

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH REUMATOID ARTHRITIS

KRCHŇAVÁ Martina, ŠIMONOVÁ Michaela, ĎURINOVÁ Eva, ZAMBOJOVÁ Ingrid

Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie v Piešťanoch, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Piešťany

ABSTRAKT

Východiská: Reumatoidná artritída je chronické autoimunitné ochorenie, ktoré sa prejavuje zápalom kĺbov. V ťažších štádiách sa môžu objaviť aj extraartikulárne prejavy – postihnutie systémových orgánov. Následkom opuchov, bolesti, obmedzenej pohyblivosti a vznikom deformít (hlavne v oblasti rúk) sa výrazne znižuje kvalita života pacientov. Fyzioterapia ako moderná veda ponúka široké množstvo metodík, ktoré môžu priaznivo vplyvať na kvalitu života pacientov.

Cieľ: Cieľom práce bolo priblížiť komplexnú fyzioterapiu v liečbe reumatoidnej artritídy. V prieskume sme zistovali kvalitu života pacientov s reumatoidnou artritídou a ich skúsenosti s aplikáciou fyzioterapie a skúsenosti s návštevou kúpeľného zariadenia.

Súbor a metodika: Prieskum bol realizovaný formou dotazníka, ktorý bol uverejnený na sociálnych sieťach v skupinách, v ktorých spolu komunikujú pacienti s reumatoidnou artritídou. Zber údajov prebiehal 5 týždňov. Za ten čas naň reagovalo 71 respondentov. Prevažnú časť tvorili ženy (89%). Vekové rozpätie bolo od 17 do 70 rokov, pričom priemerný vek bol 40,49 rokov. **Výsledky:** Viac ako polovica pacientov s reumatoidnou artritídou (59%) doposiaľ ani raz nevyužila možnosť kúpeľnej liečby a viac ako tretina pacientov (35%) dokonca nemá žiadne skúsenosti s aplikáciou fyzioterapie.

Záver: Na základe výsledkov prieskumu môžeme stanoviť niekoľko odporúčaní. Prvým je sústavná propagácia fyzioterapie a jej metodík, ktoré môžu pacientovi výrazne uľahčiť sebestačnosť a priaznivo tak pôsobiť na ich kvalitu života. Taktiež je dôležitá propagácia kúpeľníctva a minerálnych zdrojov, ktorými Slovensko disponuje. Rovnako dôležitá je motivácia pacienta aktívne sa podieľať na terapeutickom procese.

Kľúčové slová: Reumatoidná artritída. Kvalita života. Fyzioterapia

ABSTRACT

Backgrounds: Rheumatoid arthritis is a chronic, long-lasting, autoimmune disease that is manifested by inflammation of the joints. In the heavier stages, extra-articular symptoms may also be occurred by affecting the system of organs. As a result of swelling, joint pain, limited mobility and deformity (especially in the area of the hands), the quality of life of patients is greatly reduced. Physiotherapy as a modern science offers a variety of methodologies that can favorably affect the life quality of patients.

Aim: The aim of this work was to approach complex physiotherapy in the treatment of rheumatoid arthritis. The survey looked at the life quality of patients with rheumatoid arthritis and their experience with the application of physiotherapy and experience of visiting the spa.

Sample and methods: The survey was conducted in the form of a questionnaire that was published on social networks in groups in which patients with rheumatoid arthritis communicate. The

questionnaire was valid for 5 weeks, 71 respondents responded to it. The majority were women (89%), the age range was 17-70, with an average age of 40.49. The questionnaire consisted of 16 questions, according to the age and gender.

Results: Based on the survey results, we found out that more than half of the respondents (59%) had never used the option of spa treatment and more than a third of the respondents (35%) had no experience with the application of physiotherapy.

Conclusion: Based on the results of the survey, several recommendations can be made. The first is the continuous promotion of physiotherapy and its methodologies, which can greatly facilitate the patient's self-sufficiency and favorably affect their quality of life. It is also important to promote the spa and rich mineral resources that are in Slovakia at disposal. It is equally important to motivate the patient to participate actively in the therapeutic process.

Key words: Rheumatoid arthritis. Quality of life. Physiotherapy

ÚVOD

Reumatoidná artritída (RA) je zdĺhavé chronické zápalové ochorenie, ktoré v súčasnosti postihuje čoraz väčšiu časť populácie. Na Slovensku ňou trpí približne 55 000 obyvateľov. Dokáže sa prejavovať v každom veku, pričom príčina je neznáma a ochorenie môže skrátiť život až o 10 rokov (Rovenský, Pavelka, 2000). Toto ochorenie sa vyskytuje s prevalenciou 0,5-1%, pričom priemerný vek začiatku choroby je 40 rokov. Vyskytuje sa na celom svete a trpia ňou častejšie ženy ako muži (2-3:1) (Buc, 2016). Táto forma artritídy je najčastejšie sa vyskytujúce zápalové ochorenie kĺbov. Pacienti nemajú postihnuté len kĺby, ale aj ďalšie zložky pohybovej sústavy, a to šľachy a periost a vo väčšine prípadov aj iné vnútorné orgány (Rovenský, Pavelka, 2000). To všetko sa môže negatívne odraziť psychike pacienta. Fyzioterapia ako moderná a širokospektrálna veda dokáže značným spôsobom pomôcť aj pacientom s reumatoidnou artritídou. Kľúčovú úlohu zohráva trpezlivosť fyzioterapeuta, pozitívny prístup a správna motivácia k vytrvalosti a dlhodobému cvičeniu. Metodiky, ktoré fyzioterapia ponúka môžu mať veľký význam v boji s touto chorobou. Kinezioterapia a elektroliečba môžu byť nápomocné pri bolestiach. Kryoterapia môže zmierniť

