

Úloha praktického lékaře v onkologické prevenci

MUDr. Marika Bělešová, M. P. H.

Zhoubná nádorová onemocnění představují závažný celospolečenský problém, a proto je onkologická problematika stále silněji v popředí zájmu nejen v oblasti výzkumu a v klinických aplikacích vlastního oboru klinické onkologie, radioterapie, chirurgie i imunoterapie, ale přesahuje tyto hranice a stává se výrazně mezioborovou problematikou.
Klíčová slova: prevence, nádorová onemocnění, podpůrné prostředky.

Nádorová onemocnění jsou odedávna považována za postrach lidstva a ještě dnes jsou na 2. místě všech úmrtí dětského i dospělého věku. (U dospělých jsou na 1. místě kardiovaskulární onemocnění, u dětí úrazy).

Nádorová onemocnění jsou většinou souhrnně označována nepřesně jako rakovina.

Tento pojem zahrnuje skupinu nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovaný růst buněk a schopnost nádorové masy ničit zdravou tkáň růstem do okolí a schopností šířit se lymfatickou i krevní cestou do vzdálených orgánů a zakládat zde nová ložiska – metastázy. Nadále přesně nevíme, co je příčinou vzniku proměny normální buňky v buňku nádorovou.

Shrnutím poznatků vědců v průběhu posledních mnoha desítek let ve stovkách laboratoří světa je poznatek, že nový charakter buňky je výsledkem procesu zahrnujícím více činitelů fyzikálních, chemických i biologických.

Rozpoznávání nádorů je v počáteční fázi onemocnění často velmi obtížné.

Zjištění místa, velikosti a typu nádoru včetně zjištění počtu a velikosti původního ložiska i metastáz je základem pro stanovení druhu a intenzity léčby.

Klasickým přístupem zůstává chirurgické řešení, záření a chemoterapie.

Stále naléhavěji je v procesu včasného zachytu onkologického onemocnění zapojen lékař první linie s jeho zkušenostmi a znalostmi jednotlivých klientů, které má ve své péči a s nimiž nejčastěji komunikuje.

Snahou a cílem každé činnosti lékaře je stanovení diagnózy. To je ve všech případech lékařské činnosti nezbytné, a to nejen pro určení **vlastní léčby**, ale také pro posouzení **prognózy onemocnění**.

Musíme mít na zřeteli, že nakonec lékařem stanovená diagnóza je de facto diferenciální

diagnózou, tj. zvážením, zhodnocením a rozlišením jednotlivých příznaků onemocnění.

Každý z příznaků má svůj význam a prvořadým úkolem každého lékaře je tedy obecná úvaha o výskytu určitého příznaku u uvažovaných onemocněních v rámci diferenciální diagnostiky.

Úvahy, které by byly vedeny pouze v obecné rovině na základě popisu jednotlivých příznaků typických pro to které onemocnění, nemůže nikdo z lékařů považovat za dostačující.

Lékař si musí být vždy vědom toho, že nelze porozumět jednotlivému případu nemoci, pokud posuzuje příznaky choroby bez znalostí o nemocném člověku.

Diferenciální diagnostika popisuje **chorobné projevy** a je výrazem známých **chorobných jednotek**.

Pokud chceme hovořit o **chorobné jednotce** i bez znalosti etiologie a patogeneze, je to v případě, že lékařská zkušenost se opakovaně setkala s výskytem **stejných klinických projevů** a téhož patologickoanatomického nálezu.

Nejlépším příkladem takto uznávané chorobné jednotky je velká **skupina nádorových onemocnění**.

Do klinické praxe bylo zavedeno mnoho nových vyšetřovacích i léčebných postupů, ale informovanost laické a mnohdy i lékařské veřejnosti o těchto pokrocích je často velmi neúplná.

Toto konstatování směřuje jak do řad klientů, ale i do řad lékařů, kteří nepovažují **za nutné** nebo nemají možnost uskutečňovat „celoživotní vzdělávání lékařů“.

