

*PREHLADNÝ REFERÁT*

## KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A NEMOCNÝM S CHRONICKOU REUMATICKOU CHOROUBOU

K. TRNAVSKÝ

## COMMUNICATION BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC RHEUMATIC DISEASES

Arthrocentrum, Praha

Vedoucí: prof. MUDr. K. Trnavský, DrSc.

### Souhrn

V přehledném referátu je pojednáno o některých aspektech komunikace mezi lékařem a nemocným s chronickou revmatickou chorobou. Mimo obecné problémy této komunikace jsou exponovány i některé specifické rysy dlouholetého léčení těchto nemocných, v kterém osobnost lékaře hraje významnou úlohu. Je poukázáno na některé otázky interakce mezi lékařem a nemocným vyššího věku. Klíčová slova: chronické revmatické choroby, lékař-pacient, komunikace.

### Summary

In the synoptical review, some aspects of communication between physicians and patients suffering from chronic rheumatic diseases are covered. Besides general issues concerning such communication, specific features of long-term treatment of the patients are underlined, among which the personality of the physician plays an important role. Some interactions between physicians and elderly patients are pointed to as well. Key words: chronic rheumatic disease, physician-patient, communication.

### ÚVOD

Úvodem je třeba zamyslet nad tím, co je uvedeno v názvu studie a sice: 1. který lékař, resp. lékař které odbornosti bude komunikovat s nemocným s chronickou revmatickou chorobou; 2. třeba definovat, co si představujeme pod pojmem *chronická revmatická choroba*.

Prvým lékařem, s kterým se nemocný s tzv. revmatickými potížemi setkává, je praktický lékař. Ten dle charakteru onemocnění buď si nemocného ponechává v péči, buď jej odesílá ke konziliárnímu vyšetření revmatologovi, ortopedovi, neurologovi, nebo rehabilitačnímu lékaři. Ambulantní specialisté si pak vybrané nemocné, pro které může být jejich odborná kvalifikace přínosem, ponechávají v dlouhodobé, někdy trvalé konziliární a léčebné péči, o kterou se více méně dělí s praktickým lékařem.

Spektrum tzv. chronických revmatických chorob je velmi široké a mezi nemocnými a také mezi lékaři panuje v jejich terminologii řada nepřesností. Nejběžnější se hovoří o artróze a revmatizmu, který je pokládán za závažnější onemocnění nežli artróza a o různých formách mimokloub-

ního revmatizmu, kde je vnímáno bolestivé rameno, svalové bolesti, někdy bolesti šlach. Bolesti páteře jsou pojímány jako celek zahrnující celé spektrum od funkčních poruch až po potíže s morfologickým úzadím — jako je chondróza disku, spondylóza, osteoporóza, zánětlivé choroby páteře aj. Zvláštní kapitolu představují systémové autoimunní choroby, které díky intenzivní léčbě přecházejí do chronického stadia a jako takové se stávají rovněž problémem dlouhodobé interakce mezi lékařem a nemocným.

Pro komunikaci lékaře s chronicky nemocným platí řada obecných pravidel (7). Má však řadu specifických zvláštností.

### DEFINICE A CHARAKTERISTIKA CHRONICKÝCH CHOROB

Většinu uvedených revmatických chorob možno zařadit mezi choroby chronické. Jejich charakter odpovídá Raspeho definici, podle které „nemoc je chronická, když představuje strádání pro tělo, nebo duši nemocného (a jeho okolí)

po zbytek jeho života“ (9). Tyto útrapy mohou být specifické, jako je např. omezení hybnosti a aktivit každodenního života u revmatické artritidy, nebo se může jednat o strádání nespecifická, jako je potřeba trvalé léčby a lékařské péče, společenská izolace, nejistota v budoucnosti, ztráta zaměstnání, potíže s okolím a stres způsobený někdy nedostačující informovaností o charakteru onemocnění.

Z pohledu nemocného vystupují některé rysy chronických chorob více do popředí: 1. dlouhodobé trvání choroby a nejasná budoucnost (přes to asi 50 % všech nemocných chronickými revmatickými chorobami se nevzdává naděje, že dojde k spontánnímu vyhojení, nebo že bude objevena skutečně účinná léčba); 2. trvalé následky choroby, které brání plnému pracovnímu výkonu, tím se zhoršuje ekonomická situace nemocného, jsou omezeny i možnosti využití volného času k rekreaci a je narušeno i plné vyjádření osobnosti nemocného; 3. faktory, které v některých případech chorobu vyvolávají, jsou nezvratné (dědičnost, životní návyky, nepříznivé vlivy životního prostředí); 4. závislost na trvalé léčebné a rehabilitační péči (4).

Z hlediska veřejně-zdravotnického je možno problematiku chronických chorob shrnout do následujících bodů.

1. Výskyt chronických chorob v naší populaci stoupá.
2. Pracovní čas zdravotníků je více a více vyplňován péčí o chronické nemocné, a tím se zvyšují nároky na všechny léčebné a sociální služby. Rozsah péče o akutní nemocné se zmenšuje (viz níže).
3. Tím se zvyšují i náklady na tyto služby.
4. Zvyšuje se četnost práceneschopných, časných invalidit, důchodů, potřeba reedukace roste.
5. Narůstá i potřeba hospitalizace nemocných chronickými chorobami, resp. jejich azylace.
6. Zvyšují se náklady na léčebné programy — na léčiva, fyzikální léčbu, léčebnou rehabilitaci, léčebné pomůcky a techniku.
7. Chronické choroby se stávají nejčastější příčinou zvýšené úmrtnosti.
8. Veřejně-zdravotnickým problémem může být nepřímo i těžko kvantitativně vyjádřitelná ztráta kvality života nemocných, trpících chronickými chorobami.

