz karku. Przez chorych może być odczuwana jako nieprzyjemne wrażenie naprężenia, a nawet bólu w karku, ramionach, mięśniach grzbietu czy nogach.

Bradykinezja oraz sztywność mięśni twarzy, gardła i krtani skutkują ściszoną i monotonną mową, zaburzeniami polykania oraz ślinotokiem.

Niestabilność postawy charakteryzuje się utratą pewnych odruchów odpowiedzialnych za utrzymanie pionowej postawy ciała. Może się to objawiać tendencją do upadków nawet przy nieznacznym wytrąceniu z równowagi. Chorzy z niestabilnością postawy mogą mieć skłonność do upadków szczególnie podczas ruchów szybkich, obracania się wokół osi lub zmiany kierunku chodu. W praktyce klinicznej stabilność postawy jest oceniana w teście pociągania. Podczas badania stojący za chorym neurolog pociąga go za ramiona do tyłu. Prawidłowo zdrowa osoba wykonuje jeden lub dwa kroki w tył, aby zapobiec upadkowi, podczas gdy chory na chorobę Parkinsona nie wykonuje tej czynności automatycznie i może upaść.

W chorobie Parkinsona nierzadko mamy do czynienia z objawami nie związanymi z ruchem, takimi jak objawy autonomiczne, zaburzenia neuropsychiatryczne oraz zaburzenia sensoryczne. Do objawów autonomicznych choroby Parkinsona zaliczają się niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia potliwości, nietrzymanie moczu i zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego w postaci opóźnienia opróżniania żołądkowego oraz zapań. Około 84% chorych na chorobę Parkinsona ma zaburzenia funkcji poznawczych, takie jak spowolnienie myślenia, zaburzenia uwagi, przypominania, płynności mowy, ograniczenie zdolności planowania i posługiwanie się nabytymi informacjami. U około 20 do 40% chorych nasilenie zaburzeń przybiera postać otępienia. Wśród zaburzeń neuropsychiatrycznych wymienić należy także depresję, apatię, lęk, zaburzenia snu, halucynacje oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, takie jak zakupoholizm, hazard, seksoholizm, objadanie się, jak również ciągłe, niekiedy nawet prowadzące do wyczerpania, powtarzanie różnych czynności jak np. zbieranie drobnych przedmiotów z podłogi czy zawieszanie i odpinanie zasłon. Do najczęstszych zaburzeń snu zalicza się nadmierną senność, fragmentację snu, żywe marzenia senne, zespół niespokojnych nóg oraz zaburzenia snu fazy REM. Częstymi skargami chorych, choć rzadko rozpoznawanymi jako objaw choroby Parkinsona, są zaburzenia czuciowe, a zwłaszcza odczuwane w różnych częściach ciała dolegliwości bólowe.



Wydawca:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	
Redakcja:	Biuro Marketingu i Edukacji e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl	
Druk:	Drukarnia Kraków Styczeń 2015	
Nakład:	2,5 tys. egz.	
Fotografie:	123rf.com, arch. Szpitala, obiekty z Office.com	

■ RAK PŁUCA



prof. dr hab. med. Krzysztof Śladek

*Opracowanie wykładu,
który prof. Krzysztof Śladek
wygłosił 12 września 2014
w Krakowskim Szpitalu
Specjalistycznym
im. Jana Pawła II,
podczas konferencji
„Diagnostyka i leczenie
raka płuca”*

Wszyscy bardzo dobrze wiemy, jak ważny jest czas w przypadku diagnozy nowotworów. Nie jest inaczej w przypadku raka płuca. Niestety - większość pacjentów trafia do lekarza z objawami: kaszlu, duszności, kłucia w piersiach, osłabienia, czyli z objawami, które są charakterystyczne dla późnego stadium nowotworu.

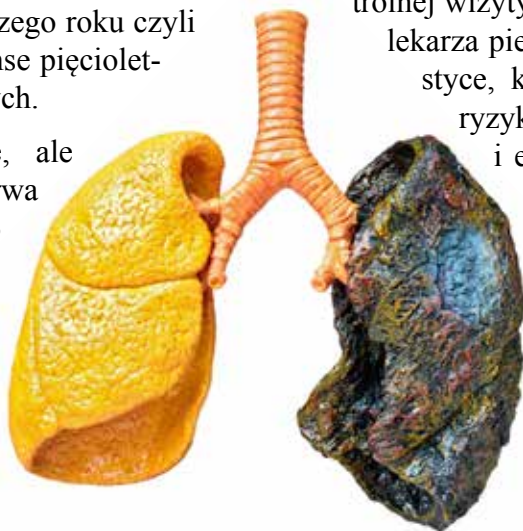
RYZIKO ZACHOROWANIA

Przeprowadzone badania epidemiologiczne wykazują, że zachorowalność na nowotwór płuc rośnie po 50 roku życia i jest 3 razy większa u mężczyzn niż u kobiet. Badania potwierdzają znany od dawna fakt, że największą grupę ryzyka stanowią palacze papierosów, bo aż 96% chorych to palacze tytoniu. Następne w kolejności czynniki to predyspozycje genetyczne oraz skażenia środowiska-azbest, promieniowanie jonizujące, gazy spalinowe, metale ciężkie...