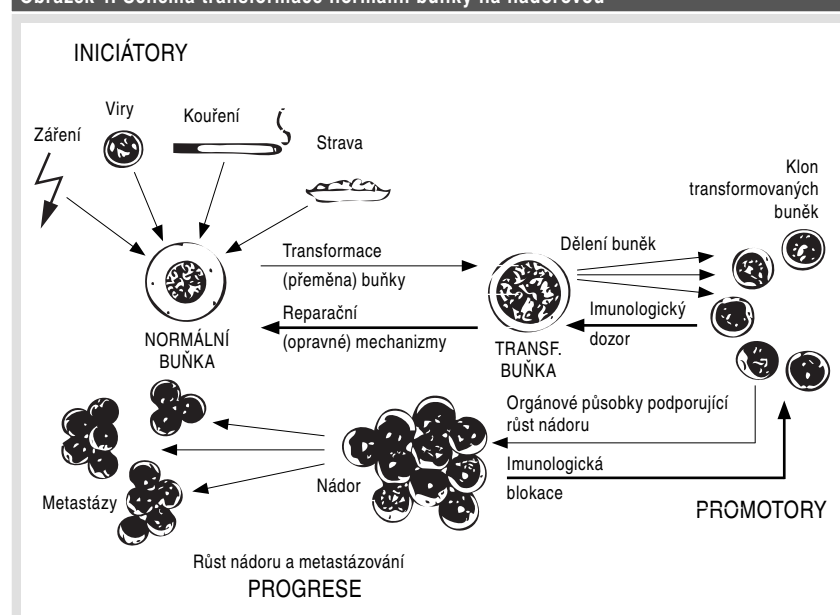
Lékaři první linie zastávají stále významnější úlohu v prevenci nádorových onemocnění v období vlastní onkologické léčby a v následné péči o nemocné nádorovým onemocněním.

Výměna zkušeností a znalostí mezi jednotlivými obory usnadňuje práci lékařů a přispívá k zkvalitnění péče o onkologického pacienta díky vzájemné informovanosti.

Hodnocení rozsahu onemocnění a histopatologický typ nádoru musí specializované pracoviště sdělit praktikovi co nejdříve.

Zvláštním výborem UICC (Unio Internationalis Contra Centrum) byl vypracován návrh klasifikace, který umožňuje jednoduchý a přitom přesný popis rozsahu onemocnění u většiny solidních nádorů. Tato TNM klasifikace je přijata a rozpracována pro jednotlivé nádorové lokalizace.

Obrázek 1. Schéma transformace normální buňky na nádorovou



U hematologických malignit není jednotná klasifikace s výjimkou Hodgkinovy choroby.

Klinické hodnocení rozsahu Hodgkinovy choroby je na základě mezinárodně přijaté klasifikace děleno do 4 stadií podle rozsahu postižení mízních uzlin až ke generalizaci onemocnění.

Činnost PL z hlediska zapojení do onkologické problematiky lze shrnout minimálně do tří fází.

Ve všech se uplatňují znalosti a zkušenosti lékaře a kvalita spolupráce mezi praktikem a specialistou v daném oboru.

Péče praktického lékaře o klientelu tedy spočívá v těchto bodech:

1. v primární prevenci nádorových onemocnění a výchově občanů k respektování těchto znalostí
2. ve včasném zachytu nádorového onemocnění na základě všech údajů, které má lékař k dispozici
3. v převzetí pacienta do plné péče v době po ukončení onkologické léčby.

Snaha o otevřený rozhovor s pacientem a odhadnutí míry únosnosti při upozornění na event. nejistou prognózu záleží na lékaři, jeho znalostech a zkušenostech převážně s ohledem na jeho schopnosti vcítit se do psychického stavu pacienta.

Je proto stále kladen důraz na prohlubování komunikace ve vztahu lékař – pacient, ale i na trvalém získávání vědomostí o onkologické problematice. Vzájemné konzultace praktických lékařů se specialisty lze považovat za nezbytné v oboustranném zkvalitňování péče o nemocné.

Ad 1.

Primární prevence je osobní záležitostí každého a znalosti rizikových faktorů lze předpokládat u lékařů všech profesí. Vědecké poznatky přinesly důkazy o škodlivosti nesprávných životních návyků, nesprávné výživy, nedostatků v péči o vlastní tělo i v péči o psychiku. Zdá se, že každý z nás je s těmito poznatky obeznámen, ale stále jsou málo respektovány.

V tomto procesu je trvalá výchova občanů působením lékařů první linie nezastupitelná formou trvalé výchovy jedince s ohledem na rizikové faktory.

Mezinárodní organizace jsou si dobře vědomy, že výchova ke zdravému způsobu života je nejúčinnější formou primární prevence.

K prosazování jednotného programu byl r. 1991 přijat Světovou zdravotnickou organizací program „Zdraví pro všechny“, který je nyní znám jako Kodex proti rakovině.

Ad 2.

Sekundární prevence je již zaměřena na rozpoznání nádoru v časně fázi jeho vzniku, předpokládá spolupráci občana, ale zde se neobejdeme bez znalostí a zkušeností praktického lékaře a bez realizace sítě zdravotnických pracovišť a ekonomického zajištění nákladných vyhledávacích (screeningových) programů.

Souhrnem je třeba zdůraznit, že rakovina se projevuje plíživě a její zevní projevy i projevy funkčních změn v lidském organismu nejsou jednoznačné a pro ten který nádor typické.

Návštěvu lékaře je třeba uskutečnit vždy, pokud zjistíme některý z následujících příznaků – přetrvávající otok na kůži, nehojící se ránu, změnu tvaru, velikosti nebo barvy na kůži (pihy), déletrávající kašel, přetrvávající teploty, přítomnost krve ve stolici či moči nebo změna tvaru stolice a poruchy močení, zjištěná rezistence v prsu.

Praktický lékař by měl zdůrazňovat svým pacientům jejich zodpovědnost vůči své osobě a informovat je též o možnostech úplného vyléčení nádorového onemocnění při jeho včasném zachytu. Má zdůrazňovat důležitost nepodceňovat žádný z neobvyklých příznaků. Mnohý z příznaků nakonec ani nemusí být projevem nádorového onemocnění a pacienti by neměli podléhat strachu.

Ad 3.

Po ukončení primární onkologické léčby přebírá pacienta v plném rozsahu praktický lékař.

Zdravotní stav pacienta je v té době víceméně stabilizován a snahou lékaře je v té době obnovit zdraví pacienta. Pocit zdraví je narušen nádorovou chorobou, intenzivní protinádorovou léčbou, překonáním psychické zátěže v důsledku onemocnění a často i jako následek nenádorového onemocnění, jehož projev ustoupily do pozadí v období onkologické léčby do pozadí jako onemocnění základní.

Úspěšné ukončení primární léčby a navození kompletní remise choroby znamená medicínský úspěch, ale pro onkologického nemocného, propuštěného z nemocnice, znamená vždy zhoršení životních podmínek. Hrouť se

Tabulka 1. Evropský kodex proti rakovině (European Code Against Cancer 3. verze)

Celkový zdravotní stav lze zlepšit a mnohým úmrtím na rakovinu lze zabránit, když si osvojíme zdravější životní styl.
1. Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte. Pokud nemůžete přestat, nekuřte v přítomnosti dětí.
2. Vyvarujte se obezity.
3. Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost.
4. Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezte příjem potravin obsahujících živočišné tuky.
5. Jestliže pijete alkohol, ať již pivo, víno nebo koncentráty, snižte spotřebu na dva nápoje denně, jste-li muž a na jeden, jste-li žena.
6. Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvlášť důležité je chránit děti a mladistvé. Ti, kdo mají sklon se rychle spálit, se musí chránit během celého života.
7. Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinotvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice radiační hygienické služby.
Programy veřejného zdravotnictví, které mají preventivní význam nebo zvyšují pravděpodobnost jejího vyléčení.
8. Ženy od 25 let by se měly zapojit do screeningu děložního hrdla v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
9. Ženy od 50 let by se měly zapojit do mamárního screeningu v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
10. Ženy a muži od 50 let by se měli zapojit do screeningu tlustého střeva a konečníku v programech se zajištěnou kontrolou kvality.
11. Účastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.
Doporučení, která jsou obsahem Evropského kodexu proti rakovině, mají za cíl snížit výskyt rakoviny a vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Každý jedinec má svobodnou vůli změnit svůj životní styl, čímž si může snížit riziko vzniku rakoviny.

mu sociální zázemí, bojí s o své zaměstnání, o přátele, roste obava o budoucí vývoj v rodině. Největší strach má z možnosti návratu choroby a své bezmocnosti tomu zabránit.

Dotazy nemocného se týkají zpravidla:

- doporučených životních podmínek,
- vhodné výživy,
- denního režimu a rehabilitačních cviků,
- rodinného soužití a sexuality,
- invalidity a možného návratu do práce,
- možností aktivní obrany před případným návratem nádorové choroby,
- objasnění pravděpodobné kvality života v případě stabilizace zdravotního stavu.

Životní podmínky po ukončení protinádorové léčby budou záviset především na zdra-

votním stavu pacienta, na bytových poměrech, rodinném zázemí a ekologických podmínkách místa bydliště.

Denní režim má být pravidelný, nikoli však neměnný.

K výživě připojím jen několik poznámek. Nemocný by se měl vyvarovat excesů v jídle. Měl by jíst častěji a v menších dávkách (5x denně), strava má být smíšená, ze začátku šetřící, která však musí energeticky krýt znovu nabývání sil i nezbytné zvýšení tělesné hmotnosti po jejím poklesu, způsobeném nemocí i léčbou.

Pacienta je nutno vést k **rehabilitaci** tělesné i duševní. Ještě na chirurgickém oddělení v nemocnici by měla rehabilitační sestra naučit operovaného speciální cviky, které má pravidelně cvičit, aby nedošlo k dlouhodobým škodám. Praktický lékař by si měl ověřit, zda nemocný cviky skutečně zná a zda chápe, že bude denně cvičit řadu měsíců, nejlépe však trvale. Pacient má provádět i všeobecně zaměřené cviky (ranní rozcvičku) k zvýšení celkové síly.

Nejjednodušší jsou intenzivní procházky, kdy se s vracející se kondicí stupňuje rychlost chůze (4, 5, 6 km/hod). Nejvhodnější je dopolední i odpolední vycházka. Pokud to dovolí situace, je vhodné zařadit do programu plavání, jízdu na kole a jiné pohybové aktivity.

Ranní rozcvička by se měla stát pravidlem. Při ní se má vedle cílených rehabilitačních cviků procvičovat i svalová koordinace, pohyblivost kloubů, páteře apod. Zpočátku se vynechávají švihové a silové cviky, vhodné jsou pomalé tahové cviky a cviky dechové. Důležitý je cvik úplného uvolnění vleže na tvrdé podložce. Je třeba se naučit uvolnit nejen svalstvo, ale i mysl. Zvlášť je nutné toto doporučit pacientům starším 40 let, kteří mají z pravidelné ranní rozcvičky v délce 15–20 minut velký prospěch.

Důležitou složkou rehabilitace je **otužování**. Stačí na to každodenní ranní teplota a následná studená sprcha. Tento jednoduchý režim prokazatelně přispívá k zlepšení imunity, o jejíž nezbytnost jistě není pochyb.

Dobré rodinné prostředí je nejdůležitější podpůrnou léčbou při každé vážnější nemoci a u nádorové nemoci to platí zvlášť.

I když se pacient ve svém utrpení orientuje na svého lékaře a vkládá do něho naději, pocit přítomnosti manžela nebo manželky, dětí, rodičů a dalších členů rodiny pomáhá nemocnému překonávat kritická období nemoci. Návratem do rodinného prostředí se mu také splňuje jeho velké přání, které je u větši-

ny hospitalizovaných onkologicky nemocných velmi naléhavé.

Pacient, u kterého lze i očekávat, že bude mít různé nálady a rozlady, potřebuje po návratu domů jak klidné prostředí, tak vstřícný a trpělivý přístup rodiny. Komunikace s nejbližšími, kteří jsou nemocnému vždy velkou oporou, by měla probíhat tak jako dříve. Měla by být věcná, upřímná, otevřená. Empatie ze strany nejbližších je jistě velkou pomocí, ale bez zbytečného podporování sebelítosti a pocitů bezmoci.

O nezbytné ohleduplnosti k vracející se matce, se samozřejmým převzetím jejích předchozích povinností, již byla řeč. Pokud toho není rodina těch několik týdnů schopna, doplatí na to tím, že se prodlouží doba návratu nejen její fyzické, ale i psychické kondice. Konflikty v rodině, vyčítání, sobectví, nevěra, rozvod jsou osobní dramata, která mohou někdy výrazně zhoršit nádorové onemocnění postiženého.

Přizpůsobit se nové situaci a vytvořit si novou životní normu musí i sám pacient. Měl by analyzovat své chyby a snažit se o jejich korekci. S normalizací své tělesné kondice se musí přizpůsobit i psychicky, pokud možno se musí vyhýbat stresovým situacím, ale nesmí je také vyvolávat. Pokud pacient zůstává delší dobu nebo trvale v invalidním důchodu, je třeba, aby si vytvořil organizovaný režim dne, který by zahrnoval vedle procházek, cvičení a koníčků i práci pro rodinu a dodržování nepsaných pravidel rodinného soužití. Lékař nemůže pacientovi v této jeho obtížné situaci doporučit univerzální návod, ale měl by ho stimulovat a podpořit ve snaze zařadit se opět co nejdříve do rodiny.

Dlouhodobá **pracovní neschopnost** a následný **invalidní důchod** nepřispívají k duševní vyrovnanosti nemocného. Jsou však většinou nutností vzhledem k agresivitě léčby, která nemocnému přináší řadu obtíží. Jsou však i výjimky.

Většina onkologicky nemocných ale invalidní důchod akceptuje, protože se sami přesvědčují, že jejich zdravotní potíže vyžadují speciální režim a hlavně čas.

K odznamenání invalidity dochází až po stabilizaci zdravotního stavu, zpravidla po dvou letech od ukončení onkologické léčby. Přesto má návrat do zaměstnání mnohá úskalí, které plynou zejména z dlouhodobého vyřazení z pracovního procesu, ze ztráty původního zaměstnání, někdy pocitů méněcennosti a nejistoty, které nemocného tíží. Málokdy má možnost návratu na původní pracovní funkci,

navíc některé rizikové práce nemůže vykonávat. Zde má nezastupitelnou roli praktický lékař, který má možnost znát nemoc, ale i nemocného, jeho okolí a navíc se znalostí fyziologie práce, může pacienta předem připravit na přechod do nového zaměstnání a probrat s ním možnosti pracovního uplatnění.

Usnadnění přináší i legislativní změna, kdy od 1. 2. 2007 byla zrušena limitace doplňkového výdělků u částečného invalidního důchodu.

Zhodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu onkologických pacientů je posuzováno posudkovým lékařem na základě kritérií, které byly stanoveny příslušnými odborníky o oboru onkologie.

Pro skupinu „vyléčených“ onkologických pacientů, ať již pracujících nebo důchodců, platí nutnost zvýšené péče a pravidelných lékařských kontrol, z pacientovy strany nutnost ukázněného životního stylu a dodržování preventivních opatření k zábraně expozice rizikovými faktory. Lékaři svou povinnost zpravidla plní, mnozí pacienti však na doporučený životní styl brzy zapomínají, přejíždají se, kouří, necvičí, přetěžují svou psychiku atd. Lékař v těchto případech může bohužel jen varovat zejména u těch nemocných, když nádorová choroba znovu propukne nebo se objeví nádorová duplicita, bývá prognóza méně příznivá.

Název **podpůrné prostředky** přesně vymezuje místo těchto aktivit nebo látek v procesu prevence a léčby nádorové nemoci. Na jedné straně by bylo chybou jich nevyužít, na druhé straně je nesmyslné, a jak ukazují současné zkušenosti i nebezpečné, prohlašovat některé z nich za „léky proti rakovině“. Jde o doplňkovou léčbu. Zde můžeme jmenovat potravinový doplněk OVOSAN, se kterým mají dobré zkušenosti členky patientských sdružení ALEN, Mamma Help a ŽAP. OVOSAN pod kontrolou Centra preventivní a následné onkologické péče při Lize proti rakovině Praha užívají a Centrum sleduje jejich subjektivní pocity a zlepšení kvality života.

Životní režim můžeme vysvětlit nemocným názorně jako „režim 4 P“ (1. Pohyb, 2. Prostředí, 3. Psychika, 4. Potrava). U prvního P zdůrazníme nutnost systematického cvičení včetně ranní rozcvičky a otužování, dvou procházek denně (i v zimě), postupného zvyšování náročnosti fyzické aktivity s respektováním věku, doby od ukončení primární léčby a druhu nádorového onemocnění. U druhého P vysvětlíme, že i v bytě je třeba vytvářet zdravé prostředí, udržovat čistotu, v bytě nekouřit a často větrat.



U třetího P připomeneme, že stále přemýšlení o vlastní chorobě ještě nikomu nepomohlo. Přetrvávající úzkost, strach ze znovuobjevení se nádorové choroby, z možných rodinných problémů jsou trvale stresujícími činiteli, které mohou chorobu pouze zhoršit.

Lépe se drží při léčbě i v rekonvalescenci nemocní, kteří se s chorobou i léčením rychle vyrovnávají. Mnozí z nich v období mezi léčebnými cykly pracují a po léčbě odmítají invalidní důchod.

V České republice poskytují zdravotní pojišťovny onkologicky nemocným jednu plně hrazenou lázeňskou léčbu (Sb. zák. č. 50/1993, částka 15, s. 311 – indikace I/1), event. i další jako příspěvkovou. Léčba má spíše všeobecný charakter.

V tomto rekondičním období je vhodné, když se onkologičtí nemocní zapojí do některých z dobrovolných organizací a klubů.

Dobrovolné onkologické organizace mají význam:

1. v nádorové prevenci, protože šíří informace o nádorových rizikových faktorech,
2. při vytváření svépomocných skupin a klubů, které působí příznivě na psychický stav nemocných, zvyšování jejich sebevědomí a usnadňují jejich znovu začlenění do rodinného a společenského života,
3. pro organizování aktivit působících příznivě na zlepšení zdravotního stavu populace, časnou diagnostiku, dostupnost léčby a na zvyšování kvality života nádorově nemocných,
4. při koordinované snaze prosazovat práva onkologicky nemocných na zdravotní péči a v sociálním zabezpečení.

Liga proti rakovině působí celostátně, sdružuje onkologické pacienty, rodinné pří-

slušníky, laiky a zdravotníky a jako kolektivní členy 51 dobrovolných onkologických organizací z celé republiky.

Na základě shora uvedených skutečností je zřejmá potřeba prohlubování spolupráce mezi lékaři první linie a odbornými lékaři v onkologické problematice jak z hlediska včasného zachytu nádorových onemocnění, tak ke zkvalitnění života nádorově nemocných.

*Převzato z časopisu Medicína pro praxi,
9/2007.*

MUDr. Marika Bělešová ,M.P.H.

Centrum preventivní a následné onkologické péče
Na Slupi 6, 120 00 Praha 2
e-mail: belesova@yahoo.com

Literatura u autora.