Chronická onemocnění vedou k „poškození“ (impairment), které je charakterizováno ztrátou nebo abnormalitami psychologických a fyziologických funkcí nebo anatomických struktur. Odchylna od normy, ztráta nebo porucha může být dočasná nebo trvalá.

Další fází, do které vyúsťují chronické choroby, je „neschopnost, nezpůsoblost“ (disability), což je jakýsi přechodný stupeň mezi „poškozením“ a „handicapem“. Jde o omezení nebo ztrátu (výsledek „poškození“) schopnosti provádět nějakou činnost způsobem a v rozsahu, který je považován za normální pro lidskou bytost.

Handicap znamená „nevýhodu“ pro daného jedince, která je výsledkem „poškození“, nebo „neschopnosti-nezpůsob-

losti“. Handicap omezuje, nebo brání naplnění role, která je pro daného jedince normální (tato závisí na věku, pohlaví, sociálních a kulturních faktorech (12).

Je třeba si uvědomit pojem „podmíněného zdraví“, který razili diabetologové. Tento pojem značí, že nemocní, trpící některými chronickými chorobami, žijí sice bez projevu onemocnění, ale tyto se mohou kdykoliv vynořit na povrch. Platí to především pro diabetes, ale i pro některé chronické revmatické choroby, které jsou dlouhodobě v remisi a někdy nečekaně exacerbují. Úlohou lékaře je zejména stimulovat tyto nemocné, aby si uvědomili, že i za pocitu plného zdraví je potřebná substituční, nebo supresivní terapie daného onemocnění (4).

## AKUTNÍ A CHRONICKÉ CHOROBY

Je třeba poukázat na měnící se panorama „krajiny chorob“ (Hans Heinrich Berg) v posledním půlstoletí. Tato změna se projevuje přesunem pracovní zátěže lékaře od akutních chorob k chorobám chronickým. Přitom klasická výchova lékařů na fakultách je zaměřena na zvládnutí chorob akutních. Přesun od akutních k chronickým chorobám je možno vyjádřit údaji např. o úmrtnosti. Zatímco v Německu umíralo v r. 1901 na akutní choroby asi 41 %, bylo to v r. 1955 pouze 9,8 % nemocných. Naproti tomu zatímco v r. 1901 umřelo v důsledku chronických chorob 46 % nemocných, bylo to v r. 1955 už 81,4 % nemocných. Podobně pro přesun směrem k chronickým chorobám svědčí procento nemocných těmito chorobami v ordinaci praktických lékařů — bylo jich v r. 1982 z 9,6 milionů ošetřených až 66 % (4, 6).

Základní rozdíly mezi akutní a chronickou chorobou jsou uvedeny v tabulce 1. Akutní choroba znamená časově omezený proces, který končí v jakémsi ostrém bodu, kulminuje poměrně často v krizi. Je doprovázena spíše pocitem úzkosti a ohrožení. Nemocný spoléhá na pomoc svého okolí. Léčebný zásah je často cíleně jednoduchý, někdy jednorázový. Chronická choroba je proces dlouhotrvající, působící na nemocného obvykle psychicky hůře nežli choroba akutní. Psychický stav nemocného je možno vyjádřit termínem

Tab. 1. Základní rozdíly mezi akutní a chronickou chorobou.

Akutní	Chronické
nemoc	býti nemocen
úzkost	starost
nebezpečí	handicap
zoufalství	beznaděj
jini berou zodpovědnost	nemocný je zodpovědný
spoléhání na druhé	spoléhání na sebe
býti léčen (Treatment)	býti v péči (Care)

**Tab. 2. Náměty komplexní péče „chronického lékaře“ o chronického nemocného.**

1. Zamezení a překonání krizí
2. Kontrola symptomů choroby
3. Vypracování léčebného programu a návodu k chování nemocného
4. Zabránění společenské izolace
5. Psychická příprava nemocného na změny v aktivitě choroby a na možnost její exacerbace
6. Povzbuzení nemocného, aby se choval jako „podmíněně zdravý“
7. Zabezpečení prostředků sociální výpomoci — reedukace, změna zaměstnání, převod do invalidity, lázeňská léčba
8. Vedení nemocného k zvýšené zodpovědnosti za sebe a stav své choroby
9. Pracovní vztah nemocný—lékař (důvěra, vzájemný respekt)

„starost“ a „beznaděj“. Nemocný je nucen spoléhat více na sebe nežli na svoje okolí. Terapeutické možnosti jsou u chronických chorob často omezeny, léčba se obvykle sestává z více složek a nebývá vždy — vzhledem k neznalosti etiopatogenezy řady chronických chorob — cílená. Někdy ji můžeme označit lépe pojmem péče nežli terapie.

## VZTAH LÉKAŘ — CHRONICKÝ PACIENT

Lékař, který léčí chronické choroby, má zvláštní postavení a problematika jeho práce je velmi specifická. Proto Hartmann řeší pojem „chronický lékař“ (chronisch Arzt) (6). Podotýká, že smysl tohoto pojmu pochopil každý lékař, který se 10—15 let stará o nemocného s chronickou chorobou. Když tento nemocný zemře, uvědomí si lékař, co pro něj nemocný znamenal a jeho odchod je spojen s jakousi ztrátou části lékařovy identity. I obličej Hippokrata na jeho obrazech a sochách má výraz smutku a starosti, nikoliv vítězný úsměv úspěšného léčitele, ale ani rysy někoho, kdo rezignoval. To symbolizuje situaci v „chronické medicíně“ (Hartmann) (6).