NAJWAŻNIEJSZA - PRAWIDŁOWA DIAGNOZA

Prawidłowa diagnoza u pacjentów zostaje w większości przypadków postawiona w III lub IV stadium choroby, co z reguły oznacza guza nieoperowalnego i dużą umieralność chorych w ciągu najbliższych 5 lat. Natomiast wykrycie guza w ciągu pierwszego roku czyli w I lub II stadium choroby daje szansę pięcioletniego przeżycia dla około 80% chorych.

Aktualnie nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach okres diagnozy trwa nawet do kilku miesięcy, co często oznacza stadia choroby nieoperacyjne. Wspomniane objawy takie jak, kaszel, duszności, kłucie w klatce piersiowej, ogólne osłabienie, ale także nawracające zapalenia płuc pojawiają się na późnym etapie choroby. W dodat-



ku często chorzy opóźniają diagnozę zwlekając z wizytą lekarską, a później liczne badania dodatkowo ten czas wydłużają. Skoro pojawiające się objawy są już późnym etapem choroby to, co zrobić, aby wykryć guza we wczesnym stadium? W jaki sposób zmierzyć się z tym ogromnym problemem raka płuc kiedy wszystkie analizy wskazują, że czas jest kluczowy?

GRUPY RYZYKA

Pomocne w tej odpowiedzi będzie przytoczona wcześniej ocena grup ryzyka. Są to pacjenci po 50 roku życia i palacze. To osoby, które stanowią największy odsetek chorych i właśnie w przypadku tych osób powinny padać podejrzenia dotyczące nowotworu płuca, zwłaszcza jak występują już objawy kliniczne. Właśnie ta grupa ryzyka powinna wzbudzać czujność lekarzy pierwszego kontaktu podczas nawet rutynowych badań kontrolnych czy innych wizyt lekarskich. A ta czujność to wywiad z pacjentem pod kątem grup ryzyka i czynników szkodliwych. Wywiad pod kątem czasem niezauważonych przez pacjenta, a charakterystycznych dla początkowych stadiów chorób nowotworowych objawów oraz analiza przypadków nowotworów w rodzinie, a potem oczywiście odpowiednie badania.

JAK NIE DOPUŚCIĆ DO ROZWINIĘCIA SIĘ CHOROBY?

W jaki sposób możemy sobie pomóc sami, aby nie dopuścić do późnego etapu choroby? Na pewno powinna nas zaniepokoić utrata masy ciała, ponieważ ona jest częstym i początkowym symptomem nowotworu, a bardzo często pomija się ją w obserwacjach. Do tego należy dodać ogólne osłabienie, podwyższenie temperatury ciała o niewyjaśnionej przyczynie, brak łaknienia. Jeśli nadarza się okazja bierzmy także czynny udział w odbywających się czasami lokalnych programach przeciwnowotworowych np.: profilaktycznych, antynikotynowych i wczesnego rozpoznania.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ?

Jeśli należymy do grupy ryzyka, czyli palimy papierosa i mamy powyżej 50 lat (nawet jeśli nie odczuwamy żadnych dolegliwości) powinno nas to skłonić do kontrolnej wizyty lekarskiej. I tu ważna jest właśnie rola lekarza pierwszego kontaktu we wstępnej diagnostyce, który na podstawie analizy czynników ryzyka oraz naszych obserwacji zdrowia i ewentualnych niepokojów może dobrać najtrafniejszą metodę diagnostyczną i ewentualnie skierować nas do lekarza pulmonologa na szczegółowe badania, zwiększając tym sposobem szansę na wykrycie guza w I lub II stadium choroby, czyli w stadium w którym mamy szansę na wyleczenie.



Nadmiar białych krwinek wywołany stresem sprzyja zawałom i udarom

Do zawału serca i udaru mózgu przyczynia się nadmierne wytwarzanie białych ciałek krwi wywołane długotrwałym stresem – twierdzi Reuters, powołując się na amerykańskich badaczy.

Od dawna było wiadomo, że nadmierne i długotrwałe stresy zwiększają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Nie było jednak wiadomo jaki jest tego mechanizm. Jednym z powodów jest nadciśnienie tętnicze krwi. Teraz jednak okazuje się, że dodatkowym powodem może być działanie układu immunologicznego.

