

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N 5341

Bc. Adéla Burešová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Fototerapie a její využití u kožních chorob

Diplomová práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

PLZEŇ 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně za vedení vedoucí diplomové práce pana Prof. MUDr. Vladimíra Resla, CSc. Dále prohlašuji, že veškeré prameny a podklady ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci této publikace.

Datum:.....

Podpis:.....

Bc. Adéla Burešová

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala panu profesorovi MUDr. Vladimírovi Reslovi CSc. za jeho pomoc, trpělivost, rady a ochotu při vedení mé diplomové práce. Dále za spolupráci a podklady všeobecné sestře Jaroslavě Vitěkové z oddělení fyzikální terapie Kožní kliniky FN Plzeň. A v neposlední řadě také děkuji celé mé rodině za podporu při mých studiích.

Anotace

Příjmení a jméno: Burešová Adéla

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Fototerapie a její využití u kožních chorob

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Počet stran: Nečíslované 19, Číslované 123

Počet příloh: 13

Počet titulů vložené literatury: 49

Klíčová slova: fototerapie – kožní choroby – lupénka – psoriáza – UV záření – světloléčba – nežádoucí účinky fototerapie – kůže – mycosis fungoides

Souhrn:

V diplomové práci se zabývám účinky fototerapie a jejím využitím zejména u dvou vybraných kožních chorob. Je zpracována formou standardizovaného rozhovoru u vybraných respondentů se dvěma odlišnými nemocemi kůže.

Teoretická část obsahuje popis fototerapie a její historie, rozdělení světelného záření, fototerapeutické metody využívané v dermatovenerologii, mechanismus účinku, indikace a kontraindikace, opatření pacienta během světloléčby a popis možných nežádoucích účinků.

V praktické části se věnuji dvěma pacientům s kožním onemocněním psoriasis vulgaris a dvěma pacientům trpící mycosis fungoides. Kazuistické šetření probíhalo formou rozhovoru, který byl vypracován podle ošetřovatelského modelu M. Gordonové. Na základě daných oblastí byl veden rozhovor s pacienty. V příloze diplomové práce je fotodokumentace pacientů, kteří souhlasili s fotografováním postižené oblasti kožním onemocněním.

Anotace anglicky

Surname and name: Bc. Burešová Adéla

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Phototherapy and its use in skin diseases

Consultant: Prof. MUDr. Vladimír Rezl, CSc.

Number of pages: Nonnumbered 19, Numbered 123

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 49

Key words: phototherapy – skin diseases – psoriasis – UV radiation – side effects
phototherapy – skin – mycosis fungoides

Summary:

The diploma thesis deals with the effects of phototherapy and its use especially in the two skin diseases. It is processed by means of a standardized interview with selected respondents with two different skin diseases.

The theoretical part contains a description of phototherapy and its history, the distribution of light, phototherapy methods used in dermatovenerologie, mechanism of action, indications and contraindications, measure patient during phototherapy and possible side effects.

The practical part is dedicated to two patients with the skin disease psoriasis vulgaris and two patients suffering from mycosis fungoides. The case took the form of survey interview, which was developed by the nursing model M. Gordon. On the basis of the areas were interviewed patients. In annex thesis is supplemented with photographs of patients who agreed to be photographing the affected area of skin disease.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Fototerapie	13
1.1 Historie fototerapie	13
1.2 Světelné záření.....	14
1.3 Fototerapeutické metody v dermatovenerologie.....	17
1.4 Měření UV záření	22
1.5 Světloléčba a její mechanismus účinku	23
1.6 Základní informace o kůži	23
1.7 Působení UV záření na kůži.....	28
1.8 Reakce kůže na UV záření.....	29
1.9 Indikace k fototerapii	32
1.10 Kontraindikace a příprava ke světloléčbě	33
1.11 Fototerapie a pacient.....	34
1.12 Opatření v průběhu fototerapie	36

1.13 Nežádoucí účinky fototerapie	37
2 Psoriáza	37
2.1 Historie.....	38
2.2 Etiologie a patogeneze psoriázy.....	39
2.3 Klinický obraz a formy psoriázy.....	40
2.3.1 Formy psoriázy	41
2.4 Epidemiologie	43
2.5 Vyšetřovací metody a diagnostika psoriázy	44
2.6 Léčba nemocného s psoriázou	45
2.6.1 Doplnující léčba a opatření psoriázy	49
2.7 Chyby a omyly v léčbě psoriázy	50
3 Mycosis fungoides	51
3.1 Historie mycosis fungoides.....	52
3.2 Epidemiologie mycosis fungoides	52
3.3 Etiologie a patogeneze mycosis fungoides	52
3.4 Diagnostika a vyšetřovací postupy mycosis fungoides	53

3.5 Léčba mycosis fungoides	54
3.6 Vývoj onemocnění a prognóza mycosis fungoides	56
PRAKTICKÁ ČÁST	57
4 Formulace problému	57
5 Cíl a úkol výzkumu	57
6 Metodický postup.....	57
7 Výzkumné oblasti a vybrané základní otázky	58
8 Vzorek respondentů	61
PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	61
9 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1.....	61
9.1 Anamnéza	62
9.2 Katamnéza.....	64
9.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové	65
10 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2.....	75
10.1 Anamnéza	75
10.2 Katamnéza.....	78

10.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové	79
11 KAZIUSTIKA PACIENTA Č. 3.....	90
11.1 Anamnéza	90
11.2 Katamnéza.....	92
11.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové	93
12 KAZIUSTIKA PACIENTA Č. 4.....	103
12.1 Anamnéza	103
12.2 Katamnéza.....	105
12.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové	107
12 Diskuze	117
ZÁVĚR.....	124
Seznam zdrojů	126
Seznam použitých zkratek.....	130
Seznam příloh.....	133

Citát

„Fyzikům nezbývá nic lepšího než chodit s ustaranými tvářemi a smutně si stěžovat, že v pondělí, ve středu a v pátek musejí na světlo hledět jako na vlnu, zatímco v úterý, ve čtvrtek a v sobotu ho berou jako částici.“

Banesh Hoffmann

ÚVOD

Téma diplomové práce je z prostředí dermatovenerologie, což je obor léčebné a preventivní péče, který se zabývá diagnostikou, léčbou, následnou prevencí, posuzováním a výzkumem onemocnění kůže, jeho podkoží a orofaciálních sliznic. Mimo jiné se dermatovenerologie zabývá komplexní péčí o nemocné s pohlavními chorobami. Odborná léčebná péče je poskytována pacientům na kožních odděleních, které jsou rozděleny na ambulance a lůžkové části, dále je situována do odborných léčeben, lázeňských zařízení, do soukromé praxe odborných zdravotnických zařízení a v neposlední řadě lékařské kosmetiky nebo v denních stacionářích. Pacienti s kožní chorobou mohou navštívit kožní ambulance sami, nebo na doporučení od praktického lékaře. (5, 7, 29)

V teoretické části se budu zabývat přiblížením účinků fototerapie na kůži a na kožní onemocnění, zejména na dvě vybrané choroby kůže, a těmi jsou psoriáza a mycosis fungoides. Teorie je členěna celkem do tří kapitol, a to jsou samotná fototerapie a její přiblížení, poté lupénka a mycosis fungoides. Fototerapie je již dnes nedílnou součástí moderní dermatologické léčby a stále u ní dochází k vývoji nových typů zářičů a zařízení. Patří mezi druhy fyzikální terapie, která je indikována a prováděná zkušenými kožními lékaři, kdy se využívají různé typy ultrafialového záření a vlnových délek světla. Dvě jmenované kožní choroby jsem si zvolila proto, že světloléčba u nich patří k základním léčebným postupům. (10, 15, 16)

V praktické části se zabývám odlišným prožíváním choroby čtyř klientů s jinou kožní diagnózou, ale na stejném principu léčby, kterou je v tomto případě fototerapie. Rozdíl je především v typu chorob, ale liší se i pohlavím, věkem, sociálním postavením a jejich reakcí na vlastní nemoc a délkou onemocnění.

Praktická část mimo jiné obsahuje anamnézu, katamnézu a vedený rozhovor dle modelu M. Gordon na jednotlivé oblasti, který model obsahuje. Zde je nejdůležitější zjistit kvalitu života pacientů, kteří musejí docházet do ambulancí fyzikální terapie a podstupovat fototerapii.

Téma Fototerapie a její využití u kožních chorob jsem si zvolila na základě nedostatku informací o téhle problematice. Myslím si, že by měla být delší časová dotace na výuku již na středních zdravotnických školách, vyšších odborných školách a vysokých školách, protože s těmito dvěma vybranými kožními chorobami se nesetkáme pouze při ošetřování na kožním oddělení. Tato onemocnění mají úzkou spojitost s interními chorobami, kdy jsou s nimi spjata, a stoupá prevalence v populaci. Většina z nás se již setkala s tímto druhem onemocnění u pacienta, ale myslím si, že je jiná informovanost u pracovníků, kteří nepřijdou do styku přímo s touto chorobou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Fototerapie

1.1 Historie fototerapie

Fototerapie je moderní léčebná metoda, kdy se používá nejpřirozenější zdroj energie, a tím je světlo. Použití tohoto zdroje energie k léčbě dermatóz je známo již z doby antiky. Léčebné využití světla je zaznamenáno v 19. století. Dánský lékař celým jménem Niels Ryberg Finsen, žijící v letech 1860 až 1904, vrátil světlo zpět do ordinací po středověkém ostychu z nahého lidského těla. Za výsledky v terapii pacientů s nejrůznějšími kožními chorobami, především za léčbu uhlíkovou lampou onemocnění lupus vulgaris mu byla v roce 1903 udělena Nobelova cena. Na počátku 20. století byly všude ve světě i u nás zřízeny ústavy světloléčby, které využívaly nejrůznější speciální lampy s různými vlnovými délkami, a to jak světla viditelného, tak i z oblasti paprsků infračerveného a ultrafialového. Největším pokrokem vývoje světloléčby byly 70. léta 20. století, kdy se zavedla fotochemoterapie PUVA. U nás je jako průkopník světloléčby považován lékař Edvard Slavík. Světloléčba se stala tradiční a standardní součástí léčení kožních chorob. Při léčebném využití světla se nesmí zapomínat na vedlejší účinky ultrafialového a infračerveného záření. (2, 10, 15, 16)

FOTOTERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice dnes působí několik center, které jsou zaměřené mimo jiné i na využívání fototerapie v jednotlivých lékařských oborech. Problematikou fototerapie se zabývají i dvě odborné lékařské společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně - radiobiologická a pro využití laseru v medicíně. Obě mají široké zastoupení i v mezinárodních společnostech, jakými jsou Mezinárodní akademie pro laseroterapie v medicíně a chirurgii, pod zkratkou zvaná ALMS, a Evropská lékařská laserová asociace se známou zkratkou EMLA. (2, 15, 16, 23)

Fototerapie je fyzikální léčebná metoda na základě světla, což je specifická část elektromagnetického vlnění. Využívají ji mnohé obory medicíny a vždy má poněkud

odlišnou náplň a účel, například v pediatrii při novorozenecké žloutence. Dále se aplikuje v oftalmologii, onkologii, gynekologii, v oboru ORL, pneumologii, urologii a gastroenterologii. Velký rozvoj fototerapie je zaznamenán v oblasti estetické medicíny, kde je využíván laser, pulzní intenzivní světlo apod. (10, 15, 23, 34, 35)

1.2 Světelné záření

Veškeré záření, které vychází ze Slunce, vzniká termonukleární reakcí a představuje široké pásové spektrum od 300 nm – 300 000 nm. Je to široká oblast od rentgenových paprsků až po rozhlasové vlny. Z hlediska biologie nás především zajímá střední část, která obsahuje ultrafialové, viditelné a infračervené záření. Člověk napodobil záření některými umělými zdroji, například rtuťové, obloukové lampy. (10, 15, 16, 39)

Zdroje světla lze rozlišit na přirozené sluneční záření a umělé světelné zdroje. Rozsah slunečního záření je 300 nm – 300 000 nm a je tedy charakterizováno pásovým spektrem. Za umělý zdroj světla je považována uhlíková oblouková a rtuťová lampa. Uhlíková oblouková lampa je otevřená plynová výbojka a má spektrum tří pásem – erymatogenní (slabé 253 nm), široké UVA (300 – 390 nm) a viditelné červenooranžové. Využití například jako Finsenova lampa při léčbě lupus vulgaris. Rtuťové lampy jako cold quartz lamp jsou nízkotlaké a jejich využití je například v germicidních zářivkách (sterilizace místnosti) a zářivky, které jsou plněné argonem a rtutí, jejichž záření je v pásmu 315 nm, takže je cca 70x menší než sluneční paprsky. Druhým typem rtuťových lamp a umělého zdroje záření jsou hot quartz lamp, které jsou vysokotlaké a využívají se například jako Kromayerova lampa, nebo Horské slunce a ve speciálních lampách s přesně definovaným spektrem záření. (15, 16, 34, 35, 39)

ULTRAFIALOVÉ (UV) SLUNEČNÍ

UV záření tvoří cca 5% slunečního světla dopadajícího na Zemi. Představuje vlnové délky v rozmezí 295 – 400 nm. UV oblast záření se dělí na tři části: UVA o vlnovém spektru 315-400 nm, UVB s vlnovou délkou 280-315 nm a UVC se spektrem

100-280 nm. Nejškodlivější část slunečního záření je odstíněna v ozónové vrstvě, ve stratosféře. Zbývající dopadající UV paprsky obsahují cca 1-10% UVB a 90-99% UVA. V důsledku zvětšování tzv. „ozónové díry“ dochází k růstu množství UVB záření dopadající na povrch Země. UV záření má vliv na řadu akutních a chronických změn v organismu. Tyto změny a rozsah jsou ovlivněny intenzitou ozáření, individuálními faktory (např. aktuální stav organismu, genetická odolnost), nadmořskou výškou, postavením Slunce, množstvím ozónu ve stratosféře, oblačností a odrazem od zemského povrchu. *UV index* je mezinárodní způsob měření intenzity slunečního UV záření na konkrétním místě a čase. Je to standardizovaná veličina vyjadřující biologický efekt UV záření na kůži jedince. Využívá se k informovanosti obyvatelstva o možném negativním účinku UV záření na člověka. Hodnota UV indexu v našich zeměpisných šířkách je od 0 – 9 a nejvyšší u nás dosahuje v létě v poledních hodinách. (34, 35, 39)

UVA ZÁŘENÍ

Větší část (90%) UV slunečních paprsků tvoří dlouhovlnné UVA záření se spektrem 315 – 400 nm. Dělí se na UVA1 (340 – 400 nm) a UVA2 (315 – 340 nm). UVA na rozdíl od UVB paprsků není absorbováno ozónovou vrstvou ani okenním sklem a intenzita není měněna v průběhu dne. UVA fotony pronikají hluboko do kůže, 80% proniká až k rozhraní epidermis a 10% proniká do podkoží vrstvy vaziva. V důsledku toho dochází k poškození kožních buněk, může způsobit nekrózu buněk kožního endotelu a narušit cévy kůže. Intenzivní ozáření UVA paprsky může vést ke vzniku erytému. Opakované a dlouhodobé působení UVA způsobí změny ve struktuře a funkci kožního systému, tzv. předčasné stárnutí kůže. UVA záření ovlivňuje imunitní reakce v těle a je využíváno v kombinaci s léčivými látkami k dermatologické terapii (fototerapii) při léčbě psoriasis vulgaris a vitiliga. Mimo jiné se můžeme s tímto druhem záření setkat v kosmetických studiích (např. solária). (15, 16, 34, 35)

UVB ZÁŘENÍ

UVB záření (1-10%) má spektrum vlnové délky v rozmezí 280-315 nm. Potencionálně nebezpečné paprsky jsou absorbovány stratosférou - ozónovou vrstvou. Je cca 1000x účinnější než UVA záření a působí karcinogenně. UVB záření neprochází sklem. Intenzita ozáření souvisí s denní a roční dobou, zeměpisnou šířkou a nadmořskou výškou. Oproti UVA prostupuje do menší hloubky kůže, takže většina UVB je absorbována v epidermis a z toho je 70% pohlcováno v rohové vrstvě, minimální množství cca 10% proniká do dermis. UVB má mimo jiné škodlivé účinky na oči. Vlivy UVB ozáření se projevují ve vzniku edému, erytému, zánětlivé nebo alergické reakce. Rovněž utlumuje odezvu imunitního systému, způsobuje opálení kůže efektivněji (cca 1000x) než UVA záření. Opakovaná expozice též způsobuje předčasné stárnutí kůže. UVB je nezbytné pro produkci vitamínu D. (15, 16, 23, 25, 39)

UVC ZÁŘENÍ

UVC je záření krátkých vlnových délek se spektrem 100-280 nm a má nejvyšší energii oproti ostatním UV pásmům, a proto má i vyšší biologické účinky. Je hodnoceno jako nejtoxičtější část slunečního záření. Způsobuje mutaci a genotoxicitu buněk u všech forem života i při velmi krátké expozici. Díky tomu se využívá jako germicidní prostředek k velmi účinné prostorové dezinfekci například na operačních sálech, v laboratořích atd. Vlnové délky UVC záření jsou pohlcovány ozónovou vrstvou, a díky tomu se nepodílí na patologických procesech v kůži. (34, 29)

VIDITELNÉ ZÁŘENÍ

Spektrum vlnových délek je v rozpětí 400 – 760 nm a je využíváno rostlinami při fotosyntéze. Má vliv na funkce živých organismů. Je tvořeno asi 50 % slunečních paprsků, které dopadají na zemský povrch. Toto viditelné záření proniká hluboko do kůže a je absorbováno melaninem, hemoglobinem, riboflavinem nebo bilirubinem. Část viditelné spektra (modré světlo) se využívá u novorozenců v pediatrii k léčbě

novorozeneckého ikteru nebo k fotodynamické terapii jako léčebný postup při diagnostice a terapii nádorů. (15, 34)

INFRAČERVENÉ ZÁŘENÍ

Tento druh záření má spektrum vlnové délky v rozmezí 760 nm – 1mm. Má především tepelné účinky. Je tvořen cca 45% slunečního světla. Proniká hluboko do dermis. Infračervené paprsky mají menší energii než viditelné světlo, vyvolávají změny vibrací a rotaci molekul, což se projevuje nárůstem teploty. Infračervené světlo je využíváno k terapeutickým účelům, protože zlepšuje hojení ran a zánětlivých procesů kůže. (15, 16, 34)

1.3 Fototerapeutické metody v dermatovenerologii

HELIOTERAPIE A UMĚLÉ ZDROJE

Do prosté fototerapie lze zařadit využití helioterapie a umělých zdrojů. Helioterapie v našich zeměpisných šířkách jako druh terapie je možná, ale jen v určitém ročním období. Z tohoto důvodu je nahrazována léčbou umělými světelnými zdroji. Nejvíce podobné slunečnímu záření jsou tzv. xenonové lampy, protože obsahují spojitě všechny vlnové délky. Proto se využívají především pro diagnostické účely. Možnost aplikace je u celé řady kožních chorob, např. lupénka, T-lymfom, ekzém, akné, atopický ekzém, pruritus apod. (2, 10, 35)

FOTOTERAPIE UVB

Toto spektrum záření se využívá v současné době nejčastěji v dermatologii, dokonce i její zúžená oblast jako tzv. SUP terapie (311nm). Proniká až k bazální membráně a jeho vlastností je především tvorba erytému, který může být zodpovědný za pozdější pigmentaci. Protizánětlivý efekt je při fototerapii způsobený útlumem buněk T - lymfocytů, které zprostředkovávají imunitní odpověď. Možnosti záření jsou širokospektré, selektivní UV, úzkospektré a eximerové světlo. Největší výhodou

úzkospektrých UVB zářičů je nižší erytermogenní účinek a snížení dlouhodobých nežádoucích účinků jako je například kancerogeneze. Nejčastější indikací k tomuto ozáření je psoriasis vulgaris, vitiligo, chronický pruritus, dermatitis atopica, časná fáze mycosis fungoides. (2, 10, 34, 35)

Při vstupním lékařském vyšetření je nutné stanovit iniciální dávku a léčebné schéma. Pokud je známa reakce nemocného na fototerapii, lze s ohledem na jeho fototyp kůže naplánovat terapii empiricky. Neznáme-li citlivost (reaktibilitu) pacienta, je lépe provést kožní fototest, který se provádí v křížové oblasti zad. U tohoto fototestu se stanovuje nástup erytému, kdy se daný odečet provede za 6 hodin. MED je tzv. minimální erytémová dávka, která se odečítá za 24 hodin. Nesmí se zapomínat na pigmentační odpověď kůže, tento odečet se provádí za 72 hodin nebo za 120 hodin. Iniciální dávka by neměla přesáhnout 70% MED (min. erytémové dávky), obvykle se používá polovina, což je 50% MED. Léčebná schémata a protokoly jsou odlišnými. (2, 10, 15)

Nejčastější terapeutické schéma obsahuje tři až pět ozáření za týden. Při případném bolestivém erytému nebo edému je nutné světloléčbu okamžitě přerušit na dobu, která je nutná k dohojení reakce. Poté se začne pouze s poloviční dávkou. Při výskytu puchýřů se musí zvážit, zda je vhodné se k fototerapii ještě vrátet. Pacientům se doporučuje kontrolní vyšetření s odstupem dva až tři týdny, kdy se zhodnotí celkový stav a stanoví se další léčebný postup. Mezitím nemocný dochází na oddělení fototerapie, kde je vedený zkušenou a erudovanou sestrou v daném klinickém oboru. Při neočekávané reakci je okamžitě odeslán zpět k lékaři, který terapii indikoval. (2, 10, 15, 16, 35)

FOTOTERAPIE UVA

U nás v České republice je běžná fototerapie širokospektrým UVA zářením. Ozáření probíhá většinou pětkrát týdně až do zlepšení lokálního nálezu. Pro terapii UVA neexistuje žádný standardizovaný protokol. UVA paprsky pronikají až hluboko do dermis, kde utlumují uvolňování histaminu z bazofilů a mastocytů, tímto dochází k ústupu pruritu. UVA světloléčba je indikovaná k léčbě zánětlivých kožních chorob, jako jsou atopické

dermatitidy, lokalizovaná sklerodermie, u kožního T-buněčného lymfomu. Doposud je známo málo dostupných informací pro bezpečnost dlouhodobé terapie vysokými dávkami UVA, proto se tato forma terapie doporučuje maximálně dvakrát ročně s patnácti ozářeními během jednoho cyklu. (2, 10, 15, 16)

FOTOCHEMOTERAPIE PUVA

Kůže klienta je vystavena ultrafialovému záření typu A. Před ozářením UVA pacient užije lék psoralen (proto zkr. P+UVA). To je látka původně rostlinného původu, která zvyšuje citlivost kůže k ultrafialovému záření. Lék se může podávat v tabletě, aplikovat lokálně nebo jako roztok v koupeli. Mechanismus PUVA terapie je především antiproliferační a imunomodulační. Před zahájením léčby je důležitá kontrola hladiny jaterních enzymů, krevního obrazu a provádí se oční vyšetření. Reakce kůže závisí na dávce psoralenu, dávce UVA paprsků a na kožním fototypu. Léčbu může komplikovat pruritus nebo pálivá bolest ložisek. Nejčastějšími indikacemi jsou mycosis fungoides, psoriáza, parapsoriáza, lymfatoidní papulóza, atopická dermatitida, vitiligo aj. (14, 17, 20)

Fototerapii lze řídit podle fototypu. Doporučuje se individuální fototest na základě evropského protokolu, což znamená, že se přiloží šablona se šesti okénky na křížovou oblast a za jednu nebo dvě hodiny po aplikaci příslušné dávky se opět ozáří dle dané tabulky. Poté se odečte tzv. MPD (minimální fototoxická dávka) za 72 hodin. Erytém se objevuje do 48 hodin. Jako počáteční dávka se doporučuje 75% MPD. Lékař určuje zvyšování či snižování, pokud se ovšem objeví lehký erytém, je nutné dávku nikterak nezvyšovat. Při silném zarudnutí terapie musí být přerušena až do vymizení reakce. (2, 10, 35, 39)

U PUVA může docházet k opožděnému nástupu fototoxického erytému. Což znamená, že teprve třetí den se rozvine reakce po terapii světlem z prvního dne. Proto se doporučuje po dvou dnech udělat pauzu na jeden až dva dny. Po skončení celkového záření je vhodná kontrola jaterních testů a oční vyšetření. (2, 34)

Známou metodou v kombinaci s tímto spektrem záření je i tzv. RE-PUVA, což je kombinace s podáním retinoidů. Retinoidy je skupina moderních léčebných prostředků, které jsou odvozeny od kyseliny retinové, neboli derivátů vitamínu A. (2, 10, 34, 35)

MIMOTĚLNÍ FOTOCHEMOTERAPIE

Nazývá se také jako fotoferéza, přičemž tento druh léčby spočívá v mimotělním ozáření UVA paprsky leukocytů periferní krve odebrané nemocnému. Pacient před odběrem požije per os lék Methoxypsoralen, který senzibilizuje leukocyty, které jsou po ozáření zpět navraceny nemocnému. Tento druh léčby se využívá u závažných chorob, např. arthropatická psoriáza, T-lymfom, revmatoidní artritida. (20)

RENTGENOTERAPIE

Význam této terapie značně poklesl z důvodu omezení nových léků, které se zde využívaly. I přesto lze však léčit celou řadu onemocnění, které jsou jiným způsobem nezvladatelné. Zvolením této metody již selhaly jiné terapie. V dermatologii se využívá tzv. *Buckyho hraničních paprsků*, což znamená přechod mezi UV zářením a RTG zářením. Indikacemi k terapii jsou psoriázy, lichen ruber, lokalizované prurity atd. (2, 10, 34, 35)

LASERY

Jde o tzv. kvantový zesilovač optického záření, kde vzniká koherentní, rovnoběžný paprsek, který má obrovskou energii. Lasery se rozdělují na nízkovýkonné a vysokovýkonné, při kterém se energie dopadající na tkáň mění v teplo. U nízkovýkonného laseru dochází ve tkáni k biochemickým změnám, užívají se pro biostimulační účely (0,5W). Indikují se v případě Herpes simplex, afty, jizvy po popáleninách. Vysokovýkonných laserů je široká řada a indikace se u mnohých ještě upřesňují. Jejich vlastnosti jsou odvíjené od toho, jaké struktury pohlcují různé vlnové délky, které lasery produkují, například laser CO₂ se užívá jako skalpel, argonový laser

se používá na cévní struktury (protože je pohlcován hemoglobinem) nebo například YAG laser na struktury s obsahem pigmentu a podobně. (2, 10, 34, 35)

FOTODYNAMICKÁ TERAPIE

Využití je po podání lokálních či celkových látek nejčastěji derivátů porfyrinů, které mají fotodynamický účinek. Ten se dostaví po ozáření světlem v oranžové oblasti spektra, tj. cca 630 nm. Tímto světlem je zasažena selektivně patologická tkáň. V poslední době je to velice oblíbená metoda, protože má dobré výsledky i z kosmetického hlediska. Tímto způsobem se léčí kožní T-lymfomy, bazaliomy, psoriázy atd. (2, 10, 35)

BALNEOTERAPIE A FOTOBALNEOTERAPIE

Velice uznávaná a oblíbená terapie některých kožních chorob. Řadí se sem lázeňská a přímořská léčba. Stará metoda využívaná již v antice. Indikuje se v případě psoriázy, atopické dermatitidy a u některých chronických dermatóz. Uplatňuje se zde pozitivně změna dynamického stereotypu, pohybová aktivita, dietní opatření, duševní pohoda, podnebné prostředí, pitné kúry, koupele atd. Fotobalneoterapie se doporučuje pro občany České republiky u Středozemního moře a Černého moře díky složení vody a podnebnému klimatu. Po této léčbě je pozorována delší remise onemocnění. (35)

SYNCHRONNÍ A ASYNCHRONNÍ FOTOTERAPIE

Tato terapie může probíhat asynchronně za využití koupelí ve vaně s roztoky soli nebo dalších jiných látek např. dehtu, psoralenů, oleje, bylinek, jako koupel ve fólii, anebo probíhá formou sprchy, a poté se pacient následně ozáří. Synchronní světloléčba je koupel se současnou aplikací záření. Systém napodobuje přírodní podmínky a simuluje situaci léčby u Mrtvého moře. Nevýhodou této metody je značná spotřeba vody, nepřesná dozimetrie a nutnost filtračního zařízení. Dále se sem řadí tzv. systém Aqua sun, je to kombinace sprchy, kdy kapičky na kůži působí jako lupa. Dává se individuální náplň a je zde přesnější dozimetrie. (2, 10, 35)

1.4 Měření UV záření

DOZIMETRIE, RADIOMETRIE

Měření je v zásadě trojí: kontrola funkce parametrů ozařovacího zařízení, určení a stanovení individuální dávky a změn u pacienta, měření proměnlivých dávek záření ze Slunce. Nezbytným předpokladem pro vyšetření stupně citlivosti kůže na světlo a opatření solární ochrany je kvantitativní měření intenzity ultrafialového záření. V současné době se využívá velké množství zařízení založených na různých technických principech. Vždy je určený přesný účel měření, například meteorologické pozorování, měření výkonu solárií, osobní kontrola dozimetrie při výkonu povolání. Jako popis výkonu záření se využívají jednotky mW/cm^2 a pro dávku záření, která dopadá na plochu v časovém intervalu to je J/cm^2 . Přístroje měřící záření se nazývají fotometry. (10, 15, 34, 42)

U moderní fototerapie jsou kladeny požadavky na určování vhodné dávky ozáření a zaznamenávání kumulativní dávky, kdy tedy musí být veden protokol o terapii. Pro úspěšnost léčby je zásadní dostatečná dávka, která musí být organismem současně dobře tolerována. Dávka je základní radiometrickou hodnotou. K měření intenzity záření slouží fotometr neboli dozimetr, který je už u celotělových nových přístrojů zabudován, a díky tomu umožňuje nastavení požadované dávky na ovládacím panelu. Dozimetr měří danou vlnovou délku. Pokud není součástí výbavy zářiče, musí se provádět dozimetrie externě. Intenzita ozáření je základním parametrem zářičů (vyjadřuje se v mW/cm^2). Jestliže se provádí externě, je potřeba dbát na vlnový rozsah měřícího přístroje, aby odpovídal emisnímu spektru zářiče. Pokud tomu tak není, tak je toto měření bezcenné. Dalším důvodem měření je fakt, že lampy stárnou díky svému provozu, a je proto nutné včasné měnění. Zářiče se musí nechat aktuálně kalibrovat, aby ošetřující personál zadával správnou dávku. (10, 42)

Dávka je množství energie. Tato energie je vyzářená na určitou plochu, jak je již zmíněno výše, a udává se v J/cm^2 (mJ/cm^2). (10, 34, 42)

1.5 Světlo léčba a její mechanismus účinku

Fototerapie je fyzikální metoda, která má tzv. fotobiologický účinek. Dnes je řazena k základním léčebným dermatologickým postupům, i když fotobiologický účinek není dosud zcela objasněný. Dříve se hlavní role přikládala antimitotickému a antiproliferativnímu působení, který byl zprostředkován tvorbou cyklobutonpyrimidinových dimérů, které vedly ke snížení syntézy DNA a proteosyntézy. (10, 15, 35, 42)

V současnosti jsou akceptovány mechanismy imunomodulační až imunosupresivní, kdy je ovlivněna především funkce a metabolismus Langerhansových buněk. Ve světlo léčbě se používají různé typy paprsků, jako infračervené a ultrafialové záření. Mechanismus působení UVA a UVB se od sebe poněkud liší. Při UVB se využívají středovlnné délky záření. Při UVA záření se uplatňují dlouhovlnné délky záření. UVB paprsky jsou biologicky velmi účinné, způsobují erytém a pigmentaci. UVA paprsky pronikají hlouběji, působí intenzivnější erytém a dlouhodobou pigmentaci. Pro možnost vzniku nežádoucích reakcí až přímého poškození je nutné aplikovat záření opatrně. Léčbu indikuje zkušený lékař a určuje léčebný režim, metodu a frekvenci ozařování. Samotný provoz zajišťuje erudovaná registrovaná všeobecná sestra. Fototerapie není vhodné kombinovat s opalováním. Stejně jako vystavování těla slunečnímu záření, tak i tato metoda urychluje stárnutí kůže a může mít vliv na rozvoj kožních nádorových buněk. UV záření má na kůži účinky antiproliferační, cytotoxické, imunomodulační, imunosupresivní a protisvědivé. (10, 34, 35, 49)

1.6 Základní informace o kůži

Kůže, latinsky nazývána cutis, je zevním povrchem lidského těla. Kůže je největším orgánem a nejtěžším orgánem lidského těla, přibližně tvoří 10% váhy těla. Kůži je možno definovat jako orgán, který chrání mimo jiné ostatní orgány a tvoří bariéru mezi zevním a vnitřním prostředím organismu. Kůže je také důležitým senzoryckým orgánem. Hraje důležitou roli ve všech základních životních funkcích metabolických, imunologických,

termoregulačních, exkrečních, vazomotorických aj. Vzhled a její stav lze hodnotit, jde velice snadno a rychle vyšetřit a je rozhodujícím orgánem při komunikaci. Jedinec může však její stav v průběhu života negativně ovlivnit. Kůže novorozence je tenká, s málo soudržnou rohovou vrstvou. S postupem přibývajícím věku se projevují známky stárnutí kůže, které je možné pozorovat již po 30. roce života a s výraznou intenzitou po 50. roce. Stárnoucí kůže ztrácí svoji pružnost, protože atrofují, elastická vlákna degenerují, kůže je suchá a ztenčuje se, a objevují se vrásky. (44, 48)

SLOŽENÍ KŮŽE

Kůže se skládá z pokožky (epidermis), škáry (dermis, corium), z podkožního vaziva (subcutis, hypodermis) a součástí jsou kožní deriváty rohové a žlázoové. (3, 23)

Epidermis tvoří 4-5 vrstev buněk, na povrchu je vrstva buněk rohovatějších. Neobsahuje žádné cévy a je vyživována difúzí z kapilár ve škáře. Pokožka reguluje průnik vody a chemických látek ze zevního prostředí a naopak. Další vrstvou kůže je škára neboli dermis, ta se skládá z kolagenních a elastických vláken. Nachází se zde potní žlázy, vlasové folikuly s vývody žláz mazových. Také jsou zde nervová zakončení a smyslová tělíska pro hmat, dotyk, teplo, chlad aj. Dermis je protkána cévními a lymfatickými pleteněmi. Podkožní vazivo se skládá z lalůčků tukové tkáně a je obepnuté sítí z vazivových vláken. Krevní cévy v kůži běží souběžně s povrchem, a jsou uzpůsobeny do hluboké a povrchové sítě. Lymfatická cévní soustava začíná v povrchové části kůže. Mezi kožní adnexa patří žlázy, které jsou potní, mazové, aromatické, dále vlasy a nehty. (3, 23, 42, 48)

FUNKCE KŮŽE

Její specifickou funkcí je ochrana vnitřního prostředí organismu proti mechanickým, chemickým, biologickým vlivům a v neposlední řadě proti záření. Kůže dále plní řadu metabolických funkcí, například produkci vitamínu D₃, a díky svým žlázám se uplatňuje jako exkreční orgán. Mezi významné funkce kůže patří i termoregulační, vodní a elektrolytová, která má za úkol udržení stálého vnitřního

prostředí (homeostázu). Imunologická funkce kůže jednak v tom, že představuje účinnou ochranu těla vůči mikrobům, a má schopnost rozpoznat cizorodé látky a eliminovat je. (33, 35)

Cévní systém kůže plní významnou úlohu v termoregulaci a regulaci tlaku krve. Proudění tepla v organismu a jeho odevzdávání je závislé na objemu protékající krve spolu se změnou sekrece potních žláz. (3, 23, 33)

Díky velkému množství nervových zakončení je umožněna její senzorycká funkce, která je podkladem pro dotykové, termické, vibrační a bolestivé podněty. Změna prokrvení a barvy kůže je odrazem psychických stavů, které jsou zprostředkované autonomním nervovým systémem. Tyto změny se uplatňují zejména při nonverbální komunikaci. Celková úprava, stav kůže a kožních derivátů (vlasy, obočí, vousy, chlupy, nehty atd.) má významnou estetickou funkci, protože kůže je takovým „zrcadlem“ psychosociálních a sexuálních pocitů. (35, 42, 44)

TYPY KŮŽE

Kůže má v celém rozsahu podobnou strukturu, ale i přesto se projevuje řada lokálních rozdílů například v její tloušťce, prokrvování, hustotě inervace, množství žláz a chlupů. Principiálně jí lze rozdělovat na dva hlavní typy, a to je tenká ochlupená kůže nebo silná neochlupená kůže. Tenká ochlupená kůže pokrývá většinu povrchu těla cca 90% a plní všechny funkce. Silná neochlupená kůže je na dlaních, ploskách nohou, na straně flexorů prstů a je specializovaná na lokomoci a manipulaci. Je zde typické členění povrchu na hmatové lišty oproti tenké ochlupené kůži, pro tu je typické členění na políčka. Další rozdíl kůže je v způsobení spoju epidermis a dermis. Spojení je velmi pevné. (3, 23)

FOTOTYP KŮŽE

Každý jedinec má určité množství kožního pigmentu *melaninu*. Melanin chrání náš organismus před UV zářením. Na základě dlouhodobého vývoje a nutnosti přizpůsobit se geografickým podmínkám vznikly rozdíly pigmentace kůže v populaci. Ty už jsou dnes

geneticky dány. Proto se pigmentace u jedince rozlišuje na *konstitucionální*, což je rasově podmíněná, a *fakultativní*, ta je získaná účinkem UV paprsků (má ochranný vliv). Fototyp vyjadřuje intenzitu pigmentace, přirozeného zbarvení kůže. Určuje se reakcí na záření. Pokud má jedinec světlejší kůži, oči a vlasy, tak je nižší daný kožní fototyp. Z toho vychází, že stoupajícím číslem fototypu stoupá odolnost kůže vůči záření. Kvůli rozptylu pigmentace a následných reakcí na UV záření jsou všichni lidé rozděleni do takzvaných *kožních fototypů*. Reakcí na ozáření jsou časný a pozdní erytém. Erytém může být zánětlivou reakcí kůže po ozáření UV u bělochů. Charakteristický znak pro erytém je zarudnutí, bolest, otok a zvýšená tělesná teplota. Pro hodnocení se stanovuje minimální erytémová dávka, která se označuje zkratkou MED. Určuje se působením energie na plochu, tj. mJ/cm². Pozdní erytém dosahuje vrcholu za 12 – 24 hodin a může mizet i několik dní nebo týdnů. Při mizení se objevuje loupání kůže a pigmentace. (3, 23, 35)

Na evropském kontinentě se nejčastěji vyskytuje fototyp I. – IV. (pro představu je níže uvedená tabulka). U nás převládá typ III. a v severských státech jako je Irsko, Skotsko či Skandinávie naopak fototyp I. Minimální erytémová dávka (MED) byla stanovena pro každý typ kůže. Označuje takovou dávku záření, která vyvolá na kůži erytém. (3, 34)

U fototypu I. a II. jsou vysoká rizika vzniku malignity kůže. Minimální erytémová dávka kolísá s věkem, což znamená, že mladí a starší lidé mají nižší MED. Kolísá mimo jiné s anatomickou lokalizací, například v obličeji je nižší než na končetinách. MED se zvyšuje vlhkostí, větrem, teplem, takže je vyšší na jaře a v létě. (3, 35)

Přehled kožního fototypu v tabulce:

Fototyp	Vzhled kůže, barva vlasů a očí	Reakce kůže na ozáření
I.	Velice světlá pleť, rezavé vlasy a modré oči, velké množství pih.	Při pobytu na slunci se vždy spálí, opálení je červené a kůže nezhnědne.

II.	Světlá pleť a vlasy, barva očí je modrá, zelená nebo šedá, výskyt pih je řidší.	Jedinec se opaluje do červena a při pobytu na slunci se spálí.
III.	Světle hnědá pleť, hnědé či tmavé vlasy, barva očí je hnědá.	Dobře se opaluje, spálení zřídka kdy a pokud se spálí, tak jen mírně.
IV.	Tmavá pleť, vlasy a oči temně tmavé.	Prakticky se nikdy nespálí na slunci.
V.	Velice tmavá kůže, černé vlasy.	Nikdy se nespálí (kůže indiánů a arabů).
VI.	Nejtmavší typ.	Nikdy se nespálí.

Přehled středních hodnot minimální erytémové dávky u fototypů v tabulce:

Fototyp	UVB (mJ/cm²)	UVA (J/cm²)
I.	20-30	20-30
II.	25-35	30-45
III.	30-50	40-55
IV.	45-60	50-80

Údaje platí pro americkou populaci (Fitzpatrick, 1988), převzato z práce Pathak, 1976.

PŘIROZENÁ OCHRANA KŮŽE

Je dána tloušťkou epidermis a vrstvou stratum corneum (nejvrchnější vrstva epidermis). Dále je přirozená ochrana kůže geneticky podmíněna a získaná fakultativně melaninovou pigmentací v buněčných melanocytech. Melanin je hlavním pigmentem povrchu lidského organismu, který je obsažen v kůži, vlasech a oku. Kumulací přirozených lapačů volných kyslíkových radikálů v kožní struktuře vychytává určité množství UV záření a poskytuje tak tělní ochranu. (3, 35, 48)

ETIOPATOGENEZE KOŽNÍCH CHOROB

Tyto příčiny se mohou rozdělovat na vnitřní nebo vnější, může nastat kombinace obou příčin. Také některé kožní onemocnění mohou mít nejasnou etiologii. Výhodou kožních chorob je snadná viditelnost. Terapie bývá složitá a je potřeba léčit pacienta zevně a vnitřně. Chorobné projevy z různých příčin jsou následující:

- Infekční příčiny (např. - mykózy, virové onemocnění, paraziti, bakterie aj.)
- Zánětlivé příčiny (např. – dermatitida, kopřivka aj.)
- Z důvodu alergie (např. - ekzémy, kopřivky, atopický ekzém aj.)
- Degenerativní příčiny (např. – poruchy rohování, aktinická elastóza aj.)
- Autoagresivní příčiny (např. – erymatodes, sklerodermie aj.)
- Funkční příčiny (např. - albinismus, zvýšený mazotok, pihy aj.)
- Dědičné příčiny (např. – akné, psoriáza, varixy aj.)
- Proliferativní a nádorové příčiny (např. – nádory aj.)

Vlastní reakce organismu jedince záleží na charakteru, intenzitě, rozsahu a reaktivitě kůže. (3, 35, 42, 48)

1.7 Působení UV záření na kůži

Biologický účinek je vyvolán působením slunečního záření, při kterém musí být absorbovány fotony. Tento základní zákon fotobiologie se nazývá Grothus – Draperův zákon. Energie se ve tkáni absorbuje chemickou látkou, kterou je chromofor. Chromofor je schopen pohlcovat záření jen s určitou vlnovou délkou, to se nazývá jako absorpční spektrum. Pokud dopadá záření na kůži, část ozáření je ihned odrážena z jejího povrchu (u bělochů je to cca 5-10% UV a 50% infračerveného světla). Absorbování množství energie odstartuje řadu biologických reakcí. Probíhá ve dvou mechanismech – přímém a nepřímém. Přímý mechanismus je na základě absorpce fotonu chromoforem. Nepřímý mechanismus zahrnuje proces fotosenzivity, kdy pohlcená energie vyvolá změny v molekule chromoforu např. vyzářit energii jako teplo. (2, 15, 16, 25, 35)

ÚČINKY UV ZÁŘENÍ NA KŮŽI

Fotobiologická odpověď kožního systému je z části určena průnikem a pohlcením vlnových délek, na které jsou citlivé buňky organismu. Kratší vlnové délky než 320 nm vyvolávají časný a pozdní erytém, pigmentace, aktinické keratózy a kožní rakovinu. Dlouhovlnné ultrafialové a viditelné záření mohou vyvolat reakci v přítomnosti fotosenzibilizující látky či při fotodermatózách. I přesto, že je fotobiologická účinnost vlnových délek delších než 320 nm omezená, tak jejich hlubší penetrace do kůže je výhodná při fototerapii a fotochemoterapii. (33, 34, 35)

1.8 Reakce kůže na UV záření

Sluneční záření v kůži může vyvolat celou řadu biologických změn, které mohou být efektivní či škodlivé. K potřebě přeměny vitamínu D v kůži je nutné malé množství UVB záření. Vysoké množství ultrafialového záření vyvolává poškození kůže v podobě např. zarudnutí, zánětu nebo přehřátí organismu. Chronické změny nastávají při opakovaném ozáření, může urychlovat stárnutí kůže a vést ke kancerogenezi. Kůže má schopnost adaptace na sezónní výkyvy záření, kdy nastává ztlustění vrstvy epidermis a melanogenezy. (15, 16)

ERYTÉMOVÁ REAKCE

Nejnápadnější akutní odpovědí kůže na UV záření je v podobě zánětlivého erytému. Erytém se objevuje, když je zvýšen objem v povrchových a hlubokých žilních pleteních koria. Tato reakce je velice dobrým měřítkem fotobiologických dějů v kožním systému. Vznik erytému kůže je závislý na množství melaninu, který je přítomen v kůži. Mimo jiné erytémová odpověď kožního systému kolísá s věkem. U mladých a starších jedinců je nižší minimální erytémová dávka. (15, 16, 39)

Pro světloléčbu je limitující faktor erytém. Podle něj se dávka ozáření upravuje. Pro stanovení počáteční dávky je důležitost ve stanovení minimální erytémové dávky (MED). Při aplikaci fotochemoterapie (PUVA) se stanovuje tzv. minimální fytotoxická

dávka (MPD). Erytém je výchozím měřítkem intenzity biologické reakce kůže na UV ozáření, jelikož je dobře měřitelným znakem. MED a MPD udává stupeň citlivosti kůže nemocného na využívané spektrum UV paprsků. Podklad vzniku erytému je ve zvýšení prokrvenosti kůže. Pro vznik erytému se uplatňují zejména prostaglandiny, histamin a cytokiny. (35, 39)

PIGMENTACE

Ultrafialové záření způsobuje pigmentaci v kůži. U genetické dispozice jedince dochází k pigmentaci ve dvou rozdílných fázích, a to k časnému pigmentačnímu ztmavnutí a k pozdní pigmentaci. Rychlé ztmavnutí kůže začíná již během záření UV paprsky a je maximální bezprostředně po ozáření, díky melaninu, který způsobí tuto přeměnu v barvě kůže. Objevuje se po UVB, UVA a ozáření viditelným světlem. Pozdní pigmentace nastává po UVB expozici a je výsledkem zvýšené novotvorby melaninu v epidermis, nastává cca za 72 hodin po ozáření. U jedinců se světlou kůží je jiná škála pro pozdní pigmentaci než u lidí s tmavou pletí. Při ozáření UVB je zjizvitelný vzestup počtu melaninu ve str. corneum, kdežto při UVA ozáření je pigmentace patrná pouze v bazální vrstvě. (39)

SUBAKUTNÍ ZMĚNY KŮŽE PO UV ZÁŘENÍ

UV paprsky způsobují změny v kůži, které se mohou projevat v různé časové délce. Fotodermatózy jsou kožní reakce, které přetrvávají dlouhodobě a jsou spojené s fotosenzivitou. Tento stav může podporovat rozvoj fotokarcinogeneze. (15, 16, 48)

FOTODERMATÓZY

Škála kožních potíží, které mohou nastat po ozáření je velmi široká: od erytému přes vznik papulek, puchýřů, kopřivky až po otok kůže. Reakce může nastat hned po záření nebo po delším intervalu, kdy se objeví klinické projevy. Záleží na individuální citlivosti kůže jedince na UV ozáření. Místa, která jsou v tzv. přirozeném stínu, bývají ušetřena této reakci. A těmito místy jsou horní víčka, kůže horního rtu, krajina pod bradou, kůže pod náramkem hodinek, kůže trojúhelníku za ušima, kožní záhyby apod. Z velkého

množství chorob jsou vybrány pouze některé, např.: fotoalergie, Bloomův syndrom (porucha opravy DNA), kožní T-lymfom, některé dermatózy se mohou zhoršovat světlem (akné, rosacea, lichen ruber, kožní karcinoid) atd. Jedná se o poměrně rozsáhlou skupinu chorob. Mimo jiné se rozdělují i podle toho, jakými faktory jsou způsobeny. (15, 25, 34)

a) Fotodermatózy vyvolané vnějšími faktory, kdy spouštěči těchto reakcí mohou být antibakteriální látky, voňavky, suncreeny, léky, barviva a jiné.

Fotoxická reakce – tvoří cca 95% všech případů fotosenzitivity. Je to neimunologická reakce, postihuje jakoukoliv rasu a fototyp, kůže reaguje ostře ohraničeným erytémem, svěděním, pálením, edémem a tvoří se puchýře, později se vytvoří melaninová pigmentace. Přidružit se k této reakci může horečka a tachykardie. Klinický projev se objeví mezi 12-72 hodinami. Základem léčby je klid a vyhnutí se pobytu na slunci.

Fotoalergická reakce – tato reakce není závislá na dávce, může probíhat akutně nebo chronicky. Původ je v aktivaci chemické substance fotony a následnou vazbou na bílkovinu, kdy vznikne antigen. Kožní změny se projevují formou klasické dermatitidy na místech exponovaných světlem. Zahrnuje puchýře, zarudnutí, pupuly, vezikuly, suché olupování, krusty a subjektivně výrazné svědění.

b) Fotodermatózy spojené s poruchami opravy DNA:

Nastává při změně genomové DNA způsobené slunečním zářením. Následkem je zvýšená citlivost k fyzikálním a chemickým karcinogenům, tím pádem je vyšší riziko vzniku nádorů kůže, např. *xeroderma pigmentosum*. Vyskytuje se vzácně. Choroba se projevuje v dětství a nemocný umírá kolem 30. roku života. Projevuje se v počátcích ve formě skvrn a přechází v tumory.

CHRONICKÉ ZMĚNY PO UV ZÁŘENÍ

Chronické změny vznikají po opakovaných, léta trvajících UV ozářeních organismu. Vznik těchto změn souvisí a akutním poškozením kůže. Fotoimunosuprese se podílí na snazším vývoji novotvarů díky světelným paprskům. Rozsah a intenzita jsou

ovlivněny individuálními faktory. Mezi nejzávažnější chronické změny patří předčasné stárnutí kůže a fotokancerogeneze. (16, 25, 35, 39)

- a) **Předčasné stárnutí kůže** – stárnutí kůže je fyziologický děj. Stárnutí vyvolané působením slunečního záření je urychlením tohoto procesu. Projevuje se tvorbou vrásek, zdrsňením kůže, zažloutlou barvou, vyschlostí, olupováním, snížením elasticity kůže a abnormální pigmentací. Tento děj postihuje všechny kožní vrstvy.
- b) **Fotokancerogeneze** – vznik nádorů je komplikovaný proces a má několik stupňů. V první fázi dochází k poškození genetické informace, v propagační fázi dochází k přenosu poškozené DNA z mateřských buněk do dceřiných. V progresivní fázi dochází k potencionálnímu metastázování nádoru. Tento stav může vyústit až ve vznik kožních nádorů, které patří mezi celosvětově nejčastější typy malignit. Nejčastěji vyskytující se nádory jsou např. aktinická keratóza, spinaliom. Nejnebezpečnější je maligní melanom, který se vyskytuje méně častěji.

1.9 Indikace k fototerapii

Fototerapií se nejčastěji léčí dermatózy. Terapie se indikuje v případě těchto kožních onemocnění, jako je psoriáza, vitiligo, morphea, pruritus, atopická dermatitida a při mycosis fungoides. K méně častým indikacím patří další ekzémy nebo dermatitidy, akné, pityriasis rosea aj. (10, 15, 16)

V léčbě *lupénky* představuje světloléčba bezpečnou a velice efektivní cestu. Klinický efekt léčení se dostavuje již po 2 týdnech aplikace záření. (35)

Vitiligo je kožní choroba, kdy dochází ke ztrátě pigmentu kůže. Onemocnění vzniká na základě zániků melanocytů, které produkují pigment (melanin). Při léčbě vitiliga se aplikuje UVB spektrum záření, ale pokud do 30 ozáření není patrná repigmentace (navrácení pigmentu), nemá smysl se světloléčbou nadále pokračovat. (16)

Morphea je vzácnější kožní chorobou (počátek sklerodermie), která způsobuje červené nebo purpurové skvrny na kůži s potupným zatuhnutím kůže. Objevuje se obvykle na bříše, hrudníku, zádech nebo na obličeji, rukách, nohách. Někdy morphea může mít vliv

na omezení pohybu v kloubu, protože toto onemocnění má vliv na funkci kloubů, svalů a jiných pojivových tkání. Pozitivní účinek má fototerapie na morfeu při širokospektrém záření paprsky UVA nebo UVA1 (níže uvedeny druhy záření). (16)

Pruritus neboli svědění je nepříjemný subjektivní pocit, který vede k nutkavému škrábání pokožky těla. Postihuje kůži a sliznice. Efekt fototerapie lze pozorovat při aplikaci širokospektrého i úzkospektrého UVB záření. (15, 16)

Atopická dermatitida je onemocnění kůže podmíněné geneticky, jehož výsledkem je patologická imunitní odpověď těla, která se tak projeví na kůži. Velice často bývá doprovázena jinými alergickými chorobami, jako jsou astma bronchiale, alergické záněty očních spojivek, senná rýma. Jde o onemocnění s dlouhodobým průběhem s opakovanými záněty. U akutních forem atopie se indikuje záření UVA a UVA1. Naopak u chronické formy ekzému bývá indikace UVB fototerapie. (15, 16, 35)

Mycosis fungoides je primární kožní T – lymfom většinou s chronickým průběhem. Toto onemocnění probíhá většinou řadu let a má několik stádií. V počátečním stadiu se indikuje fotochemoterapie. Závisí na rozsahu postižení. (33, 35)

Základním krokem fototerapie je správná indikace, která závisí mimo jiné na typu kožního onemocnění. Světloléčba ovlášené oblasti vyžaduje zvláštní péči a vyčesávání do „pěšinek“, ozařování probíhá postupně a dlouhodobě lokálním zářičem. Indikátor musí být ve správné vzdálenosti zářiče od kůže. Místa ohybu jako jsou axily, třísla a jiná postižená místa, lze ozařovat malým lokálním zářičem s vysokou opatrností kvůli integritě kůže, protože nemá přirozenou fotoprotekci z letního slunění. Palmoplantární oblast vyžaduje razantnější léčbu, jelikož má silnější epidermis. Toto záření vyžaduje určitou zkušenost terapeuta a pravidelnost v sledování tolerantnosti pacienta, protože je ohrožen iritací kůže. Fototerapie nehtů postižených lupénkou je možná, ale vysoce časově náročná a dlouhodobá. (10, 15, 16, 33, 35)

1.10 Kontraindikace a příprava ke světloléčbě

Před zahájením samotné světloléčby je nutné shromáždit amnestické údaje pacienta o snášenlivosti slunečního a umělého UV záření. Pro shrnutí: je důležité stanovit fototyp

kůže, snášenlivost předchozích fototerapií, zjistit návštěvnost solárií, a poté vyloučit kontraindikace. Velký důraz je potřeba klást na výskyt kožních nádorů a jejich lokalizaci, fotodermatózy, užívání léků s fotosenzibilizujícím účinkem. Kontraindikace se rozdělují na absolutní a relativní. (10, 15, 16)

Absolutní kontraindikací pro světloléčbu jsou přítomné kožní nádory. Dále fotosenzivita, která je podmíněna geneticky nebo je získaná (např. lékově podmíněná fotosenzivita, fotodermatózy – lupus erythematosus). Kontraindikací k fotochemoterapii je těhotenství, laktace a léčba cyklosporiny A. (10, 15, 16)

Relativní kontraindikací k terapii světlem nejsou vhodní pacienti trpící epilepsií, infekčními chorobami, kožními prekancerózami nebo nádory v rodinné anamnéze, nemocní s kožním fotypem I., klaustrofobií, s těžkým kardiovaskulárním onemocněním a jinými celkově závažnými chorobami, při kterých by přehřátí či stání v ozařovací kabině znamenalo vysokou zátěž pro organismus. Ovšem je tu dnes možnost, že pacient při fototerapii může ležet, protože existují zářiče nad lůžky. Nemocný musí být řádně informován, poučen a musí se světloléčbou souhlasit. Fototerapie u dětí je možná prakticky od věku, kdy je dítě schopno spolupráce, aby dovedlo setrvat v zářiči a bylo schopno dodržovat ochranu očí. (15)

Důležité je pečlivé a jednotlivé individuální zvážení indikace u každého jedince, aby byl vyšší poměr k prospěchu od rizika. (10)

1.11 Fototerapie a pacient

Před ošetřením kůže je důležité zaměřit se na dermatovenerologickou anamnézu pacienta. Vlastní dermatologická anamnéza zahrnuje obecnou anamnézu, kdy lékař zjišťuje co nejvíce údajů od pacienta, které mu pomohou stanovit základní diagnózu a určit etiologii nemoci. Získání informací z rodinné anamnézy je důležitý k zjištění výskytu alergie, cévního onemocnění nebo vrozených chorob v rodině. Osobní anamnéza podává lékaři informace o dosavadních prodělaných nemocech, úrazech atd. Zde je důležité věnovat pozornost užíváním léků. Někdy je nutné před zahájením světloléčby změnit stávající interní medikaci, protože některé léky mohou zvyšovat citlivost kůže

na ultrafialové záření. V pracovní anamnéze lékař zjišťuje, s jakou technologií v daném provozu pacient pracuje. Provádí se vyšetření celého těla kožního povrchu, kde se hodnotí objektivní nález. Fototerapie se rozděluje na celotělovou nebo lokalizovanou. Celá tato léčba probíhá za pravidelných lékařských kontrol. (15, 35)

Po zhodnocení celkového stavu kůže a zvážení kontraindikací lékař stanoví fototyp kůže pacienta, podle něhož nadále určí stanovení minimální erytémové dávky (MED). Fototyp je geneticky daný a určený množstvím melaninu v kůži. Poté je důležité poučení pacienta o průběhu léčby, o nutnosti ochrany očí, obličeje a genitálu. Pacient podepisuje informovaný souhlas. Nemocní se při světloléčbě chrání speciálními ochrannými slunečními brýlemi. Doporučuje se i ochrana prsních bradavek a mužského genitálu. Fototerapie se absolvuje ve speciálních přístrojích, kdy lékař nastavuje délku a intenzitu ozařování individuálně dle fototypu. Dávka je silnější než v běžných soláriích, a proto je nutný dozor odborníka. Výhodou je také clonění nepostížených partií těla, protože pacient se musí vyvarovat další dodatečné UV expozici. Před zahájením ozáření se ložiska s deskvamací musí zbavit šupin. Je také vhodné kůži před a během léčby promazávat. Koupele se absolvují pro zlepšení kožní hydratace. V průběhu světloléčby je nutná pravidelná kontrola kožního povrchu, minimálně jednou týdně lékařem a sestrou vždy před každým ošetřením kůže. Dokumentujeme dávkování, vnímavost pacienta na léčbu a nežádoucí účinky. Kontraindikací této léčby jsou pacienti v akutním stádiu lupénky, s kožními nádory, infekčními chorobami, duševními chorobami, epilepsií, srdečním a cévním onemocněním, metabolickými poruchami, s akutními dermatózami a v neposlední řadě pacienti, kteří užívají fotosenzibilizující léky (např. tetracykliny, furosemid, nesteroidní antiflogistika). Kontraindikace může být absolutní nebo relativní. Naopak úplnou indikací jsou zejména pacienti s nejčastějšími kožními chorobami jako je psoriáza, vitiligo, morphea, atopická dermatitida, pruritus. (10, 15, 35, 49)

FOTOPROTEKTIVA

Jsou to preventivní prostředky, které chrání před vznikem nežádoucích vlivů UV záření na kůži. Nazývají se jako suncreeny a v USA jsou považovány za léky, v Evropě

za kosmetiku. Dělí se na fyzikální a chemické blokátory. *Fyzikální blokátory* rozptylují UV záření neselektivně, například oxid titaničitý, zinečnatý, kaolin apod. *Chemické absorbéry* jsou látky, které pohlcují UV paprsky. Důležitá je jejich termostabilita, fotostabilita a odolnost vůči vodě. Mají přesně stanovený ochranný faktor, tzv. SPF (sun protective factor). Je to poměr mezi MED (viz. definice výše) kůže chráněné a MED kůže nechráněné sunscreenem. SPF je ochrana proti UVB. Efekt v oblasti UVA záření se využívá IPD (tzv. měření kožní pigmentace). Pravidlo aplikace je použití těchto prostředků 15-30 minut před vystavením slunečnímu záření. Součástí sunscreenu jsou často vitamin C, E a selen. Tyto látky mají antioxidantní účinek. (35, 49)

1.12 Opatření v průběhu fototerapie

Nemocný podstupující tento druh léčby musí být lékařem informován o veškerých nežádoucích změnách, které mohou nastat ve zdravotním stavu a o změnách týkajících se léčebného režimu. Velice důležitá je fotoprotekce očí, genitálu a světlu vystavených partií, což jsou obličej, krk, hřbety rukou, pokud nejsou onemocněním postiženy. U celkového záření PUVA je velice důležitá fotoprotekce kůže a očí, kdy pacient má speciální brýle s ochranným UV filtrem. Pacient se po tomto typu záření musí chránit po zbytek dne z důvodu fotosenzibility. Ošetřující personál je povinen před každou terapií světlem zkontrolovat stav kůže pacienta. Doporučuje se krytí kůže například zinkovou masťou při větších kožních pigmentových skvrnách nebo při lokalizovaném herpes simplex. V průběhu léčby je vhodné pečovat o řádné promazávání, protože se pokožka často šupí nejen v ložiskách, ale i mimo ně. Pro lepší efekt je vhodné před fototerapií provádět zvlhčování, koupele či aplikovat desetiprocentní silikonové oleje. (10, 16, 35)

U ambulantně léčených pacientů zejména v zimním období se tyto nemocní nechávají bezprostředně před kúrou tepelně vyrovnat s pokojovou teplotou, aby se pokožka řádně prokrvila. (15)

Kontroly provádějí lékaři v pravidelných intervalech, optimálně jedenkrát za týden. Pravidelnost docházení na fototerapii je jednou ze základních podmínek úspěšné léčby.

Ošetřující personál je povinen dodržovat a zaznamenávat stanovené dávky lékaři do protokolu v relevantních fyzikálních jednotkách (tj. mJ/ cm²), dále informace o efektu léčby, doprovodné léčby či nežádoucích účincích. (16)

1.13 Nežádoucí účinky fototerapie

Nežádoucí účinky se dělí na akutní a chronické. Akutní vznikají bezprostředně po aplikaci záření. Většinou nastávají po předávkování UV záření kožní reakce. Může vznikat erytém různé intenzity, otok nebo puchýře. Klinicky se tento stav nazývá jako dermatitis solaris. Je nutné dbát na doprovodnou léčbu fotosenzibilizujícími medikamenty (např. furosemid, tetracykliny, nesteroidní antiflogistika), díky kterým může nastat fotoalergická reakce. Zřídka kdy se může objevit svědění až bolest kůže, hyperpigmentace nebo může vyprovokovat základní onemocnění, případně může nastat provokace projevů dosud skryté dermatózy. Ve výjimečných případech může dojít k aktivaci herpetické infekce. Při celkovém PUVA ozařování by mohla nastat hepatotoxita či gastrointestinální obtíže. Pokud léčený pacient nebude dodržovat zásady ochrany očí při fototerapii, může se vyskytnout konjunktivitida či keratitida. (25, 35)

K chronickým nežádoucím účinkům patří aktinické stárnutí kůže a fotokarcinogeneze. Existují rizika zvýšeného výskytu kožních nádorů v závislosti na kumulativní dávce UV záření. U celkového ozařování PUVA je nemocný ohrožen vznikem katarakty, proto je nutné během léčby dodržovat bezpečnostní opatření a vést pečlivě dokumentaci. Je velmi důležité udělat řádné vstupní a výstupní vyšetření očí a pokožky. (10, 15, 16)“

2 Psoriáza

Název onemocnění je odvozen z řeckého slova „*psora*“, což znamená svědění či šupina. U nás je psoriáza více známá pod názvem lupénka. Název je odvozený od odlupování šupin kůže na povrchu psoriatických ložisek. Psoriasis vulgaris neboli lupénka patří mezi chronická kožní onemocnění. Příčina není zcela jasně známa, takže se řadí mezi dermatózy neznámé etiologie. Vyskytuje se u obou pohlaví

a v jakémkoliv věku. Má velice mnoho podob. Nejčastěji se projevuje v podobě zánětlivých ložisek, která jsou pokrytá stříbřitými šupinami. Lupénka je jednou z nejčastějších kožních onemocnění, které postihuje 2-4% populace. (4, 5, 6)

Díky charakteristickému vzhledu postižené kůže je nemoc řazena mezi erytematoskvamózní onemocnění. Manifestace psoriázy i její stupeň postižení je závislý na mnoha faktorech a jejich kombinací. Průběh lupénky je většinou chronický, kdy se může klinický obraz choroby stabilizovat, anebo může u pacienta probíhat akutně. Psoriáza je onemocnění velice rozmanité v klinických projevech a formách. Onemocnění ovlivňuje výrazně psychiku, fyzickou a sociální oblast, protože může snižovat kvalitu života nemocného. U těžké formy lupénky mohou být postiženy klouby, svaly, mízní uzliny, játra, slezina aj. Takže není možné brát toto onemocnění jen jako kožního systému, nýbrž celého organismu jedince, i když projevy na kůži jsou velice nápadné. Těžký průběh lupénky může vést ke zdravotním a sociálním komplikacím, které vedou k omezení soběstačnosti a pracovní neschopnosti postiženého jedince. (4, 5, 6, 7, 8)

2.1 Historie

Onemocnění a projevů psoriázy si lidé všímali odpradáвна. Pravděpodobný popis psoriázy je v Ebersově papyru z doby kolem roku 1500 před naším letopočtem. Zpráva je zajímavá díky tehdejšímu přehledu terapie lupénky například aplikací zvířecích výkalů, plodů nám neznámých rostlin, odvary z cibule, aplikací mořské soli, aplikací lidské moče aj. Od 1500 let později zavedl Celsius do lokální léčby lupénky rumělkou a síru. Galén z Říma byl naopak přesvědčen o efektu léčby odvarem ze zmijí, které byly vařené v zeleninové směsi. Tento recept v léčbě onemocnění se vyskytuje ještě v roce 1783, kdy Turner doporučoval postup terapie dle Galéna. Autor mimo jiné vyzdvihoval léčbu rtutě v masti. V této době se lidé domnívali, že nemocní s psoriázou mají Boží trest. (9)

Na začátku 19. století slavný chirurg Ambrosie Pyré považoval kožní změny u této choroby jako zkaženou pokožku. Robert Willan, který byl zakladatel britské

dermatologie, ji popisně předvádí jako skvamózní onemocnění, avšak název psoriáza se používá až od roku 1845. Toto označení zavedl do dermatologie Ferdinand von Hebra, který byl brněnským rodákem, a přispěl tak ke vzniku moderní dermatovenerologie. Medicína se s tímto onemocněním intenzivně zabývá až do dnes. (13, 18)

V 70. letech 20. století vstoupil názor o autoimunitním onemocnění jako důsledek poruchy vazby protilátek s antigeny. Hypotézu vytvořil Beutner. Byla založena na imunohistologické detekci protilátek v kůži. (29)

2.2 Etiologie a patogeneze psoriázy

Příčiny nejsou doposud zcela známy. Jestliže se kombinují faktory genetické a prostředí, dochází tak ke vzniku onemocnění. Ale v patogenezi vzniku psoriázy nelze očekávat jednoduché vysvětlení, protože jde o multifaktoriální polygenní chorobu. (5)

„ Genetickou predispozici psoriázy dokladuje familiární výskyt. Riziko vzniku psoriázy u jedinců bez rodinné anamnézy je 1–2%, při postižení jednoho rodiče 10-20%, u obou rodičů 50%“. (Štolfa, Štork 2007)

Spouštějící faktory u lupénky jsou multifaktoriální. U onemocnění působí vliv zevních faktorů na geneticky predisponovaného člověka jako spouštěč patogenetických pochodů. Mezi tyto spouštěče patří infekce (nejčastější jsou infekty horních cest dýchacích, angíny), fyzikální vlivy, různé chemické látky, psychický stres, léky například betablokátory, preparáty s lithiem, klimatické vlivy. Imunopatogeneze, mnohé pochody vedou ke vzniku kožních projevů a jsou dosud nejasné, ale stále větší role se při vzniku psoriázy přisuzuje T-lymfocytům. Tyto buňky jsou přítomné při časných projevech lupénky. Pro roli T-lymfocytů ve vzniku psoriázy hraje fakt, že po transplantaci kostní dřeně od zdravých dárců dochází k ústupu onemocnění. (5, 7, 9, 11, 29)

2.3 Klinický obraz a formy psoriázy

I u psoriázy lze rozdělit příznaky na objektivní a subjektivní. Hodnocení závažnosti postižení kůže lupénkou se dělí podle dvou tabulek, kterými je BSA neboli Body Surface Area a PASI, tato zkratka je celého názvu Psoriasis Area and Severity Index. BSA hodnotí postižení kůže v procentech. (9)

Subjektivní potíže nezávisí na stupni závažnosti psoriázy. V tomto směru je nutné ohlížet se na kvalitu života nemocného a jeho dopad na život kvůli chorobě. Pacient může subjektivně pociťovat svědění nebo pálení, jestliže jsou však praskliny, bude zjevně i bolest v dané oblasti. Kvůli teplotním změnám může být kůže vysoce drážděna. Závažnost částí příznaků souvisí s danou lokalizací lupénky. (4, 5, 9)

K objektivním příznakům patří psoriatická ložiska. Nejtypičtějším projevem jsou plochá a ostře ohraničená, červená ložiska, pokrytá snadno odlučitelnými šupinami. Šupiny lze snadno odloučit nehtem, přirovnává se ke škrábání voskové svíčky. U akutní formy se nevytváří velké množství šupin. U chronické lupénky je míra šupění různá. Odstranění šupinky odhalí hladký a lesklý povrch kůže. Na této vrstvě může snadno vzniknout krvácení. Tento jev se nazývá jako pozitivní Auspitzův fenomén neboli také „fenomén krvavé rosy“. Histologickým podkladem je obraz protažených papil koria, ztenčená epidermis a malé trauma stačí na narušení kapilární stěny. Dalším fenoménem je Koebnerův, který vzniká v místech traumatu či podráždění, a poté se objeví psoriatické projevy. (13, 18, 29, 35, 40)

Velikost kožních projevů se může rozšiřovat a nabývat různé velikosti. Od bodovitých lézí po kapkovitá ložiska s možnou generalizací. Papuly mohou splývat v erytematoskvamózní ložiska a mohou tvořit rozsáhlé plochy. Mokvání psoriatických ploch může být někdy přítomno, záleží na lokalizaci (zejména v intertriginózní oblasti). (20, 29)

2.3.1 Formy psoriázy

Existuje celá řada forem psoriázy. Rozmístění projevů na kůži může být různé. Každá forma má své charakteristické uspořádání projevů lupénky. Mezi nejčastější formu lupénky je řazena ložisková, vulgaris – lupénka obecná. Tímto druhem kožního onemocnění trpí až 80% nemocných. (4, 9, 13)

Lupénka může probíhat akutní formou, která odezní často po léčbě, anebo může přejít do chronicity. První projevy se mohou objevit mezi 15-25 roky života v podobě šupin nebo zánětlivými červenými ložisky v oblasti kštiny, loktech, kolenou a křížové krajině. (18, 29, 38)

PSORIASIS GUTTATA

Tento druh lupénky se vyskytuje v rámci prvovýsevu, anebo jako projev recidivy. Často se jedná manifestaci psoriázy v dětském a mladším věku, zejména po prodělané streptokokové nákaze. Podoba je ve výsevu drobných papul, které mohou generalizovat. Nepostihuje typická predilekční místa, ale nejčastěji se objevuje na trupu. Papuly mohou být ve velikosti špendlíkových hlaviček po tvar kapky. Spolu v souvislosti s výsevem se vyskytují akutní aspirační choroby, zvýšený psychický stres nebo nadměrné dráždění kůže fyzikálními či chemickými vlivy. Klinický obraz u akutního výsevu se mění a může přejít až do chronicity. V některých případech se může rozvinout v erythrodermii. (29, 38)

PSORIASIS VULGARIS CHRONICA

Tento typ lupénky se projevuje tvorbou ložisek, která jsou dobře ohraničena, a mají nápadnou barevnost a různou velikost. Barva je nejčastěji cihlově červená či růžová, ložiska jsou pokryta voskovitými šupinkami a mohou tvořit masivnější nánosy. Odstraňování šupinek může narušit kapiláry, kdy poté dochází k tečkovitému krvácení. Tento stav se nazývá jako Auspitzův fenomén. Woronoffovou zónou se nazývá světlý lem, který se někdy může vytvářet kolem ložisek psoriázy. Po zhojení ložisek se vytváří

pigmentové skvrny světlejší či tmavší a mohou určitou dobu na kůži přetrvávat. Predilekční místa mohou být někdy v pokožce kštiny, nad lokty, kolena a v oblasti křížové krajiny. Tato místa jsou trvale zatěžována a drážděna. (9, 29)

PSORIASIS UNGUIUM

Touto formou psoriázy trpí jedinci kolem 40. roku života a vyskytuje se cca u 50% pacientů s tímto onemocněním. Lupénka postihuje především nehtové jednotky. Nesmí se zaměňovat s postižením nehtových plotének a lůžek pod obrazem psoriatického dolíčkování samotného nehtu. Pod nehtem se objevují žlutavé změny, označovány jako olejové skvrny. Změny způsobují prosvítání nehtové ploténky z lůžka nehtu. Má i úzké vazby s psoriatickou artropatií. (13, 18)

PSORIASIS INVERZA

Tento typ lupénky se vyskytuje zhruba u 6 % pacientů. Onemocnění se může projevat červeným zabarvením kůže doprovázené svěděním s výskytem macerované kůže bez šupin. Tvoří v zapádkové oblasti, což je v podpaží, tříselech, perianálně a na vnitřní straně stehů. U obézních jedinců se vytváří v kožních záhybech. Je častější u diabetiků. Postižené plochy mohou vykazovat odlišnou míru zánětu. Klinický obraz může komplikovat zánět pokožky, například kandidóza, proto je nutné vyloučit přítomnost kvasinek nebo plísní (31, 41)

PSORIASIS PALMOPLANTARIS

Chronická forma postihuje dlaně a plosky nohy. Míra tvorby šupin zde kolísá. (9)

PSORIASIS ERYTHODERMICA

Jedná se o souvislé postižení kůže lupénkovým procesem, kde je výrazný podíl zánětlivých změn, díky kterému dochází ke ztrátě bariérové funkce kůže. Tato forma psoriázy je velmi závažná. Důsledky jsou stejné jako tepelná instabilita, ztráta iontů a vody, ohrožení infekcí. V krajním případě se může jednat o život ohrožující stav. (4, 18)

PSORIASIS PUSTULOSA LOCALISATA

Tato forma se objevuje u dospělých. Zde se nejčastěji objevují pustuly v palmoplantární oblasti. Tyto pustuly jsou sterilní. Puchýřky jsou pro nemocné bolestivé. Pro nemocné má úporný průběh, i při malém rozsahu mění výrazně kvalitu života pacienta k horšímu. (18, 29)

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALISATA

U této formy je rozsáhlý výsev sterilních pustul, někdy v kombinaci s erytdermií. Poprvé byla tato choroba popsána v roce 1910 a je stále považována jako akutní stav. Tento typ psoriázy se podílí na možném úmrtí pacientů. Má vysoký podíl komplikací při terapii. (13, 18, 31)

PSORIASIS ARTHOPATHICA

Postihuje zhruba 30% pacientů s lupénkou. Probíhá v několika formách. Je zejména vyznačována s těžkým stavem psoriázy a s projevy podobnými kloubnímu revmatismu. Mezi celkové projevy patří bolest, edém, červené zbarvení nad klouby. Avšak revmatoidní faktor je u pacientů většinou negativní. (40, 41)

JINÉ FORMY PSORIÁZY

Velice vzácné, ale možné je postižení sliznic. (29)

2.4 Epidemiologie

Lupénka postihuje až 2 % světové populace. Prevalence onemocnění je vyšší. Nižší výskyt je vyzorován dle WHO u černé rasy a téměř se nevyskytuje u jihoamerických indiánů. Nejvyšší výskyt je na Faerských ostrovech - kolem 7%. Tento údaj lze najít v publikaci Vladimíra Vašků s názvem *Psoriáza*. Podle některých studií je méně lupénky u dívek, v dospělosti se výskyt u obou pohlaví neliší. Vrchol výskytu první manifestace choroby je mezi dvacátým až třicátým rokem života pacientů.

Vyšší pravděpodobnost onemocnění je u příbuzných trpící psoriázou. Přímá vazba na určitý druh povolání není, ale obecně platí, že stres zhoršuje průběh lupénky. Silná stresová zátěž v práci může vyvolat výsev na kůži. (18, 20, 31)

K rozvoji lupénky přispívá velká řada faktorů dráždících pokožku nebo udržujících chronické projevy. To mohou vyvolat chemické látky jako dráždidla, prach, tření atd. Onemocnění délku života nikterak neovlivňuje. (13, 18, 38)

2.5 Vyšetřovací metody a diagnostika psoriázy

ANAMNÉZA

Kvalitní získání anamnézy vede k efektivní terapii. Jestliže se potvrdí pozitivní rodinná anamnéza při získávání informací u pacientů s nejistým onemocněním, může lékař uvažovat o diagnóze lupénky. Soubor údajů se skládá z doby od vzniku prvních projevů (např. lupy, změny na nehtech), přes celkové projevy a průběh choroby, lokalizace, rozsah postižení, závažnost atd. (5)

LABORATORNÍ NÁLEZY

Při laboratorním vyšetření zjistíme někdy vyšší hodnoty urey a nižší kyseliny listové. Hladiny imunoglobulinů nejsou změněné. Při současném výskytu infekčního onemocnění se někdy nalezne zvýšený C-reaktivní protein (CRP), což může upozornit na další zánětlivý proces, který může být důvodem vyvolání, nebo udržování lupénky. (6, 9)

POMOCNÁ VYŠETŘENÍ

Po základním provedení laboratorního screeningu je nutné vyšetření infekčních fokusů, dále reakce na ultrafialové světlo před naordinovanou fototerapií. Provádí se komplexní vyšetření k vyloučení latentní TBC před nasazením biologik. Určuje se stav lipidů před začátkem celkové terapie retinoly. V některých případech je vhodné psychologické vyšetření a stejně tak i psychiatrické, pokud je to nutné. (6)

DIAGNÓZA

Ve většině případů lupénky ke stanovení této diagnózy stačí základní a pečlivé klinické vyšetření a na základě vzhledu. Lékař posuzuje lokalizaci projevů a jejich progresi. Zohledňuje vlivy, které mohou souviset se zhoršující se diagnózou, faktory ovlivňující chorobu a klimatické prostředí. (5, 6, 9)

2.6 Léčba nemocného s psoriázou

Léčbu lupénky je možno rozdělit na lokální a systémovou. Je nutné mít na paměti, že jsou různé podoby tohoto onemocnění. Co zabírá u jednoho pacienta, nemusí tak jednoznačně stejně působit na druhého se stejnou diagnózou, proto je nutné klást důraz na trpělivost nemocných. Místní léčba zůstává pro lupénku klíčovou. V České republice převládá aplikace kortikosteroidů, keratolytik, derivátů vitamínu D a dehtu. Celková terapie je vedena v monoterapii nebo v kombinaci různých režimů. Standardními léky jsou stále methotrexát, acitretin, cyklosporiny skupiny A, deriváty vitamínu D a jejich kombinace. (4, 7, 8, 17)

LOKÁLNÍ LÉČBA PSORIÁZY

U mnoha postižených lidí touto chorobou s lehčími typy je dostačující lokální léčba. Díky odstranění nánosů šupin je základem pro lepší pronikání účinných látek do kůže a tím je úspěšnější v lokální terapii. Ze skupiny *keratolytik* se nejčastěji využívá aplikace 5-10% kyselina salicylová v různém základu (například v bílé vazelině, olejích atd.), nebo se může kombinovat s ureou 5-10%. Za účinnější anti-psoriaticky působící léky jsou považovány již zmiňované kortikosteroidy aplikované lokálně, mají totiž vysoce silný protizánětlivý účinek. Kortikosteroidy jsou poměrně levné a při správném používání pro pacienta bezpečné. Jejich účinek se ještě zesiluje metodou nazývanou *okluzivní léčba*, tj. na ošetřená ložiska kortikosteroidem se přímo přikládá polyetylenová folie až na 24 hodin. Velmi rozšířená jsou analoga vitamínu D, nebezpečí užívání je v ovlivňování metabolismu kalcia. Mají pomalejší nástup účinku, a proto se na začátku lokální terapie

kombinují s kortikoidy. Výhodou je, že nezbarvují prádlo ani kůži. Mezi stálou a účinnou tradiční léčbu patří kamenouhelný dehet (pix lithantracis 2-10%) a syntetický dehtový derivát (dithranol). Dithranol smíchaný většinou s vazelínou v masťovém základu v nízké koncentraci se aplikuje na celou noc, nebo ve formě „minutové léčby“ ve vyšší koncentraci, které se ponechají v kontaktu s pokožkou po dobu cca 15-30 minut, a poté se mast z dané lokalizace odstraní. Kyselina salicylová zlepšuje penetraci do kůže. Nevýhodou aplikace Dithranolu je podráždění pokožky, tmavé zbarvení, které zanechává snadno skvrny na oblečení. V kombinaci s aplikací UV záření vede ke zvýšení antipsoriatického účinku, tato forma léčení se nazývá jako *Goekermanova metoda*, která je nejběžnější a nejstarší typ fotochemoterapie. (18, 20, 24, 25, 35)

FOTOTERAPIE PŘI LÉČBĚ PSORIÁZY

Je velice účinným léčebným postupem k chorobě. Zahrnuje tak možnou terapii přirozeným UV zářením ve formě přímořských pobytů, anebo záření vydané různými zářiči v pásmech UVB a UVA. Vlnová délka UVB záření je 280-320 nm. Speciální zářiče tzv. SUP (selective UV phototherapy) zahrnují UVB a část UVA ozáření. Největší účinek je v aplikaci úzkospektrého záření UVB ve vlnových délkách 311 nm. PUVA metoda zahrnuje aplikaci psoralenů buďto perorálně, lokálně či v koupelích. A to z důvodu fotosenzibilizujícího účinku na kůži, kdy se následně aplikuje UVA záření. Torpidní případy lze ovlivnit také Re – PUVA. Nebezpečí v chronické terapii PUVA hrozí možnost vzniku kožního karcinomu. (17, 18, 35, 37)

BALNEOTERAPIE A BALNEOFOTERAPIE

Lze jí zařadit při léčbě psoriázy do zevní terapie a patří spíše do doplňujícího postupu při standardním léčení. Řadí se sem lázeňská a přímořská terapie. Je velmi uznávanou a vyhledávanou formou v léčbě kožních chorob. V lázeňství se využívá přírodních pramenů se současným využitím klimatoterapie. V dermatologii má lázeňská léčba své tradiční postavení jako účinná a bezpečná forma zevního léčení. Velikou výhodou balneoterapie je ošetření celého kožního povrchu. Zásadní je znalost a vhodná

volba účinných látek. Dobrého efektu lze dosáhnout při správné technice koupelí a pravidelný režim. Samotná voda neboli hydroterapie má na kůži u psoriázy příznivé účinky, kterými jsou hydratace, snížení pH pokožky a zvýšení penetrace pro UV záření a jiná léčiva. Termický účinek má vliv na zmírnění zánětu a bolesti kůže. Minerální koupele jsou doporučovány u chronických ložisek lupénky. Při aplikaci koupele je důležitá koncentrace léčivé látky, teplota, doba a intervaly. Vyšší koncentrace neznamená vyšší efekt, protože může mít nežádoucí účinek na kůži nemocného v podobě zvýšeného podráždění nebo toxicitě. Teplota by standardně měla být na hranici teplé a horké vody, což znamená 36°C až 38°C, protože vyšší teploty vedou k vyšší resorpci a vazodilataci. Kůže by zásadně měla být zcela ponořená a nemocný by neměl během koupelí měnit polohu. Doba koupelí u dospělých je v rozmezí 15 – 30 minut a u dětí do 15 minut. (35, 36, 37)

Balneofototerapií se lidé z České republiky léčí úspěšně u Středozemního a Mrtvého moře. Hlavní indikací k takovému pobytu je lupénka a atopický ekzém. Před odjezdem by měl být nemocný otestován na snášenlivost slunečního záření a horkého prostředí. Není vhodné je indikovat u pacientů astmatiků se sekundární infekcí. (9, 35)

SYSTÉMOVÁ LÉČBA

Tato léčba připadá v úvahu u těžkých forem lupénky. V literatuře od autorů Štolfa a Štorka se uvádí, že se jedná kolem 25 % pacientů, kteří trpí vážnější formou psoriázy, špatně reagující na terapii nebo u nemocných s výrazným postižením plosky nohou či dlaně, které je omezují. Čeští kožní lékaři nejčastěji využívají k léčbě aromatické retinoly, methotrexát a cyklosporin A. Nevýhodou systémových léčiv je jejich kumulativní toxicita při dlouhodobém užívání. (17, 18, 20, 24)

Acitretin je orálně podávaný aromatický retinoid. Velice často se zde vyskytují nežádoucí účinky, jako jsou suchost až praskání rtů, suchost kůže a sliznice. U žen v klimakterickém věku může docházet k vypadávání vlasů. A proto se doporučuje začínat s nižší dávkou, a poté dle klinických projevů postupně dávky navyšovat. Kontraindikovaný je u žen ve fertilním věku, které plánují rodinu, z důvodu teratogenních účinků. Je důležité

zajistit vhodnou antikoncepci. Díky konzumaci alkoholu dochází přeměna léků na etretinát, proto se doporučuje užívat i dva roky po vysazení spolehlivou antikoncepci. V případě otěhotnění je důležité stanovení hladiny retinolů v krvi. U obou pohlaví platí i to, že po ukončení léčby Acitretin není minimálně 2 roky vhodné dárčovství krve. Úplná kontraindikace léků nastává v případě selhávání jater či ledvin. (25)

Methotrexat je antagonist kyseliny listové. Je považován jako první účinný lék zavedený u léčby psoriázy. Mechanismus methotrexátu je v tom, že má antiproliferativní, imunomodulační a protizánětlivý účinek. Indikuje se u ložiskové psoriázy při současném kožním a kloubním postižení. Je možné stanovit tento léčebný postup i v případě dětí a starších pacientů. Jeho vedlejší účinky vedou k nutnému vysazení až u 40% případů nemocných, protože je hepatotoxický. Možné projevy jsou tedy akutně zvýšené jaterní testy a může vést až k postupnému rozvoji jaterní cirhózy. Jako prevence předcházet cirhóze se doporučuje u methotrexátu počítat celkovou kumulativní dávku. Dalšími vedlejšími účinky mohou být gastrointestinální problémy, anémie či vznik malignit. Dávkování určí lékař buď jednorázově, což znamená 1x týdně nebo častěji a to 3x týdně. U metotrexátu není problém kombinace se všemi lokálními antipsoriatickými léky. (8, 20, 36, 43)

Cyklosporin A působí imunosupresivně na aktivaci T lymfocytů a je velice účinný v léčbě lupénky. Avšak při dlouhodobém podání může působit toxicky na ledviny a podílet se na vzniku hypertenze. Původně byl zkoumaný jako antibiotikum, po zjištění imunosupresivních účinků byl zaveden a využíván zejména v transplantačním lékařství. Ke zvýšenému účinku cyklosporinu A přispívá kombinace různých léčebných postupů. Pokud se podávají současně retinoidy a aplikují se PUVA metody, tak dochází k vzájemnému ovlivňování a zvyšuje se antipsoriatický účinek (RePUVA). Podávání je kontraindikováno u maligního onemocnění, u ledvinného selhání, těžkých infekcí, hypertenze, při graviditě a laktaci. Nástup klinického účinku je velice rychlý, a to do jednoho až dvou týdnů. U stabilizované chronické ložiskové psoriázy je nástup pozvolnější a efekt menší. (43)

BIOLOGICKÁ LÉČBA PSORIÁZY

Tato léčiva představují novou éru v terapii nemocných a u dalších autoimunitních dermatóz. Aplikují se pacientům parenterálně. Biologika, která se nyní využívají, způsobují blokadu cytokinů – TNF α faktor nebo jsou namířena proti T-lymfocytům. Biologická léčba zasahuje do patogenetických pochodů vzniku lupénky, tím pádem dochází k udržování dlouhodobé remise. Další nová biologika se v současnosti zkoumají. Dosavadní zkušenosti lékařů svědčí proto, že u biologik je pozorováno méně nežádoucích účinků než u jiných léků při léčbě psoriázy. Nedochází zde ani ke kumulativnímu toxickému působení při dlouhodobém užívání. Takže je možná delšího používání bez nutnosti režimu rotační a intermitentní terapie. Je zde potenciální riziko vzniku infekce a nádorů. Biologika se indikují podle přesně zpracovaných standardů. Podstatně horší odpověď na léčbu mají pacienti, kteří kouří cigarety, konzumenti alkoholu a obézní lidé. Je nezbytné využívání registru v podávání biologik, protože získané informace podporují dlouhodobou bezpečnost. (17, 32, 37, 43)

2.6.1 Doplnující léčba a opatření psoriázy

PSYCHOTERAPIE

Na pokožce těla se odráží fyzická a psychická pohoda organismu, proto má kožní onemocnění signální charakter. Provokačními faktory jsou psychosomatické a psychosociální vlivy. Někteří autoři přikládají propuknutí lupénky jako reakci organismu na stres. Psychosomatický přístup v lékařství, kdy se staráme o bio-psycho-sociální oblast, je velice důležitý jednak při kontaktu s nemocným, jednak pro diagnostiku a následně pro léčbu. (21)

DIETETIKA

Indikace diety je v dermatovenerologii součástí léčebného postupu. V zásadě se používá obecné třídění diet jako u ostatních oborů lékařství. U psoriázy nejsou objektivní důkazy o škodlivosti určitých potravin, které by měly vliv na zhoršení průběhu

onemocnění nebo prospěšnosti držení speciálních diet. Všeobecně platí pravidlo nepít alkohol a nekouřit. Lékaři doporučují stravu jako u jaterní diety. Stravu by měla obsahovat minimální množství kuchyňské soli a sladké šťávy, omezuje se konzumace kávy a černého čaje. Pokud onemocnění doprovází pruritus, není vhodná kyselá a kořeněná strava. Doporučuje omezit konzumaci masa, cukrů a nadměrné množství mastných kyselin. Dodržování diety je vhodné u chronických nemocných s psoriázou, kteří jsou obézní, diabetici, trpí onemocněním jater, žlučníku a gastrointestinálního traktu. Důležitou částí prevence je dostatečný pohyb. Při akutní formě psoriázy lékaři doporučují pacientům neдрáždivou stravu a omezení ostrých jídel. (6, 13, 35)

Vhodnými potravinami je celozrnné pečivo, rýže, krupice, pití bylinných čajů (zejména s protizánětlivým, zklidňujícím a hojícím účinkem) a minerální vody s obsahem železa. Jako potravinové doplňky se užívá rybí tuk, pupalkový olej, olej ze žraločích jater. Z minerálů je vhodný zinek, hořčík a vápník. (4, 6, 35, 30, 31)

ALTERNATIVNÍ LÉČBA

Existuje nepřehledné množství alternativních prostředků a metod léčení s mnohdy značně diskutabilním až škodlivým efektem. Například léčba zevními přípravky z kobyliho mléka, nebo pití kobyliho mléka. Dále zmíním doporučení užívání švédských kapek, žen-šen, včelí propolis, koupel z potravinářského droždí nebo terapie vlastní močí. (29, 30)

2.7 Chyby a omyly v léčbě psoriázy

Diagnóza lupénky se stanovuje na základě klinického obrazu a anamnézy, kdy se nesmí zapomínat zejména na rodinnou anamnézu. U akutních forem výsevu, která jsou generalizovaná, může být stanovení diagnostiky obtížnější. Dominují akutně zánětlivé změny. Lékaři by měli důkladně vyšetřit fokusy a provést základní laboratorní vyšetření, včetně zánětlivých krevních markerů. (8)

CHYBY V LÉČBĚ

Samotná diagnóza může být někdy podceňována. Zejména u chronické lupénky je laický názor, že se jedná o kosmetickou nepříjemnost. Někteří nemocní se léčí alternativními metodami. Většina pacientů trpí fobií z kortikoidních léků, což je další negativní faktor a odkládají možnost místní moderní léčby. S fototerapií se váhá i v jasných indikacích, někdy se zapomíná na potencionální fototoxitu léků v terapii. Celková léčba se v některých případech odkládá neúměrně dlouho. Naopak léčení retinoidy je mnohdy poddávkové. Lékaři musí přihlížet k hepatotoxicitě nebo nefrotoxicitě některých medikamentů. Nemocný by měl být poučený o potencionální chronicitě psoriázy. Při každé kontrolní návštěvě lékaře se dá snadno posoudit psychický stav pacienta. Pro shrnutí se dá říci, že chybou je opak doporučení a postupů, tím je myšlena nedostatečná edukace, instruktáž nemocného, nezjištění provokačních faktorů, preferování monoterapie a nedůslednost ve vedení terapie. (4, 29, 31)

3 Mycosis fungoides

Je epidermotropní kožní T – lymfom s chronickým průběhem. Kožní T – lymfomy je skupina chorob, kdy je primární manifestace v kůži s možným postižením krve, lymfatických uzlin a útrobních orgánů. Uplatňuje se zde včasná diagnostika a vhodná léčba. Pro dermatology jsou kožní lymfomy závažnými malignitami. Lékař by měl zohlednit stadium choroby, což je nezbytné k terapii tohoto onemocnění, protože v dalším vývoji se mohou lymfomy šířit dále v těle. Přesné stanovení diagnózy je nutné z důvodu, že mohou simulovat lymfocytární kožní infiltráty, které vyžadují specifický léčebný přístup. Jde o chorobu s vleklým a pozvolným průběhem, kdy se objevují typické klinické příznaky. Průměrná doba od počátků projevů do stanovení diagnózy je zhruba čtyři až šest let. Časný záchyt tohoto kožního onemocnění má významný vliv na přežití nemocných. (1, 2, 22)

3.1 Historie mycosis fungoides

Mycosis fungoides byla diagnostikována a poprvé popsána v roce 1806 panem Alibertem jako chorobný stav s kožními projevy houbovitého vzhledu. Tento termín byl stanoven pouze popisně, protože vystihoval vzhled a nevypovídal nic o příčině. V roce 1890 Darier popsal u nemocných s mycosis fungoides intraepidermální shluk leukocytů, a tohle zjištění umožnilo potvrdit pokroky v patologii v posledních dvaceti letech. Techniky molekulární biologie prokazují přestavbu v genu pro T – buněčný receptor u nemocných s mycosis fungoides. Na základě těchto metod se toto onemocnění považuje za klonální proliferaci nádorových T-lymfocytů. (22, 25, 26)

3.2 Epidemiologie mycosis fungoides

Toto onemocnění se vyskytuje nejčastěji u starších lidí mezi lety 55-60 let. Ale může se objevit výskyt i u nižší věkové kategorie. Více postihuje muže. Incidence kožního T - lymfomu se udává kolem 1-2 případů na 100 000 obyvatel ročně. Je tedy nejčastějším typem kožních primárních nádorů, protože představuje 50 – 60% lymfomů kůže. (28, 33, 46)

3.3 Etiologie a patogeneze mycosis fungoides

Klonální proliferace T-lymfocytů je připisována virové infekci, kdy dochází k selhání procesu apoptózy (buněčná smrt) a nadměrnému vytlačení onkogenů. Na vzniku se mohou podílet toxické látky z prostředí, bakteriální infekce zejména vyvolanými stafylokoky, infekce herpesviry a retroviry. Retroviry mají podíl vzniku na onemocnění T-buněčné leukémie dospělých pacientů. Dosud se nepodařilo prokázat souvislost mezi chemikáliemi a kožními T-lymfomy. V nádorové tkáni u nemocných s mycosis fungoides byly popsány mnohonásobné cytogenetické změny. Díky chronickému zánětu můžou vznikat maligní T – lymfocyty. Cesta k diagnostikování tohoto nejčastějšího kožního lymfomu může trvat poměrně déle, protože klinické změny jsou značně nespecifické. Biopsie na podezření projevů mycosis fungoides je nutná. Doba mezi prvními projevy

a definitivním stanovením diagnózy může být až za 7 let. Prvními kožními projevy jsou barevné změny bez infiltrace, je to tzv. premykotické stadium se skvrnami. Časnou známkou prvního stádia jsou výrazné skvrny, které často svědí a vznikají na kůži kryté před slunečními paprsky. Dalším stadiem jsou infiltrovaná ložiska, to je tzv. infiltrativní stadium. Tyto změny jsou růžové barvy, často se šupí a nemocného subjektivně svědí. Dochází k atrofii kůže. Třetím projevem jsou tumory s erythrodermií. Choroba se může rozvíjet v celém rozsahu kůže. K šíření do různých oblastí těla dochází v pokročilém stádiu onemocnění. (19, 22, 25, 26, 27, 28, 35)

3.4 Diagnostika a vyšetřovací postupy mycosis fungoides

Staging vychází z roku 1974 z TNM klasifikace dle klinického posouzení lékařem. Tímto systémem jsou hodnoceny kožní projevy jako skvrny (T1), ložiska (T2), tumory (T3) a erythrodermie (T4). Klinický znak umožňuje spolu s TNM ustanovení stadia nemoci. Prognóza kožních T-lymfomů může být odhadnuta na základě rozsahu postižení a charakteru projevů na kůži. Obecně je nutné zhodnocení přesně stanovené anamnézy i celkových projevů, které by mohly nasvědčovat malignitu. Těmito příznaky jsou noční pocení, nevysvětlitelné zvýšení tělesné teploty, váhový úbytek, rozsah postižení kůže, přítomnost zvětšení periferních lymfatických uzlin apod. Proto je nutné vyšetřit slezinu a játra, zda se nenachází v přilehlých oblastech lymfom. (12, 14, 19)

Základní vyšetřovací metodou je odběr krve, kdy se provádí vyšetřování krevního obrazu, včetně diferenciálního. U zvětšených uzlin lékař indikuje punkční biopsii k cytologickému a histopatologickému vyšetření. Rentgenový snímek plic je nutný u všech nemocných s podezřením na onemocnění mycosis fungoides. Později je vhodné doplnit RTG o CT hrudníku, břicha a pánve. Flowcytometrie slouží k identifikaci cirkulujících buněk v lymfomu. U nemocných s abnormality v počtu krvinek v krevním obraze by měla být vyšetřena kostní dřeň. (22, 26)

Možnosti diagnostiky se díky postupným moderním technikám rozšířily o imunofenotypizaci nádorového infiltrátu. Dalším kladným přínosem k diagnostikování je například pozitronová emisní tomografie. (19, 46)

3.5 Léčba mycosis fungoides

T-lymfomy jsou lokalizovány zejména v kůži, ale pohyb buněk lymfomů může být i mezi krví, lymfatickými uzlinami, kostní dřeně. V některých případech se může limitovat terapie pouze na kůži, tudíž se snižuje efekt léčby, protože T-lymfocyty může napadat i jiný systém organismu. I přes množství léčebných postupů některé malignity zůstávají chronické a nevléčitelné. Terapie zaměřená na kůži zahrnuje fototerapii se spektrem záření UVB, fotochemoterapii PUVA, lokální aplikaci steroidů nebo retinoidů, celotělové ozařování elektrony, radioterapii, chemoterapii, cílenou imunoterapii a transplantaci kostní dřeně. (1, 2, 12, 14, 26, 33, 46)

LÉČBA LOKÁLNÍMI STEROIDY

Prvním možným léčebným způsobem je aplikace místních steroidů. Lze je aplikovat obvyklým způsobem nebo pod okluzivní fólii. Zhruba u 90% je vidět léčebný efekt v časně fázi choroby. Při dlouhodobém podávání steroidů se mohou objevit vedlejší nežádoucí účinky. (26)

MÍSTNÍ APLIKACE RETINOIDŮ

Hlavním představitelem této lékové skupiny je bexaroten. Ten se používá jak místní, tak k celkové aplikaci. Je nutné podotknout, že pro lokální terapii ve formě gelu není tento lék v České republice registrován. (46)

FOTOTERAPIE

V časném stadiu choroby je účinná terapie UVB. Kompletní odpověď organismu na úzkopásmové záření UVB je vysoká, v literatuře od Ettlera se uvádí až 75% účinnosti.

Světlo léčba je účinná u pacientů se světlou a tmavou kůží. Nevýhodou metody je remise do 5 měsíců, a to i přes ozařování několikrát v týdnu (např. 3x). Fotochemoterapie (PUVA) je kombinací metody, při kterém je podáván Psoralen 1-2 hodiny před zářením UVA. Ozařování probíhá zpočátku 4x do týdne, později se intervaly prodlužují za současného zvyšování dávky. PUVA je v prvopočátku onemocnění bráno jako velmi účinnou metodou. Ve stadiu prvním a druhém je až 58% efektivní léčebné odpovědi. Po dosažení stavu remise je vhodné pokračovat delší dobu v udržovací terapii, byť v prodloužených intervalech. Fotochemoterapie PUVA nese vyšší riziko kancerogenních účinků na kožní systém z důvodu potencionálního rizika kumulace dávek záření. (14, 16, 26, 46)

CELOTĚLOVÉ OZÁŘENÍ ELEKTRONŮ

Záření na principu rychlých elektronů je limitováno penetrací elektronů do kůže. Nemocní jsou většinou léčeni 8-10 týdnů. Léčebná odpověď u infiltrativního stadia je efektivní až v 98 % případech pacientů s mycosis fungoides. U 50 % pacientů je pozorována remise po ozařování až za tři roky. Nežádoucí účinky u této formy léčeni jsou popisovány jako erytém, šupění, sekundární malignity. Dočasně může ovlivňovat funkci nebo ztrátu některých přídatných orgánů kůže, například ztráta vlasů, ovlivnění funkce potních žláz aj. (26, 46)

EXTRAKORPÁLNÍ FOTOCHEMOTERAPIE

Tato léčba je známa pod pojmem fotoferéza a je relativně moderní léčebnou metodou, při níž se pomocí centrifugace separují bílé krevní složky. Tento terapeutický postup spočívá v tom, že pacienti požívají minimálně dvě hodiny před léčbou psoralen, poté následuje ozáření separovaných bílých krvinek ultrafialovým světlem, které jsou pak navraceny zpět do těla nemocného. Metoda se provádí dva následující dny po sobě, v časovém intervalu čtyř týdnů. Léčebný efekt se dostavuje u pacientů s kožním T-lymfomem až u 50 – 75% při zahájení terapeutického postupu v prvním a druhém stadiu choroby. (1, 2, 46)

RETINOIDY

Tato skupina léků k terapii kožních T-lymfomů se využívá poměrně dlouho. Omezují tvoření nového bujení, indikují tvorbu volných kyslíkových radikálů v mitochondriích, tzv. apoptózu. Při časně indikaci v počáteční fázi dochází až v 50% k efektivní léčebné odpovědi. Remise onemocnění se objevuje nejdříve za 1 rok. Nejznámějším podávaným zástupcem ze skupiny retinoidů je Bexakaroten, má řadu výhod, protože je účinný v perorálním podávání a je poměrně dobře snášen pacienty. Vedlejší účinky mohou být hypercholesterolemie, hypotyreóza, hypertriglyceridémie. (14, 26)

INTERFERONY

Tato skupina léků podporuje vytváření přirozených proteinů, které působí protivirově, protizánětlivě a antitumorózně. Technicky jsou vyráběny interferony alfa, beta a gama. Zejména interferon alfa se využívá v léčbě kožních T-lymfomů přes dvacet let, v časných projevech onemocnění a nasazení této léčby přináší až 50% efektivní léčebné odpovědi a kompletní remise u pacientů je ve 20 % případech. Jako vedlejší účinky byly pozorovány příznaky chřipky, úbytek hmotnosti, poruchy funkce štítné žlázy. (46)

3.6 Vývoj onemocnění a prognóza mycosis fungoides

U většiny nemocných s touto kožní chorobou je průběh utlumený, a to až po léta. Odhad dalšího vývoje se zhoršuje po jednotlivých stádiích mycosis fungoides. V pokročilém stupni ve věku nad 60 let pacienta je prognóza nemoci velmi špatná. Pokud se zvrhne k malignímu onemocnění viscerálních orgánů nebo lymfomů, lze očekávat přežití nemocného kratší než rok. Mimo kůži může být nález i v krvi, lymfatických uzlinách, játrech, slezině, plicích, centrální nervové soustavě aj. U nemocných s rozsáhlými příznaky premykotického a infiltrativního stadia se může rozvinout bakteriální sepse, zejména při nákaze *Staphylococcus aureus*. Léčení tohoto stavu probíhá parenterálně antibiotiky. U nemocných s tumory se může zdravotní stav komplikovat vývojem nekróz v kůži. (12, 14, 26, 46)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Formulace problému

Fototerapie v České republice představuje dostupnou léčbu fotodermatóz a relativně dosti často využívanou formou léčení. Světloléčba se nejčastěji indikuje při kožním onemocnění psoriázou, které se vyskytuje až 3% populace, což znamená, že více než 200 000 lidí u nás trpí touto diagnózou v rozmezí věkové hranice 15 – 60 let, a z toho cca 20 000 pacientů trpí středně těžkou až těžkou formou psoriázy, kde je světloléčba nevyhnutelná. Na druhé straně jsou vidět i léčebné efekty u choroby mycosis fungoides, která postihuje starší věkovou kategorii kolem 55 – 60 let (častěji muže), kde se také fototerapie indikuje jako hlavní léčebný postup. Výskyt tohoto onemocnění je oproti samotné lupénce nižší. Incidence připadá na 1 – 2 případů na 100 000 populace za rok. Psoriáza je hodnocena jako chronické zánětlivé imunitně zprostředkované onemocnění nejasné etiologie, kdy nejčastějšími spouštějícími faktory jsou uváděný stres, léky, infekce a traumata. Kožní T – lymfomy, kam spadá diagnóza mycosis fungoides. Patří mezi chronické onemocnění s pozvolným rozvojem typických klinických příznaků.

5 Cíl a úkol výzkumu

Cílem diplomové práce je zjištění úrovně kvality života nemocných s diagnózou psoriasis a mycosis fungoides, kteří musejí absolvovat léčbu světlem, a do jaké míry je pacient omezen nebo ovlivněn ve vykonávání každodenních všedních činností v souvislosti s léčebnými postupy, které tyto dvě diagnózy nemocným přináší. Dále v jaké z jednotlivých oblastí pociťují pacienti velké omezení a naopak. Zjistit, zda se délka trvání obou onemocnění výrazně podílí na zhoršení kvality života, a jak se nemocní vyrovnávají s danou diagnózou.

6 Metodický postup

K získávání potřebných informací a dat k vypracování praktické části diplomové práce byla zvolena kvalitativní forma výzkumu pomocí standardizovaného rozhovoru,

který obsahuje položky jednotlivých oblastí modelu M. Gordonové. Ze základního souboru bylo vybráno a položeno celkem 39 otevřených otázek z celkem 11 oblastí daného ošetřovatelského modelu: vnímání zdravotního stavu, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, sebepojetí, mezilidské vztahy a plnění rolí, sexualita, stres a zvládání zátěžových situací, přesvědčení a životní hodnoty. Odpovědi byly zcela anonymní. Výzkumné šetření probíhalo na základě povolení Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a svolení Fakulty zdravotnických studií pro vykonání mimořádné praxe ve FN Plzeň s pacienty fyzikální terapie na dermatologické klinice, v časovém rozmezí od února do března 2016. Rozhovory byly realizovány pod přímým vedením všeobecné sestry Jaroslavy Vitěkové, staniční sestry fyzikální terapie, se čtyřmi vytypovanými pacienty ambulantní péče světloléčby. Výběr pacientů byl podmíněn diagnózou a zahájením fototerapie v progresi choroby. Všichni čtyři pacienti byli mužského pohlaví trpící vybranými diagnózami více než 5 let. Pacienti byli rozděleni na dva s diagnózou psoriasis a dva s diagnózou mycosis fungoides podstupující léčbu fototerapie. Sběr dat probíhal v soukromí za stejných podmínek v zajištěné místnosti. Odpovědi byly zaznamenány písemně a pomocí diktafonu.

7 Výzkumné oblasti a vybrané základní otázky

1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

- a) Zhodnoťte, jaká byla a je Vaše úroveň zdravotního stavu?
- b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení nebo infekční nemoci? Měl jste kvůli tomu absenci v zaměstnání?
- c) Co vše děláte pro udržení svého zdraví? Využil jste někdy v rámci své diagnózy alternativní nebo léčitelských postupů?
- d) Utrpěl jste někdy úraz či nehodu?
- e) Měl jste nějaký problém v minulosti s dodržováním léčebného postupu doporučeným lékařem a ošetřovatelského personálu?

- f) Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění? Co jste udělal, když se objevily první příznaky nemoci?

2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

- a) Můžete mi popsat Váš obvyklý denní příjem stravy? Jíte pravidelně?
- b) Dodržujete pitný režim? Kolik je celkový denní příjem tekutin?
- c) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?
- d) Máte nějaké dietní omezení?
- e) Jak byste popsal Váš stav kůže, poranění, kožních defektů atd.?

3 VYLUČOVÁNÍ

- a) Máte pravidelnou stolici?
- b) Máte obtíže s vylučováním stolice či moče?

4 AKTIVITA A CVIČENÍ

- a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?
- b) Cvičíte? Jaká je pravidelnost a způsob Vašeho cvičení?
- c) Jak trávíte svůj volný čas?

5 SPÁNEK A ODPOČINEK

- a) Jakou formu odpočinku preferujete? Jaký máte pocit celkového odpočinku?
- b) Máte obtíže s usínáním? Co Vám pomáhá při problémech s usínáním? Budíte se v noci?
- c) Jak dlouho trvá celková doba spánku? Je pravidelný?

6 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

- a) Vidíte dobře? Pozorujete zhoršení Vašeho zraku za poslední rok? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?
- b) Rozhodujete se snadno nebo obtížně? Máte často pocit nejistoty?

- c) Byl jste poučen o Vašem zdravotním stavu? Máte dostatek informací ze strany ošetřovatelského personálu? Schází Vám některé informace?
- d) Bolí Vás něco? Máte jiné nepříjemné pocity (např. svědění)? Jak je zvládáte?

7 SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

- a) Jak se cítíte a jak se Vám daří? Jak byste popsal sám sebe?
- b) Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to má pro Vás důsledky?
- c) Jak prožíváte současnou zdravotní situaci, eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe samotného nebo Vašeho těla?
- d) Existuje něco, co Vás u Vašeho onemocnění zneklidňuje? Máte strach, úzkost, špatnou náladu nebo depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám přinese úlevu? Používáte nějaké relaxační techniky?

8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

- a) Bydlíte samostatně nebo s rodinou?
- b) Jak rodina prožívá Vaše onemocnění?
- c) Jste spokojen ve svém zaměstnání? Máte dostatečný příjem pro uspokojování svých potřeb?
- d) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit izolace?

9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

- a) Máte děti?
- b) Máte díky svému onemocnění problém se sexuálním vztahem?

10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

- a) Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě za poslední rok? Nebo nějaká situace, kterou byste označil za krizi?
- b) Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich životních problémů a záležitostí?

- c) Prožíváte nějaké dlouhodobé napětí? Co Vám pomáhá ke snížení? Užíváte nějaké léky, drogy nebo alkohol?
- d) Když máte problémy v životě, jak je zvládáte? Jaká volíte řešení k jejich zvládnutí? Mají efektivitu zvolené způsoby v řešení problému?

11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

- a) Jaké důležité plány máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit z Vašeho života?

8 Vzorek respondentů

Vzorek respondentů je tvořen čtyřmi muži v různé věkové kategorii. Výběr pacientů byl podmíněn progresí vybraných onemocnění a délkou léčby fototerapií. Byli zapojeni dva muži s diagnózou psoriasis různé formy a dva muži s diagnózou kožních T-lymfomů mycosis fungoides. Všichni vybraní respondenti se léčí fototerapií více jak 5 let. Rozhovory probíhaly ve FN Plzeň na oddělení fyzikální terapie. Souhlas s poskytnutím informací byl dobrovolný a zcela anonymní.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

9 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1

Pacient ve věku 28 let trpí diagnózou psoriasis vulgaris chronica. První akutní výsev lupénky se objevil ve 14 letech. Na doporučení praktického lékaře pro cca 1 měsíc přetrvávající eflorescenci na loktech byl odeslán k dermatologovi. Fototerapii pacient podstupuje od roku 2006.

S pacientem jsem prováděla rozhovor a získávala potřebné informace od 1. února 2016 po dobu tří týdnů během jeho terapie světloléčbou.

9.1 Anamnéza

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacient doposud zdravý, prodělal jen běžné dětské nemoci a virózy. Od puberty trpěl na angíny, v 18 letech podstoupil tonzilektomii. Od té doby stoná méně, pouze občas měl chřipku. Udává fraktury v dětství.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Oba rodiče pocházejí z okolí Plzně, žijí v nedaleké vesnici. Otec trpí psoriázou cca od 30 let. Příčina jeho onemocnění není zcela jasná, ale je tam jistá genetická dispozice, protože i jeho otec měl kožní problémy, ve velkém rozsahu, ale nikdy nepodstoupil léčbu. Matka doposud zcela zdravá. Sourozenci nemají žádné zdravotní problémy.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Stálou lokální medikací je Ambiderman, aplikace na postiženou kůži 1x týdně. Kvůli změnám průběhu onemocnění není místní léčba stálá, vyzkoušel mnoho různých přípravků. Nyní aplikuje mimo dny fototerapie Unguentum leniens CSC 500 g 1x denně, na obličej krátkodobě aplikuje Locoid krém, zbytek těla promazává 5% salicylovou vazelinou. Pacient je bez stálé per orální medikace.

ABÚZUS

Pacient kouří pravidelně cigarety. Denně vykouří cca 20 kusů. Alkohol pije pravidelně. Každý pátek chodí s přáteli na pivo. Tvrdý alkohol nevyklučuje. V minulosti kouřil marihuanu denně. Užívání psychoaktivních a stimulačních látek neguje.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient uvádí alergickou reakci na penicilin. Jiné alergeny neguje.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlí v bytě v panelovém domě se svou matkou. Rodiče se před pěti lety rozvedli. Je nejmladší ze tří sourozenců. Ostatní již bydlí se svými blízkými. Pacient je svobodný, bezdětný. Nyní má přítelkyni pár měsíců, partnerství je v posledním čase klidné. Partnerka přistupuje s nadhledem k jeho onemocnění. Vztah navázal po dlouhé době.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vystudoval střední odborné učiliště se stavebním zaměřením. Nikdy ve vyučeném oboru nepracoval. Ihned po škole nastoupil do zásilkové firmy. Po získání zkušeností se řízením automobilového vozidla si pacient udělal řidičský průkaz skupiny C+E na kamión a věnoval se přepravě zboží do zahraničí, zhruba 4, 5 roku. Kvůli pozitivnímu testu na THC mu však byl řidičský průkaz zabaven a odebrán. Po vrácení řidičského oprávnění již nedostal zpět průkaz na řízení kamiónů a nyní se věnuje rozvozu pečiva.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plně orientován všemi směry

Stav soběstačnosti: plně soběstačný dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 80 kg

Výška: 183 cm

BMI: 22

Krevní tlak: 125/80 mmHg

Pulz: 72/min

Dechová frekvence: 17/min

Tělesná teplota: 36,6 °C

9.2 Katamnéza

První příznaky lupénky se objevily ve 14 letech, zhruba měsíc přetrvávaly eflorescence na loktech, na erytémové spodině byly zjevné nánosy šupin. Na doporučení praktického lékaře byl odeslán na dermatovenerologickou kliniku, kde byla stanovena diagnóza psoriasis vulgaris guttata. V roce 2004 byl přijat na kožní oddělení kvůli akutní exacerbaci onemocnění a stanovení výsledné diagnózy psoriasis vulgaris chronica.

V roce 2005 se pacient dostavil pro výsev lupénky v predilekci na loktech a kolenou růžové barvy s mírnou infiltrací, byla indikována lokální léčba.

Roku 2006 se choroba zhoršila po prodělané viróze a projevy na kůži zhoršily jeho psychický stav. Lékař indikoval místní léčbu prozatím bez fototerapie – Belosalic, Tazorac, 5% salicylovou vazelinu, Imacort cream 1x denně na ložiska v obličeji. V říjnu t.r. nedocházelo ke zlepšení, takže ošetřující lékař naordinoval 3x týdně fototerapii UVB 311 nm. V listopadu byla pokožka téměř zhojena. V prosinci se fototerapie ukončila a bylo doporučeno promazávání těla. Při kontrole v lednu roku 2007 byl pacient psychicky stabilní, na těle a ve kštici zhojen. Jako trvalá medikace byl dermatologem naordinován Belosalic mast 1x denně a kontrola dle potřeby pacienta.

V březnu roku 2012 nastalo zhoršení stavu nemoci po stresové zátěži. Pacient podstoupil fototerapii před šesti lety a od té doby byl nález na kůži minimální, ošetřoval postižená místa Belosalic ung. Objektivně byla zjevná kapkovitá ložiska na trupu, geografická ložiska s mírným zašupěním na loktech a kolenou. Subjektivně udával pacient svědění. Lékařem byla indikována léčba fototerapií pásmem UVB 311 nm celkem 3x týdně. V říjnu se pacient opět dostavil pro zhoršení stavu, přes léto udával zhojení pokožky. Opět byla indikována UVB světlo léčba.

V roce 2013 v květnu onemocnění zhoršeno po viróze. Ložiska lupénky se objevila na dolních končetinách, na trupu disseminovaná papulosquamózní ložiska s erytémem a olupováním. Opět se indikovala fototerapie 3 x týdně se spektrem UVB záření, 5% salicylová vazelína a užívání Locoid krému mimo dny ozáření. V lednu roku 2014 pacient podstoupil opět UVB léčbu 2x týdně pro zhoršení stavu.

V prosinci roku 2015 pacient odmítl hospitalizaci z důvodu pracovních povinností, subjektivně stav nezlepšen a po psychické stránce se jevil bradypsychicky. Objektivně byla zjevná disseminovaná kapkovitá a nummulární ložiska s infiltrací. Doporučena je fototerapie 311 nm 3x týdně se zakrytím obličeje. Z důvodu pacientovo virózy a následného přecházení se prodloužil interval léčby světlem a pacient jí mohl začít absolvovat na přelomu ledna a února. Dále byla indikována mimo fototerapii DEX/Cutilan mast 1 x denně, na postižená místa v obličeji Locoid krém krátkodobě a tělo promazávat 5% salicylovou vazelínou.

9.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové

1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

a) Zhodnoťte, jaká byla a je Vaše úroveň zdravotního stavu?

„Jako dítě jsem měl takový ty klasický dětský nemoci, ve školce jsem prý chyběl dost kvůli marodění, ale ve škole pak na druhym stupni, tak nějak normálně, no. Lupénka se mně objevila poprvý ve čtrnácti letech v pubertě. A zhoršuje se vždycky při nemocích no, jako je chřipka. Taky jsem měl pořád angíny, tak mi jednoho dne vytrhli mandle a byl klídeček. A jaká je úroveň teďka? Jako nijak se neomezuju.“

b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení nebo infekční nemoci? Měl jste kvůli tomu absenci v zaměstnání?

„No, v poslední době jsem nachlazenej pořád, ale přecházel jsem to dost, protože jsem si nemohl marodit v práci. Taky bych o tu práci jako mohl hezky pěkně přijít!“

c) Co vše děláte pro udržení svého zdraví? Využil jste někdy v rámci své diagnózy alternativní nebo léčitelský postup?

„Tak jako neberu drogy (smích). Takhle jako neupejpám se, jdu prostě v pátek vždycky na pívko s kámošema, občas padne nějaký ten tvrdý paňák. Ale už nekouřím trávu, od doby co mně sebrali papíry. Ale tak jako jim ovoce a zeleninu. Necpu do sebe žádný vitamíny uměle vyrobený a snažím se tak nějak no. Jako kouřím, to je pravda. Jako léčitele?? Nevěřím jim, takže bych jim nenacpal ani korunu a nikdy jsem na tohle nevěřil, i když jsem o tom slyšel od bejvalky rodičů, ty tyhle praktiky měli docela najetý. Ale mě to nezajímalo prostě.“

d) Utrpěl jste někdy úraz či nehodu?

„No, jééj. Jsem kluk a byl jsem živý dítě (smích). Takže jsem měl asi 6x zlomenou nohu a ruku taky několikrát. Nehodu? Taky jsem boural, ale nic vážnýho, jako.“

e) Měl jste nějaký problém v minulosti s dodržováním léčebného postupu doporučeným lékařem a ošetřovatelského personálu?

„Jako občas jsem vynechal nějaký to mazání, ale dokud jsem byl malej tak na mě dohlížela mamka. Jinak se snažím dodržovat určený postupy a snažím se všechno respektovat, aby nebyl nějaký problém, ale jako někdy se fakt stane, že se nenamažu nebo si nedám nějaký ten přípravek do koupele, protože se zrovna sprchu a nenapouštím si vanu, no.“

f) Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění? Co jste udělal, když se objevily první příznaky nemoci?

„Tak vzhledem k tomu, že se mně to jako objevilo poprvé ve čtrnácti a měl to i můj otec a do dneška má, tak je tam jasná dědičnost, no. Doktoři to teda takhle tvrděj a já si to myslím taky, protože to měl i vlastně můj děda, táty táta, ale ten se s tím nějak nepáral. Nikam s tím prej nikdy nešel. A můj táta to neměl nikdy v takovym rozsahu jako já. Občas

se objevilo nějaký šupinatý místečko a tím to haslo, někdy si máznul to místo mojí mastí a byl klid. Ale já to měl jako brutál, no. “

2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

a) Můžete mi popsat Váš obvyklý denní příjem stravy? Jíte pravidelně?

„ Tak vzhledem k tomu, že jsem byl většinu času na cestách, tak jsem jedl hrozně. Všude samý rychlovky v motorestech a tak. Fastfoody, tam jsem byl jako doma (smích). Ale teďka se to dost zlepšilo. Ráno nesnídám, to je fakt. Vstávám brzo kolem čtvrtý, dám si kafe turka a cigárko. A první jídlo je kolem desátý, to si jako někde koupim nějakou bagetu nebo když mi udělá sváču přítelkyně, oběd je tak kolem druhý, to si dám doma vařený i s polívkou. Odpoledne vždycky něco zobnu a večeri si máznu rohlík s něčím většinou. No, a takhle to jako semnou jde celej rok. “

b) Dodržujete pitný režim? Kolik je celkový denní příjem tekutin?

„ No, tak jak jsem už říkal, vypiju kafe, maximálně dvě denně, to už je taky příjem, ne? V autě mám vždy nějakou sladkou ochucenou vodu, takže tu vypiju, a když mám žízeň tak si udělám doma šťávu. No, kolem těch dvou litrů určitě za den spolknou. Ještě když je to pátek, tak tam pošlu nějaký ty piváčky, takže si myslim, že jsem na tom dost dobře. “

c) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?

„ Panečku, jako dřív jsem toho asi splácal dřív nebo já nevim, ale myslim si, že nemám problémy s jídlem. Prostě jim, když mám hlad, někdy i plácám pátý přes devátý. Helec, žádnou změnu asi jako fakt nepozoruju. (smích) “

d) Máte nějaké dietní omezení?

„ Nemám, teda alespoň o tom nevím. Jim všechno a nikdo mi nikdy nic extra nezakazoval. Teda doktoři mi tvrdili, že nemám jíst dráždivý jídla. Ale občas si něco pálivýho dám a neřeším. “

e) Jak byste popsal Váš stav kůže, poranění, kožních defektů atd.?

„ Tak teďka je to docela pohoda, vždycky tady navštívím sluníčko a do čtrnácti dnů jsem v cajku. Ale byly doby, kdy to byl fakt brutus, jsem se styděl a kdo netušil, tak měl kecy a štítil se mě, páč jsem se loupal jako had, no. Momentálně jsem fakt v pohodě. Poranění teďka taky nemám a nějaký kožní defekty taky ne. Je pravda, že když jsem se třeba zranil při sekání dřeva nebo já nevím, lezení po stromech a tak, tak se to hojilo dost blbě a dlouho a v tom místě se mi to pak zanicovalo a dělala se lupénka. Ale teďka jsem fakticky allright. Takže pohodička (smích). “

3 VYLUČOVÁNÍ

a) Máte pravidelnou stolicí?

„ No, jasánek. Žádněj problémek. “

b) Máte obtíže s vylučováním stolice či moče?

„No, tak taky všechno v pohodě, prostatik nejsem ještě. (smích)“

4 AKTIVITA A CVIČENÍ

a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„Jako taky byly situace, kdy to by celkem na nic. A neměl jsem chuť cokoliv dělat a byl jsem zalezlej doma, anebo jen v práci. Ale teďka mám fakt super slečnu, takže už jen to, že usínám a vim, že jí druhý den uvidim mi dává tu energii do dalšího dne. A hnedka se mi

líp stává a těšíte se zkrátka na ten den. No, kdybych jí neměl, tak bych se asi jen tak poflakoval a chodil do práce, no.“

b) Cvičíte? Jaká je pravidelnost a způsob Vašeho cvičení?

„Tak teďka na to nemám čas. Ale dřív jsem sportoval, byl jsem fotbalista, ale když se objevila lupénka, tak mi to vadilo a kluci v týmu se na mě koukali divně v šatně. Taký jsem hrál asi dva roky hokej, ale to taky nebylo ono, protože člověka to pod tou výzbrojí pěkně hryzalo, kousalo, svědělo a nevím co ještě, a když to bylo přes zimu, tak jsem měl vždycky zhoršení stavu, takže jsem se na to vykašlal. Navíc někteří kluci v týmu se mi smáli a dávali mi blbý přezdívky. To bylo docela na bednu. A dost mě to štvalo. No, a teďka si jdeme s partou zahrát florbal jen tak rekreačně, nebo si jdeme piknout volejbal. Do posilky nechodim. Někdy si jdu jen tak zaběhat, ale to je vždycky spíš takovej záchvěv.“

c) Jak trávíte svůj volný čas?

„Po práci trávím veškerej čas s přítelkyní, takže jezdíme po vejletech, randičkujem, koukáme na filmy. Vychytáváme rekreační pobyty na slevomatech. A pokud nejsem s ní, tak pomáhám bráchovi při stavbě baráku nebo máme na rekonstrukci našeho bytu a tak různě. No, a nebo taky chrápu, aby ste si nemyslela, že jsem takovej makáč jako. (smích)“

5 SPÁNEK A ODPOČINEK

a) Jakou formu odpočinku preferujete? Jaký máte pocit celkového odpočinku k denní činnosti?

„Jednoznačně spánek. Neznám nic lepšího. Myslim si, že už jsem si zvykl mít přes den aktivity, a pak spánek. Jako bejvalej kamioňák jsem měl celkově přehozený výhybky, takže mi trochu dýl trvalo, než jsem srovnal, ale teďka jsem, myslim si, že dost v cajku.“

b) Máte potíže s usínáním? Pokud ano, co Vám pomáhá? Budíte se v noci?

„Tak zatím nejsem, tak starej, takže pohoda. Usnu vždycky jako dřevo. (smích) Přes noc se leda tak vzbudim, že musim na záchod, pokud si dám nějaký to pivko před spaním. (smích)“

c) Jak dlouho trvá celková doba spánku? Je pravidelný?

„Protože ráno musim vstávat brzo kvůli pravidelný lince, kterou zavážim, takže spim asi tak sedm a půl hod'ky denně. Ale míň jak šest hodin to nikdy nebude. Nejpozději chodim spát kolem desátý nebo jedenáctý večer. Takže by se zase dalo říct, že spim pravidelně, ne?“

6 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

a) Vidíte dobře? Pozorujete zhoršení Vašeho zraku za poslední rok? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?

„Tak určitě vidim dobře. Ne, to rozhodně nepozoruju nějaký zhoršení mýho zraku ani za poslední rok ani jako vůbec. Nenosim brýle, krom v létě slunečných. (smích) Oční kontrolu jsem neměl nebo teda si vůbec nevybavuju ted'ka.“

b) Rozhodujete se snadno nebo obtížně? Máte často pocit nejistoty?

„Těžká otázka, docela, protože jak v čem, no. Když je to něco důležitýho, tak váhám a rozhoduju se docela dlouho a obtížně. A někdy se rozhodnu hnedka, a ani nad tim nepřemýšlím, a ani většinou nelituju. Pocit nejistoty? Tak v dnešní době spíš asi kdo ho nemá, co? Tak dneska není jistýho nic. Člověk se většinou bojí o práci, v tom mám asi jako pocit nejistoty, jestli je to myšlený takhle teda.“

- c) **Byl jste poučen o Vašem zdravotním stavu? Máte dostatek informací ze strany ošetřovatelského personálu? Schází Vám některé informace?**

„Celkově, když to zhodnotím, tak jako určitě. Jako malýmu to říkali doktoři spíše moji mamce, než mě. Protože jsem z toho asi tak jako rozum moc neměl, nebo jako měl, ale tak kluk v pubertě, no. Dneska jako s Váma doktoři mluví férově, teda alespoň mi to tak přijde, takže si nemůžu na to nějak stěžovat a jsem spokojenej. No, a něco jsem si vždycky načel na netu nebo v čekárnách v takových těch letácích a brožurách.“

- d) **Bolí Vás něco? Máte jiné nepříjemné pocity (např. svědění)? Jak je zvládáte?**

„No, bolesti žádný nemám. Občas mě bolí hlava. Svědění? Tak na to si občas vezmu ten Dithiaden. Ale v takových těch akutních fázích to svědění bylo fakt strašný, takže jsem si ho brát musel, ale nerad, byl jsem potom úplně zblblej.“

7 SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

- a) **Jak se cítíte a jak se Vám daří? Jak byste popsal sám sebe?**

„Cejtím se fakticky dobře a musím zaklepat, že se mi docela i daří a jsem spokojenej. Já jsem takovej optimista a docela flegmatik. To se mi občas nevyplácí, ale jsem holt takovej, no. Byly i hnusný časy, ale ty jsou snad za mnou.“

- b) **Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to má pro Vás důsledky?**

„Tak to asi ne. Krom toho, jak jsem už říkal, tak nehraju fotbal a ani ten hokej. To mě chvíli mrzelo, ale tak co se dá dělat no. Ted'ka máme partu se kterou si teda rekreačně zasportujeme, tak má člověk takovej ten dobrej pocit, že něco udělal. (smích)“

c) Jak prožíváte současnou zdravotní situaci, eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe samotného nebo Vašeho těla?

„V pubertě jsem to nesl asi hůř a v období akutních fázích nemoci jsem se docela jako ztratil. Měl jsem pár vztahů, ale ty holky to moc nechápaly. Takže jsem se vždycky zamiloval a měl jsem pocit, že jsem se jim zhnusil tím, jak vypadám. Já už jsem si zvykl. Někdy byly léta, že jsem nemohl jít jen tak na koupaliště nebo k vodě s kámošema, protože jsem vypadal strašně, anebo jsem se musel koupat v triku, ale tyhle časy snad pochopili. Moje nynější slečna je fakt fajn, a je to zdravotní sestra, takže můj sen vždycky. (smích) Tak to chápe a díky ní si nepřipadám blbě. Navíc tohle umělý sluníčko mi docela efektivně a rychle zabírá, takže jsem pak ještě pěknější. (smích)“

d) Existuje něco, co Vás ve Vašem onemocnění zneklidňuje? Máte strach, úzkost, špatnou náladu nebo depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám přinese úlevu? Používáte nějaké relaxační techniky?

„Tak spíše takový ty zhoršení v ročním období, ale to už jsem si za těch 14 let docela zvykl. Špatný nálady jsem měl v tom dospívání, vždycky našel nějaký rejpal, co se vyptával nebo někdo, kdo Vám vymyslel trapnou přezdívku. Jedno období tu takový bylo, ale to už je snad pryč. Ani nevím, spíš jsem to nechával plavat a myslel si svoje. Chcete opravdu vědět, jak teďka, sestřičko, relaxuju? (smích)“

8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

a) Bydlíte samostatně nebo s rodinou?

„Tak chvíli jsem bydlel s bejvalkou, ale teďka jsem zase s maminou. Rekonstrujeme byt. A do budoucna se chystám sestěhovat s mojí nynější přítelkyní.“

b) Jak rodina prožívá Vaše onemocnění?

„No, naši se mnou najezdili po doktorech, to je pravda. Ale člověk se s tím asi jako naučí žít a tím pádem i Vaše okolí. Takže prostě to berou tak jak to je, no.“

- c) Jste spokojen ve svém zaměstnání? Máte dostatečný příjem pro uspokojování svých potřeb?**

„Jsem rád, že nějakou práci mám. Jako kamioňák jsem si vydělal rozhodně víc a bavilo mě to taky o dost víc. Ale díky svojí blbosti jsem přišel o papíry a teďka nejsou peníze na to, abych si udělal další. Takže finančně jsem si dost pohoršil, a co jsem si našetřil jsem klasicky rozfofroval ani nevím za co. Sice říkám, že peníze nejsou všechno, ale dělaj hodně. Uvidíme, teďka se rýsuje něco poměrně lepšího, a já jsem na to zvědavěj, jak to dopadne.“

- d) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit izolace?**

„Jo, teďka jo. V pohodě.“

9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI

- a) Máte děti?**

„Ne, ale do budoucna bych chtěl mít. Alespoň dvě. I když děti jsou celkem drahá záležitost. (smích)“

- b) Máte díky svému onemocnění problém se sexuálním vztahem?**

„No, jako měl jsem s tím problémy. Bylo to nepříjemný se svlíknout někde před lidma nebo kámošema, natož před nějakou roštěnkou. Ale teďka v pohodě, no.“

10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

- a) **Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě za poslední rok? Nebo nějaká situace, kterou byste označil za krizi?**

„ Jo, ale to se Vám tady chlubim pořád dokola, že jsem zamilovanej. (smích) Krize? Tak krizi jsem měl v práci, když jsem chtěl skončit, ale jak jsem po očku sledoval nabídky prací, tak mě nic nenadchlo. Do toho jsem se hádal s mamkou, protože každé z nás dvou má jinou představu o mym životě, ale tak to asi znáte, ne? Jo, a vlastně stal ze mě strýc. Ségra porodila děcko, takže mám krásnou neteř. To je tak asi všechno, kam moje paměť sahá. (smích)“

- b) **Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich životních problémů a záležitostí?**

„Určitě, i když se hádám s matkou, tak je to právě ona, která mi vždycky pomůže najít nějaký řešení. A potom můj nejlepší kamarád už od dětství. Ten je o dost rozumnější než já, takže ten teda je moje taková opora a rádce, co se týká holek a tak. “

- c) **Prožíváte nějaké dlouhodobé napětí? Co Vám pomáhá ke snížení? Užíváte nějaké léky, drogy nebo alkohol?**

„No, ta práce, ale to už jsem taky zmiňoval. Vypustim páru po každý v pátek v hospodě. (smích) Taky mě štve vztah mých rodičů po jejich rozvodu, i když jsem dospělej, tak odsuzuju chování mého táty, takže jsem s nim přerušil asi dva roky veškerý kontakty. Pokud mám stres, tak prostě se jdu vypnout do hospody. (smích) Léky jako krom těm mastí neužívám vůbec žádný. Drogy? Tak jako každé mladej jsem si trochu zaexperimentoval, ale dlouhodobě jsem hulil tu trávu, ale seknul jsem s ní, jakmile jsem kvůli ní ztratil papíry na kamión, to jsem byl na sebe asi nejvíc v životě naštvanej! Herák a opiáty jsem teda v životě nezkusil a ani mě to nelákalo. Jen teda LSD, extošku, pak nějakou syntetiku na nějakých akcích to jo, a piko vlastně. Ale nikdy jsem si nic nepíchnul, jak říkám jen experiment, sestřičko.“

- d) Když máte problémy v životě, jak je zvládáte? Jaká volíte řešení k jejich zvládnutí? Mají efektivitu zvolené způsoby v řešení problému?**

„Většinou asi dobře, nebo jako nikdy jsem neměl chuť si to jít hodit. (smích) Jak jsem uvedl už v předešlé otázce, volil jsem to jít se uvolnit někam do baru nebo hospody, druhý den jsem měl v palci jak na metalovém koncertě, takže člověk na chvíli vypnul. (smích) Takže si myslím, že efekt to má. (smích)“

11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

- a) Jaké důležité plány máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit z Vašeho života?**

„Tak zabydlet se s mojí mladou, najít si dobrou práci, mít minimálně stresu, abych neměl zase nějakou ataku lupénky, i když teda prakticky mám zhoršení v zimě, ale tak aby to nikdy už nebylo horší. A už se konečně nějak usadit a začít budovat svoje vlastní zázemí jako moji sourozenci. Prostě být šťastnej člověk v týhle Zemi.“

10 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2

Muž ve věku 48 let s diagnózou s psoriasis vulgaris chronica nummularis et geographica. S lupénkou se léčí cca 10 let. Odeslán na dermatologickou kliniku FN Plzeň na základě kožní lékařky, která ho měla v péči od 33 let. V roce 2011 poprvé podstoupil první fototerapii, do té doby celkovou terapii ani světloléčbu nikdy neměl.

S pacientem jsem prováděla rozhovor během února po dobu celkem tří týdnů při návštěvách fyzikální terapie, kam docházel třikrát v týdnu. Začátek fototerapie byl 25. ledna 2016.

10.1 Anamnéza

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacient doposud zcela zdrav. Jako dítě marodil velice málo. Prodělal klasické dětské nemoci, jako jsou neštovice. Na střední škole v období puberty udává, že měl infekční mononukleózu. Před deseti lety v anamnéze stav po erysipelu pravého bérce. Během svého života nepodstoupil žádný chirurgický zákrok. Úrazy měl jako malé dítě v podobě zlomenin rukou, uvádí asi celkem 3x. Nyní má obtíže s žaludkem a zvýšenou kyselostí. Často ho pálí žába.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Oba rodiče žijí vedle v rodinném domku ve stejné ulici. Vztahy v rodině považuje vcelku za harmonické. Má sestru, se kterou má velice vřelý a kladný vztah. Sestra je starší o dva roky a má celkem dvě děti. Otec trpí lupénkou od dětství, před pěti lety prodělal infarkt myokardu. V rodinné anamnéze je tedy výskyt psoriázy. Matka trpí gastroduodenálními vředy.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Stálá medikace:

Helicid 20 1-0-0

Dále v anamnéze:

Silkis (deriváty vitamínu D), Belosalic, Goeckerman, Dithiaden

Medikace za fototerapie:

Ambiderman 1xdenně na ložiska

5% salicylová vazelína na promazávání kůže

ABÚZUS

Pacient je kuřák zhruba 20 let. Na devět měsíců přestal kouřit, ale psychicky to neunesl, byl ve stresu a začal znova kouřit. Alkohol udává, že pije příležitostně. Pivo si dá maximálně k sobotnímu či nedělnímu obědu. Přes týden se alkoholu vyhýbá. Při oslavách si dá maximálně víno. Po tvrdším alkoholu nemívá dobré stavy, a proto ho vůbec nepije. Marihuanu nikdy nevyzkoušel a jiné drogy nejuje.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Udává alergii na penicilin, prach a pyly. Před rokem měl nepříjemnou alergickou reakci na včelí bodnutí, kterou před tím nikterak nezaznamenal. Musel navštívit praktického lékaře a ten mu podal i.v. Calcium. Poté cítil úlevu.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient udává, že je šťastně ženatý 25 let. S manželkou mají již dvě dospělé děti. Společně postavili krátce po svatbě rodinný dům, který je nyní v rekonstrukci a renovaci. Dcera má 22 let, nyní žije se svým přítelem na výměnném pobytu v Portugalsku. A synovi je 25 let, ten se opět přestěhoval po rozchodu se svou přítelkyní k rodičům do rodinného domu.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vystudoval gymnázium, po maturitě se dostal na vysokou školu ekonomickou v Praze, kterou úspěšně absolvoval. Po ukončení školy se vrátil zpět do rodného města a pracoval v úřadě. Práce mu nevyhovovala, a tak se svým kamarádem začal podnikat, se společníkem se rozešli ve zlém a podnikání ukončili, protože každý měl jinou představu o směru firmy. Po čase si našel místo v oboru celní deklarant, kde se vypracoval na vyšší pozici. Dnes pracuje u celní správy ve vedoucí funkci a má pod sebou několik desítek zaměstnanců. Za celý život byl dvakrát v pracovní neschopnosti, a to jednou kvůli erysipelu a po druhé při akutní exacerbaci psoriázy.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, plná orientace v času a prostoru

Soběstačnost: plná soběstačnost dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 106 kg

Výška: 198 cm

BMI: 22

Krevní tlak: 145/80 mmHg

Pulz: 76/min

Dech: 16/min

Tělesná teplota: 36,3°C

10.2 Katamnéza

Pacientovi se první příznaky onemocnění lupénkou objevily v 33 letech. Tehdy byl doporučen praktickým lékařem k dermatologovi, kam docházel pravidelně, léčba probíhala místně. Zhruba před deseti lety v roce 2005 byl odeslán svojí dermatoložkou na kožní kliniku do FN pro akutní exacerbaci psoriázy, kdy odmítl hospitalizaci z rodinných důvodů. V roce 2011 v měsíci leden poprvé podstoupil fototerapii, do této doby probíhala celková léčba indikována spádovou dermatoložkou a světloléčbu nikdy neměl, poškozená kůže byla lokálně ošetřována deriváty vitamínu D (přípravek Silkis) a kortikosteroidy (přípravek Belosalic). V této době měl velký zájem o nové metody v léčbě psoriázy a ve fototerapii. Informace získával převážně z internetu a literatury. Objektivně byla u pacienta znatelná mapovitá ložiska na loktech, červenorůžové barvy, infiltrovaná. Ložiska nummulární se objevila na bérkách, kolenech, stehnech a hýždích – lehce zašupená s občasným svěděním. Od roku 2011 podstoupil světloléčbu celkem 4x. Největší progres onemocnění je vždy na podzim a v zimě. Během léta je kůže zhojena bez známek lupénky. Pacient jezdí každoročně na dovolenou k moři minimálně na 14 dní a sám subjektivně cítí zlepšení zdravotního stavu.

V roce 2014 byl pacient opět odeslán spádovým kožním lékařem pro exacerbaci chronické psoriázy v posledních čtyřech měsících. Objektivně byla na předloktích a bérkách geografická ložiska velikosti dlaní, růžovočervené barvy, infiltrovaná a krytá stříbřítými šupinami. Další ložiska nummulární byla objevena na hřbetech rukou a trupu. Proto byla ošetřujícím lékařem doporučena léčba Goeckermanovou metodou, která je nutná za hospitalizace. Pacient souhlasil s přijetím do nemocnice na oddělení.

V roce 2015 pacient docházel na kontroly po hospitalizaci. Subjektivně byl spokojený s léčbou. Dále docházel 2x v týdnu na fototerapii a kůži promazával

5% salicylovou vazelínou. Při zhoršení stavu a mimo dny světloterapie postižená ložiska bylo nutné ošetřovat Belosalic mastí. V případě svědění užíval Dithiaden. Po třech měsících fototerapie UVB byl pacient celkově zhojen, pouze na bérkách byla patrná ložiska.

Začátkem roku 2016 se pacient dostavil na kožní ambulanci po zhoršení stavu lupénky po chřipce. Pacientovi byla naordinována světloléčba UVB pásmem 311 nm – 3 x týdně.

10.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové

1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

a) Zhodnoťte, jaká byla a je Vaše úroveň zdravotního stavu?

„Myslím si, že jsem se vždycky o svůj zdravotní stav staral. Pravidelně navštěvuji a dodržuji preventivní prohlídky. Je teda pravda, že kouřím. Ale jinak se starám. K zubaři mi nevadí chodit a o zuby pečuji, k obvodřákovi chodím jednou za dva roky na ten odběr krve. Dřívě ještě před lupénkou jsem chodil darovat vlastně krev. To začalo už na vojně a nikdy jsem nějak obzvlášť nemarodil.“

b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení nebo infekční nemoci? Měl jste kvůli tomu absenci v zaměstnání?

„No, tenhle rok byl docela vydatnej na to marodění. Hned na začátku roku 2015 jsem měl docela ošklivou chřipku a zhoršila se mi psoriáza, takže jsem si tady hnedka dal v nemocnici něco kolem čtrnácti dnů hospitalizace. To jsem vlastně po druhý v životě byl na neschopence. Skoro před deseti lety jsem totiž měl pro změny na nohách, nebo spíše na noze na pravém bérci toho streptokoka, tak to jsem si taky pěkně užil s tou léčbou. Bylo

to komplikovaný v rámci mojí diagnózy. Tak doufám, že už jsem si všechno nejhorší vybral!“

c) Co vše děláte pro udržení svého zdraví? Využil jste někdy v rámci své diagnózy alternativní nebo léčitelských postup?

„Tak snažím se mít nějaký pravidelnější režim s manželkou. Pracujeme spolu kolem baráku, já teda pomalu renovuji rodinný domek za pomoci kamarádů a zbytku rodiny. Jinak jsme spolu s manželkou cyklisti, takže pravidelně jezdíme na kole. Otužuju se, zbytečně se nezhyčkávat teplem. Po ránu si vždy dávám studenou sprchu, každý ráno se protahuju a cvičím asi tak 15 minut. Odpoledne po práci si dám tak půl hodiny až hodinu šlofika. No, bereme s manželkou takový ty vitamínový preparáty a tak, no. Ta tedka přišla s nějakou choleou nebo čím, že to je nějaký antioxidantní prostředek na pročištění těla, tak na to zkusíme najet, abychom se na to jaro nějak pročistili. No, tak o alternativě jsem dost slyšel, četl, přemýšlel, ale nikdy jsem asi nic nepodnikl. Vlastně teda jako homeopatii možná šest let zpátky, to jsem jako bral, nevím jak dlouho, ty kuličky, a efekt nebyl žádný. Já si myslím, že tohle je hlavně o psychice člověka. Léčitelské postup? Tak tenhle typ nejsem, abych jim cpal peníze. Nevěřím těmhle lidem. Manželka mi vždy něco nadhodila, ale akorát jsme se pohádali, jsem na tohle téma dost háklivej a nehci bejt sprostěj, sestřičko. (smích)“

d) Utrpěl jste někdy úraz či nehodu?

„Úrazy jsem měl spíše jako děcko, takový to jak spadnete z kola, nebo z klepače na koberce. Víte vůbec, co to je? (smích) Takže jsem měl packy zlomený, no. Jinak v dospělosti musím zaklepat, že nic. Nehodu jsem taky zatím neměl, a raději se mnou zaklepejte na zuby, abych něco nezakřikl, ježišmarjá!“

- e) **Měl jste nějaký problém v minulosti s dodržováním léčebného postupu doporučeným lékařem a ošetřovatelského personálu?**

„Já jsem poslušnej a zvyklej poslouchat. Víte? Od manželky! (smích) Ale jako snažil jsem se vždycky o dodržování všech léčebných postupů, protože jsem se chtěl vyhnout nějakým komplikacím, kterých bych si v důsledku mohl vyvodit sám. To bych na sebe byl akorát pak tak naštvanej. Takže jak říkám, nejsem svatej, ale v tomhle jsem docela na chlapa dost důslednej, nevím jak ostatní pacienti, ale mě ta lupénka dost votravuje život, takže jsem vždycky v tomhle období dost zpruzelej. No, takže se snažim si to utrpení zbytečně neprodłużovat.“

- f) **Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění? Co jste udělal, když se objevily první příznaky nemoci?**

„Tak mě doktoři řekli, že to je jasně genetickýho původu. Má to totiž i můj táta. Ale ten to neměl nikdy v takovém rozsahu, jako to mám já a ani nemá tolika toho trápení. Myslím si já osobně, že se mi to rozjelo stresem. V té době jsme měli nějakou rodinnou krizi a problémy se zdravotním stavem syna, takže jsem byl ve stresu. Do toho jsem podnikal se svým kamarádem a nakonec jsme se rozhádali na věčnost, takže si myslím, že to bylo jedno s druhým. No, ale teďka je můj syn taky docela ve stresu a objevily se mu na loktech a ve kšticí fleky, takže jsem ho hnal ke svojí kožaře. Mně to propuklo za stavu manželství, ale nedokážu si představit, kdyby mu to propuklo nějak akutně teďka, on je totiž takovej modýlek, že o sebe dost dbá. Tak z toho mám tak trochu zase stres já. Jinak když se objevily první projevy, tak jsem si myslel, že to je třeba alergie, nicméně jsem šel pak k obvodnímu lékaři, tak ten mě ihned odeslal ke kožaře. A u ní jsem do dneška.“

2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

- a) **Můžete mi popsat Váš obvyklý denní příjem stravy? Jíte pravidelně?**

„No, tak teda ted'ka jste mě zaskočila. Dřív jsem měl nepravidelnej dost režim v tom stravování a jsem docela vybírávej na jídlo. To je pravda, jsem takovej ten typ člověka, že jí podle nálady a na co má zrovna chuť. Jak jsem dělal na celnici ještě, tak jsem sloužil dvanáctky a to bylo více kafi a cigaret než jídla. Ale ted'ka moje manželka držela dietu podle Mačingový nebo jak se ta dáma jmenuje, a docela to mělo efekt a já jsem se jako chlap přemohl a držel to s ní, aby nemusela vyvařovat. A zjistil jsem, že to není tak špatný a nic mi potom nebylo, ba naopak. Člověk se cítil více energický a netrpěl takovou tou únavou. Docela dost jsme zhubli. Já asi dvacet kilo a manželka kolem patnácti a stále se nám to drží na stejné úrovni. Takže ted'ka jim pravidelně, snídám, svačím, obědvám, svačím a večerím. Nejíme pečivo, nebo jako občas si ho dáme, ale není to, že bychom ranko lítali pro pečivo jako kdysi. Člověk se vážně cejtí líp, není nafouklej a podobně, to a musím přiznat.“

b) Dodržujete pitný režim? Kolik je celkový denní příjem tekutin?

„Snažím se, nejsem extra nějakej člověk, kterej by pil. Ale ráno a odpoledne si dám kávu. Dopoledne piju černý nebo zelený čaj. V létě dokonce taky piju čaje paradoxně a ještě nějakou tu minerálku. Nemusím teda moc sladký vody. Takže kupujeme Magnesii. Moc nemusím neperlivý vody, ale dobrej kompromis je jemně perlivá voda. O víkendu si dám třeba i to pivko, ale přes týden na to nemám chuť. Za prvé dojíždím za prací k hranicím, takže jsem docela na cestách a za druhé nejsem ten typ chlapa, co mi musel mít stále vraženej čumák v pivní pění. A od děcek jsme dostali takovej ten Sodastream, ale to mi jako moc nechutná. Cejtím tam pachůť kohoutkový vody, takže manželka si to občas udělá s citrónem. Ale jak říkám, mně to moc nejede. Jo, a vlastně ptala jste se kolik je takovej ten můj celkovej příjem tekutin za dvacetčtyři hodin? Hmmmm, myslim si, že ten litr a půl dám.“

c) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?

„Jo, tak chuť by byly, jak říkám. Jeden čas jsem byl fakt vybíraje a podle nálady jsem jedl. Manželka si se mnou užila. (smích) Ale změna tady je, myslím si, že k lepšímu, sestřičko. Jak říkám, zjistil jsem, že mě mrkev ani celer neotráví. (smích) “

d) Máte nějaké dietní omezení?

„Přímo ne, ale vzhledem k tomu, že trpím na pálení žáhy a překyselení žaludku, tak jsem se snažil omezit pálivá a kořeněná jídla. Vadí mi třeba strašně kynutý buchty a právě slazený limonády. Takže leda takhle se omezují. Beru Helicid. “

e) Jak byste popsal Váš stav kůže, poranění, kožních defektů atd.?

„Tak teďka je to docela katastrofa, proto taky chodím, že jo? Ale co Vám budu povídat, prostě není mi dvacet, takže ta kůže už má dost za sebou. Místy mám tu kůži takovou slabší a suchou, takže se snažím promazávat. Po sprchování je to moje obvyklá činnost. Když se například při práci na zahradě poraním, tak se to dost dlouho a blbě hojí, anebo se mi udělá hnedka nový ložisko lupénky. Dost často se to zachycuje. No, podívejte, takhle jsem teďka poškrábanej od našeho jorkšírka, a takhle je to rudý a takový nějaký divný no. Ale nebolí to. To ne fakt ne!“

3 VYLUČOVÁNÍ

a) Máte pravidelnou stolicí?

„Byly s tímhle problémy. Ale co jsem upravil jídelníček, tak si nemůžu stěžovat.“

b) Máte obtíže s vylučováním stolice či moče?

„Nemyslím si. S močením jsem taky v pohodě. Zatím nemám prostatu. To jsem celý šťastnej.“

4 AKTIVITA A CVIČENÍ

a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„Ale tak jo. Zase snad tak starej nejsem. Zvládám toho pořád stále dost. Takže jsem v tomhle směru docela spokojenej. Horší už je to s našema rodičema.“

b) Cvičíte? Jaká je pravidelnost a způsob Vašeho cvičení?

„Jak už jsem Vám, sestřičko říkal, tak s manželkou máme rádi cyklistiku. Takže jaro, léto a začátek podzimu se věnujeme cyklistice. Máme docela dobrý známý, se kterým podnikáme víkendové výlety po Čechách, z čeho už jsme udělali takovou tradici. Takže si tohle užíváme. Máme pejska, takže každý den chodíme na procházky. Kolem baráku a zahrady je taky těch aktivit dost. A každý ráno cvičím na záda a protahuju se. Protože jak sedím osm hodin v práci, a pak v autě, tak to jde na zádech docela znát.“

c) Jak trávíte svůj volný čas?

„Podle počasí. Rád si jen tak při kafi luštím křížovky, sudoku nebo osmisměrky. Chodil jsem hrát šachy, ale pro nízkou účast jsme museli tento kroužek rozpustit. Většina chlapů, co tam chodilo už tady mezi námi nejsou, a ty mladý u ničeho nevydrží. Na pivo teda nechodim, protože mě tohle nebaví.“

5 SPÁNEK A ODPOČINEK

a) Jakou formu odpočinku preferujete? Jaký máte pocit celkového odpočinku?

„Tak máme takovej rituálek s manželkou, že si odpoledne dáme vždycky šlofika na půl hod'ky. Pak si uvaříme kávu a pokračujeme v činnostech. Ale já jsem zastánce relaxování takhle během toho dne. Takže si odpočinu, a pak mám zase elán. Celkovej odpočinek? No, tak spim rád, ale zase to nepřeháním.“

b) Máte obtíže s usínáním? Co Vám pomáhá při problémech s usínáním? Budíte se v noci?

„Přiznám se, že když mám nějaký problémy v práci nebo v osobním životě, tak mi to v hlavě šrotuje a mám problémy s usínáním. Takže někdy se uchýlím k tomu, že vezmu manželce nějakou ten prášek na spaní, co má a lupnu si ho já. Ale to není s pravidelností, abyste si, sestřičko, nemyslela. No, když už usnu přes to šrotování, tak si myslím, že pak spím až do rána a nebudím se. To by musel být jo velkej průser.“

c) Jak dlouho trvá celková doba spánku? Je pravidelný?

„Spím asi tak šest a půl až sedm hodin denně. Teďka je spánek pravidelný. Ale když jsem dělal na směnej provoz, tak to byl problém a člověk měl přehozený denní rytmy. To bylo strašný. Naštěstí se mě to celkem rychle upravilo. A jak říkám, tak je pravidelný a takhle mi to vyhovuje. O víkendu si samozřejmě s manželkou rádi přispíme. To vstáváme tak kolem tý devátý.“

6 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

a) Vidíte dobře? Pozorujete zhoršení Vašeho zraku za poslední rok? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?

„No, už nosim brýle na čtení. Nemyslím si, že by se mi nějak zhoršil zrak za poslední rok, to ne. K očařovi chodim pokud se mi teda jako ten zrak zhorší. Fakt bych teďka lhal, kdybych si měl vzpomenout, kdy jsem tam byl naposledy.“

b) Rozhodujete se snadno nebo obtížně? Máte často pocit nejistoty?

„No, co je tohle za otázku? (smích) To přece záleží na tom, o čem se musí člověk rozhodovat. Ale popravdě jsem člověk, kterej je nerozhodnej, a i když se pro něco

rozhodnu, tak ještě pak zvažuju, zda jsem se rozhodl dobře nebo udělal dobře. Ale v práci musím být suverénní, a tam se musím rozhodovat velice přesně a správně. A zase zaklepeme, sestřičko! To se nesmí zakřiknout. Takže asi tak.....“

c) Byl jste poučen o Vašem zdravotním stavu? Máte dostatek informací ze strany ošetrovatelského personálu? Schází Vám některé informace?

„Ale tak jo. Já jsem spokojenej. Vždy se připravím a nebojím se zeptat nebo projevit skepsi. Takže si myslím, že vždycky odcházím s informacemi, který jsem potřeboval zjistit. Sestřičky jsou vždycky super. Na začátku onemocnění jsem teda ještě vyhledával onemocnění v literatuře, manželka taky. Shromažďovali jsme všechny ty věci o tom, ale teďka už je to v pořádku. Já jsem s léčbou spokojený. Fototerapie mi zabírá. Člověk je pak hezky opálenej. Lidi si myslí, že se v zimě jezdíte ohřát někam do teplých krajin. (smích)“

d) Bolí Vás něco? Máte jiné nepříjemné pocity (např. svědění)? Jak je zvládáte?

„No, jak jsem se již zmiňoval. Bolí mi záda teďka. Ale tak to cvičím. Jinak vše je v pořádku. Občas teda mi bolí hlava, ale to je z práce. A svědění? To objevuje hlavně v tý akutní fázi, ale teďka při sluníčkování je to vše v pořádku. Ani potom nemám tyhle pocity. A když by náhodou, tak mám doma ten Dithiaden. Ten si vezmu, a je to lepší, akorát člověk je pak celej koženej, takže prospí den. Jo, málem bych zapomněl, že používám aloe vera. Na ty postižený místa. Takže to cítím úlevu.“

7 SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

a) Jak se cítíte a jak se Vám daří? Jak byste popsal sám sebe?

„Tak dneska mám docela i dobrou náladu, takže dnes se mi daří dobře. Krom teďka rozchodu toho našeho kluka mě asi nic netrápí. V práci to je jde. No, jo, no, je to práce,

ta práce. (smích) Jak bych popsal sám sebe? Tak já jsem docela introvert, to je pravda. Už od školy. V práci si lidi moc k tělu nepouštím. Ale v poslední době jsem se naučil říkat a prosazovat svůj názor. Ale jsem taky cholerik. Takže jsem výbušnej, v tom jsem celej po tátovi. Někdy to neumím ovládnout a vybuchnu jak papiňák.“

- b) Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to má pro Vás důsledky?**

„Ne, to si myslím, že úplně ne.“

- c) Jak prožíváte současnou zdravotní situaci, eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe samotného nebo Vašeho těla?**

„Tak už jsem si na to asi nějak tak zvyknul. Ale byl jsem dost naštvanej. V tý progresy toho onemocnění to je občas fakt hrozný pohled, ale moje manželka je skvělá. Nemít jí, tak bych si asi kvůli už jenom kvůli tomuhle jinou nehledal.“

- d) Existuje něco, co Vás ve Vašem onemocnění zneklidňuje? Máte strach, úzkost, špatnou náladu nebo depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám přinese úlevu? Používáte nějaké relaxační techniky?**

„No, ty hospitalizace, že se to někdy tak zhorší, že se bojím, abych si nemusel jít lehnout na kožní. To mě straší. Špatný nálady mám často, jsem dost náladovej člověk. Jakmile se špatně vyspím, tak jsem protiva celej den. Deprese? To jsem snad nikdy neměl. Někdy když jsem vypruželej z práce, tak se vyklidním v autě po cestě domů. Člověk musí být při řízení klidný, to mi pomáhá. Nepoužívám žádnou relaxaci.“

8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

- a) Bydlíte samostatně nebo s rodinou?**

„Už jsme bydleli s manželkou sami. Tak jsme si pořídili mazlíčka, jorkšírského teriéra. Teďka tam máme zpět syna, ale ten je zalezlej buďto u sebe, anebo někde pořád courá.“

b) Jak rodina prožívá Vaše onemocnění?

„Tak děcka jako nevím. Ty to prostě berou, že to tak je. A manželka je prostě skvělá. Snažila se o tom mít hodně načteno, až mě s tím občas vytáčela a dávala na rady svých kolegyň, který se s tím taky setkaly někde ve svém okolí. Ale pomáhá mi. Má starost a bere to tak, jak to už je stejně jako ty naše děti, no.“

c) Jste spokojen ve svém zaměstnání? Máte dostatečný příjem pro uspokojování svých potřeb?

„Práci mám, takže bych měl být spokojenej. Ale je to starost mít pod sebou tolika lidí. Práce mi vydělá na to, abych ženu zabezpečil.“

d) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit izolace?

„Jsem introvertní, takže nepotřebuju mít kolem sebe milion lidí. Žádný pocit izolace nepociťuju. S těma známýma máme dobrý vztah a to mi stačí, víc asi nepotřebuju.“

9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

a) Kolik máte dětí?

„Mám dvě, holku a syna. Dělej nám radost. (smích)“

b) Máte díky svému onemocnění problém se sexuálním vztahem?

„Tahle otázka je na mě moc intimní, nezlobte se. Ale odpovídat nebudu. Na tohle moc nejsem rozhovory o těchto věcech. Vážně se nezlobte!“

10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

a) Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě za poslední rok? Nebo nějaká situace, kterou byste označil za krizi?

„Za poslední rok určitě žádná razantní změna neproběhla, sestřičko. Krize byla, ale jak jsem se zmiňoval, byla už o dost let zpátky a je to snad za námi.“

b) Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich životních problémů a záležitostí?

„Jednoznačně manželka. To je prostě moje druhá a drahá polovička. (smích)“

c) Prožíváte nějaké dlouhodobé napětí? Co Vám pomáhá ke snížení? Užíváte nějaké léky, drogy nebo alkohol?

„V práci je to stres, takže co si budem povídat. Každá práce má svoje. Ale pomůže mi to, že tam jsem osm hodin denně a mám víkendy volný, to mi asi nejvíc pomáhá. Kouřím. Přestal jsem asi na devět měsíců, ale úplně mě to psychicky položilo snad. Nebo jako to ne, ale byl problém, někdo sáhne po flašce a já zase po cigaretách. Takže jsem začal kouřit. Ale stáhl jsem to dost. Vykouřím tak tu dvacítku a miň za den. Dříve to bylo i kolem čtyřiceti a vejš. Alkohol jen příležitostně. Drogy? To úplně odsuzuju a neuznávám to!“

d) Když máte problémy v životě, jak je zvládáte? Jaká volíte řešení k jejich zvládnutí? Mají efektivitu zvolené způsoby v řešení problému?

„Jak kdy. Někdy to dusím v sobě. A někdy vybuchnu a přiznávám, že si to někdy vybijím i na druhých lidech. Za to se stydim, no. Ale snažím se problémy řešit ihned a narovinu, ale někdy je to těžké, víte, sestřičko?! Takže asi tak!“

11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

a) Jaké důležité plány máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit z Vašeho života?

„Těším se na vnoučata, snad taky nějaký budou, i když nechci předbíhat. Ať si děcka nejprve udělají kariéru. No, a co se týká mě, tak bych byl rád, kdyby se mě lupénka úplně vzdala a neotravovala mi život. Ale to je asi nereálný.“

11 KAZIUSTIKA PACIENTA Č. 3

Muž ve věku 56 let přišel poprvé v roce 2005 do dermatologické ambulance pro zpozorování erytémových ložisek na trupu a horních končetinách. Na kožní oddělení se dostavil sám, bez doporučení od nějakého lékaře. Tyto změny na kůži pacient udává, že pozoruje asi tak tři roky zpět. Pacientovi bylo na základě vyšetření diagnostikováno kožní choroba mycosis fungoides. Fototerapii podstupuje pravidelně již 11 let vždy při zhoršení onemocnění na podzim.

S pacientem jsem se setkala posledních 14 dní před koncem fototerapie, kterou absolvoval 2x týdně od prosince roku 2015.

11.1 Anamnéza

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Prodělal běžná dětská onemocnění. Udává, že skoro vůbec nestonal. Nepamatuje si, že by prodělal během svého života nějaké infekční onemocnění. V životě nepodstoupil žádnou operaci nebo jiný chirurgický zákrok v celkové anestezii. Vážné úrazy a nehodu

nikdy neměl. Nyní se léčí pro zánět Achillovy šlachy. Před třemi roky mu byl diagnostikován diabetes mellitus I. typu.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Rodiče doposud zdraví, nikterak vážně nestonají, jsou v plné kondici a užívají si starobního důchodu. S pacientem mají velice dobré vztahy. Jeho sestra umřela ve 44 letech na rakovinu prsu, předtím v rodinné anamnéze vždy dlouhověkost a pacient neudává žádné úmrtí na rakovinu u ostatních členů rodiny.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Poslední medikace:

Lokálně Diprosone cream 2x denně, koupele s přípravky z dehtu.

Dále v anamnéze:

Actrapid s.c. 12 j 1-0-1 (sledování dle glykémie)

Anopyrin 0-1-0

Helicid 20 0-0-1

Medikace během fototerapie:

Bere stálou medikaci.

Na kůži lokálně Ambiderman na postižená místa.

ABÚZUS

Nekouří už cca 20 let. Začal kouřit na střední škole a na vojně. Poté se rozhodl přestat a neměl s tím žádný problém. Alkohol pije pouze příležitostně. Pivo si dá k obědu pouze o víkendu. Užívání psychoaktivních a omamných látek neguje.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Žádné alergie neuvádí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient je od 22 let ženatý. S manželkou mají jedno dítě, syna. Měli problémy s otěhotněním. Bydlí se svou ženou sám v bytě v panelovém domě. Nyní si v blízké vesnici pořídili parcelu, na které začali stavět malý rodinný dům. Mimo jiné mají zahrádku v pronájmu.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vyučen na střední průmyslové škole jako elektrikář zabývající se silnoproudem. Cca 15 let pracoval pod jednou firmou. Nyní pracuje na směny jako vrátný v recepci. Mezitím zkoušel podnikat se svou ženou, ale raději toho nechali. Také se živil jako řidič z povolání, ale problém byl, že musel pracovat na směny v noci a to mu nevyhovovalo.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plně orientovaný časem a prostorem

Soběstačnost: plná soběstačnost dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 84 kg

Výška: 191 cm

BMI: 21

Krevní tlak: 150/ 85 mmHg

Pulz: 72/min

Dech: 16/min

Tělesná teplota: 36/8°C

11.2 Katamnéza

Pacient změny pozoroval cca od roku 2002. K vyšetření se dostavil v lednu 2005 pro erytémová ložiska na dermatovenerologickou ambulanci bez jakéhokoliv doporučení. V létě vždy pozoruje zlepšení, naopak na podzim zhoršení s mírným svěděním. Objektivně jsou znatelná erytémová ložiska nepravidelného tvaru, s minimální infiltrací na trupu. Na horních končetinách tyto změny znatelně menší bez infiltrace. Jako diferenciální

diagnostika byla uvedena mycosis fungoides I. stupně. Pro diagnostikování onemocnění bylo provedeno mykologické vyšetření z projevu na paži a trupu. Jako léčba byla indikována fototerapie UVB 2x týdně, lokálně Diprosone cream s užitím 2x denně a dehtové koupele mimo dny fototerapie. V březnu roku 2005 byl pacient zhojen, ložiska mycosis fungoides nejsou patrná. Pacientovi bylo doporučeno slunění během léta cca 15 minut denně.

V prosinci 2007 se mycosis fungoides opět objevilo na trupu a pažích. Pacient pozoroval zhoršení stavu kůže od podzimu. Objektivně byla ložiska červené barvy, mnohočetná s mírnou infiltrací. Indikována ošetřujícím lékařem fototerapie pásmem záření 311 nm UVB 2x týdně. Po léčbě znatelný dobrý efekt. Od tohoto roku každý rok po sobě se pacient dostavuje v tuto dobu na léčbu světlem. Terapie vždy trvá cca 3 měsíce.

11.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové

1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

a) Zhodnoťte, jaká byla a je Vaše úroveň zdravotního stavu?

„Myslím si, že jsem byl vždycky poměrně zdravý. Ani jako dítě jsem vůbec nemarodil. Až jsem někdy záviděl svým spolužákům, že mohou být doma a já stále musím chodit do školy. (smích) Krom tohodle onemocnění co teda jako na tý kůži mám, tak a ještě ten zánět tý šlachy na patě, tak si myslím, že jsem zdravý človíček, sestřičko. O sebe s manželkou dbáme. Já dodržuji pravidelné kontroly u doktora, teďka vlastně i s tou cukrovkou, no. Takže chodím na diabetologii. Mám za sebou i ten test na to tlustý střevo. A bojím se, když mi umřela sestra, aby se ta rakovina někde neprojevila. Takže si zdravotní stav hlídám.“

b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení nebo infekční nemoci? Měl jste kvůli tomu absenci v zaměstnání?

„Ale tak asi jo. Rýmu jsem měl. Možná i nějakou slabší chřipku, ale nijak to neprožívám. Poslední rok chodím do práce bez pracovní neschopnosti.“

c) Co vše děláte pro udržení svého zdraví? Využil jste někdy v rámci své diagnózy alternativní nebo léčitelských postup?

„Tak pravidelně se věnuju hře hokeje a fotbalu. Jezdím na kole se svým nejlepším kamarádem. Ale tak rekreačně. Teďka teda přes zimu mám zánět Achilovky šlachy, tak uvidíme na jaře, v jaké budu formě. Každý pátek chodíme s chlapama do tělocvičny hrát fotbálek. Máme takovou partu, takže teďka vynechávám. Jinak užíváme s manželkou echinaceu a v období chřipek pijeme zázvorový čaj. Nikdy jsem se nezajímal o žádnou alternativu a upřímně? Já těmhle postupům zkrátka nedůvěřuji.“

d) Utrpěl jste někdy úraz či nehodu?

„Ne, ne. Nikdy nic takového. Byla jsem klidné dítě, sestřičko. (smích)“

e) Měl jste nějaký problém v minulosti s dodržováním léčebného postupu doporučeným lékařem a ošetrovatelského personálu?

„Takový nejsem. Snažím se dělat vše pro zdraví, takže se vždy řídím rady a doporučením lékaře. Doktor a manželka mají vždycky pravdu! (smích)“

f) Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění? Co jste udělal, když se objevily první příznaky nemoci?

„Tak to mi nikdo nikdy nezodpověděl. Ani lékaři vlastně neví. Prostě tohle onemocnění mi vzniklo bez příčiny. Zhruba před třinácti lety se mi objevily první příznaky, jakoby červený fličky. Tak jsem to nějak neřešil. A potom hudrovala moje manželka,

tak jsem se odhodlal a šel na kožní ambulanci. Tam mi udělali stěry a řekli podezření na tuhle diagnózu. Posledních šest let mi recidivuje na podzim. Takže přes tu zimu sem docházím po dobu tří měsíců tak dvakrát týdně na sluníčko. Nijak mi to obzvlášť nevadí, protože je tu moc vstřícný personál a dá se to přizpůsobit i mojí práci. Jsem spokojený a ještě opálený. (smích)“

2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

a) Můžete mi popsat Váš obvyklý denní příjem stravy? Jíte pravidelně?

„Tak jím asi pět nebo šest jídel denně. A snažím se jíst pravidelně, protože mám cukrovku a píchám si inzulín. Ráno se nasnídám, ke svačině mám ovoce nebo zeleninu, teplý oběd s polévkou je základ. Miluju polévky všeho druhu. K odpolední svačině si dávám obvykle bílý jogurt nebo nějaký ten oříšek a tak. No, a večerím jak kdy. Podle toho, co uvaří manželka, takže jak kdy teplé nebo studené.“

b) Dodržujete pitný režim? Kolik je celkový denní příjem tekutin?

„S pitím je to u mě horší. Ke snídani vypiju hrníček čaje, odpoledne si dávám kávu. Ale moc pocit žízně během dne nemám. Takže dělám to, že si každé dvě hodiny cca nalejvám do skleničky vodu nebo sladkou minerálku. Podle chuti teda. A denně kolik vypiju? Já doufám, že takový litr určitě ano. Na to, že, jsem diabetik, moc nepiju.“

c) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?

„Ale tak normálně asi. Nemyslím si, že bych někdy trpěl nechutí k jídlu. Jsem jedlík a s ním prakticky vše.“

d) Máte nějaké dietní omezení?

„Tuším, že jako diabetik mám dietu číslo devět, že? (smích) No, řeknu Vám pravdu. Jím pravidelně, snažím se nejíst tučné, moc slané, sladké. Ale jako obyčejný člověk občas zhřeším. Pravidelně si hlídám cukr, ale neměl jsem zatím žádnou komplikaci, naštěstí. Nějakej ten zákusek si manželkou ke kafičku dám a i bez výčitek. (smích)“

e) Jak byste popsal Váš stav kůže, poranění, kožních defektů atd.?

„Tak kůže je taková suchá. Když se poraním tak se to hůře hojí, ale to mi praktik řekl, že patří k cukrovce. Ty místa s kožní chorobou občas svědí na podzim, ale to se dá přežít. Bojím se, abych neměl jako můj otec na starý kolena takovou tu papírovou kůži. Víte, co myslím?“

3 VYLUČOVÁNÍ

a) Máte pravidelnou stolicí?

„Tak s tímhle jsem nikdy problémy neměl a doufám, že ani mít nebudu. Stolice je pravidelná dvakrát denně. Každé ráno a večer pomalu ve stejnou dobu.“

b) Máte obtíže s vylučováním stolice či moče?

„No, teďka se mi objevily potíže s močením, při praktické kontrole nebo teda vlastně preventivní kontrole u obvodního lékaře mi bylo řečeno, že mám zvětšenou prostatu. A chodím už častěji a po troškách. To je pravda.“

4 AKTIVITA A CVIČENÍ

a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„Ano, myslím si, že se ženou žijeme aktivně. Žena i já si tolerujeme naše koníčky navzájem, takže máme na jejich plnění dostatek síly. Docela jsme se vrhli na stavění domečku, z čeho

máme oba dva radost a na starý kolena si konečně plníme sen a dáváme do toho veškerou energii. A vrací se nám to v pozitivním světle.“

b) Cvičíte? Jaká je pravidelnost a způsob Vašeho cvičení?

„Tak jak jsem již říkal, poměrně pravidelně. Každý pátek se scházíme s chlapama na fotbal. Buďto venku nebo v hale či tělocvičně. Dále jsem donedávna hrával ještě jedenkrát v týdnu hokej, ale nějak se nám to tam začalo omlazovat a hra nabyla na vážnosti, tak my starší se už o sebe bojíme. (smích) Takže přemýšlím, že skončím. Pak taky s kamarádem už X let, sestřičko, jezdíme rekreačně na kole. Někdy se přidají i naše ženy. A to mě baví.“

c) Jak trávíte svůj volný čas?

„Veškerý svůj volný čas teďka věnujeme při stavbě domečku v blízké vesničce. Už je teda hrubá stavba hotová, ale dělá se to v rámci financí. Něco si děláme sami s pomocí známých, které mají zkušenosti a na něco si najímáme firmu. Dříve jsme trávili a věnovali volný čas našemu pejskovi, ale ten nám bohužel na podzim skončil, takže teďka je to takové smutné. Jinak tchýně měla mozkovou příhodu, takže se s manželkou o ní staráme a máme jí momentálně v bytě v naší péči, ale už se to lepší. Takže manželce pomáhám.“

5 SPÁNEK A ODPOČINEK

a) Jakou formu odpočinku preferujete? Jaký máte pocit celkového odpočinku?

„Jednoznačně spánek, sestřičko. (smích) Jaký mám pocit? Tak já se cítím relativně odpočatý po spánku. Celkově si s manželkou dokážeme hezky odpočinout.“

b) Máte obtíže s usínáním? Co Vám pomáhá při problémech s usínáním? Budíte se v noci?

„S usínáním ne. Ani jsem opravdu nikdy takové problémy neměl. Myslím si, že to je díky aktivitě, kterou mám přes týden nebo celkově přes den. V noci se přiznám, že se budím kvůli malý potřebě. Je to asi poslední rok či dva, co musím v noci močit. Někdy i víckrát za noc. Ale to je asi vše, co mě budí. No, a v paneláku hold sousedi, znáte to. Proto se také těším na klid ve vlastním.“

c) Jak dlouho trvá celková doba spánku? Je pravidelný?

„Tak já spím asi tak těch sedm až osm hodin denně. Někdy možná méně. Když mám odpolední směnu, tak spím asi kolem šesti hodin. Když mám ranní, tak chodím spát dřív. Nebo spíš usínám už u televizního pořadu. (smích) Ale spánek je rozhodně pravidelný. To ano. A stačí mi to, co naspím. Ráno nemám problémy vstát.“

6 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

a) Vidíte dobře? Pozorujete zhoršení Vašeho zraku za poslední rok? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?

„Tak zrak se mi dost zhoršil. Dříve jsem nosil brýle pouze na čtení, teďka musím nosit brýle i na dálku, při řízení a podobně. Za poslední rok? To asi ne. Myslím si, že se zrak zhoršil za posledních pět let takhle. Zrovna před Vánoci jsem byl u paní očkařky, a říkala, že tyhle dioptrie zatím necháme. Myslím si, že to je spojené s tou cukrovkou.“

b) Rozhodujete se snadno nebo obtížně? Máte často pocit nejistoty?

„Já jsem spíše váhavý typ člověka. Na rozhodování mám spíše manželku, ta umí rozhodnout ze všech nejlíp. A díky ní žádný pocit nejistoty nemám. Někdy se rozhodujeme společně a volíme kompromis. Znáte to? Vy chcete psa, manželka chce kočku, proto jsme se rozhodli pro kompromis a máme kočku! (smích) Omlouvám se, byl to vtípek, ale tenhle mě baví! (smích)“

- c) **Byl jste poučen o Vašem zdravotním stavu? Máte dostatek informací ze strany ošetrovatelského personálu? Schází Vám některé informace?**

„To rozhodně ano. Jsem spokojený s přístupem lékařů zde. Vlastně i ostatního personálu. Vždycky vše tak hezky vysvětlí, uklidní člověka. Myslím si, že jediné co mě trápí, je to, že nikdo neví, z čeho to mám. Ale o týchle chorobě toho není ani moc na internetu a v odborné literatuře tomu moc nerozumím. Takže asi tak, no.“

- d) **Bolí Vás něco? Máte jiné nepříjemné pocity (např. svědění)? Jak je zvládáte?**

„Ano, ta noha mě bolí. Ale už se to moc lepší. Jiný nepříjemný pocit asi nemám, sestřičko. Teďka mě to moc ani nesvědí. Takže jsem spokojený. A když svědí, tak se to dá rozhodně snést. Není to nic uporného, co by mě nutilo vyskočit z okna.“

7 SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

- a) **Jak se cítíte a jak se Vám daří? Jak byste popsal sám sebe?**

„Dneska rozhodně výborně. Venku krásně svítí slunko a celkově jsem vstal asi dobrou nohou. Já jsem vcelku veselý člověk. Taky mám občas špatnou náladu. Ale tu si protrpím spíše sám, takže se straním nebo se moc nezapouji. Jinak jsem asi optimista. Jsem rozhodně nerozhodný typ člověka. Také jsem společenský a myslím si, že i vcelku přátelský typ. A moje negativní stránka je důvěřivost, protože důvěřuji tak, že jsem se mockrát spáli, víte?“

- b) **Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to má pro Vás důsledky?**

„Ne, to rozhodně, ne! Dělán vše, jak jsem vždy dělál. Pokud tedy myslíte v rámci tohodle kožního onemocnění, tak je vše při starém. Až tedy na to, že musím docházet za sluníčkem na kliniku. Jinak to neberu jako nic hrozného.“

c) Jak prožíváte současnou zdravotní situaci, eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe samotného nebo Vašeho těla?

„Sestřičko, to teda neprožívám. Jako manželka jednou přišla s tím, že slyšela vše špatné o tomhle onemocnění, ale já to tak neberu. Vážně, to ne. Vidám se tady s lidmi, kteří mají tu, lupénku, to je síla. To bych nechtěl teda mít, protože to musí utrpení. Je mi jich líto.“

d) Existuje něco, co Vás ve Vašem onemocnění zneklidňuje? Máte strach, úzkost, špatnou náladu nebo depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám přinese úlevu? Používáte nějaké relaxační techniky?

„Upřímně? Ani ne. Co se má stát se stane, tak to беру. A nikdo mě v tomhle asi nikdy nezlomí nebo nezmění. Kvůli mycosis fungoides? Ne, to nemám žádný deprese. (smích) To mám stresy spíše z něčeho jinýho, ale z tohodle ne. A pokud mám špatnou náladu, tak jdu buď dřív spát a vyspím se z toho nebo se jedu projet na kole. A když jsem měl pejska? Tak jsem chodil s ním na procházky a bylo hnedka lépe.“

8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

a) Bydlíte samostatně nebo s rodinou?

„Bydlím s manželkou v paneláku. Myslíme si, že do podzimu bychom už mohli bydlet v domečku. Samozřejmě tenhle byt si necháme jako zadní vrátka. Kdyby například měl syn problémy ve vztahu s partnerkou, anebo kdyby já nevim, pro vnoučata, aby po nás něco měly. A teďka jak jsem se již zmiňoval, tak máme u sebe tchýni, která je po mrtvičce.“

Tak doufám, že to bude v pořádku. Ona už tady na tom světě zůstala sama, takže samozřejmě se o ní budeme starat.“

b) Jak rodina prožívá Vaše onemocnění?

„Manželka jednou za čas přijde s novým scénářem, jak může pokračovat tohle onemocnění, ale já o tomhle prostě nerad slyším. A nechci se s ní bavit na tohle téma. Pak mi je líto, že je z toho vystrašená. Ale snažím se jí povzbuzovat a uklidnit.“

c) Jste spokojen ve svém zaměstnání? Máte dostatečný příjem pro uspokojování svých potřeb?

„Ano, celkem ano. Mám ještě s kamarádem občasné brigády a manželka dělá taky nějaké domácí práce pro přivýdělek. Ale děláme to rádi, abychom se nenudili. Jinak si myslím, že se máme dobře. Nikdy jsme si nežili na vysoké noze. A šetřili jsme si. Zase jako nejsme nějakí chudáci, abyste si nemyslela!? (smích)

d) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit izolace?

„Uprímně ono o tomhle ani moc mých známých a přátel neví. Ale nepociťuju žádný pocit izolace, jsme s manželkou velice společenský. Takže asi tak!“

9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

a) Kolik máte dětí?

„Tak my máme syna. Měli jsme ho poměrně dlouho. Manželka dlouhou dobu nemohla přijít do jiného stavu. Takže našemu synovi je dvacet pět let. Měli jsme ho s manželkou rok po třicítce, jsme totiž stejný ročník se ženou. Ale snažili jsme se o miminko ihned po svatbě. Naším snem bylo mít alespoň tři děti. Pohlaví nám bylo jedno, hlavně, aby bylo zdravé.“

Syn nám odešel na školu do Prahy, tam se zamiloval, teďka tam žije, dostudovává, pracuje a chce se nám holomek už oženit. (smích) Takže uvidíme, zda budeme chystat veselku.“

10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

a) Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě za poslední rok? Nebo nějaká situace, kterou byste označil za krizi?

„Ano, ta maminka mé ženy. To bylo takové nepříjemné. Zpočátku to s ní nevypadalo vůbec dobře. Krize? U nás nikdy nic takového neproběhlo, máme s manželkou upřímný a důvěřivý vztah, takže jednáme ve všem narovinu a to si myslím, že je to pozlátka všeho.“

b) Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich životních problémů a záležitostí?

„No, jasně, že manželka!“

c) Prožíváte nějaké dlouhodobé napětí? Co Vám pomáhá ke snížení? Užíváte nějaké léky, drogy nebo alkohol?

„Nemyslím si. Jako už se těším na dostavbu domku, to je celé. Pokud mám stres, tak jsem se již zmiňoval, co mi pomáhá. Žádné léky nic takového. Já neuznávám lidi, co si sahají na život nebo po nějakých látkách či drogách. Pro mě to jsou zbabělci. Ale dneska je to jako mor mezi těma mladýma. Nechci taky odsuzovat, ale to je to hektickou dobou. Škoda mluvit.“

d) Když máte problémy v životě, jak je zvládáte? Jaká volíte řešení k jejich zvládnutí? Mají efektivitu zvolené způsoby v řešení problému?

„Flegmatik teda nejsem, ale neutíkám před problémama. Problém je od toho, aby se řešil, a to je moje životní motto. Nikdy jsem neřešil něco s úplně horkou hlavou, to podle

mě nikam nevede. Ale prostě razantněji by se to řešit mělo. Takže volím přímou cestu a to řešení ihned. “

11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

a) Jaké důležité plány máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit z Vašeho života?

„Chtěl bych, sestřičko, ale nechci být sprostěj. (smích) Můžu to říct? Chtěl bych, aby u mě v životě nebylo tolika volů v okolí. (smích) Ale to semka asi nepatří. Tak především chci, aby byli moji rodiče co nejdéle takhle vitální. Stejně jako já se ženou. A aby byl můj syn zdravý.“

12 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 4

Muž ve věku 71 let je léčen od roku 1985 pro seboroickou dermatitidu. V roce 2000 byla pacientovi stanovena diagnóza mycosis fungoides. Odeslán byl na dermatologickou kliniku svým spádovým dermatologem, kde se původně léčil pro výše uvedenou chorobu kůže, kterou má určenou v předešlých lékařských zprávách.

Pacient je pravidelně každý rok léčen fototerapií po dobu patnácti let. Rozhovor s klientem probíhal od 28. ledna 2016 po celkem jednoho měsíce na oddělení fyzikální terapie ve FN, kam se pravidelně dostavuje jedenkrát v týdnu.

12.1 Anamnéza

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Během dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Na vojně byla pacientovi diagnostikována hepatitida typu A. V roce 2010 podstoupil po dvou prodělaných infarktech myokardu srdeční bypass. Během hospitalizace se nevyskytly žádné komplikace. Vážný úraz za celý život neutrpěl.

RODINNÁ ANAMNÉZA

V rodině se nevyskytla žádná kožní onemocnění. Rodiče byli zdraví, nyní již po smrti. Dožili se poměrně vysokého věku. Umřeli přirozenou smrtí. Pacient udává, že celý život nestonali. Další jiná vážná onemocnění v rodině nejsou známa.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Poslední medikace:

Beloderm 1 x denně, Ambiderman 1x denně

Dále v anamnéze:

Presid 2,5 mg 1- 0- 0

Godasal 0- 1- 0

Helicid 20 1- 0- 0

Rosumop 20 mg 1- ½ -0

Glukophage 500 1-0-1

Medikace během fototerapie:

Ambiderman 1x denně na postižená místa mimo dny fototerapie

ABÚZUS ALKOHOLU

Pacient čtyřicet let ex kuřák. Kouřil maximálně 15 cigaret denně. Alkohol udává, že pije v přiměřené míře – 1x láhev piva za den, vždy po obědě, pokud nemusí řídit automobil. Tvrdý alkohol, psychoaktivní a omamné látky neguje.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Žádné alergie neuvádí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient je ženatý, s manželkou má celkem tři děti. Se ženou bydlí v panelovém domě v bytě. Dům přenechali svému nejstaršímu synovi pro početnou rodinu. K bytu mají pronajatou zahrádku s chatkou, kde přes léto v příznivém počasí tráví veškerý čas.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Nyní je již v důchodu. Celý život pracoval jako tesař. K důchodu si brigádně přivydělává jako údržbář na základní škole v místě bydliště. Do svých padesáti let mimo jiné dělal vrátného na hlídaném parkovišti jako přivýdělek ke svému řemeslu.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, lze usuzovat orientaci v čase a prostoru

Soběstačnost: velice vitální, plně soběstačný dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 92 kg

Výška: 183 cm

BMI: 24

Krevní tlak: 165/90 mmHg

Pulz: 78/min

Dech: 17/min

Tělesná teplota: 36,7 ° C

12.2 Katamnéza

Pacient se léčí od roku 1985 u dermatologa, původně pro seboroickou dermatitidu. V roce 2000 byl odeslán spádovým kožním lékařem k vyšetření na dermatovenerologickou kliniku pro kožní projevy na trupu a dolních končetinách, které přetrvávaly cca 15 let s postupně se zhoršujícím svědivým průběhem. Objektivně byly na trupu znatelné v čárách štěpitelnosti oválné, světle červené skvrny s mírně se odlupujícím povrchem v menším rozsahu, stejně tak na dolních končetinách. Pro diagnostiku byla provedena probatická excize a kontrola dle výsledků histologického vyšetření, dále se provedlo mykologické vyšetření na průkaz mykotických vláken. V prosinci byla diagnostikována mycosis fungoides I. stupně na základě histologické klasifikace. Jako terapie byla indikována léčba Diprosone mastí na ložiska a Claritin pro svědivé projevy.

V roce 2001 byla dermatologem indikována léčba PUVA fotochemoterapie. Terapie probíhala za hospitalizace na lůžkovém oddělení kožní kliniky s ochrannými protislunečními brýlemi UV filtrem. Poté byl pacient odeslán do onkologické ambulance FN Plzeň. V květnu stejného roku byl nález na trupu prakticky v regresi. V listopadu roku 2001 se objevila recidiva plochých ložisek po stranách trupu a dolních končetinách, proto byl pacient doporučen k admisi PUVA terapie.

V lednu roku 2002 byl stav kůže zlepšen na trupu, prakticky zhojen. Dále byla indikována fototerapie 1x týdně s pásmem UVB 311 nm záření, Ambiderman na postižená místa mimo dny světloléčby a lokální léčba steroidy. V květnu mycosis fungoides byla klinicky zhojena a kůže opálena. Při kontrole v srpnu diagnóza kompletně v remisi. Pacientovi bylo doporučeno slunění a nadále používat Ambiderman lokálně na postižená místa. V říjnu se mycosis fungoides zhoršila opět na trupu, kde se vytvořily červené plošky, které pacienta svěděly. Proto lékař doporučil světloléčbu UVB 2x týdně. V prosinci téhož roku již nebyly patrné žádné projevy nemoci, nadále se pokračovalo ve fototerapii, a to 1x týdně.

V únoru roku 2003 byl pacient zhojen na těle, fototerapie pásmem UVB záření nadále ponechána s aplikací Ambiderman. Klient byl poučen o aplikaci přípravku. V dubnu byl zcela bez projevů mycosis fungoides na kůži, proto byla světloléčba ukončena. Nadále ponecháno užívání výše uvedeného přípravku. Pacient byl poučen o kontrole při potížích, slunění a doporučená návštěva ošetřujícím lékařem byla v říjnu téhož roku.

Leden roku 2004 byl stav pacienta sezónně zhoršen, v rámci indikace lékaře byla doporučena UVB terapie 1x týdně, užití Ambidermanu a v dubnu byl pacient zhojen, bez známek projevu onemocnění na břiše, trupu, pažích a dolních končetinách.

V roce 2008 byla provedena kontrola a stále byla diagnostikována mycosis fungoides I. stupně. Do této doby bylo onemocnění v remisi a pacient nenavštěvoval dermatologickou ambulanci.

Září roku 2010 se pacient dostavil pro nové projevy na bérkách, kdy udával, že je zpozoroval cca před třemi měsíci. Byla zahájena léčba fototerapie UVB 311 nm a v prosinci byl klient zhojen.

Od roku 2011 nemocný pravidelně podstupuje světloléčbu pro sezónní zhoršení kožní choroby. Na obličeji v oblasti nosu byla provedena excize bazaliomu. Pacient je řádně edukovaný v oblasti léčby lékařem a ošetřujícím personálem.

12.3 Rozhovor a sběr informací dle modelu M. Gordonové

1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

a) Zhodnoťte, jaká byla a je Vaše úroveň zdravotního stavu?

„Tak co Vám můžu říct, tak jsem starej no, lepší už to asi nebude. (smích) Jsem diabetik, po bypassu. Prodělal jsem několik infarktů, a to jsem měl celý život pohyb a relativně jsem se zdravě stravoval. Každé ráno poctivě cvičím na záda, co mě naučila paní rehabilitační. Dodržuji dietu k diabetu. Jinak si myslím, že by mohlo být hůř.“

b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení nebo infekční nemoci? Měl jste kvůli tomu absenci v zaměstnání?

„Od poslední chřipky, co jsem prodělal na začátku roku, mám po ránu kašel a marodím na dýchací cesty často. I v létě mám kašel, tak si musím dávat ozařený nápoje a nepít studené, jinak bych se ukašlal. Jsem v důchodu, takže žádnou pracovní neschopnost nemám. (smích) Nic mi neuteče!“

c) Co vše děláte pro udržení svého zdraví? Využil jste někdy v rámci své diagnózy alternativní nebo léčitelských postup?

„Tak věnuji se pečlivě zahrádce, tam se člověk neuvěřitelně nádherně protáhne. Chodil jsem cvičit u nás do domova důchodců, kde se konalo cvičení pro seniory každý týden

jedenkrát v něm. Ale už to bohužel skončilo. Každé ráno si dávám lžičku medu a manželka nakládá květy divizny do Alpy, takže lžičku tohodle lektvaru, sestřičko. (smích) Alternativu? Ne, ne, to ne. Na tohle nejsem a nějakým mastičkářům bych nepodal ani ruku, natož, abych si k nim šel pro radu. Nevěřím těmto lidem!“

d) Utrpěl jste někdy úraz či nehodu?

„Patřím zřejmě k lidem, kteří se o sebe bojí, takže naštěstí jsem nikdy žádný úraz neprodělal nebo se vlastně povídá neutrpěl, že?“

e) Měl jste nějaký problém v minulosti s dodržováním léčebného postupu doporučeným lékařem a ošetrovatelského personálu?

„Jsem generace, které respektuje lékaře a jejich doporučení. Takže pokud mi to můj stav a paměť umožňuje, snažím se vše dodržovat. Do kalendáře si zapisuji kontroly, abych na to nezapomněl. To samé je v případě mojí cukrovky, také se snažím dobře jíst, aby nebyl problém.“

f) Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění? Co jste udělal, když se objevily první příznaky nemoci?

„Tohle nikdo neví. Nejprve když se před lety objevily první fleky na kůži, jsem to nechal být, to bylo ještě takové jen flekaté a svědivé. Tak mně určili nějakou diagnózu, kterou už si nepamatuju, ale byl to takový krkolomný název. No, a potom mě teda už, protože to trvalo nějakou řádku let, odeslali na kliniku. Tak mi dělali takový ty odběry a posílali to někam na vyšetření. Hrozně mě znervózňovalo, jak se to táhne. Chvíli to bylo lepší, chvíli to bylo horší, ale vždy na podzim se tahle nemoc zhorší, vyskáče mně to a svědiví to. Přes léto chodíme, anebo i bydlíme na zahrádce, takže tělo vystavuju obyčejnému sluníčku. A je to! (smích)“

2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

a) Můžete mi popsat Váš obvyklý denní příjem stravy? Jíte pravidelně?

„Snídáme se ženou pravidelně kolem osmé. Potom dopoledně něco sem tam uzobnu, potom je oběd. To jíme nejpozději kolem jedné hodiny odpolední. Svačinu si dáváme se ženou většinou s kávou kolem té čtvrté hodiny a jíme nejpozději poslední jídlo v sedm nebo v půl osmé. Pravidelně se stravuju a vždycky tomu tak ale nebylo.“

b) Dodržujete pitný režim? Kolik je celkový denní příjem tekutin?

„Myslím si, že s pitím je to horší. Dříve jsem určitě vypil více a mám pocit málokdy žízně. Káva a čaj je asi hodně málo, že jo? Tak někdy si naleju po obědě pivo a přes den si dám nějakou tu šťávu s vodou. To víte, moje manželka dělá stále nějaké šťávy přes léto. Kolipa toho tak můžu vypít? No, myslím si, že ten litr asi ano za jeden den.“

c) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?

„Mám, mám. To nepozoruji, sestřičko. Ba naopak se musím kolikrát krotit. I kvůli tej cukrovce nepříjemný!“

d) Máte nějaké dietní omezení?

„No, myslím si, že podle těch příruček je to dieta číslo devět, taková ta diabetická. Ale tak nějak se hlídám, snažím se. Nechci si ještě na starý kolena píchat ten inzulín. S tím mě stále straší děti, abych takhle neskončil. Takže asi tak, sestřínko!“

e) Jak byste popsal Váš stav kůže, poranění, kožních defektů atd.?

„Mám hodně suchou kůži a tenkou jak papír. Takže když se někde poraním, tak se to dlouho hojí a docela špatně. Jsem už starý no. Moje manželka je na tom o dost lépe. To jí závidím. Ale přes zimu jsem krásně opálený. Vlastně celý rok. Teďka se mně udělaly nějaký ošklivý nehty na nohou, musím to ukázat na kontrole v ambulanci.“

3 VYLUČOVÁNÍ

a) Máte pravidelnou stolici?

„S tím mám obtíže. Poslední tři roky. Byl jsem na té kolposkopii, tu jsem měl v pořádku. Ale řekli mi, že to je spojené s tím, že moc nepiju, Takže i když piju a snažím, tak chodím jednou za tři dny. Taky se snažím jíst jogurty, to mi zase poradila manželka, že vyčetla v časopisech. Ale žádný pokrok v tom nevidím.“

b) Máte obtíže s vylučováním stolice či moče?

„Jo, s močením mám také problémy. Jsem prostatik. A myslím si, teďka si to moc nevybavuju, ale mám to napsané v kalendáři, že jdu na takovou tu biopsii někdy na jaře, právě tý prostaty. Protože na preventivní kontrole u praktika mě na to poslal, nebo on mě jako poslal k tomu urologovi a ten mi doporučil právě tohle to. Chodím stále přes den i v noci čůrat, nutí mě to.“

4 AKTIVITA A CVIČENÍ

a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„Ale jo, ještě to jde. S manželkou si všechno zatím obstaráme sami, nejsme na nikom závislí a nikomu na obtíž, takže si myslím, že to ještě jde. Já mám sílu na to, přivydělávat si jako školník ve škole tam u nás a baví mě to. Mám to kousek od bytu. Takže si odbíhám domů na jídlo. Jsem tam pár hodin denně, ale i tak je to takový zpestření.“

b) Cvičíte? Jaká je pravidelnost a způsob Vašeho cvičení?

„Pravidelně na záda vždy ráno. Protáhnu se podle toho, co mě naučila rehabilitační sestřička v nemocnici a pomáhá mi to. Na kole nejezdím už tak pět let, mám problém s krevním tlakem, takže se necítím stabilně na kole. No, a jinak na zahrádce je aktivit až, až. To mě dost baví. Člověk je potom příjemně unavený.“

c) Jak trávíte svůj volný čas?

„S manželkou chodíme na procházky s těma holema. Vnoučata už nám poměrně vyrostla, takže dříve u nás byla častěji. Ted'ka už mají každý svoje záliby a k nám chodí sice pravidelně, ale spíše jen na návštěvu. Občas zajedeme někam v okolí s manželkou na výlet, ale do dálek se již nepouštíme. S kamarádem jsem dříve měl malý statek a koně, ale to už taky nějaký ten pátek nemáme. Takže jsem trávil dost času v přírodě. Přes léto chodíme houbařit s manželkou. Na stará kolena se toho už moc vymýšlet a dělat nedá, víte?“

5 SPÁNEK A ODPOČINEK

a) Jakou formu odpočinku preferujete? Jaký máte pocit celkového odpočinku?

„Spánek si taky o víkendu hezky po obídku dopřejeme. Jinak si odpočinu u luštění křížovek a čtení knih o druhé světové válce. Taky koukáme na šlágr, máme to puštěný jako kulisu. Sbíral jsem známky a třídil, ale dnes se tomu nevěnuju. Celkově se cítím jak kdy odpočatý.“

b) Máte obtíže s usínáním? Co Vám pomáhá při problémech s usínáním? Budíte se v noci?

„S usínáním ani ne. Ale horší je to v noci, protože stávám kolikrát i šestkrát za noc, a to mi pak trvá, než zaberu. Tyhle potíže mě trápí posledních pět let. Nebo méně? Abych zase nepřeháněl. Spíme se ženou proto odděleně, abych jí nebudil. A někdy nad ránem mě rozkašle ten kašel, takže to je také nepříjemné.“

c) Jak dlouho trvá celková doba spánku? Je pravidelný?

„Chodím spát nejpozději po půl desáté. Zaberu rychle, ale kolem šesté už jsem vzhůru a jen tak se převaluju v posteli. Byl jsem zvyklý celý život vstávat brzo. Ale pravidelně jsem chodil spát vždy, to je pravda.“

6 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

a) Vidíte dobře? Pozorujete zhoršení Vašeho zraku za poslední rok? Nosíte brýle? Kdy byla naposledy oční kontrola?

„Nosím brýle na čtení. Jsem pár měsíců po operaci šedého zákalu. To teda nebyla operace, ale spíše zákrok. Tak se mi zrak na dálku zlepšil. To je pravda, ale na čtení brýle musím mít. Zrak se zhoršuje, ale to patří ke stáří a je to jedno s druhým. U očaře jsem byl na kontrole po tom zákroku a to bylo, někdy ke konci léta, začátkem podzimu, asi tak. Ta paměť!“

b) Rozhodujete se snadno nebo obtížně? Máte často pocit nejistoty?

„Myslím si, že to záleží hodně na konkrétní situaci. To je těžké takhle zhodnotit. Pocit nejistoty v čem? V životě? Každý svého štěstí strůjce, já jsem byl vždy sebejistý a rozvážný člověk, takže jsem se podle toho choval a jednal. Za svoje činy potom člověk musí nést následky.“

- c) Byl jste poučen o Vašem zdravotním stavu? Máte dostatek informací ze strany ošetřovatelského personálu? Schází Vám některé informace?**

„Ano a hodněkrát. Na péči si nemůžu stěžovat. Mám samé dobré zážitky a zkušenosti. Měl jsem asi štěstí na doktory. (smích) Pokaždé jsem měl asi hodně informací, které mi stačily. Nikdy si nepamatuju na žádný konflikt, nebo že by mě nějaký lékař odbyl v ordinaci. Moje poslední velice dobrá zkušenost byla tady ve fakultce na kardiologii, kde mně dělali ten bypass. Jsem spokojený. Neví se původ tohohle kožního onemocnění, ale s tím se nedá zkrátka nic dělat. O tomhle onemocnění vim jen to, co vim tady z kliniky, ale stačí mi to.“

- d) Bolí Vás něco? Máte jiné nepříjemné pocity (např. svědění)? Jak je zvládáte?**

„Záda, ty bolí, když necvičím. Také klouby zloběj a člověk si uvědomí, že je má. Ale to je prostě normální, že člověk nebude stále v mém věku jako mladý jura, že? (smích) Tohle období je moje kožní choroba lepší, to svědění bylo horší. Mám nějaké léky, kdyby mě to svědělo, ale teďka si nevzpomenu na ten název. Takže to zabere, jenže člověk je potom, jako by dostal kladivem po hlavě, proto si to беру nerad. A měl jsem ještě jeden lék, ale ten mi tolika nezabíral jako tenhle driák.“

7 SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

- a) Jak se cítíte a jak se Vám daří? Jak byste popsal sám sebe?**

„Dnes je mi vcelku dobře. Ráno jsem vstal i odpočatý, protože jsem necoural na záchod tolika. Jsem člověk, který se snaží brát skutečnost takovou jaká je. Vždy jsem se snažil myslet spíše kladně, nebo jak se to říká. Mám rád spíše klid, nic bouřlivého. Ale společenský jsem. Po založení rodiny se člověk zklidní, takže jsem měl jen jí a práci. Neměl jsem nikdy potřebu trajdat po hospodách. Jsem také otevřený člověk, protože nemám rád, když se něco řeší za zády druhých. A nesnáším lež!“

b) Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to má pro Vás důsledky?

„Kvůli tomuhle? Asi ne, to si nemyslím. Vždyť to člověk nikterak neomezuje. Prostě se namažete a chodíte přes zimu za sluníčkem. (smích) To se dá přežít a snadno si zvyknout. Jsou horší věci. Hýbat se můžete, jíst můžete, dýchat taky. Tak co? Hold, někdo je bez nohou a já mám tohle. Opravdu si zvyknete, sestřičko. (smích)“

c) Jak prožíváte současnou zdravotní situaci, eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe samotného nebo Vašeho těla?

„Takhle, po tom infarktu jsem byl takovej bolístka, to si žena užila. Ale pomohla mi rodina. Hlavně děti, ty to měly nastudovaný. Vnímám se jako starej člověk. To je jediná skutečnost. Jinak kožní onemocnění mi nějak to tělo neznetvořilo, to teda ne.“

d) Existuje něco, co Vás ve Vašem onemocnění zneklidňuje? Máte strach, úzkost, špatnou náladu nebo depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám přinese úlevu? Používáte nějaké relaxační techniky?

„Mě už zneklidňuje jenom ten konec. Toho se bojím, ale člověk se snaží žít tak nějak jak se dá ještě. Jak jsem Vám už řekl, patří to k životu tohle stárnutí. Se stářím přichází choroby, že jo? Dneska jsou na tom mnohem hůř mladí lidé, že je to tak? Relaxační techniky? Žádný jsem v životě asi neprovozoval. (smích) Moje dcera cvičí jógu, ale na tohle nejsem.“

8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

a) Bydlíte samostatně nebo s rodinou?

„Bydlím už jen se ženou. Nejstaršímu synovi jsme přenechali dům, protože má početnou rodinu. Máme byt tři plus jedna, takže u nás občas někdo z vnoučat přespí. Ale už to není zvykem.“

b) Jak rodina prožívá Vaše onemocnění?

„S mycosis fungoides to asi nějak neprožívají. Horší to bylo po tom infarktu, to se o mě všichni báli. Jsem to na nich viděl. A hezky se starali, chodili na návštěvy. Jinak nic zvláštního. Zavolaj mi, jestli jsme se dožili rána, to ano. (smích)“

c) Jste spokojen ve svém zaměstnání? Máte dostatečný příjem pro uspokojování svých potřeb?

„V té mojí brigádě ano. Jinak jsem dělal řemeslo, kterému jsem se vyučil, a to bavilo mě. Dneska Ti mladí se něčemu věnují, vystudují, vyučí a dělají nakonec něco jiného. To nechápu, ale to je ta dnešní doba. Zbytečně ztrácejí podle mého názoru čas. No, ale s tím nic neudělám. Důchod není u nás téhle zemi nic moc, takže se člověk musí na ty starý kolena uskromnit, ale nestěžujeme si se ženou. Nikdy jsme nepatřili k lidem, co by zbytečně rozhazovali peníze. Ale nestrádáme. Abyste si nemyslela! (smích)“

d) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit izolace?

„Tenhle pocit opravdu nemám!“

9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

a) Máte děti?

„Ano, mám. A dobře jsme je vychovali. Jsem na ně pyšný a jsem pyšný i na svá vnoučata. Jsou to hodní a šikovní lidi. To člověka vždy potěší! Tohle jsme s manželkou opravdu udělali nejlíp. Máme tři děti. Prvorozeného syna, to je inženýr. A dvě dcery, jedna žije v zahraničí. A ta prostřední má svou firmu. Máme celkem šest vnoučat a teďka očekáváme jedno právnouče dokonce. Vnoučata studují vysoké školy a ty mladší na ně teprve půjdou. Je to radost, opravdu.“

10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

- a) Vyskytla se nějaká větší změna ve Vašem životě za poslední rok? Nebo nějaká situace, kterou byste označil za krizi?

„Ne, ani ne. Krizi jsem neměl v tomto roce. Vlastně asi nikdy. (smích)“

- b) Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich životních problémů a záležitostí?

„Manželka a moje rodina, děti.“

- c) Prožíváte nějaké dlouhodobé napětí? Co Vám pomáhá ke snížení? Užíváte nějaké léky, drogy nebo alkohol?

„Ne, nemám žádné dlouhodobé napětí. Užívám plné léků. Každý lék je svým způsobem droga, že jo? Ale nejsem na ničem závislý. Alkoholů jsem nikdy neholdoval. Drogy jsou pro mě tabu a za mojí doby mládí jsem se s ničím takovým nesešel. Dneska je to jiný a je to strašný, úplně Vás mladé a schopné lidi lituju!“

- d) Když máte problémy v životě, jak je zvládáte? Jaká volíte řešení k jejich zvládnutí? Mají efektivitu zvolené způsoby v řešení problému?

„Řešil jsem vše naprosto přímo a upřímně.“

11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

- a) Jaké důležité plány máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit z Vašeho života?

„V poklidu to tady doklepat na tom světě. No, sestřičko, to je asi cíl můj do budoucna, protože nic jiného už mě asi nečeká.“

12 Diskuze

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

František Novotný ve své publikaci o psoriáze uvádí, že nárůst onemocnění lupénkou se týká především bělošského obyvatelstva v civilizovaných státech. Příčiny se v této literatuře spatřují zejména v negativních civilizovaných faktorech, které jsou shodné s nejčastějšími spouštějícími vlivy, kterými jsou vysoké duševní napětí, vyšší možnost šíření infekčních chorob, zejména onemocnění horních cest dýchacích aj. Většina autorů ve svých knihách uvádí, že výskyt lupénky u mužů a u žen je zhruba stejný. Rozpětí vzorku respondentů výzkumného šetření se pohybuje od 28 let od 72 let, při čemž pacienti absolvují společnou léčbu fototerapií více jak 5 let s odlišným onemocněním. Protože jsem rozhovory prováděla osobně v ambulancích fyzikální terapie, všimla jsem si rovnoměrného výskytu psoriázy u pacientů, stejně jak se zmiňují čeští autoři jako R. Schwank, T. Bielický nebo V. Resl. U nemocných s mycosis fungoides byl viditelně vyšší výskyt u starších mužů. Obě skupiny pacientů se shodly, že jejich onemocnění se zhoršuje na základě infekčního onemocnění, v podzimním a zimním období. Vyjma pacienta č. 1 se ostatní nemocní snaží pečovat o svůj zdravotní stav, pravidelně sportují, dbají na svůj jídelníček. Ani jeden ze čtyř pacientů nevěří v alternativní terapii, mají k ní negativní přístup. Všichni se snaží dodržovat ošetrovatelský postup. U klientů s psoriázou byl pozitivní výskyt v rodinné anamnéze. U druhé diagnózy nebylo kožní onemocnění v rodině známo. Dotazovaný č. 1 se setkal s prvními příznaky psoriázy už ve 14 letech. Dotazovaní č. 3 a č. 4 došlo k odhalení diagnózy poměrně v raném stadiu onemocnění mycosis fungoides.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

V knize aktuálních pohledů o psoriáze od profesora Františka Novotného se uvádí, že mezi nejčastější spouštějící mechanismy jsou mimo jiné i vysokokalorická strava s tendencí k přejídání, alkoholismus, zvýšená konzumace chemicky upravených potravin. Během rozhovorů jsem si všimla, že pacienti si po zjištění diagnózy upravili jídelníček, vyjma dotazovaného č. 1. Při získávání informací bylo vidět, že se nemocní zamýšleli

nad svým stravováním a srovnávali si potraviny, které konzumovali dříve a které jí nyní. Všichni udávali, že snaží jíst pravidelně, ale dotazovaní respondenti č. 2, č. 3 a č. 4 zařazují do své výživy i zdravé potraviny jako jsou zelenina, ovoce, doplňky stravy, aloe vera atd. Každý z pacientů dbá na to, aby měl k obědu teplé jídlo. Dotazovaný č. 2 mimo jiné vysadil ze svého stravování pečivo a udává lepší pocit a zažívání. Nemá problémy s nadýmáním. Co se týká příjmu tekutin, tak si myslím, že není ani u jednoho dotazovaného problém. Minimálně 1, 5 litru tekutiny za den se snaží vypít. Chuť k jídlu ani v jediném případě není ovlivněna vybranými diagnózami. Pacienti č. 3 a č. 4 mají dietní omezení z důvodu přidružené choroby, kterou je diabetes mellitus II. typu. Při rozhovoru mi přiznali, že přímo vhodnou dietu č. 9 nedodržují, ale snaží se omezovat určité nevhodné potraviny. V případě dotazovaného č. 2 došlo k omezení dráždivé stravy z důvodu pálené žáhy, která nemocného trápí již několik let. Při popisování stavu kůže je u všech klientů znatelná suchá kůže, kterou je nutné promazávat. Pokud dojde ke zranění a porušení integrity kůže, dochází ke zdlouhavému procesu hojení kožních defektů. Pacient č. 4 udává, že má tzv. „papírovou kůži“, tudíž se velice snadno zraní a musí být proto velice obezřetný. U psoriaticů se může při traumatizaci či dráždění uplatňovat tzv. Koebnerův isomorfni fenomén.

VYLUČOVÁNÍ

V této oblasti záleží na individuálních potřebách a zdravotním stavu nemocných. Literatura profesora Františka Novotného udává spojitost problémů v oblasti vylučování moče z důvodu užívání léků, které mohou způsobit glomerulonefritidu. Ve výzkumu uvedeného autora byl zjištěn vyšší výskyt počtu epitelů v moči. Pozornost by měla být soustředěována také na trávicí systém, protože se poukazuje na častou přítomnost *Helicobacter pylori* v žaludku a duodena u psoriaticů. Mimo jiné se lupénka sdružuje s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. U dotazovaného pacienta č. 2 došlo po úpravě stravování ke zlepšení a uvedl, že nemá nyní žádné problémy. Při rozhovoru s nemocným č. 1 neudává žádné obtíže s vylučováním stolice. U pacientů č. 3 a č. 4 jsou obtíže s vylučováním moče z důvodu zvětšené prostaty. Nemocný č. 4 má mimo jiné

problém s vylučováním stolice, která je nepravidelná i přes dodržování pitného režimu a probiotické stravy.

AKTIVITA A CVIČENÍ

Při dotazování na pocit dostatečné síly a životní energie jsem u všech dotazovaných viděla lehké váhání při odpovědi. Pacienta č. 1 udával, že zažíval chvíle, kdy neměl energii a zůstával raději doma, nyní má partnerku, která mu pomáhá a cítí v ní oporu. Pohled na psychoterapii u psoriázy je obecně dobře znám, že dokáže ovlivnit průběh nemoci. Avšak v léčebné praxi se tomuto bodu nevěnuje patřičná pozornost. Dle Novotného se psychika psoriatika stává porušenou z několika důvodů, které mohou ovlivnit negativně průběh nemoci. Těmi jsou vnitřní konstituční důvody, zevní příčiny a samotnou diagnózou, kdy je narušena estetická stránka těla. Další respondenti žádný problém neudávali na kladenou otázku. Pouze pacient č. 1 dříve sportoval – hrál fotbal, ale z důvodu lupénky se tomuto koníčku přestal věnovat kvůli spoluhráčům, protože měl pocit, že se na něj upíná pozornost při převlékání v šatně. Kvůli psoriáze přestal hrát hokej, protože měl nepříjemný pocit pod výstrojí, když se při hře zpotil. Nikterak aktivně nesportuje a neudrzuje se v kondici. Respondenti č. 2, č. 3 a č. 4 cvičí pravidelně, jejich diagnóza je neobtěžuje v oblasti aktivit. Pacient č. 2 se věnuje cyklistice, koníčkům, procházkám se psem a každé ráno pravidelně cvičí cviky na záda. Nemocný č. 3 hraje pravidelně fotbal, jezdí na kole a mají s manželkou společné zájmy. Momentálně se věnuje stavění rodinného domu. Respondent č. 4 monotonně každé ráno cvičí stejně jako pacient č. 2 cviky na záda, trpí bolestmi zad. Z důvodu pocitu nerovnováhy na kole již nejezdí, pravidelně s manželkou chodí na procházky, mezi jeho koníčky patří houbaření a zahradničení.

SPÁNEK A ODPOČINEK

U obou dvou diagnóz může docházet ke svědivým projevům, tudíž může být narušen spánek, ale žádný z dotazovaných respondentů si na tuto příčinu narušení spánku nestěžuje. Pacient č. 1 preferuje formu odpočinku spánkem a nemá žádné problémy

s usínáním, udává, že je nyní pravidelný. Respondent č. 2 má obtíže v této oblasti, jestliže se objeví nějaké negativní záležitosti. Snaží se relaxovat během dne, spí s pravidelností šest až sedm hodin denně. Stejně tak i nemocný č. 3 preferuje stejnou formu odpočinku, jako výše uvedení dotazovaní. Nemá žádné potíže, naopak. Spánek je pravidelný, zhruba sedm hodin denně. Při rozhovoru s nemocným č. 4 si stěžoval na nedostatečný odpočinek, v noci musí často na záchod z důvodu zvětšené prostaty. Nad ránem se mu stává, že se rozkašle. Nikdo z pacientů nepocituje, že by jejich diagnóza měla vliv na kvalitu spánku a odpočinku. Spíše se jedná o psychické vlivy z důvodu duševního napětí a přidružených diagnóz k jejich stavu.

VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

Při získávání informací pomocí rozhovoru jsem se zaměřila u dotazovaných na otázku, zda nepozorují zhoršení zraku za poslední rok z důvodu toho, že jsem se dočetla v knize aktuálních pohledů na psoriázu od profesora Novotného o očních změnách, které se přímo připisují lupénce a provází tak cca až 8% psoriatiků. Vyjma dotazovaného pacienta č. 1 mají všichni problémy se zrakem a musejí nosit brýle. Každý z nemocných reagoval na otázku v oblasti vnímání, poznávání na pocit nejistoty a rozhodování v podstatě stejně, kdy záleží na závažnosti situace ve které je potřeba učinit rozhodnutí. Co se týká dostatku informací ohledně zdravotního stavu nemocných od ošetřujícího personálu, tak všichni dotazovaní ohodnotili kožní pracoviště FN Plzeň velice kladně. Mají pocit dostatečné informovanosti, kvalitu péče hodnotí na vysoké úrovni a shodli na velmi vstřícném chování všech zdravotníků. V případě nějakých nejasností nemocní vyhledávali informace v literatuře, brožurách, internetu, spolupacientů či známých. Dotazovaní č. 2 a č. 4 trpí bolestmi zad, které není nikterak spojené s jejich diagnózami a léčbou, kterou absolvují. Každý z pacientů byl řádně edukovaný, co dělat, pokud bude trpět nepříjemnými pocity svědění a každý z nich má ve farmakologické anamnéze naordinována antihistaminika.

SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

Pan profesor Novotný ve své publikaci v kapitole pohledy na psychoterapii u psoriázy uvádí to, že bylo průzkumem zjištěno u více než poloviny psoriatiků anxiózně depresivní syndrom. Nemocní trpí frustracemi, komplexy méněcennosti, pocity společenského opovržení, depresí z nadměrné všímavosti a zvědavosti lidí, ostych při společenském styku a z toho může vyplývat sklon k uzavřenosti. Pacienti se snaží zakrývat ložiska, problémy mohou nastat i u kadeřníka. U dotazovaných č. 3 a č. 4, kteří trpí diagnózou mycosis fungoides nemají pocit ostychu, ani ho nikdy nepocítili. Pacient č. 1 o sobě při rozhovoru udával, že je optimista a v určitých věcech spíše flegmatik, i když byly chvíle, kdy se velice styděl za svoje tělo a stranil se, to bylo zejména v období puberty a adolescence. Nyní se cítí vyrovnaný i z důvodu opory v partnerce. Pacient č. 2 o sobě říká, že je spíše introvert, náladový a cholerik. Často má stavy, při kterých nedokáže ovládat své negativní emoce. Nejvíce se má strach z hospitalizace v nemocnici. Nikdy nevyhledal žádnou odbornou psychologickou pomoc. Úplné zklidnění pocítuje při řízení automobilového vozidla. Pacient č. 3 se vidí jako veselý člověk, v případě špatné nálady se stáhne do ústraní. Tvrdí o sobě, že je optimista, přátelský a společenský typ. Jako svou negativní stránku udává vysokou důvěřivost v lidech. Svou diagnózu přijal a nevidí v ní obtíže. Nemá problémy s docházením na fototerapii. Netrpí strachem, úzkostí a depresí. Poslední pacient č. 4 se popisuje jako klidný, vstřícný, společenský a velice otevřený člověk, který je přímý a nemá rád lež. Nemá pocit změny vnímání svého těla a k onemocnění mycosis fungoides nepřistupuje negativně. Nemocný udává strach z konce života. Během rozhovoru jsem měla pocit, že se snaží srovnat s vysokým věkem a ohlíží se jen na to dobré, co v životě prožil.

PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY

Psoriáza může mít negativní dopad, který může vyvrcholit v neuzavření sňatku, partnerském či manželském rozladění, což může vyústit v rozchod a nejednou v sebevražedné úmysly. Pro větší část pacientů není lehké přijmout symbiózu s lupénkou. Velká chyba je, že nemocní neustále myslí na svou chorobu. Stejně tak může ovlivnit

psychiku a plnění rolí mycosis fungoides, jelikož prognóza tohoto onemocnění je velice nejistá a může tak vyvolávat pocit nejistoty. Avšak oba dotazovaní pacienti s kožním T-lymfomem v této oblasti odpovídali velice kladně, a nebyly jisté projevy pochybnosti. Dotazovaný č. 3 bydlí s manželkou v bytové jednotce panelového domu, nyní spolu stavějí rodinný dům. Manželka má větší obavy z diagnózy jak samotný pacient. Je zabezpečený, má práci a občasné brigády. Nemá pocit izolace. Dotazovaný pacient č. 4 má početnou rodinu, bydlí sám s manželkou v bytě. Jeho kožní choroba je nemocným a jeho rodinnými příslušníky brána jako vedlejší. Nyní je v důchodu a přivydělává si jako údržbář v základní škole v místě bydliště. Stejně jako pacient č. 3 netrpí pocitem izolace. Dotazování č. 1 a č. 2 s psoriázou díky svým partnerkám momentálně nemají problémy v plnění rolí nebo v oblasti mezilidských vztahů. Pacient č. 1 bydlí u své matky v bytě, je zaměstnaný, ale v práci není obzvlášť spokojen. Momentálně se cítí být součástí okolí a nemá pocit osamocení. Nemocný č. 2 při rozhovoru sdělil, že žije s manželkou a synem. Velkou oporu cítí ve své ženě, která je starostlivá. Děti nikterak chorobu neřeší. Ve svém zaměstnání je spokojený, je na vysoké pozici. Protože je introvert, tak je rád sám.

SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Ve své knize profesor Novotný také uvádí, že negativní dopad při kožním onemocnění zejména u psoriázy má na sexuální soužití. Podle rozhovoru, který byl vedeným dle modelu M. Gordonové na oblast sexuality a reprodukční schopnosti, jsem vynechala u pacientů č. 3 a č. 4 otázku na problém se sexuálním vztahem z důvodu vyššího věku a z dodržení taktosti vůči klientům. Potomky mají oba dva. Dotazovaný č. 2 odmítl pro stud odpovědět, pouze mi sdělil, že má dvě děti. A jelikož se onemocnění objevilo ve 33 letech a byl již ženatý, akceptovala jsem to. Pacient č. 1 neměl problém hovořit na dané téma, díky partnerce nemá problémy v intimnostech. Děti zatím nemá, ale do budoucna by chtěl mít minimálně jedno.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

Psychické trauma představuje závažný problém než samotné kožní onemocnění. Duševní léčba by měla probíhat ze strany lékaře jednak vědomě, a jednak cíleně a spontánně. Autosugesce u pacientů je podmíněna tím, že se člověk s kožní chorobou koncentruje po určitou dobu ve svém podvědomí na některý terapeutický výkon, od něhož očekává příznivý vliv a vysvobození od útrap, které nemoc přináší. Například se uvádí, že po dosažení terapie, k níž se pacient upínal ve stoupající intenzitě ve své naději, dojde k uvolnění napětí a k vyladění psychického stavu, což má za následek příznivý vliv na hojení psoriázy. Všichni čtyři respondenti se shodli v tom, že momentálně u nich žádná životní krize neprobíhá. Cítí oporu ve svých nejbližších, kteří za nimi stojí i během léčby kožní choroby. Každý z nich zvládá řešení problémů a překážek po svém, v závěru se snaží obtíže řešit sami. Neuchylují se k závažným a razantním řešením. Během rozhovoru jsem nepostřehla, že by někdo vykazoval známky deprese či sebevražedných sklonnů.

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY

V této oblasti záleží především na individuálních potřebách nemocných a na jejich osobnostním přesvědčení. Víra se jistě určitým způsobem odráží v dodržování léčebných postupů. Například, kdyby jeden z dotazovaných uznával alternativní metody terapie. Někteří psoriatici se mohou obracet na tento druh léčby z důvodu, že jsou nespokojeni s dosavadními výsledky, anebo očekávají trvalé vyléčení. Proto jsem se zaměřila při svém dotazování pouze na plány do budoucna, a jestli existuje něco, co by chtěli ze svého života nemocní odstranit. U skupiny pacientů s psoriázou byly odpovědi takové, že by chtěli, aby choroba odstoupila úplně. U druhé diagnózy byly odpovědi spíše zaměřené na budoucnost jejich nejbližších. Během rozhovorů nikdo nenaznačoval, že by vyznával víru.

ZÁVĚR

Zatímco se léčení kožního onemocnění, zejména psoriázy, v lékařské praxi věnuje zvýšená pozornost, tak po jejím vyléčení nebo zlepšení stavu pacienta se následná péče často vytrácí. Předchází se zejména recidivě choroby. Jelikož nemocní mají zhoršení zdravotního stavu na podzim a v zimě, s pravidelností docházejí více jak pět let na fototerapii. Všichni čtyři dotazovaní respondenti jsou dostatečně poučeni o svém zdravotním stavu a prevenci recidiv. Nelze však zhodnotit, do jaké míry jsou informováni ostatní nemocní s psoriázou a mycosis fungoides.

Hlavním důležitým reprezentantem léčebných metod těchto dvou vybraných diagnóz je fototerapie. Jelikož přírodní sluneční opalování, tzv. helioterapie, je v našich podmínkách nepravidelná a přímořská léčba, tzv. talasoterapie, není všem pacientům přístupná, tak se v posledních letech stále více uplatňuje umělá světloléčba, která využívá UV parsy spektra UVA a UVB záření. Dříve bylo v oblibě používat tzv. „Horské slunce“, ale složení produkovaného spektra není podle dnešních poznatků již vhodné, a proto je tato metoda dnes již na ústupu. Můžeme se setkat se zářiči celotělovými pro ležící nebo stojící pacienty. Dále jsou zářiče lokální například pro ozáření rukou, nohou, vlasů, tělních záhybů a nehtů (viz. příloha č.7). Moderní přístroje jsou vybaveny programátorem, počítačem výkonu, dozimetrií, ventilací, bezpečnostním vypínačem, automatickým regulátorem intenzity záření. Životnost lamp udává výrobce, průměrně je to cca 900 provozních hodin.

Z rozhovorů vyplývá, že ačkoliv jejich kožní onemocnění ovlivňuje kvalitu života, tak pacienti si již zvykli na tuto formu léčení a nemají s tím problém. Respondenti se shodli na kvalitní péči, která je jim poskytnuta ve Fakultní nemocnici na oddělení fyzikální terapie. Mají pocit dostatečných informací ohledně zdravotního stavu a edukace v oblasti fototerapie od zdravotních pracovníků, ale i přesto jsem si všimla, že chybí v ambulancích materiál, který by poskytoval základní informace pacientům. Z tohoto důvodu jsem navrhla stručný edukační materiál týkající se základů dodržení postupů při fototerapii. Je napsán tak, aby byl využitelný k získávání vědomostí

pro laickou veřejnost. Tento výstup by mohl být využit zejména v ambulancích dermatologických klinik, které se zabývají léčbou světlem. Mimo to jsem se pokusila o tvorbu plakátu s citáty a hesly ve formě hastagu pro nemocné s lupénkou, protože by mohly pozitivně ovlivnit psychiku psoriaticů. Forma Hastagu (= mřížka) je zvolena zejména pro mladistvé, kteří tomu to rozumí, a myslím si, že zrovna u nich onemocnění může negativně ovlivňovat psychiku v dospívání. Na tento nápad mě přiměl nejmladší z klientů, se kterým jsem dělala rozhovor. Jako předlohu jsem použila literaturu Psoriázy – aktuální pohledy od profesora MUDr. Františka Novotného. Dále je v příloze uvedena fotodokumentace pacientů s lupénkou č. 1 a č. 2, která je fotografována první a čtrnáctý den postupování světloléčby. Je zde rozeznat viditelný rozdíl. Ostatní respondenti nesouhlasili s vytvořením fotografií, což jsem akceptovala.

Seznam zdrojů

1. ADAM Z., VORLÍČEK J., VANÍČEK J. a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob II.* přepracované vydání a doplnění. Praha, Grada, 2004
2. ARENBERGER, P. *Fototerapie při léčbě některých dermatóz.* Čs Derm, 1994, 69, s. 101- 108.
3. ARENBERGER, P., JÍROVÁ, M. *Mediátory v kůži.* 1. vyd. Praha: Czechopress agency, s. r. o., 2001. 87 s. ISBN 80-902632-3-2.
4. ARENBERGER, P. *Psoriasis vulgaris.* Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s. r. o., 2007. roč. 9, č. 5, s. 501-506. ISSN 1212–4184.
5. ARENBERGER, P., OBSTOVÁ, I. *Symptomy v dermatologii.* Praha: Czechopress Agency, 2000, 75 s.
6. BENÁKOVÁ, N. *Lupénka v otázkách a odpovědích – příručka pro pacienty.* Praha: Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X.
7. BENÁKOVÁ, N. *Ekzémy a dermatitidy.* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 184 s. ISBN 978-80-7345-177-6.
8. BENÁKOVÁ, Nina. *Lokální léčba psoriázy I: psoriasis vulgaris.* Česko-slovenská dermatologie. 2012, 87(1), 24 - 32. ISSN 0009-0514.
9. BENÁKOVÁ, N., ETTLER, K., ŠTORK, J, VAŠKŮ, V. *Psoriáza nejen pro praxi.* Praha: Triton, 2007, 190 s.
10. BENÁKOVÁ, N., ETTLER, K. *Fototerapie v České republice.* Čs dermat 2010, 85, s. 139- 147
11. BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi.* 1. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345221-6.
12. CETKOVSKÁ P., *Primární kožní T-lymfomy: mycosis fungoides a Sézaryho syndrom.* Onkologie 2010; 4: 233–236.
13. DROZENOVÁ, H. *Lupénka.* Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2008. roč. 2, č. 3, s. 121-125. ISSN 1802-2960.
14. DUVIC, M., EDELSON, R. *Cutaneous T-cell lymphoma.* *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2004, 51, Suppl., p. 43-46.

15. ETTLER K. *Foto (chemo) terapie v dermatologické léčbě*. Čs Derm, 2005; 80
16. ETTLER, K. *Fotoprotekce kůže*. Praha: Triton, 2004
17. ETTLER, Karel. *Nové poznatky o biologické léčbě ložiskové psoriázy etanerceptem*. Dermatológia pre praxi. 2009, 3(2), 80 - 82. ISSN 1337-1746.
18. FIALOVÁ, Jorga a HERCOGOVÁ, Jana. *Psoriáza*. Postgraduální medicína. 2010, 12 (4), 435 - 442. ISSN 1212-4184.
19. HILBRICH, D., ACKERMAN, B. *Mycosis fungoides is common, rarely fatal, and diagnosable when lesions are flat*. *Dermatopathology: Practical and Conceptual*, 1997, 3, p. 24-37.
20. HERCOGOVÁ, Jana. *Psoriasis*. Česká dermatovenerologie. 2011, vydání. 1, 8 - 22. ISSN 1805-0611.
21. HŮLKOVÁ, M. *Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění – vliv na kvalitu života a léčbu*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2008. roč. 2, č.3, s.150-152. ISSN 1802-2960.
22. HYMES, KB. *Cutaneous T-Cell Lymphoma: Mycosis fungoides and Sézary Syndrome in Cancer of the Skin*. Philadelphia : Elsevier Saunders, 2005, p. 349-362. 4. Le BOIT, PE., BURG, G., WEEDON, D., et. al. *World Health Organization Classification of Tumours, Pathology and Genetics, Skin Tumors*. Lyon : IARCPress, 2006, 355 p.
23. KUKLOVÁ, Ivana a Petr HERLE. A KOLEKTIV. *Dermatovenerologie: pro všeobecné praktické lékaře*. 1. Praha: Dr. Josef Raabe, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-87553-28-2.
24. MACHÁČKOVÁ, Kateřina. *Psoriáza - současné možnosti léčby*. *Sestra*. 2009, 54 - 55. ISSN 1210-0404.
25. MALINA, Lubor. *Fotodermatózy*. 1. Praha: MAXDORF, 1999. ISBN 80-85912-21-X.
26. MANĎÁKOVÁ P., KORTÁNKOVÁ H., MACHOVCOVÁ A., CAMPR V., *Imunofenotypizace kožních T lymfomů*. Čes-slov Derm 2006;2: 82–87.
27. NAVRÁTIL, M., VORLÍČEK, J., KUBEŠOVÁ, H. *Hematologické malignity*. Postgraduální medicína, 2003, 5, Suppl. 5, s. 32-39.
28. NIEDNER, Roland a ADLER, Yael. *Kožní choroby: kapesní obrázkový atlas*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-734-8.

29. NOVOTNÝ, František. *Psoriáza: Aktuální pohledy*. 1. Praha: Tiskárny Havlíčkův Brod, 2002. ISBN 80-247-0313-0.
30. PAGANO, John O. A. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-556-5.
31. PEŇÁZOVÁ, V. *Lupénka*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 4, s. 184-187. ISSN 1802-2960.
32. PETYOVSKÁ, M. *Biologika v léčbě psoriázy*. Sestra. Praha: Mladá Fronta, a.s. 2008. roč. č. 4, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
33. PIZINGER, Karel. *Dermatovenerologie*. 1. Plzeň: Euroverlag s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7177-985-8
34. RAJNOCHOVÁ SVOBODOVÁ, Alena. *Poškození kůže působením slunečního záření, možnosti ochrany a prevence*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3183-3.
35. RESL, Vladimír. *Dermatovenerologie: Učebnice pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2014. ISBN 978-80-261-0387-5.
36. SEMRÁDOVÁ, V. *Přehled terapeutických postupů u psoriázy*. Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s.r.o., 2004 roč. 6, č.3, s.326-330. ISSN 1212-4184.
37. ŠEDOVÁ, L., ŠTOLFA, J. *Biologická léčba psoriatické artritidy*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 31-35. ISSN 1802-2960.
38. ŠIMALJAKOVÁ, Mária. *Psoriáza - etiopatogenéza, klinický obraz a současné možnosti terapie*. Dermatológia pre prax. 2008, 2(2), 50 - 55. ISSN 1337-1746.
39. ŠMUCLER, Roman a Přemysl FRÝDÝ. *Desatero pro bezpečnou práci s lasery, IPL a jinými přístroji fotonické medicíny*. 1.vyd. Praha: FASLMS, 2014. ISBN 978-80-260-7693-3.
40. ŠTOLFA, Jiří a Jiří ŠTORK a kol. *Psoriatická artritida a psoriáza*. 1. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-002-1.
41. ŠTOLFA J., PAVELKA K. *Standardní postupy v léčbě psoriatické artritidy*. Čes. Revm. 2005; 3: 97–110

42. ŠTORK, Jiří et al. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978- 80-7262-371-6.
43. TICHÝ, M., DITRICHOVÁ, D. *Biologika v léčbě těžkých forem psoriázy*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 19-21. ISSN 1802-2960.
44. TOPINKOVÁ, Eva. *Obrázkový atlas chorobných stavů: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1670-4.
45. VAŠKŮ, Vladimír. *Komorbidity u psoriázy, nový pohled na staré onemocnění*. Dermatológia pre prax. 2009, **3**(3), 102 - 104. ISSN 1337-1746.
46. VAŠKŮ, V., ADAM, Z., KRÁL, Z. *Kožní T-lymfomy a současné léčebné postupy*. Klinická onkologie, 2000, 13, s. 35-41.
47. VAŠKŮ, V. *Některé etiopatogenetické aspekty psoriázy*. Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s.r.o., 2004. roč. 6, č.3, s. 323 – 325. ISSN 1212-4184
48. ZAHEJSKÝ, J. *Bariérová funkce kůže z pohledu klinické praxe*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s.r.o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 22-24. ISSN 1802-2960
49. ZÁHEJSKÝ, Jiří. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika: pohledy klinické, fyziologické a biologické*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1551-1.

Seznam použitých zkratek

Aj. – a jiné

ALMS – Mezinárodní akademie pro laseroterapii v medicíně a chirurgii

Apod. – a podobně

ASLO – antistreptolysinový titr

Atd. – a tak dále

BSA – Body Surface Area (povrchová plocha těla)

°C- stupeň Celsia

Cca – přibližně

Cm – centimetr

CO₂ – oxid uhličitý

CRP – C- reaktivní protein (bílkovina, která je zvýšená při zánětlivých procesech v organismu)

CT- počítačová tomografie

DK – dolní končetiny

DNA- Deoxyribonukleová kyselina

EMLA – Evropská lékařská laserová asociace

Ex - ven

FN- Fakultní nemocnice

HIV- Human Immunodeficiency Virus

Hod. – zkratka pro hodinu

i.m. – intramuskulárně (aplikace léku do svalu)

i.v. – intravenózně (aplikace léku do žíly)

kg- kilogram

K/P – klient/pacient

Max. – maximálně

MED – minimální erytémová dávka

Min. – minimálně

min - minuta

mg – miligram

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

MPD – minimální fotoxická dávka

Např. – například

nm – nano metr (jednotka délky)

ORL – Otorhinolaryngologie

PASI- Psoriasis Area and Severity Index

pH- pondus hydrogenia, prostředí kyselosti

p.o. – per os

PUVA – fotochemoterapie s psoraleny

Re-PUVA – fotochemoterapie s retionidy

RTG – rentgenové záření

SUP – selektivní forma UV terapie (311 nm)

SPF – sun protective factor

str. – strana

T1 až T4 – označení velikosti nádorů dle klasifikace zhoubných nádorů

TBC - tuberkulóza

tbl. – tableta

THC – Tetrahydrocannabino (psychoaktivní látka v konopí)

tj. – to je

TNF α faktor - tumor necrosis factor α čili faktor nádorové nekrózy α

TNM – klasifikace zhoubných nádorů

t.r. – toho roku

tzv. – tak zvaně

ung. – unguenta, masti

USA – Spojené státy americké

UV – ultrafialové záření

UVA – typ ultrafialového záření s rozsahem vlnových délek od 315-400 nm

UVB- typ ultrafialového záření s rozsahem vlnových délek od 280-315 nm

UVC- typ ultrafialového záření s rozsahem vlnových délek kratších než 280 nm

W – Watt, jednotka výkonu

WHO – Světová zdravotnická organizace

XY – použitá fiktivní zkratka pro označení skutečného místa/obce

Seznam příloh

Fotodokumentace – Fotografie dotazovaného pacienta č. 1 (1. den, 14. den fototerapie)
- Fotografie dotazovaného pacienta č. 2 (1. den, 14. den fototerapie)

Příloha 1, Informovaný souhlas pacienta se sběrem dat

Příloha 2, Průnik paprsků do kůže

Příloha 3, Synchronní fototerapie

Příloha 4, Systém Aqua – sun

Příloha 5, Celotělové zářiče

Příloha 6, Celotělový zářič nad lůžko pacienta

Příloha 7, Lokální zdroje UVA k ošetřování dlaní, plosek, bérců

Příloha 8, UV hřeben

Příloha 9, Dozimetrie

Příloha 10, Vlastní výstup pro praxi

Příloha 11, Výstup pro praxi pro psoriaticky

Příloha 12, CD

FOTODOKUMENTACE

Fotografie pacienta č. 1

1. den fototerapie



14. den fototerapie



Fotografie pacienta č. 2

1. den fototerapie



14. den fototerapie



Příloha 1 Informovaný souhlas pacienta se sběrem dat

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA SE SBĚREM DAT

Dobrý den,

Jmenuji se Bc. Adéla Burešová, jsem studentkou 2. magisterského ročníku na fakultě zdravotnických studií. Prosím o svolení nahlížení do Vaší dokumentace čistě pro studijní účely pro mou diplomovou práci. Předem uvádím, že všechny získané informace budou anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

Pacient:

- a) Prohlašuji, že jsem byl seznámen s účelem, za jakým budou poskytnuty mé informace z dokumentace.
- b) Svoluji studentce nahlížet do dokumentace.
- c) Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu týkající se v rozsahu onemocnění, způsobu léčby.
- d) Beru na vědomí, že všechny získané informace budou zcela anonymní.

Podpis pacienta:

Datum a místo:

Příloha 2 Průnik paprsků do kůže

ROZDĚLENÍ SPEKTRA	UV - C	UV - B	UV - A	VIZ	IR - A	IR - B	IR - C
VLNOVÁ DÉLKA [nm]	100	280	315	400	760	1400	3000
DOMINANTNÍ ÚČINEK	FOTOCHEMICKÝ			FOTOTERMICKÝ			
RELATIVNÍ HLOUBKA PENETRACE							

-) Průnik paprsků UVR (podle Ditrichové)
 UVC asi 200 nm – pouze do str. corneum
 UVB asi 250 nm do str. spinosum
 UVA asi 300 nm do str. basale
 365 nm do dermis
 400 nm na rozhraní tuku
 700 nm až do tukové tkáně

Zdroj: prezentace Prof. MUDr. Vladimíra Resla, CSc.

Příloha 3 Synchronní fototerapie



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 4 Systém Aqua – sun



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 5 Celotělové zářiče



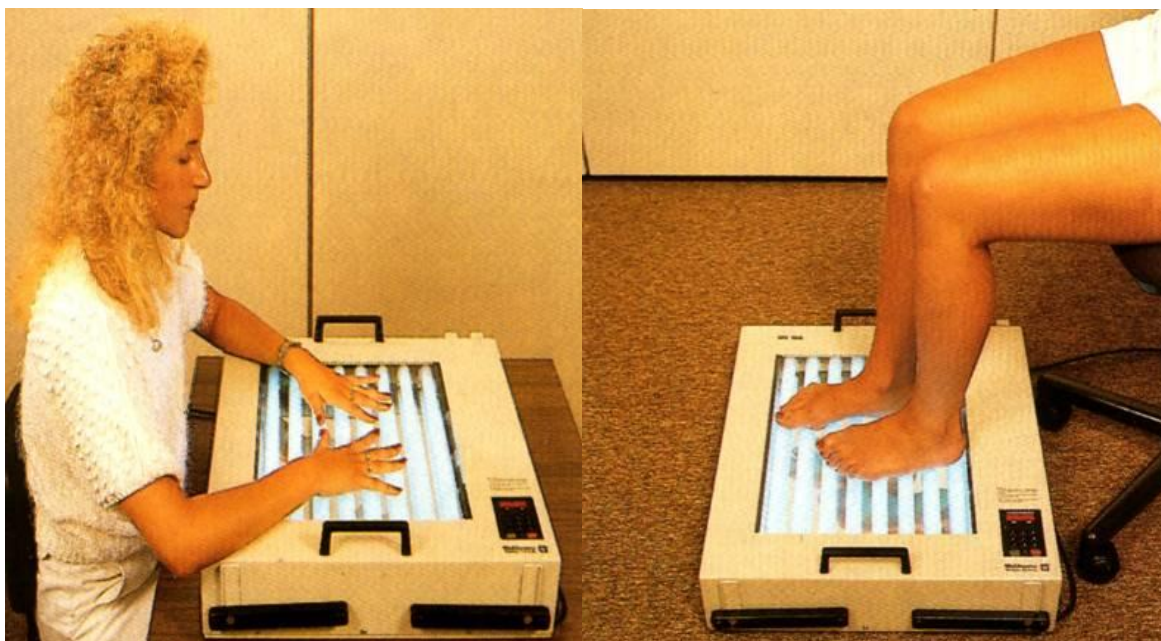
Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 6 Celotělový zářič nad lůžko pacienta



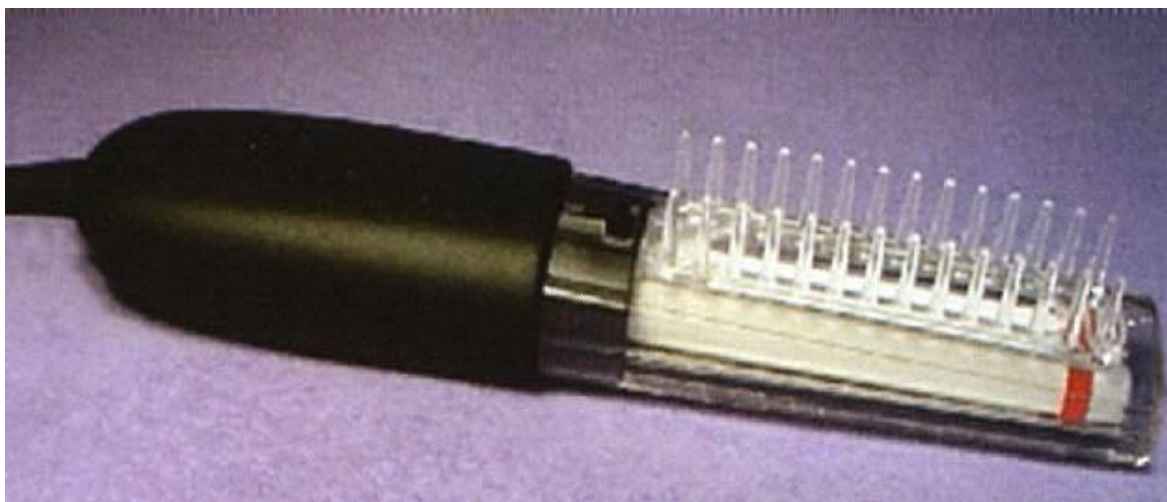
Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 7 Lokální zdroje UVA k ošetřování dlaní, plosek, bérců



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 8 UV hřeben



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 9 Dozimetrie



Zdroj: Vlastní zdroj

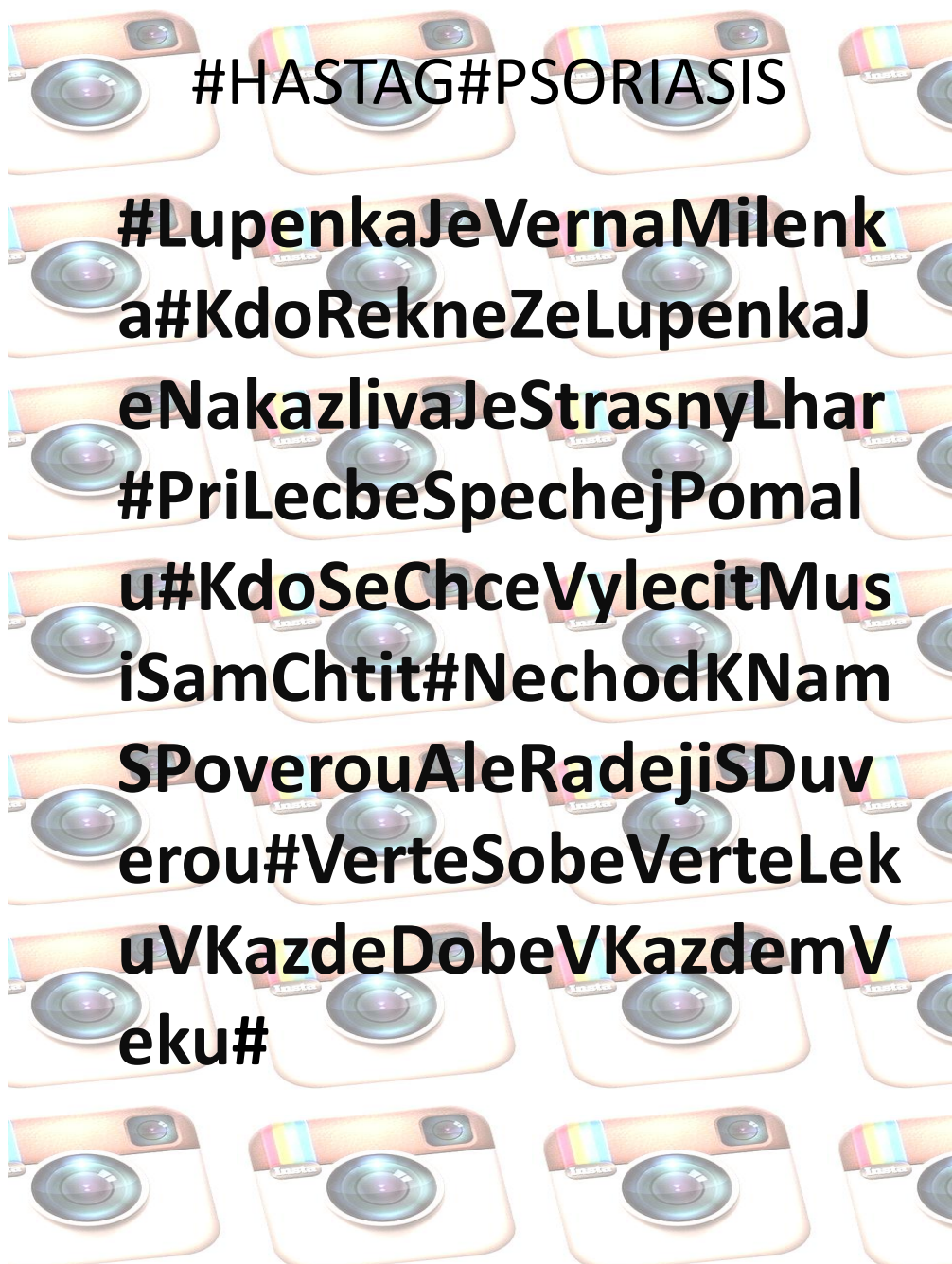
Příloha 10 Vlastní výstup pro praxi

Desatero pacienta při léčbě fototerapií

1. Ochrana očí slunečními brýlemi.
2. Ochrana prsních bradavek.
3. Ochrana intimních míst.
4. Clona nepostížených partií těla.
5. Dodržování pravidelných kontrol kůže.
6. Aplikace suncreenu nejdéle 15-30 minut před zahájením fototerapie.
7. Ochrana pigmentových skvrn (např. zinkovou mastí).
8. Během fototerapie dbát na řádné promazávání pokožky.
9. Pravidelnost v docházení na fototerapii.
10. Sledovat stav pokožky a informovat lékaře o změnách na kůži.

Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 11 Výstup pro praxi pro psoriaticky



Zdroj: vlastní zdroj