rannú stuhnutosť a opuchy, ktorými pacienti s RA pravidelne trpia. Možnosť ergoterapie zase ponúka množstvo kompenzačných pomôcok, ktoré pacientom môžu do značnej miery zlepšiť sebestačnosť a tým aj kvalitu ich života. Psychosociálna rehabilitácia pomáha osobám s RA začleniť sa do spoločnosti, môže im ponúknuť nový pohľad na svet s ľuďmi, ktorí majú podobné problémy. Veľmi vhodné je preto motivovať pacienta k návšteve rôznych združení pre reumatikov (ako napr. Liga proti reumatizmu), aby nezostali na túto chorobu sami. Fyzioterapia tak zohráva významnú úlohu v liečbe pacientov s RA.

REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA

„*Reumatoidná artritída (RA) je časté, závažné zápalové ochorenie, ktoré postihuje všetky vekové skupiny s maximálnym výskytom u mladých ľudí a premenopauzálnych žien. Ochorenie má multifaktorové príčiny, vrátane určitej genetickej predispozície a je preň charakteristický chronický zápal, ktorý je iniciovaný a udržiavaný autoimunitnými mechanizmami. Priebeh RA je veľmi variabilný. Akútne exacerbácie môžu vystriedať remisie. Ochorenie má celkovo progresívny priebeh a často vedie k invalidite. Taktiež skracaje život až o 10 rokov*“ (Rovenský, Kozák, Štvrtinová, 2015, s. 68). Príčiny vzniku nie sú doposiaľ známe, avšak RA je geneticky determinovaná choroba. U jednovaječných dvojčiat sa vyskytuje na úrovni 15-30%, pričom u dizygótnych dvojčiat je to len 5%. Je dokázané, že 30-percentný podiel na genetickej predispozícii pripadá na HLA-komplex (Buc, 2016). Dôležitú úlohu zohráva aj náchylnosť na choroby a faktory vonkajšieho prostredia. V začiatočnom štádiu ochorenia sa aktivujú bunky imunitného systému, T – lymfocyty, ktoré spúšťajú produkciu cytokíninov. Tieto látky aktivujú ostatné bunky v tkanivách, ale aj bunky imunitného systému, podporujú zápalový proces a poškodzujú tkanivá (Rovenský, Pavelka, 2000). Medzi najvýznamnejšie rizikové faktory patria pohlavie (ženy ochorením trpia 3-krát častejšie), vek (RA sa najčastejšie objavuje vo veku medzi 30.-60. rokom života) a významnú úlohu pri vzniku majú aj genetické činitele. Ďalšími dôležitými faktormi sú fajčenie, obezita, transfúzie krvi, skrátené fertílne obdobie u žien spojené s nízkou hladinou reprodukčných hormónov. V menšej miere sa na vzniku reumatoidnej artritídy podieľajú rizikové faktory ako napríklad konzumácia kávy a úrazy (Bird et al., 2007).

Včasná reumatoidná artritída je ohraničená časovou hranicou 2 roky, s rozptylom 1-4 roky. Klinická charakteristika tejto fázy je vretenovité zdurenie interfalangálnych kĺbov na ruke, palpačná citlivosť, ranná stuhnutosť a oslabený úchop ruky. Progresívne ochorenie charakterizujú trvalo zvýšené reaktanty akútnej fázy, taktiež je prítomná polyartritída a röntgenová snímka obsahuje erózie a deštrukcie. Často sa objavujú aj systémové prejavy. Neskoré ochorenie charakterizujú naplno rozvinuté deformácie a pacienti trpia viacerými komplikáciami ako napríklad postihnutie krčnej chrbtice, šľachové ruptúry, sekundárna osteoartróza a osteoporóza (Rovenský, Pavelka, 2000).

Charakteristické pre RA je symetrické postihnutie hlavne drobných kĺbov rúk a nôh. Typicky bývajú postihnuté metakarpofalangeálne, interfalangeálne a metatarzofalangeálne kĺby, zápästie, ale aj lakte, ramená, bedrá či kolena (Bird et al., 2007). Pôsobenie RA sa na krčnej chrbtici prejavuje na úrovni stavcov C1-C2 atlantoaxiálnou sublúxiou, ktorá môže presahovať 10 mm. Je prítomná asi u 30% séropozitívnych RA. Prejavuje sa nepriemernými bolesťami v zmysle cervikokraniálneho či cervikobrachiálneho syndrómu, parestézami, slabosťou dolných končatín, ale môže byť aj asymptomatická (Rovenský, Pavelka, 2000). RA je systémové ochorenie, ktoré môže mať výrazné systémové prejavy, akými sú napríklad teploty, nevoľnosť a úbytok hmotnosti. Okrem toho môže postihnúť mnohé orgány a systémy, pričom najzávažnejšie sú vaskulitída, amyloidóza a pľúcna fibróza. Medzi typické laboratórne prejavy patrí anémia, zvýšené reaktanty akútnej fázy, trombocytóza a zvýšené hodnoty pečeňových testov (Kozák et al., 2017). Reumatoidné uzly (obrázok 1) sprevádzajú aktívnejšie ochorenie a vyskytujú sa u 20% prípadov. Objavujú sa na miestach so zvýšeným tlakom, ako sú lakte, kĺby na rukách, sakrálne prominencie alebo stupaj nohy (Rovenský, Pavelka, 2000).



Obrázok 1 Reumatoidné uzly rúk (Olejárová et al., 2016, s. 40)

Dôležitým aspektom v priebehu daného ochorenia sú očné prejavy. Začínajú už v detskom veku, sú spojené so systémovým ochorením juvenilná idiopatická artritída. Častou komplikáciou pri RA sú zadné synechie – zrasty dúhovky so šošovkou, ktoré môžu spôsobiť komplikovanú kataraktu. Ďalšími nálezmi sú episkleritída, skleritída a periférna ulcerácia rohovky (Kozák et al., 2017).

LIEČBA OCHORENIA

Liečbu pacienta s RA tvorí liečba medikamentózna, biologická a nemedikamentózna. Nesteroidové antireumatiká sú liekom prvej voľby. Zmierňujú zápalové prejavy a tlmia bolesť. Pacientovi sú nasadené dlhodobé, počas celého priebehu aktívnej fázy RA, aj pokiaľ ešte diagnóza nie je úplne jasná. Nástup analgetického účinku sa dostaví v priebehu niekoľkých hodín a nástup protizápalového účinku sa prejaví s odstupom 5-7 dní (Killinger, 2015).

Lieky modifikujúce priebeh ochorenia majú značný účinok pri liečbe RA, a to potlačenie zápalovej aktivity, navodenie remisie spomalenie röntgenovej progresie ochorenia a kĺbových deštrukcií. Do tejto skupiny patria antimalariká, metotrexát, leflunomid, soli zlata, sulfasalazín, cyklosporín. Glukokortikoidy majú protizápalový účinok a ich výhodou je, že pôsobia veľmi rýchlo a intenzívne. Indikujú sa malými dávkami prednisonu denne a výrazne pomáhajú pri utláčaní extraartikulárnych prejavov akými sú serozitída či vaskulitída. Tiež zmiernujú bolesť a rannú stuhnutosť (Kozák et al., 2017).

Biologická liečba je v súčasnej dobe najúčinnnejším spôsobom liečby RA s najlepšimi výsledkami. Je založená na princípe špecifického zásahu s presne definovaným cieľom. Toto cielečné ovplyvnenie danej štruktúry umožní zvýšiť účinnosť a aj bezpečnosť liečby. Ide však o rozsiahly zásah do ľudského organizmu, najmä do reakcií imunitného systému, čo môže viesť k vzniku nežiaducich vedľajších účinkov (Killinger, 2015).

Prvotným cieľom nemedikamentózne liečby RA je navodenie remisie ochorenia. Pokiaľ to nie je možné, je liečba zameraná aspoň na zníženie aktivity ochorenia, zmiernenie bolesti, potlačenie zápalu, zachovanie svalovej sily, uchovanie funkcie a celkovo je dôležité zlepšiť kvalitu života, práceneschopnosť a potlačiť röntgenovú deštrukciu kĺbov. Prioritou nemedikamentózne liečby sú režimové opatrenia – pokoj na lôžku a rehabilitácia (Kozák et al., 2017).

FYZIOTERAPIA

Rehabilitačná liečba pri ochorení RA má 3 hlavné funkcie a tými sú funkcia preventívna, korekčná a udržiavacia. Preventívna funkcia má za cieľ predchádzať strate funkcie a začať s rehabilitáciou už vo včasnom štádiu ochorenia. Korekčná zložka prispieva k funkčnému zlepšeniu. U chronických pacientov s už existujúcimi deformitami zohráva dôležitú úlohu práve udržiavacia funkcia, ktorá môže pomocou nacvičených pohybov, kompenzačných pomôcok a ortéz udržať už vzniknutý stav pacienta. Základné metodiky využívané vo fyzioterapeutickom postupe pri RA sú kinezioterapia, fyzikálna terapia, prevencia deformít, liečba prácou, výchovná a psychosociálna rehabilitácia (Hübnerová, 2005). Aktuálne štádium ochorenia, a teda zápalovej aktivity, je dôležitým ukazovateľom pri výbere pohybovej aj fyzikálnej liečby. Medzi ďalšie faktory, ktoré je potrebné si všímať patria vek pacienta, postihnutie iných orgánov a prípadné komplikácie. Podľa spomínaných ukazovateľov pristupujeme k pacientovi inak v štádiu nízkej, strednej a vysokej zápalovej aktivity (Kolář et al., 2009).

Štádium vysokej zápalovej aktivity: V tomto štádiu je pacientom odporučený 2-3 dňový kľud na lôžku, kedy v rámci rehabilitácie dodržiavame zásady správneho polohovania. Najčastejšie sa používa polohovanie v odľahčení – v závese, využívané sú aj termoplastické dlahy, ktoré pôsobia preventívne, ale majú aj korekčný a analgetický účinok. Pacientom v tomto štádiu je dôležité precvičiť kĺby pasívne v maximálnom rozsahu pohyblivosti. Cieľom je zabrániť vývoju atrofie okolitých svalov, v ktorých prevažujú myofibrili typu II (končatinové svaly). Ďalej môžeme využiť ťažkovú trakciu s ťažkom v osi končatiny. Zvyčajný postup rehabilitácie sa začína uvoľňovaním kĺbov, ktoré sú najviac bolestivé a relaxáciou svalstva (Kolář et al., 2009). Z fyzikálnej terapie využívame v akútnom štádiu aplikáciu lokálnej kryoterapie (5-10 minút s analgetickým účinkom a 15-20 minút v dlhšej sérii s antiflogistickým účinkom), ochladzovanie prúdením a studené obklady. Za účelom podobných účinkov je využívaný jednosmerný galvanický prúd a nízkofrekvenčné prúdy (Hübnerová, 2005).

Štádium strednej zápalovej aktivity: Stredná zápalová aktivita sa vyznačuje už ustupujúcim zápalom a vtedy je potrebná postupná aktivizácia pacienta. Dbáme hlavne na svaly, ktorých atrofiou môžu vzniknúť deformity. Medzi takéto svaly na horných končatinách patria extenzory zápästia, prstov

ruky a ich krátke svaly spolu s extenzormi laktového kĺbu. Na dolnej končatine sú to extenzory kolenného kĺbu a svaly nožnej klenby. V tomto štádiu využívame izometrické cviky spolu s cvikmi aktívnymi. Pokiaľ sú už existujúce deformity, zameriame sa na nácvik substitučných pohybov pre zlepšenie sebaobsluhy (Kolář et al., 2009). V štádiu strednej zápalovej aktivity môžeme z elektroterapie využiť interferenčné prúdy, ktoré sa vyznačujú analgetickým a miernym myostimulačným účinkom. Takisto je vhodná aj balneoterapia (Hübnerová, 2005).

Štádium nízkej zápalovej aktivity: V začiatkových štádiách tohto ochorenia ešte zvyčajne nepozorujeme štrukturálne poruchy kĺbov a deformity, takže fyzioterapeutické metodiky budú mať preventívny vplyv. Z pohybovej liečby sa aplikujú opakované izometrické aktívacie so submaximálnou silou (približne 1/3 maximálnej sily), tým zvýšime svalovú silu (znásobíme svalové vlákna typu I). Celkovo sa zvýši trébovanosť a výdrž svalu. Ďalej sa zameriavame na ovplyvnenie svalového hypertonusu, zväčšenie rozsahu pohybu, prípadne nácvik chôdze za pomoci dvoch francúzskych bariel. Môžeme využiť aj aeróbne kondičné cvičenie (Kolář et al., 2009). Z termoterapie v štádiu nízkej zápalovej aktivity využívame relaxačný analgetický hyperemický efekt hypertermickej teploty (parafín, teplé obklady, fango, parafango, peloidy). Z elektroterapie sa používajú interferenčné prúdy a taktiež aj vysokofrekvenčné prúdy na celkové prehriatie tkanív svalstva, uvoľnenie spazmov s výrazným analgetickým účinkom. Z vodoliečby sa pacientom odporúča hydrokinezioterapia, celkový kúpeľ s termickým a hydrostatickým efektom, perličkový kúpeľ s mechanickým účinkom a vírivý kúpeľ končatín. Vhodná je aj balneoterapia (Hübnerová, 2005).

Režimové opatrenia: Prispôsobenie sa tejto chorobe si vyžaduje veľkú trpezlivosť a sebazaprenie. Úlohou fyzioterapeuta je pomôcť pacientovi prekonať stresujúce a bolestivé obdobia, nájsť pre neho vhodné techniky a pomôcky, ktoré mu pomôžu prekonať neprijemnú fázu a zlepšiť kvalitu života. Pacienta je potrebné naučiť prekonávať a prispôbovať sa nasledovným oblastiam: bežný život, adaptácia na bolesť, adaptácia na stres, udržanie pohyblivosti, ochrana kĺbov, strava (Bird, et al., 2007). Brazílsky výskum z roku 2016 sa zaujímal o to, aká je medzná hodnota BMI u pacientok s RA, ktorá by označovala obezitu. Prieskumu sa zúčastnilo 82 dospelých pacientok, vo veku $55 \pm 10,7$ roka, ktoré

mali diagnostikovanú RA viac než pol roka. Výsledkom bolo, že podľa BMI bolo obezných 31,7% vzorky a podľa obvodu pásu 86,6% tej istej vzorky žien. Ukázalo sa, že práve BMI je najlepším ukazovateľom obezity u pacientok s RA. Už pri hodnote 25 kg/m^2 by pacientky mali začať byť ostražité, upraviť podľa možností svoj životný štýl – viac sa pohybovať a dbať na správnu nutričnú stravu. Obezita totiž môže výrazne zhoršiť priebeh ochorenia a spôsobiť aj kardiovaskulárne problémy (Guimarães et al., 2017).

KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života sa odráža v miere sebestačnosti pacienta. Je dôležité ju testovať, pretože RA do značnej miery limituje pacienta, a to bolesťami, opuchmi, stuhnutosťou, neschopnosťou chôdze, bežných denných činností a pod. Hodnotíme sebaobsluhu pacienta na lôžku, sebestačnosť v rámci bytu a samostatnosť mimo byt. Na základe toho môže rozdeliť funkčné postihnutie do 4 skupín:

- Trieda A: pacient schopný rozličnej činnosti bez problémov;
- Trieda B: pacient schopný bežnej činnosti s obmedzením hybnosti v niektorých kĺboch;
- Trieda C: pacient schopný len ľahkých činností, problémy so sebaobsluhou;
- Trieda D: pacient neschopný bežnej činnosti alebo len minimálne, odkázaný na pomoc druhej osoby, pripútaný na lôžko, vozík (Lalíková, 2010).

Existujú aj rôzne dotazníky, ktoré pomáhajú v hodnotení funkčnej sebestačnosti a nezávislosti a kvality života (*Quality of live – QoL*) napr. *HAQ – Stadford Health Assesment*, *NHP – Nottingham Health Profil* alebo *SF 36 – Item Health Survey*. Brazílski vedci analyzovali špecifickosť spomínaných dotazníkov ako prostriedkov hodnotenia kvality života práve u pacientov s RA. Výskumu sa zúčastnilo v roku 2015 celkovo 97 osôb trpiacich RA, prevažnú časť tvorili ženy (92,8%) a vekové rozpätie sa pohybovalo v rozmedzí $52,5 \pm 11,07$ roka. V závere prieskumu sa potvrdili predpoklady autorov. Ukázalo sa, že pre hodnotenie fyzických aspektov u pacientov s RA je najpresnejší Standfordský dotazník (HAQ) a pre hodnotenie emocionálnych zložiek reumatikov je najlepší Nottinghamský dotazník (NHP). SF 36 je dotazník posudzuje všetky aspekty v širokej oblasti pôsobenia a využíva sa pri rozličných ochoreniach (Ribas et al., 2016).

CIEĽ

Cieľom práce bolo priblížiť komplexnú fyzioterapiu v liečbe reumatoidnej artritídy. V prieskume sme zisťovali kvalitu života pacientov s reumatoidnou artritídou a ich skúsenosti s aplikáciou fyzioterapie a skúsenosti s návštevou kúpeľného zariadenia.

METODIKA

Prieskum bol realizovaný formou dotazníka, ktorý bol uverejnený na sociálnych sieťach v skupinách, v ktorých spolu komunikujú pacienti s reumatoidnou artritídou. Otázky dotazníka boli zostavené tak, aby boli zamerané na základné informácie o ochorení, kvalitu života pacientov a vplyv fyzioterapie na priebeh ochorenia. Zber údajov prebiehal 5 týždňov od uverejnenia dotazníka na sociálnych sieťach.

SÚBOR

Do prieskumu sa zapojilo celkovo 71 pacientov s ochorením RA. Žien bolo v sledovanom súbore 89% a mužov 11%, vekové rozpätie sa pohybovalo od 17 do 70 rokov (priemer 40,49 rokov). Z analýzy výsledkov vypláva, že 41% (n = 29) pacientov trpí ochorením chronicky už viac ako 10 rokov, 31% (n = 22) trpí RA v rozmedzí od 5 do 10 rokov a 28% (n = 20) trpí ochorením menej ako 5 rokov. Aktuálne štádium zápalovej aktivity u pacientov zaznamenáva tabuľka 1.

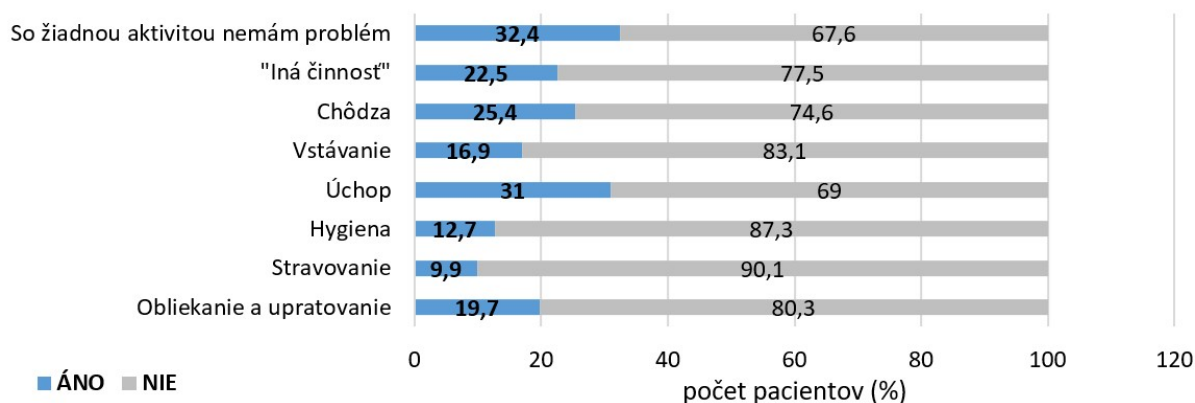
Tabuľka 1 Štádium zápalovej aktivity

	Nízka zápalová aktivita	Stredná zápalová aktivita	Vysoká zápalová aktivita	Spolu
N	33	29	9	71
%	46	41	13	100

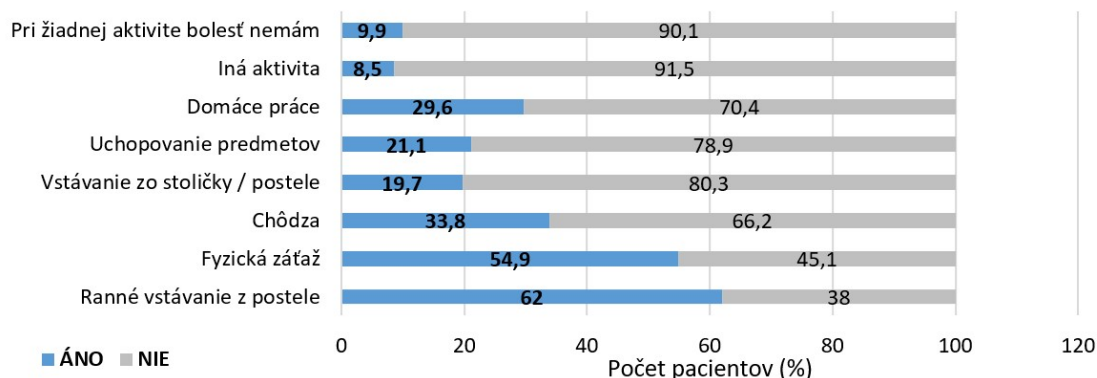
VÝSLEDKY A DISKUSIA

Z výsledkov prieskumu vypláva, že 32,4% pacientov s RA (n=14) nemá problémy so žiadnou zo sledovaných činností, na ktoré sme sa pýtali v dotazníku. V dotazníku sme sledovali problémy s nasledujúcimi činnosťami: obliekanie a upratovanie, stravovanie, hygiena, úchop, vstávanie, chôdza a „iná činnosť“. Najčastejšie (31%) sa vyskytovali problémy s úchopovou funkciou ruky. Presná analýza výsledkov je zaznamenaná v grafe 1. Ako problémovú „inú činnosť“ uviedlo 22,5% pacientov, pričom išlo o činnosti ako nakupovanie, šoférovanie a domáce práce ako napríklad vysávanie, žehlenie, či pranie.

Pre pacientov s RA je typická tzv. ranná stuhnutosť kĺbov, ktorá môže trvať rozlične dlh. V skupine našich pacientov trvala ranná stuhnutosť kĺbov prevažne pol hodinu. Túto možnosť zvolilo 58% pacientov (n = 41). Viac ako 90 minút trápí ranná stuhnutosť kĺbov len 8,5% pacientov (n = 6). Ostatní pacienti majú rannú stuhnutosť v rozmedzí od 30 do 90 minút. Okrem pocitu rannej stuhnutosti sme pomocou dotazníka sledovali, pri ktorých nami navrhnutých aktivitách pociťujú pacienti s RA bolesť. Zamerali sme sa na aktivity ako bolesť prítomná ráno pri vstávaní z postele, bolesť pri fyzickej záťaži, pri chôdzi, pri vstávaní zo stoličky / postele, bolesť pri uchopovaní predmetov, bolesť pri domácich prácach a bolesť pri iných aktivitách. Najčastejšie sa pacienti sťažujú na bolesť pri rannom vstávaní z postele a to až 62% pacientov (n = 44) a na bolesť pri fyzickej záťaži (54,9%; n = 39). Analýza výsledkov je zaznamenaná v grafe 2. Bolesť pri „iných aktivitách“ zvolilo 8,5% pacientov. Išlo o aktivity ako napríklad práce na záhrade, šport, ale u niektorých pacientov sa bolesť objavuje aj pri rôznych stresovo vypätých situáciách.



Graf 1 Problémové aktivity u pacientov s RA



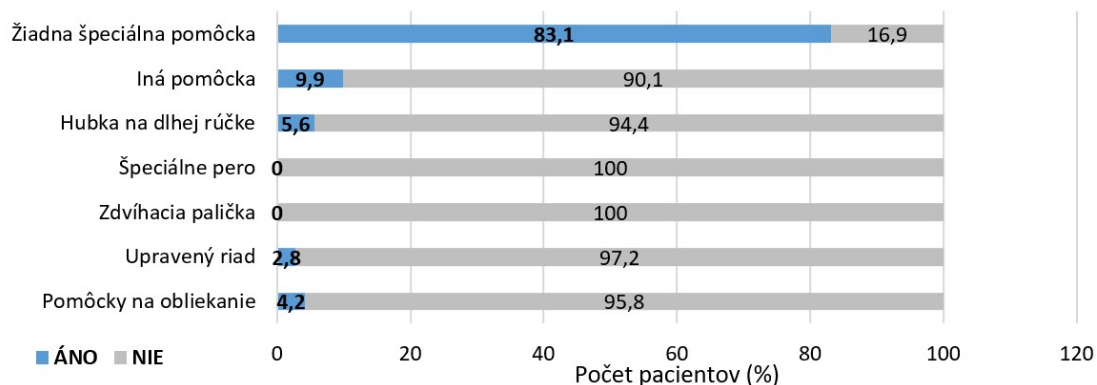
Graf 2 Výskyt bolesti pri vybraných aktivitách

V súvislosti s bolesťou nás zaujímalo, akou formou si pacienti s RA pomáhajú pri zmiernení bolesti. Najčastejšie pacienti siahajú po medikamentoch. Túto možnosť si vybralo 52% pacientov ($n = 37$). Druhá najčastejšia forma tlmenia bolesti bola relaxácia a oddych, ktorú si zvolilo 21% pacientov ($n = 15$). Liečbu pohybom volí na tlmenie bolesti 14% pacientov ($n = 10$) a obklady si aplikuje 13% pacientov ($n = 9$).

Bolesti sprevádzajúce reumatikov v každodennom živote majú vplyv na psychiku a to sa odráža do celkového stavu pacienta (Kováčová, 2017). Bolesť a stuhnutosť kĺbov obmedzujú pacienta v bežnom živote. Práve pre uvedené príznaky ochorenia býva často narušená aj mechanika chôdze a pacienti sú často odkázaní na používanie rozličných pomôcok uľahčujúcich chôdzu. V našom sledovanom súbore však až 85% pacientov ($n = 63$) zatiaľ žiadnu špeciálnu pomôcku uľahčujúcu chôdzu nepotrebuje. Barly prípadne vychádzkovú palicu používa 4% pacientov a len 1% pacientov sa pohybuje pomocou invalidného vozíka. Okrem pomôcok uľahčujúcich chôdzu sme sledovali aj používanie iných kompenzačných pomôcok uľahčujúcich bežné denné činnosti. Sledovali sme používanie špeciálnych pomô-

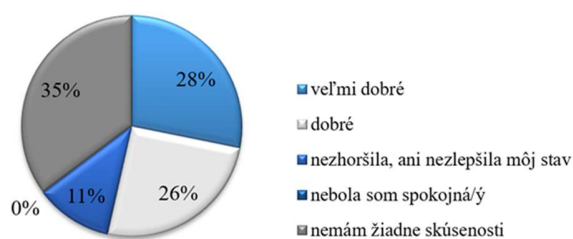
cok na obliekanie, špeciálne upravený kuchynský riad, zdvíhaciu paličku, špeciálne pero a hubku na dlhej rúčke. Tieto pomôcky boli využívané len minimálne (viď graf 3). Až 83,1% pacientov v bežnom živote nepoužíva žiadnu špeciálnu pomôcku uľahčujúcu vykonávanie bežných denných aktivít. Iné, nami nenavrnuté pomôcky používa 9,9% pacientov. Ide o pomôcky ako napríklad zmeták a lopatka s dlhou rúčkou, elektrické otváratele na konzervy, upravené kľučky dverí, či stojan na knihy.

Tak ako dokáže ochorenie meniť schopnosť vykonávať rozličné aktivity počas bežného života, dokáže mať RA vplyv aj na práceschopnosť / práceneschopnosť. V našom súbore dokáže napriek diagnostikovanej RA plnohodnotne pracovať len 34% pacientov ($n=24$) a približne rovnako veľký počet (31%) je schopný pracovať, ale pri špeciálne upravených pracovných podmienkach. Práceneschopných a ľudí na invalidnom dôchodku bolo v našom sledovanom súbore len 18% pacientov ($n=13$). Možnosť „iné“ označilo 12 pacientov (17%). Išlo buď o študentov, ktorí uviedli, že kvôli RA nemôžu pravidelne chodiť do školy a štúdium popri tejto chorobe je náročné, alebo išlo o osoby, ktoré bývajú v dôsledku RA často hospitalizované.



Graf 3 Používanie kompenzačných pomôcok

Jednou z možností terapie RA je kúpeľná liečba. Túto možnosť však doposiaľ nevyužilo až 59% pacientov (n=42) s diagnostikovanou RA. Naproti tomu možnosť kúpeľnej liečby opakovane využíva až 25% pacientov (n=18) nášho súboru. Zvyšných 16% (n=11) kúpeľnú liečbu absolvovalo len raz. Keďže kúpeľnú liečbu doposiaľ nevyužila viac ako polovica pacientov, zamerali sme sa na skúsenosti pacientov s aplikáciou fyzioterapie mimo kúpeľných zariadení. Žiaľ, až 35% pacientov (n=25) nemá osobnú skúsenosť ani s touto formou terapie. Skúsenosti pacientov s RA znázorňuje graf 4.



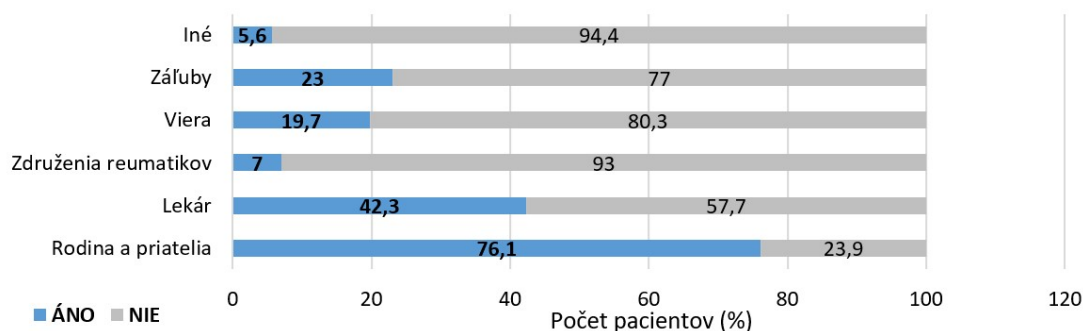
Graf 4 Skúsenosti pacientov s aplikovanou fyzioterapiou

Podrobnejšie sme sa zamerali na konkrétne procedúry. Najväčšiu úľavu pacientom priniesla kinezoterapia. Túto možnosť si vybralo 28% pacientov. Nasledovala termoterapia (16%), elektroliečba (8%), hydroterapia (8%). Možnosť „iné“ si vybralo 10% pacientov. Uvádali procedúry ako masáže či magnetoterapiu. Až 30% pacientov uviedlo, že žiadnu metodiku fyzioterapie v liečbe RA nevyužívajú.