Jeden z autorów badań Matthias Nahrendorf z Harvard Medical School w Bostonie twierdzi, że białe ciała krwi, czyli leukocyty pełnią ważną rolę w organizmie, przede wszystkim chronią organizm przed infekcjami i uczestniczą w gojeniu się ran. Białe krwinki są niemal bezbarwne i mają zdolność ruchu, jedne giną po kilku dniach, ale są i takie, które mogą przetrwać nawet 20 lat. Kiedy występują w nadmiarze, mogą być jednak szkodliwe.

Nadmiar leukocytów powoduje, że część z nich zbija się w większe grupy w ścianach wewnętrznych naczyń krwionośnych. Ogranicza to przepływ krwi, ale może również sprzyjać powstawaniu zakrzepów, które mogą zatkać tętnicę, doprowadzając do zawału serca lub niedokrwiennego udaru mózgu.

Amerykańscy specjaliści doszli do takiego wniosku, badając próbki krwi 29 lekarzy rezydentów będących w różnych sytuacjach, w pracy, w domu, jak i podczas wypoczynku. Zauważono wtedy, że stres pobudza w szpiku kostnym wytwarzanie komórek macierzystych, z których powstają białe krwinki.

Potwierdziły to eksperymenty na myszach. Gryzonie poddawano stresom i obserwowano, jaki ma to wpływ na wytwarzanie leukocytów oraz ich odkładanie się w ścianach tętnic i powstawanie zakrzepów.

Matthias Nahrendorf podkreśla, że białe krwinki są jednym z wielu elementów doprowadzających do chorób sercowo-naczyniowych. Oprócz nich sprzyja im nadmierny poziom cholesterolu we krwi, nadciśnienie tętnicze oraz palenie tytoniu, a także skłonności genetyczne. (PAP)



Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II

PORADNIA LECZENIA OTYŁOŚCI

W KRAKOWSKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM IM. JANA PAWŁA II

Zadbaj o swoje zdrowie

Niech pożywienie będzie lekarstwem

Konsultacje indywidualne, konsultacje dla firm,
warsztaty żywieniowe.

- Ustalanie diet w dolegliwościach różnego typu (cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie, schorzenia wątroby, osteoporoza, inne)
- Konsultacje: Dietetyk, lekarz, psycholog
- Profesjonalizm – pacjentem opiekuje się interdyscyplinarny zespół z wieloletnim klinicznym doświadczeniem
- Indywidualne podejście do pacjenta
- Skuteczność terapii
- Możliwość wykonania specjalistycznych badań
- Dostęp do nowoczesnej aparatury
- Konkurencyjne ceny (usługi nie refundowane przez NFZ)



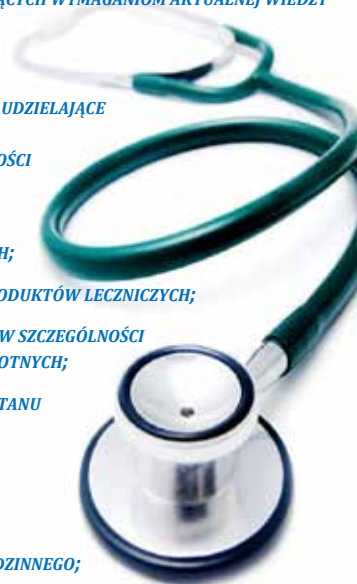
KONTAKT

TEL. 12 614 26 01, 505 060 322
E-MAIL: DIETETYK@SZPITAL.PZKRAKOW.PL
WIZYTA PO UPRZEDNIEJ REJESTRACJI
REJESTRACJA W DNIACH
PONIEDZIAŁEK, ŚRODA, CZWARTEK
W GODZINACH OD 11.00 - 15.00

Zapraszamy!

Pacjent ma prawo do:

- 1) ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ODPOWIADAJĄCYCH WYMAGANIOM AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ;
- 2) INFORMACJI O SWOIM STANIE ZDROWIA;
- 3) ZACHOWANIA W TAJEMNICY, PRZEZ OSOBY UDZIELAJĄCE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM, W SZCZEGÓLNOŚCI Z JEGO STANEM ZDROWIA;
- 4) WYRAŻENIA ZGODY ALBO ODMOWY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH;
- 5) ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH;
- 6) POSZANOWANIA INTYMNOSCI I GODNOŚCI, W SZCZEGÓLNOŚCI W CZASIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH;
- 7) DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCzącej STANU ZDROWIA ORAZ UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH;
- 8) ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA;
- 9) POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO;
- 10) OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ;
- 11) PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE.



W razie pytań, prosimy o kontakt z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta:

ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa, www.bpp.gov.pl



Bezpłatna infolinia
800 190 590
czynna pn. - pt. 9:00 - 21:00



Biurowiec Rzecznika Praw Pacjenta

Prawa pacjenta oraz zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta
wynikają z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta