

KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA A KVALITA ŽIVOTA

MUDr. Václav Chmelík^{1,3}, doc. MUDr. Petr Petr, PhD.^{2,3}, MUDr. Ivana Slámová¹, MUDr. Pavlína Filipová¹, MUDr. Ludmila Houserová¹, MUDr. Aleš Chrdle¹, Hana Kalová²

¹Nemocnice České Budějovice a.s., Infekční oddělení

²Oddělení klinické farmakologie, ³Jihočeská univerzita, Fakulta zdravotně sociální

Klíšťová encefalitida (KE) je přírodně ohniskovou nákazou, která se vyskytuje na mnoha místech České republiky. Její výskyt je dán místními přírodními podmínkami, a je proto rozprostřen po území mozaikovitě. Jednou z nejvýznamnějších oblastí výskytu KE a nákazy lidí ve střední Evropě je Jihočeský kraj. V tomto kraji je každoročně diagnostikována čtvrtina až třetina všech onemocnění.

V tomto sdělení se pokusím o pohled na toto onemocnění ze zorného úhlu nemocného: jaké obtíže přináší, jak ovlivňuje jeho schopnost vykonávat každodenní povinnosti a jak to v důsledku mění kvalitu jeho života.

Obtíže nemocného

Průběh klíšťové encefalitidy je většinou rozdělen do dvou fází, po nichž následuje období rekonvalescence. Tyto fáze nemoci se liší svými příznaky a přinášejí nemocnému i odlišné obtíže. Onemocnění probíhá s různou závažností a to má další důsledky pro subjektivní vnímání nemoci. Klinický obraz 1. fáze je popisován i v literatuře poměrně zřídka. Důvodem je skutečnost, že pacient je vyšetřen s chřipkovými příznaky praktickým lékařem a nebývá provedeno větší laboratorní vyšetření. Zhodnocení, že šlo patrně o prvou fázi onemocnění, bývá zpětné. Stesky pacientů v naší starší skupině 27 nemocných, které jsme vyšetřili v obou fázích, byly necharakteristické (teplota: 93 %, bolesti hlavy: 74 %, zvracení: 26 %, závratě: 19 %), klinické známky byly většinou lehké a nejasné: lehké meningeální dráždění: 48 %, zarudlé hrdlo. Diferenciálně diagnostické obtíže může přinést laboratorní vyšetření těchto nemocných: leukopenie (74 %), trombocytopenie (66 %) i bicytopenie (25 %).

2. fáze onemocnění je rozpoznána v našich zemích mnohem častěji. Na Infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice každoročně hospitalizujeme v posledních 15 letech 90 až 170 nemocných s klíšťovou encefalitidou prokázanou klinicky, typickým nálezem v mozkomíšním moku i průkazem specifických protilátek. Zde uvedená čísla jsme získali na našem oddělení během 5 let (1993–1997). Tímto onemocněním trpělo celkem 493 osob, 278 mužů, 215 žen, ve věku $39,2 \pm 18,4$ (3–87) let. Nakazili se především při rekreačních aktivitách v přírodě. Při přijetí do nemocnice uvedlo přisátí klíštěte 71,1 % nemocných, dvoufázový průběh byl u 79 %. Nejčastějšími stížnostmi byly: horečky, bolest hlavy (97,8 %) a zvracení (55,5 %). Průběh onemocnění byl velmi odlišný u jednotlivých nemocných. Syndrom těžší encefalitidy jsme zaznamenali zhruba u třetiny, lehké onemocnění s rychlým zlepšením a obrazem meningitidy měla další třetina nemocných. Zbytek tvořili pacienti se středně těžkým průběhem: s převahou meningitických příznaků a lehčími známkami poruchy funkce

mozku a mozečku. Přechodné poruchy hybnosti byly zaznamenány u 11,7 % nemocných, z toho významné parézy v 6,1 %, změny vědomí kvantitativní v 21 % a kvalitativní v 19 % nemocných. Tři pacienti (0,6 %) zemřeli.

V rekonvalescenci byli pacienti sledováni 12 měsíců, 18 % z nich dobu sledování nedodrželo. Hlavními obtížemi v tomto období byly: bolest hlavy, závratě (velmi časté ve věkové skupině nad 65 roků věku), třes, problémy s koncentrací, problémy se spánkem. U 24,3 % pacientů jsme konstatovali postencefalitický syndrom. Trvalé následky jsme zaznamenali u 5,2 % pacientů (v 1,2 % byly důvodem invalidity). Statisticky byly srovnány pomocí T-testu následující podskupiny: děti, ženy, muži, pacienti starší 65 let a pacienti s nálezem v mozkomíšním moku (leukocyty a celková bílkovina). Klinický nález a následky byly nejzávažnější u pacientů starších 65 let. Statisticky významné bylo též závažnější onemocnění u dospělých ve srovnání s dětmi, rekonvalescence byla delší a s většími subjektivními steskami u žen ve srovnání s muži.

Tabulka 1. Obtíže pacientů po prodělané klíšťové encefalitidě (retrospektivní studie 493 nemocných)

Bolest hlavy	69 %
Třes	54 %
Poruchy spánku	33 %
Závratě	31 %
Pseudoneurastenický syndrom	24 %
Rekonvalescence	82,3 ± 74,3 dní

Tabulka 2. Výsledný stav po klíšťové encefalitidě (retrospektivní studie 493 nemocných)

Úmrtí	0,6 %
Invalidní důchod	1,2 %
Jiné trvalé následky	4,0 %
• neurastenie	54 %
• trvalý obrna	23 %
• vážnější psychická porucha	12 %
• poruchy sluchu	8 %
• těžké závratě apod.	4 %

Obrázek 1. Ilustrační foto. Klíště obecné, Ixodes ricinus, hladová samička, (3,5–4,5 mm). Foto Josef Dvořák.



Biopsychosociální model nemoci

Teoretickým a koncepčním východiskem čistě kurativní medicíny je tzv. biomedicínský model nemoci, který charakterizuje orientace:

1. na příčinu nemoci (kauzální orientace)
2. na zajištění podkladů pro kauzální léčbu a tomu odpovídající
3. klasifikační systémem ICD (International Classification of Diseases).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu: etiopatogeneza – manifestace nemoci – léčba.

V současnosti dochází ke změně tohoto paradigmatu v důsledku změn v průběhu nemoci a v péči o nemocné. Tyto změny se týkají morbidit a prevalence nemocí. Nové terapeutické postupy přinášejí prodloužení doby života vážně nemocných, dochází tak k výraznému zvýšení počtu chronicky nemocných v populaci. Mění se však i očekávání nemocných: mají vyšší nároky na kvalitu péče a očekávají zlepšení výsledné kvality života. Tyto nové skutečnosti výrazně zvyšují nároky na rehabilitaci a též psychologickou podporu nemocných.

V důsledku tohoto stavu se stal nezbytným novější, komplexnější, celostnější model nemoci, kterým je „bio–psychosociální model nemoci“.

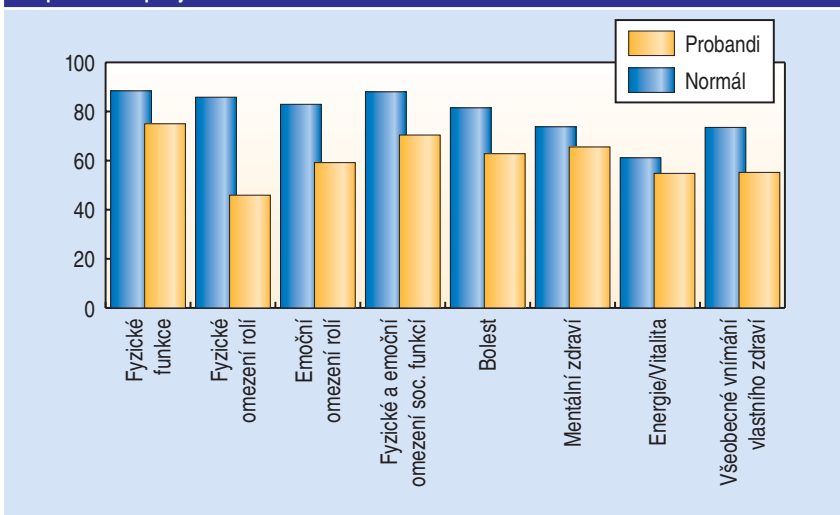
Tento model je charakterizován orientací na:

1. cílový dopad (finální orientace)
2. zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby pacienta/klienta, a tomu odpovídá

Tabulka 3. Synoptický přehled průměrných skóre kvality života u probandů po prodělané meningitis / meningoencephalitis a srovnání s normálem Oxford.

Doména	Normál	Probandi	%
Fyzické funkce	88,40	75,00	84,84
Fyzické omezení rolí	85,82	45,92	53,61
Emoční omezení rolí	82,93	59,18	71,36
Fyzické a emoční omezení soc. funkcí	88,01	70,41	80,00
Bolest	81,49	62,81	77,08
Mentální zdraví	73,77	65,55	88,86
Energie/Vitalita	61,13	54,80	89,65
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	55,20	75,08

Graf 1. Skóre kvality života ve skupině po prodělané meningoencephalitis ve srovnání se skupinou evropských normálů Oxford.



- klasifikační systémem ICIDH / ICF (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps – International Classification of Functioning.).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu: etiopatogenese – poškození – porucha schopnosti – znevýhodnění. Důležitým nástrojem k poznání, jak jednotlivá nemoc ovlivňuje život jednotlivce a jeho schopnost vyrovnat se s následky nemoci jsou testy kvality života. Obecně rozšířeným testem je takzvaný oxfordský test kvality života podmíněné nemoci (Health Related Quality of Life) SF 36. V tomto testu vyplní proband dotazník a skupina stejně definovaných probandů je pak srovnávána s normálním vzorkem evropské populace, nebo jsou podskupiny srovnávány navzájem. Kvalita života je statisticky vyhodnocena v 8 doménách: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, energie/vitalita, všeobecné vnímání vlastního zdraví.

Test kvality života u rekonvalescentů po klíštové meningoencefalitidě

V roce 2003 jsme na Infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice diagnostikovali klíšťovou encefalitidu celkem u 93 pacientů, 16 z nich byly děti

do 15 let věku. Nemoc byla stanovena na základě klinického obrazu a doložena nálezem v mozkomíšním moku a tvorbou specifických protilátek (průkaz metodou ELISA IgM a IgG). V období rekonvalescence byli naši nemocní sledováni formou ambulantních kontrol a všem 74 dospělým jsme nabídli dotazník kvality života podmíněné nemocí SF–36. Nemocní odpověděli po průměrné době 3,4 (0,5–5) měsíců po propuštění z nemocnice. Odpověď jsme obdrželi od 50 nemocných, přičemž jedna žena vyplnila dotazník neúplně. Statisticky byly zpracovány dotazníky od celkem 49 pacientů (31 mužů, 18 žen) ve věku $48,7 \pm 14,7$ (18–72) let. V naší skupině bylo průměrné zastoupení jednotlivých průběhů této nemoci, na dotazník však přednostně odpovídali nemocní s encefalitickým průběhem nemoci. Ve sledované skupině tak tvořili tyto nemocní 63 %. Při statistickém zpracování byli nemocní identifikováni pouze věkem, pohlavím, encefalitickým či meningitickým průběhem nemoci. Statisticky byla pak porovnána celá skupina rekonvalescentů s kontrolním vzorkem evropské populace (general–population–based Oxford sample). Podskupina rekonvalescentů s meningitickým průběhem byla pak srovnána s pacienty s encefalitickým průběhem. Další statistické šetření srovnává muže a ženy.

Oxford Healthy Life Survey – studie provedená v Oxfordu, Oxfordshire, Anglie, v letech 1991 – 1992 vytvořila podklady pro normativní, reprezentativní

data testu SF-36 pro evropskou populaci (2). Normy pro středoevropskou populaci ověřil Petr (3,4) na skupině českých policistů.

Výsledky

Rekonvalescenti po klíšové encefalitidě dosáhli signifikantně horších výsledků kvality života ($p < 0,05$) v následujících doménách testu SF-36 (testována oboustranná hypotéza): fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, všeobecné vnímání vlastního zdraví. Vitalita nebyla signifikantně zhoršena (tabulka 3, graf 1). Dále jsme srovnali v této skupině rekonvalescentů výsledky mužů a žen. Ženy v porovnání s muži vykazaly statisticky významně horší kvalitu života ($p < 0,05$) v následujících doménách: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, energie/vitalita. Rozdíl ve všeobecném vnímání vlastního zdraví nebyl signifikantní. Nemocní, u nichž lékař konstatoval encefalitický průběh nemoci, byli srovnáni s nemocnými s meningitickým průběhem. Rozdíl zde nebyl statisticky významný.

Diskuze

Pokud nahlížíme klíšovou encefalitu z tradičního zorného úhlu, dojdeme k závěru, že nejde o příliš závažné onemocnění. Smrtnost, jež kdysi bývala v Evropě do 3,5%, v poslední době klesla na 0,5–1 %. Procento ochrnutých nemocných je udáváno různými autory různě. Tyto údaje kolísají od 4,3% do 33 %. V naší práci to bylo 11,7%, polovina z těchto nemocných měla postižení závažnější. Paréza prodlouží pobyt v nemocnici a následnou rehabilitaci podstatným způsobem. I v případě, že je rehabilitace úspěšná, rekonvalescenci si stěžují na odlišnou funkční schopnost – na „menší šikovnost“. Většina nemocných však odchází z nemocnice do 14 dnů a při propuštění deklaruje pocit zdraví.

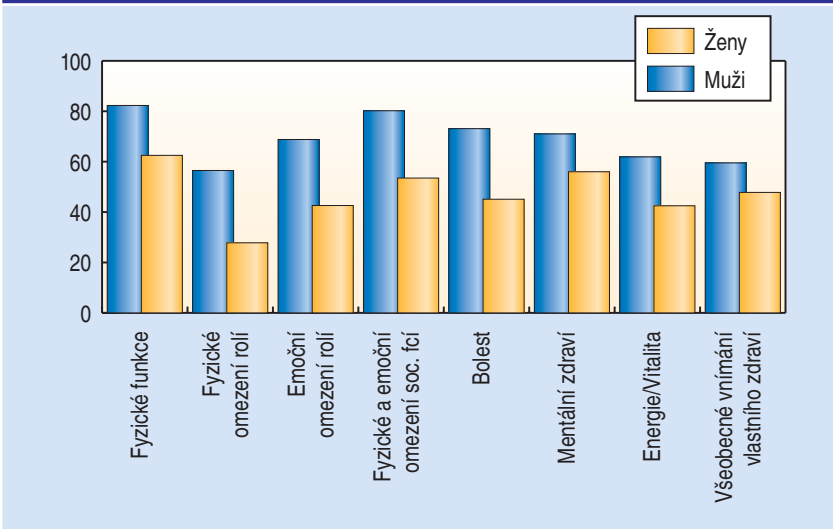
Pokud se však zaměříme na subjektivní stesky nemocných v akutním období i v rekonvalescenci, dostaneme zcela jiný obraz nemoci. Nemoci, jež na dlouhé týdny a měsíce omezuje aktivitu nemocného, dotýká se výrazně právě těch skutečností, které rozhodují o pocitu radosti ze života, kvality života. Nejlepší osud mají dle našich zkušeností i dalších autorů (Kaiser, a jiní) děti. Většina z nich má meningitický průběh nemoci, teplota a bolest hlavy rychle ustupují a rekonvalescence je bez větších problémů. Ale i u dětí jsou v Evropě opakovaně zaznamenána jednotlivá fatální onemocnění. Průběh nemoci u dospělých nemocných je zřetelně nepříjemnější. Nejtěžší postižení objektivně i subjektivně postihuje nemocné starší 65 let. Klíšová encefalida často změní dosud plně aktivního jedince, který žil polovinu roku na chatě a věnoval se sportům, rybaření, cyklistice a podobně, zcela osud. Mnoho z těchto lidí přestává jezdit na kole po závr, hůře se uplatní v rodině a společnosti

Tabulka 2. Synoptický přehled průměrných skóre kvality života u probandů po prodělané Meningoencephalitis podle gender/pohlaví.

Doména	Muži	Ženy	%	u
Fyzické funkce	82,3	62,5	76,0	2,75
Fyzické omezení rolí	56,5	27,8	49,2	2,48
Emoční omezení rolí	68,8	42,6	61,9	2,14
Fyzické a emoční omezení soc. fcí	80,2	53,5	66,6	3,10
Bolest	73,1	45,1	61,6	3,41
Mentální zdraví	71,0	56,0	79,2	2,44
Energie/Vitalita	61,9	42,5	68,6	2,87
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	59,5	47,8	80,3	1,73

n = 49, n/muži = 31, n/ženy = 8, u–kritická hodnota = 1,68

Graf 2. Srovnání podskupiny žen s muži.



pro podrážděnost a horší schopnost komunikovat. O větších následcích tohoto onemocnění pro ženy víme již léta. Zvláště ženy s náročným povoláním, prací s lidmi, prací na počítači a velkou odpovědností snášejí tuto nemoc špatně (učitelky, manažerky, účetní). Test kvality života SF 36 tento starší dojem plně potvrdil. Jaký je k tomu důvod? Vysvětlení může být poměrně snadné. České ženy zastávají velmi odpovědná povolání. Jejich zátěž a odpovědnost se v pracovní době neliší od mužů. Rozdíl nastává po práci. Nákupy, péče o domácnost a rodinu, příprava dětí do školy však zaberou průměrné ženě několik dalších hodin. Jen některé ženy si vyhradily čas pro svůj aktivní odpočinek. Výsledkem bývá chronické přetížení. Infekce všeobecně (a virové zvláště) se vyznačují velmi širokou škálou průběhů. Nemoc je výsledkem složité interakce makroorganizmu s mikroorganizmem. Všechny

na oslabení makroorganizmu v době této interakce se promítají do osudu nemocného. Ženy již vstupují do boje s mikroorganizmem s handicapem a ten se může promítnout do výsledků nemoci a subjektivních prožitků v rekonvalescenci.

Závěr

Klíšová encefalida přináší nemocnému výrazné obtíže v akutním období, ale u velké části nemocných trvají obtíže po týdny a měsíce i v rekonvalescenci. To přináší nemocným výrazné zhoršení celkového pocitu kvality života. Srovnáním skupiny 49 rekonvalescentů po klíšové encefalitidě s oxfordským normálním vzorkem jsme prokázali statisticky významné zhoršení kvality života v sedmi z celkem osmi domén testu SF-36. Kvalita života žen ve srovnání s muži byla v této skupině statisticky významně horší.

Literatura

- Chmelik V, et al. Clinical Picture of TBE: A Retrospective Study of 493 Cases. Zent.bl.Bakteriol. Jena. 289, 1999; 5–7: 583.
- Jenkinson C. et al. The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual. Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britain.
- Petr P, Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (The SF-36 Questionnaire of the Health related Quality of Life). Kontakt, 2000; 2 (1): 26–29.
- Petr P. Kvalita života u příslušníků Police České republiky (Health Related Quality of Life in Members of Czech Police Corps). Klinikopatologické semináře Nemocnice Č. Budějovice, 19. 9. 2001 (13 stran).
- Chmelik V, Petr P, Slamova I, Filipova P, Houserova L, Chrdle A, Kalova H. Quality of Life after Tick Borne Encephalitis, Clinical Microbiology and Infection, 14th ECCMID Prague, Czech Republic, 1.– 4. 5. 2004, P1418.