Organizácia Liga proti reumatizmu združuje pacientov s reumatologickým ochorením, no členstvo v lige je dobrovoľné. Túto organizáciu pozná až 90% pacientov s RA, no jej členmi je len 27% pacientov v nami sledovanom súbore. Liga proti reumatizmu funguje aj ako poradenská služba pre pa-

cientov s diagnostikovanou RA a pomáha im uľahčovať život. Keďže jej členom je len 27% pacientov zaujímalo nás, kto alebo čo im pomáha vyrovnať sa s ochorením a nástrahami, ktoré ochorenie so sebou prináša. Na výber boli možnosti ako rodina a priatelia, lekár, združenia zamerané na reumatikov, viera či záľuby. Z výsledkov vyplýva, že najväčšou oporou a pomocou pre pacientov s diagnostikovanou RA je rodina a priatelia. Presná analýza výsledkov je zaznamenaná v grafe 5. Ako možnosť „iné“ pacienti uviedli napríklad prácu, čínsku medicínu, internetové diskusné fóra či humor.

Na základe nášho prieskumu sa ukázalo sa, že viac ako polovica pacientov s RA doposiaľ nevyužila ani raz možnosť kúpeľnej liečby a viac ako tretina pacientov sa nestretla pri svojom ochorení s aplikáciou fyzioterapie. Práve tieto skutočnosti sú varovnými signálmi pre budúcnosť. Môže to byť zapríčinené aj tým, že väčšina nami sledovaných pacientov sa aktuálne nachádzala v nízkom štádiu zápalovej aktivity a väčšina z nich doposiaľ ani nepotrebovala žiadne kompenzačné pomôcky pri chôdzi alebo bežných denných činnostiach. Nízky zápalový proces je však najvhodnejší pre návštevu kúpeľného zariadenia, pretože pacientovi sa vtedy ponúka najširšia škála kúpeľných procedúr a fyzioterapie. Myslíme si, že práve z tohto dôvodu je veľmi dôležitá propagácia kúpeľníctva a oboznámenie verejnosti o možnostiach využívania fyzioterapeutických metodík, ktoré by mohli pacientom s RA aspoň čiastočne zlepšiť alebo udržať ich momentálny zdravotný stav a kvalitu ich života. V liečbe reumatikov je podľa Kováčovej dôležitá práve snaha o čo najdlhšie udržanie dobrého funkčného stavu a tak i sebestačnosti. Nie menej dôležitou súčasťou je aktívna spolupráca medzi lekárom, pacientom a fyzioterapeutom (Kováčová, 2017). V mnohých prípadoch však pacienti o tejto možnosti buď nevedia alebo sú ich žiadosti poisťovňami zamietnuté



Graf 5 Pomoc pri vyrovnávaní sa s ochorením

ZÁVER

Je všeobecne známe, že RA je vážne a neprijemné autoimunitné ochorenie. Napriek tomu, že RA má chronický charakter a výrazné zlepšenia sa dosahujú len veľmi ťažko, fyzioterapia má naozaj nezastupiteľné miesto, pričom veľmi dôležitá je motivácia pacienta a jeho správny postoj k liečbe. Sústavná propagácia fyzioterapie lekármi, fyzioterapeutmi, ale aj ostatným zdravotníckom personálom môže aspoň čiastočne rozšíriť obzor možností liečby reumatickým pacientom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BIRD, H. et al. 2007. *Artritída: zlepšite si zdravie, zmiernite bolesti a žite naplno*. 1. vyd. Bratislava: SLOVART, spol. s.r.o., 2007. 224 s. ISBN 978-80-8085-594-9.
- BUC, M. 2016. *Autoimunita a autoimunitné choroby*. 2. vyd. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV, 2016. 667 s. ISBN 978-80-224-1511-8.
- GUIMARÃES M.F.B.R., da COSTA PINTO M.R., RAID R.G.S.C., et al. 2017. Which is the best cutoff of body mass index to identify obesity in female patients with rheumatoid arthritis? In *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2017; 57 (4): 279-285.
- HÜBNEROVÁ, M. 2005. Možnosti rehabilitácie zápalových reumatických chorôb zamerané na reumatoidnú artritídu. In *Rehabilitácia*. 2005; 42 (3): 162 - 168.
- KILLINGER, Z. 2015. Reumatoidná artritída. In *Lekárske listy*. 2015; 8: 18 - 20.
- KOLÁŘ, P., et al. 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOVÁČOVÁ, K. 2017. Rehabilitácia po implantácii totálnej endoprotézy metakarpofalangeálnych kĺbov u reumatikov. In *Zdravotnicke listy*. 2017; 5 (2): 36-40.
- KOZÁK, I. et al. 2017. *Oftalmorevmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2017., 287 s. ISBN 978-80-7492-294-7.
- ĽALÍKOVÁ, J. 2010. Pohybová liečba u reumatoidní artritidy. In *Rehabilitácia*. 2010; 47 (1): 3-19.
- OLEJÁROVÁ, M., et al. 2016. *Revmatologie v obrazoch*. Praha: Mladá fronta a. s., 2016. 280 s. ISBN 978-80-204-4249-9.
- RIBAS, S.A., et al. 2016. Sensitivity an specificity of assesment instrumens of quality of life in rheumatoid arthritis. In *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2016; 56 (5): 406-413.
- ROVENSKÝ, J. , KOZÁK, I., ŠTVRTINOVÁ, V. 2015. *Oftalmoreumatológia II*. Bratislava: SAP, 2015. 396 s. ISBN 978-80-89607-31-0.
- ROVENSKÝ, J., PAVELKA, K.: *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta, 2000. 1047 s. ISBN 80-8063-022-4.