Hlavní náměty a úlohy lékaře chronických nemocných jsou uvedeny v tabulce 2 — patří mezi ně pomoc při překonávání krizových období choroby, tlumení jejich symptomů, vypracování plánu léčby a návodů pro chování nemocného. Dále je to řešení problémů sociální izolace nemocného, psychická příprava nemocného na možnost zhoršení projevů nemoci a její exacerbace. Musí se postarat i o řadu formálních problémů nemocného, jako je např. doporučení sociální pomoci, přechod do invalidity — je-li to nevyhnutné — a na druhé straně doporučení a pomoc při změně zaměstnání, zabezpečení lázeňské léčby a podobně. Je prospěšné, když lékař vede nemocného k pocitu zodpovědnosti za průběh a stav jeho choroby a k jakémusi pracovnímu souurčenství lékař — nemocný, které je založeno na vzájemné důvěře a respektu jednoho k druhému.

V souvislosti s interakcí chronický lékař — chronický nemocný je třeba exponovat dva problémy. Prvý je problém

**Tab. 3. Cíle první návštěvy u lékaře.**

Nemocný hledá:

1. diagnózu a léčbu
2. uznání, že má problémy a těžkosti
3. ujištění, že nemá vážné onemocnění
4. oprávnění, že není schopen plnit svoje normální povinnosti v zaměstnání a v rodině

informovanosti nemocného. Potřeba informovanosti nemocného je i jedním z cílů a očekávání spojených s první návštěvou u lékaře (tab. 3). Nemocný chce od lékaře ne jenom stanovení diagnózy a určení léčby, ale i informaci o podstatě onemocnění, ujištění o prognóze onemocnění a jeho léčitelnosti a také někdy i uznání jeho obtíží spolu z toho vyplývajícím souhlasem lékaře k určitému omezení jeho pracovních povinností.

Vezmeme-li jako modelové chronické choroby tři skupiny onemocnění — revmatoidní artritidu, diabetes a chlopenní srdeční vady, pak podle dotazníkové akce se ukázalo, že nemocní chlopenními vadami udávají jakýsi informační deficit tzn. nedostatečné vysvětlení příčin vzniku onemocnění a neuspokojivé údaje o jeho dalším průběhu asi v 20 %, u diabetiků asi 30 % nemocných a u nemocných s revmatoidní artritidou až 60 %. Tento informační deficit nebyl podmíněn nedostatečným vysvětlením ze strany lékaře, ale spíše nedostatečným poznáním etiopatogeneze a přirozenému průběhu revmatoidní artritidy (1). Naproti tomu je vysvětlení mechanicky podmíněných důsledků chlopenních vad poměrně jednoduché, a to platí i o vysvětlení etiopatogenezy diabetu. Pro informování nemocného je rozhodující čas, který má lékař pro daného nemocného. Osobní ústní trpělivá informace podaná lékařem je nezastupitelná. Jistě není možno mítí námitek proti doporučení příslušné kvalitní populární literatury o dané chorobě. Tuto je třeba považovat pouze za doplňující k ústní informaci lékařově.

Druhým problémem (souvisejícím do značné míry s procesem informace nemocného), který řada lékařů nedostatečně vnímá, je dosažení souladu mezi očekáváním lékaře a očekáváním nemocného. Problém vyplývá z častého rozdílu mezi lékařovou představou a jeho uspokojením z dosažených léčebných výsledků a představami a očekáváním nemocného (2, 8).

Rozhodnutí vyhledat lékařskou pomoc není prostou funkcí chronicity, nebo intenzity příznaků. Je určováno dalšími faktory, jako je kulturní zázemí, medicínské znalosti, interference symptomů s prací a vztahy k okolí a konečně tlak okolí. Dále je potřebné si uvědomit, že jestliže nemocný přichází k lékaři poprvé, bez předcházející zkušenosti se systémem ambulantní nebo nemocniční rutiny, může u něj fyzikální vyšetření vyvolat určité překvapení a úzkost. Teprve chronicita onemocnění spojená s nutnými opakovanými návštěvami vede

k návyku na tyto procedury a vyústí v pozitivnější vztah k lékaři a vzniku jakési vzájemné spolupráce.

V jeho počátku však může být diskrepance v názoru nemocného a lékaře na cíle léčby a její dosažené výsledky. Existují jasné doklady z praxe, že priority postavené nemocným a jeho představy o úspěchu použité léčby se mohou diametrálně lišit od představ a názoru ošetřujícího personálu. Hodnocení kvality života, funkčního a psychologického stavu nemocným se může lišit od hodnocení lékařova (2). Až 20 % nemocných revmatoidní artritidou očekává, že budou léčbou kompletně zbaveni bolesti (3), zatímco nemocní s osteoartrózou očekávají od totální kloubní náhrady spíše zlepšení funkce nežli ústup bolesti (8). Je tedy očekávání nemocného rozhodující pro jeho spokojenost s dosaženými výsledky léčby. Nespokojený nemocný velmi pravděpodobně méně disciplinovaně dodržuje doporučený léčebný režim, nechodí pravidelně na lékařské kontroly a obrací se k prostředkům alternativní medicíny, nebo mění svého lékaře.

Proto již v počátku komunikace nemocného s lékařem (jakmile je upřesněna diagnóza chronické revmatické choroby) by měla být vysvětlena podstata onemocnění, jako léčba a také jaké výsledky je možno od této léčby pro nemocného očekávat. Nemocný má dvojitou potřebu: 1. vědět a rozumět (to know and understand), tzn. pochopit, co je s ním v nepořádku, co je příčinou jeho bolesti atd., 2. být poznán a být chápán (to be known and understood), tzn. mít pocit, že lékař bere jeho potíže vážně a že chápe to, co pokládá nemocný v dané situaci pro něj za nejdůležitější. V dialogu mezi lékařem a nemocným zaujímá nemocný častěji pasivní úlohu tím, že k němu přispívá jen asi 40 %. Z informací, kterých se nemocnému od lékaře dostává, si pamatuje asi 40 % a z toho asi polovina bývá interpretačně zkreslená, nebo určitým způsobem přizpůsobena a upravena. V jedné studii u nemocných s revmatoidní artritidou se ukázalo, že polovina nemocných si vybavovala téměř veškeré informace, kterých se jim dostalo během návštěvy u lékaře, ale až 75 % s poučením nesouhlasilo, nebo je odmítalo (2). Někdy je to dáno jakousi selekcí, pomocí které si nemocný z informací vybírá jen ty, které považuje pro sebe za důležité a podstatné. Významná je skutečnost, že nemocný chce nejen obecné informace o podstatě onemocnění a možnostech léčby, ale informace, které jsou relevantní k jeho osobním potížím a problémům — např. jak silné bude mít bolesti, zda bude schopen dále pracovat a pod. Velmi složitá je otázka vyváženosti poskytnuté informace — lékař by neměl zlehčovat závažnost diagnostikované chronické revmatické choroby a projevovat „laciný“ optimismus, na druhé straně by neměl nemocného neúměrně stresovat příliš chmurným vykreslením charakteru onemocnění a jeho prognózy. Nemocný by měl nabýt dojmu, že jeho návštěva u lékaře byla oprávněna, že její výsledek je pro něj pozitivní. Ve vztahu k okolí nemocného by mělo setkání s lékařem

vyústit v dvě možné polohy: 1. v případě, že okolí nemocného jeho potíže podceňovalo a potvrdila se závažnost choroby, mělo by se nemocnému dostat od lékaře jakési morální, případně i faktické podpory; 2. v případě druhého extrému, kdy byla péče a starostlivost ze strany okolí nemocného přehnaná, měla by se uvést na správnou míru a do přiměřených kolejí odpovídajících aktuální závažnosti choroby a její prognóze.

## KLASIFIKACE REVMATICKÝCH CHOROB

Podle klasifikace Americké revmatologické koleje máme více než 220 nozologických jednotek zařazovaných mezi revmatické choroby. Z praktického hlediska má význam několik okruhů chorob, které jsou relevantní k naší problematice komunikace s nemocným trpícím chronickou chorobou (10, 11).

Největší skupinu představují degenerativní kloubní choroby — osteoartróza, která je charakterizována různě rychlým progredujícím průběhem se střídáním období kompenzace a dekompenzace chorobného procesu. Léčebné možnosti jsou omezené a spočívají v řadě nefarmakologických léčebných postupů, které tlumí hlavně syndrom bolesti a při tom neovlivňují postup tkáňových změn. To platí i o léčbě medikamentózní. Konečným řešením postižení velkých kloubů — kyčelních a kolenních — je jejich náhrada totální endoprotézou. Většina nemocných patří do vyšších věkových skupin. Proto i incidence a prevalence osteoartrózy s prodloužujícím se věkem stoupá a je jedním ze závažných příčin pohybového handicapu u starých spoluobčanů.

Druhou skupinou jsou chronické zánětlivé revmatické choroby, kam patří především revmatoidní artritida a její varianty a zánětlivé spondylartropatie. Zařazujeme sem i psoriatickou artritidu a chronicky probíhající systémové choroby (např. systémový lupus erythematosus). Tyto choroby představují významnou sociální zátěž, protože postižují více jedinců v produktivním věku a profil této zátěže je různý. Závisí na charakteru onemocnění, jeho progresivitě a agresivitě. Revmatoidní artritida a systémové choroby postižují více ženy v mladším a středním věku. Představují nemoci nevyлéčitelné, kde prognóza je nejistá. Zánětlivé choroby páteře jsou více onemocněním mužů a méně žen, jsou obvykle lépe zvládnány nežli revmatoidní artritida.

Třetí skupinou jsou nezáneřtlivé choroby páteře a mimokloubní revmatizmy. Charakter chronického onemocnění mohou mít některé ireverzibilní syndromy těžké degenerace meziobratlových plotének a na ni nasedající spondylózy, někdy spojené se syndromem spinální stenózy, dále těžké formy difúzní idiopatické hyperostózy (DISH) a konečné stavy po neúspěšných operacích vyhrězlých plotének.

Čtvrtou skupinu představují metabolické choroby kostní — prakticky se jedná o osteoporózu, opět onemocnění

vyššího věku, které vystupuje do popředí především u postmenopauzálních žen.

Trochu stranou stojí některé „částečně“ chronické choroby pohybového systému např. různé formy bolestivého ramene a některé změny v oblasti dolních končetin, které vedou k syndromu tzv. bolestivé nohy. Tato onemocnění mohou mít v řadě případů chronický charakter — není tomu však vždy — a intenzita obtíží a stupeň handicapu nemusí být tak velká jako u více systémových onemocnění.

### CHRONICKÉ REVMAICKÉ CHOROBY JAKO PROBLÉM VYŠŠÍHO VĚKU

Nejrozšířenější revmatické choroby jsou chorobami vyššího věku. Platí to především o osteoartróze, široké skupině chorob páteře, metabolických chorobách kostních a některých formách mimokloubního revmatizmu (bolestivé afekce ramenního kloubu). Zánětlivé kloubní choroby a systémové autoimunní choroby jsou onemocněními mladšího a středního věku, i když jejich nástup ve vyšším věku není vyloučen, naopak vzniká dojem, že jich u starších jedinců přibývá. Někdy je obtížné stanovit hranici mezi fyziologickými procesy stárnutí pohybového aparátu a změnami, které jsou již v oblasti patologie (např. osteoartróza velkých kloubů (5)).

Proto má interakce lékaře s nemocnými revmatickými chorobami některá specifika, která jsou charakteristická pro jeho interakci se staršími nemocnými. V souvislosti s chronickými revmatickými chorobami nabývá na významu dnešní pojmání stáří nejenom jako fenomenu biologického, ale jeho pojmání spíše ve smyslu sociologickém. V moderní průmyslové společnosti se stává jedinec starým, když je vyřazen z okruhu výroba—spotřeba (4).

To je jeden aspekt problému starých lidí, druhým aspektem je skutečnost, že jakékoliv ovlivnění stavu starého nemocného je nemožné bez smysluplné činnosti. Z toho vyplývá, že obecné problémy starých lidí mohou být akcentovány právě postiženým pohybového systému a některé revmatické chronické choroby — doprovázející nemocného z období středního nebo mladšího věku — mohou fenomény stáří urychlovat. Také jsou zřejmě chronickými revmatickými chorobami negativně ovlivňovány možnosti příznivého působení „smysluplných“ aktivit, které v řadě případů předpokládají aspoň částečně intaktní funkci pohybového aparátu. Mimo to se kombinací procesu stárnutí a chronického revmatického onemocnění vytvářejí předpoklady pro další poruchy funkční aktivity např. v důsledku pádů a následných zlomenin.

Rozhovor se starým nemocným by se měl vést podle určitých zásad, které zohledňují omezení vyplývající z vyššího věku a využívají dlouholeté pozitivní zkušenosti s komunikací s touto skupinou nemocných (tab. 4). Komunikace

Tab. 4. Zásady diskuse se starými nemocnými.

1. Rozpoznat a respektovat omezení starého věku
2. Respektovat bariéry komunikace (poruchy zraku, sluchu, hybnosti, paměti)
3. Pozor na specifické problémy — pseudomorbidity, skryté syndromy (deprese, návyk na alkohol a léky)
4. Nemoc jako maska, prostředek, signál úsilí a snahy o společenský kontakt
5. Vztít do úvahy celoživotní historii
6. Nepodceňovat stesky a chovat se s úctou a příliš nepoučovat
7. Zahrnovat do léčebného programu členy rodiny
8. „Mírný stres“ spíše nežli kompletní péče (aktivita nemocného)
9. Lékař je významný sociální kontakt
10. Více diskuse a méně medikace

ce se starým nemocným musí být především trpělivá a citlivá, protože osobní a verbální kontakt se starým nemocným postiženým chronickou chorobou je často to jediné, co můžeme tomuto nemocnému v ordinaci poskytnout. Na druhé straně je kontakt s lékařem pro starého člověka často jedinou společenskou „událostí“ v jeho jednotvárném životě, omezeném a znepríjemňovaném chronickou chorobou. Jestliže se hodnotový žebříček v starším věku podstatně mění, pak společenský kontakt si na něm udržuje často čelné místo. Rozhovor se starým nemocným trpícím chronickou chorobou by měl odhalit podstatný problém, který se za plejádou stesků nemocného skrývá (hledání souhlasu mezi očekáváním nemocného a představami lékaře — viz výše). Vyselektovat v polymorbiditě jen významné problémy a nesnažit se léčit všechny potíže, ale zaměřit se jen na ty podstatné. Nenechat se strhnout k přílišnému poučování nemocného a vystříhat se „paternalistického“ přístupu k nemocnému. Zde je třeba individualizovat, protože někteří nemocní dávají přednost „živošnějšímu“ přístupu, zatím co jiným nemocným vyhovuje spíše formálně zdvořilé chování lékaře a ošetřujícího personálu.

### OBECNÉ A SPECIÁLNÍ PROBLÉMY KOMUNIKACE U JEDNOTLIVÝCH REVMAICKÝCH CHOROB

Mezi obecné problémy, které je u nemocných s chronickými revmatickými chorobami třeba řešit, patří na prvním místě problematika bolesti (10). Jde zde převážně o bolest „chronickou“, která na rozdíl od bolesti „akutní“ ztratila svůj význam varovného signálu. Chronická revmatická bolest má rovněž jiný „podtón“ nežli chronická bolest u nádorového onemocnění, kde je stálou připomínkou závažnosti choroby a vyvolává myšlenky na smrt.

Řešení problému bolesti se odvíjí od její diagnostiky, charakterizace a její kvantifikace. Obvykle analýza bolesti začíná zodpovězením tří otázek: 1. kde, 2. kdy, 3. proč?

Zodpovězení těchto otázek má zásadní význam pro budoucí stanovení diagnózy spolu s dalším rozbořením klinickým a laboratorním. Intenzitu revmatikovy bolesti můžeme orientačně určit podle toho, zda je pohybová, po případě mechanická, zátěžová, nebo klidová. Klidová bolest znamená aktivnější zánětlivý proces, nebo zánětlivou nadstavbu v kloubu artrotickém. Pokusem o kvantifikaci bolesti je využívání různých grafických a verbálních škál. K analýze bolesti patří i určení vyvolávajících momentů, její trvání a distribuci během dne a další přidružené fenomény. Zde je třeba si uvědomit, že mezi jednotlivými nemocnými existují rozdíly v práhu pro vnímání bolesti. Tyto jsou dány výchovou, rasou, někdy pohlavím. Práh pro vnímání bolesti snižují úzkost, nespavost, ústřednost, introverze, deprese, závislost na okolí, izolovanost. Pokus o ovlivnění těchto faktorů může vést naopak k zvýšení prahu vnímání bolesti a tím ji příznivě ovlivnit. Zvláště izolace nemocného je velmi nepříznivým faktorem — bolest je příznivě ovlivněna odvedením pozornosti a tou je na prvním místě kontakt se sympatickými přáteli a milými lidmi vůbec. Nemoc je pak horší v noční samotě, kdy pomáhají pouze farmakologické prostředky. Schopnost vyrovnat se s revmatickou bolestí je velmi individuální proces. Většina nemocných s chronickými zánětlivými revmatickými chorobami souhlasí s podáváním léčiv tlumících bolest — ať už jednoduchých analgetik, nebo nesteroidních antirevmatik i za cenu možných nežádoucích účinků. Naproti tomu u osteoartrózy, kde jsou účinnější prostředky léčby nefarmakologické, řada nemocných nevyžaduje farmakoterapii kloubní bolesti. Je to dáno asi také tím, že osteoartrótická bolest nebývá intenzivní ani konstantní a je vyvolávána spíše mechanickými faktory a ty nebývají farmakoterapií bolesti obvykle ovlivňovány.

Nemocný s osteoartrózou navštěvuje lékaře obvykle v období dekompenzace onemocnění, v mezidobí mohou být jeho návštěvy sporadické, jeho očekávání se soustřeďuje na úlevu od bolesti a současně by byl vděčen za zlepšení kloubní funkce. U nemocných osteoartrózou obzvláště vystupuje do popředí potřeba informovat nemocného již při první návštěvě o podstatě onemocnění, omezených možnostech konzervativní léčby a prognóze, která je samozřejmě velmi individuální, a proto ji můžeme odhadnout jen velmi přibližně. Komunikace s nemocným osteoartrózou je poměrně náročná vzhledem k omezeným terapeutickým možnostem. Proto není vzácností, že nemocný mění ošetřujícího lékaře a hledá pomoc u různých ambulantních specialistů, někdy využívá prostředky alternativní medicíny. Vše toto je naprosto pochopitelné. Každý lékař, na kterého se nemocný s osteoartrózou obrátí, by měl realisticky nemocného informovat o své „nabídce“ léčebných možností a zároveň vysvětlit jejich podstatu a dosavadní zkušenosti s jejich použitím (10, 11).

Převaha nemocných s osteoartrózou jsou starší jedinci, což určuje charakteristické rysy komunikace lékař—nemoc-

ný. Rovněž spektrum priorit je u starších nemocných s osteoartrózou odlišné. Ve sféře funkční je to především zachování soběstačnosti, dále možnosti věnovat se vlastním zálibám a koníčkům. V případě má-li nemocný (nemocná) partnera, který je postižen větším handicapem, přistupuje i obava o zachování schopnosti se o ni (o něj) postarat.

V procesu komunikace s nemocným s osteoartrózou jsou důležité dvě situace, které mohou mít významný psychologický dopad. Prvou situací je postup handicapu nemocného do takového stadia, kdy je nutno k zachování stabilní chůze a za účelem šetření postiženého kloubu doporučit použití podpory (hole nebo některého typu berle). Taktická a taktické vysvětlení potřeby opory je významným momentem v terapeutickém programu. Většinou nemocní používání hole — díky postupujícímu handicapu — přijímají bez větších problémů. Druhý závažný „zlom“ v léčebném úsilí u osteoartrózy je dán indikací k chirurgickému řešení potíží nemocného. Obvykle vychází od ošetřujícího lékaře v případech pokračujících morfologických změn na postižených kloubech a trvalého zhoršování funkce a intenzity kloubních bolestí. Rozhodující pro vlastní provedení výkonu jsou tři zúčastnění: odhodlaný nemocný, ortoped, který považuje výkon za indikovaný, a konečně internista, který vzhledem k časté polymorbiditě starších nemocných rozhoduje o možných rizicích zákroku. Podle některých studií se ukazuje, že nemocní očekávají od kloubní náhrady především zlepšení rozsahu kloubní hybnosti a na druhém místě úlevu v bolestech. Úplné vyléčení očekává jen malý zlomek nemocných (asi 7 %). Očekávání nemocného, realistické údaje o životnosti kloubní náhrady a nutnost určitého „šetřícího“ režimu po operaci, který by životnost endoprotézy prodloužil, je nutnou náplní předoperačních rozhovorů lékaře s nemocným.

Méně početnou skupinou jsou nemocní trpící chronickými zánětlivými revmatickými chorobami. Na prvním místě jsou to nemocní revmatoidní artritidou. Bolesti kloubů jsou intermitentně intenzivní, pokud je choroba aktivní, trvají prakticky neustále. K tomu přistupují systémové projevy, jako jsou teploty, slabost, deprese, nechutenství, ztráta na váze projevy orgánového postižení. Po stanovení diagnózy je obvykle zavedena intenzivní kombinovaná analgeticko-protizánětlivá léčba. Tato sama přináší další problémy a potíže pro nemocného v podobě možných nežádoucích účinků. Choroba může vzniknout v jakémkoliv věku, převládají na rozdíl od osteoartrózy nemocní v produktivním věku, kdy jsou často živiteli nebo matkami rodin. Doprovodným rysem tohoto onemocnění jsou spíše depresivní stavy, nežli schopnost se aktivně s nemocí vyrovnat. Je to dáno trvale algickým stavem, katabolickým charakterem choroby, často i vznikem prácešlechposti.

U revmatoidní artritidy hovoříme spíše o „usměrňování“ choroby (management) nežli o její léčbě. Je to jakýsi prakticky celoživotní boj lékaře a nemocného s chorobou tak,

aby neprogredovala a aby kvalita života nemocného byla uspokojivá. Opět úvodní vysvětlení podstaty onemocnění (aspoň v hrubých rysech) má velký význam. Rovněž je na prosto nezbytné osvětlení úlohy nemocného v tomto boji a realistické stanovení cílů léčby. Konkrétní krátkodobé cíle léčby stále upřesňujeme a znovu definujeme podle aktuální klinické situace.

Komunikace mezi lékařem a pacientem je obvykle pravidelná, což je mimo jiné dáno i potřebou pravidelně monitorovat možné nežádoucí účinky antirevmatické léčby a dále nutností pružně přizpůsobovat léčebný režim měnící se aktivitě onemocnění.

Není třeba připomínat, že péče o nemocné revmatoidní artritidy je pro lékaře nesmírně náročná. Lékař musí udržovat u nemocných realistický optimismus a ukazovat, že má pro nemocného vždy něco v zásobě — z arzenálu léčby farmakologické a nefarmakologické — minimálně však dobré slovo a povzbuzení. Nemocní s revmatoidní artritidou jsou často depresivně ladění a jsou náchylní k upadání do pasivity. O to více je složitá jejich komunikace s ošetřujícím lékařem.

Invalidizující charakter onemocnění nese s sebou potřebu řešení řady sociálních problémů rodinných. Velmi individuální je pak rozhodování o přechodu nemocného do invalidity, které si vyžaduje citlivé zhodnocení jeho klinického stavu a komplexu dalších faktorů sociálních, psychologických aj.

U nemocných ankylozující spondylitidou je situace o něco výhodnější, protože tito nemocní — na prvním místě muži, ale i ženy — jsou podstatně aktivnější a jejich boj a vzdorování nemoci je intenzivnější nežli u nemocných s revmatoidní artritidou. Také frekvence jejich komunikace s lékařem nebývá tak častá jako u nemocných s revmatoidní artritidou — v popředí interakce lékaře s nemocným ankylozující spondylitidou je povzbuzení nemocného k soustavné rehabilitační aktivitě po tom, co byla nemocnému vysvětlena podstata onemocnění. Nemocní zůstávají ve své většině v zaměstnání (i když s určitým omezením) a do invalidního důchodu odcházejí jen výjimečně. V řadě zemí i v naší republice jsou nemocní s ankylozující spondylitidou nejaktivnější skupinou revmatiků a mají vlastní zájmové organizace (Klub bechtěreviků), což značně ulehčuje práci ošetřujícího lékaře.

Komunikace lékaře s nemocnými chronickými degenerativními vertebrogenními chorobami se podobá komuni-

kaci s nemocným osteoartrózou. To platí i o komunikaci s nemocnými trpícími metabolickými chorobami skeletu.

Zvláštní kapitolu představují nemocní se systémovými autoimunními chorobami, jako je např. systémový lupus erythematoses. Tyto choroby mají dnes díky intenzivní medikamentózní léčbě charakter chorob chronických s možnými akutními exacerbacemi. V porovnání s předcházejícími chronickými revmatickými chorobami mají horší prognózu s možností orgánového postižení. Tíha komunikace s těmito nemocnými spočívá obvykle na odborném lékaři internistovi-revmatologovi, případně podle orgánových projevů na dalších odborných lékařích.

## LITERATURA

1. Anderson, J.L., Dodman, S., Kopelman, M., Fleming, S.: Patient information recall in a rheumatology clinic. *Rheumatol Rehabil*, 18, 1979, s. 18—22.
2. Carr, A.J., Donovan, J.K.: Why doctors and patients disagree. *Brit J Rheum*, 37, 1998, s. 1—6.
3. Daltroy, L., Eaton, H., Hashimoto, H., Liang, M.H.: Rheumatoid arthritis patient's expectations for treatment outcome. *Arthr Rheum*, 38, 1995, s. 310.
4. Geisler, L.: Doctor and patient — a partnership through dialogue. Frankfurt, Pharma Verlag 1991, 340 s.
5. Hamerman, D.: Aging and musculoskeletal system. *Ann Rheum Dis*, 56, 1997, s. 578—585.
6. Hartmann, F.: Betreuung statt Behandlung chronisch Kranken. *Med Klinik*, 5, 1986, s. 187—191.
7. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Praha, Galén 1997, 153 s.
8. Kwok, K., Feinstein, A., Gifford, R. et al.: Physician—patient agreement on patient's priorities for important treatment outcomes. *Arthr Rheum*, 30, 1987, Suppl. 4, s. 101.
9. Raspe, H.H.: Die Aufklärung des Krankenhauspatienten und das Problem des Hospitalismus. *Dtsch Med Wschr*, 193, 1978, s. 1998—2003.
10. Trnavský, K. a spol.: Léčebná péče v revmatologii. Praha, Galén 1993, 167 s.
11. Trnavský, K.: Revmatické nemoci — co o nich víme a jak s nimi žít. Praha, Grada 1994, 124 s.
12. WHO: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva, WHO Publishing House 1980, 205 s.

Do redakcie došlo 28.10.1999.

Adresa autora: Prof. MUDr. K. Trnavský, DrSc., Krymská 41, 101 00 Praha 10, Česká republika.

## LIEČBA POSTENOPAUZÁLNEJ OSTEOPORÓZY RALOXIFENOM

V. FEDELEŠOVÁ, K. CHYLOVÁ, R. DZÚRIK

Klinika farmakoterapie Ústavu preventívnej a klinickej medicíny a fakultnej nemocnice s poliklinikou akademika L. Déreera v Bratislave

Autori referovali o výsledkoch medzinárodnej, multicentrickej klinickej štúdie liečby postmenopauzálnnej osteoporózy raloxifenom, štúdia MORE (The Multiple Outcomes of Raloxifen Evaluation), ktorej sa zúčastnilo aj ich pracovisko.

Raloxifen je selektívny modulátor estrogénových receptorov (SERM). SERM sú skupinou štruktúrne odlišných komponentov, ktoré sú odlišné od estrogénov svojou schopnosťou pôsobiť na estrogénový receptor ako agonisty alebo antagonisty v závislosti od cieľového tkaniva a hormonálneho prostredia. Raloxifen pôsobí agonisticky na kostné tkanivo a sérové lipidy a ako antagonist na maternicu a prsníky (tab. 1).

NA štúdiu sa zúčastnilo 7705 postmenopauzálnych žien, ktoré mali osteoporózu podľa WHO kritérií. Ženy po randomizácii dostávali raloxifen denne v dávke 60 mg alebo 120 mg alebo placebo. Všetky ženy boli denne suplementované kalcium a cholekalciferolom.

Hlavným cieľom štúdie bolo vyhodnotiť incidencia nových zlomenín stavcov, ktoré sa vyhodnocovali röntgenologicky (RTG) v 24. a 36. mesiaci od začatia liečby a kostnú densitu (BMD), ktorá bola vyhodnotená ročne duálnou röntgenovou absorpciometriou.

Po 36 mesiacoch bolo vyhodnotených 6828 žien a 503 (7,4 %) malo zistenú najmenej 1 fraktúru stavca. Z týchto žien, ktoré mali zistenú novú fraktúru stavca, 10,1 % užívalo placebo, 6,6 % užívalo raloxifen v dávke 60 mg denne a 5,4 % raloxifen v dávke 120 mg denne. Riziko incidencie novej fraktúry sa znížilo v oboch skupinách žien užívajúcich raloxifen (skupina užívajúca raloxifen v dávke 60 mg: relatívne riziko (RR) 0,7; 95 % konfidenčný interval (CI) 0,5—0,8; skupina užívajúca denne 120 mg raloxifenu: (RR 0,5; 95 % CI 0,4—0,7). Frekvencia zlomenín stavcov sa znížila v oboch skupinách žien, ktoré mali alebo nemali osteoporotickú zlomeninu stavca pri vstupe do štúdie. Riziko nevertebrálnych zlomenín u žien užívajúcich raloxifen alebo placebo nebolo signifikantne rozdielne (RR 0,9; 95 % CI 0,8—1). Ženám užívajúcim raloxifen sa zvýšilo BMD v porovnaní so ženami na placebe: BMD krčka femoru o 2,1 % (60 mg raloxifen) a 2,4 % (120 mg raloxifen), BMD stavcov chrbtice o 2,6 % (60 mg raloxifen) a 2,7 % (120 mg raloxifen)  $p < 0,0001$  pre všetky porovnávaná.

Ženy užívajúce raloxifen mali zvýšené riziko žilových tromboembolických príhod v porovnaní s placebovou skupinou (RR 3,1 %; 95 % CI 1,5—6,2). Raloxifen na rozdiel od hormonálnej substitučnej terapie nespôsobil vaginálne krvácania, ani bolesť prsníkov a významne znížil incidencia karcinómu prsníka.

Raloxifen po vyhodnotení štúdie MORE je ďalšou významnou možnosťou liečby postmenopauzálnnej osteoporózy. Raloxifen u žien s postmenopauzálnou osteoporózou zvyšuje kostnú densitu stavcov a krčka femoru a redukuje riziko zlomenín stavcov.

**Tab. 1. Klasifikácia aktívnych látok estrogénového receptora na podklade ich in vivo profilových látok.**

Selektívne modulátory ER				
Miesto	Čisté agonista	I. generácia agonista	II. generácia agonista	Estrogény agonista
kost' metabolizmus	antagonista	agonista	agonista	agonista
cholesterolu	?	agonista?	agonista	agonista
uterus	antagonista	parciálny	antagonista	agonista
agonista				
prsník	antagonista	antagonista	antagonista	agonista
Prototypová zložka	ICI-164384	tamoxifen	raloxifen	17 $\beta$ -estradiol

### LITERATÚRA

**1. Ettinger, B. et al.:** Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women with Osteoporosis treated with Raloxifene. *J Amer Med Ass*, 282, 1999, č. 7, s. 637—645.

Prednesené na Spolku slovenských lekárov v Bratislave 29.11.1999.

Zapísal doc. MUDr. M. Bernadič, CSc.