

Název projektu	Podpora blended learning a sjednocení eLearningových opor v IS SU

Dermatovenerologie

Distanční studijní text

Lenka Gavlasová

Opava 2021



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Dermatovenerologie, Ošetrovatelská péče v dermatovenerologii
Klíčová slova: Dermatovenerologie, kožní choroby, dermatovenerolog, terapie
Anotace: Předložená studijní opora poskytuje základní informace o oboru dermatovenerologie. Seznamuje s klinickými stavy a onemocněními postihujícími kůži a zevní pohlavní orgány. Seznamuje s diagnostikou, léčbou nemocných a poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Autor: **Mgr. Lenka Gavlasová**

Obsah

ÚVODEM.....	7
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	8
1 DERMATOVENEROLOGIE JAKO OBOR	9
1.1 Úkoly a metody oboru.....	11
1.2 Hygienicko-epidemiologické zásady práce.....	11
1.3 Podpora zdraví a prevence onemocnění kůže	13
1.3.1 Prevence onemocnění kůže.....	13
1.4 Dokumentace, dispenzarizace, hlášení.....	13
2 OBECNÁ DERMATOLOGIE	18
2.1 Anatomie, histologie a fyziologie kůže.....	19
2.1.1 Patologicko-anatomické změny v kůži	24
2.1.2 Etiopatogeneze kožních nemocí	24
2.2 Klinická diagnostika.....	25
2.2.1 Základní klinické vyšetření.....	25
2.2.2 Aspekce a popis kožních příznaků.....	26
2.3 Speciální laboratorní a vyšetřovací metody používané v dermatologii	29
2.4 Léčebné postupy.....	34
2.4.1 Vnitřní terapie	34
2.4.2 Zevní terapie	36
2.4.3 Fyzikální léčba v dermatologii.....	37
2.4.4 Dermatochirurgie	41
2.5 Zásady ošetrovatelské péče	42
3 SPECIÁLNÍ DERMATOLOGIE	46
3.1 Kožní projevy z fyzikálních příčin.....	47
3.1.1 Intertrigo, opruzení	47
3.1.2 Decubitus, proleženina.....	47
3.1.3 Artefakty, neurotické exkoriace, sebepoškozování	48
3.1.4 Clavus, kuří oko	49
3.1.5 Combustio (popálenina), congelatio (omrzlina), perniones (oznobeniny) ..	50
3.1.6 Dermatitis solaris, fotodermatózy	51
3.2 Kožní choroby parazitární	53

3.2.1	Svrab, scabies.....	53
3.2.2	Trombiculosis, srpnová vyrážka	54
3.2.3	Pediculosis, zavšivení	55
3.2.4	Cimicosis, kožní projevy vyvolané štěnicemi	56
3.2.5	Pulicosis, kožní projevy vyvolané blechami.....	56
3.2.6	Ixodidae, kožní projevy vyvolané klíšťaty	57
3.2.7	Oxyuriasis - enterobiasis.....	58
3.3	Kožní choroby vyvolané houbami a kvasinkami, mykózy	58
3.3.1	Pityriasis versicolor.....	58
3.3.2	Tinea	59
3.3.3	Candidiasis (onemocnění vyvolané kvasinkami).....	61
3.4	Kožní choroby vyvolané koky – pyodermie	62
3.4.1	Pyodermie povrchové	63
3.4.2	Pyodermie folikulární	64
3.4.3	Pyodermie potních a apokrinních žláz.....	66
3.4.4	Pyodermie hluboké	67
3.4.5	Pyodermie vázané na nehty	69
3.4.6	Pyodermie chronické	69
3.5	Kožní choroby vyvolané ostatními bakteriemi	70
3.5.1	Lymeská choroba, borreliosis	70
3.5.2	Tuberkulóza kůže.....	71
3.6	Kožní choroby vyvolané viry	74
3.6.1	Verrucae planae juveniles, ploché bradavice.....	74
3.6.2	Verrucae vulgares, bradavice.....	74
3.6.3	Molluscum contagiosum.....	74
3.6.4	Condylomata acuminata.....	75
3.6.5	Herpes simplex, opar	76
3.6.6	Herpes zoster, pásový opar	77
3.7	Dermatitidy, ekzémy	77
3.7.1	Dermatitis contacta irritativa.....	79
3.7.2	Eczema contactum allergicum	79
3.7.3	Eczema microbiale.....	80
3.7.4	Eczema nummulare.....	80

3.7.5	Eczema dyshidroticum.....	80
3.7.6	Dermatitis atopica	80
3.7.7	Dermatitis seborrhoica	81
3.8	Lékové exantémy	82
3.9	Kožní choroby z povolání	83
3.10	Kopřivka, urtikárie.....	85
3.11	Kožní choroby z poruch rohovění	86
3.11.1	Psoriasis, lupénka.....	86
3.11.2	Parapsoriázy	88
3.12	Nejčastější choroby obličeje	90
3.12.1	Acne vulgaris	90
3.12.2	Rosacea - růžovka	90
3.12.3	Dermatitis perioralis.....	91
3.13	Choroby puchýřnaté	92
3.13.1	Pemphigus vulgaris	92
3.13.2	Pemphigoid	93
3.14	Erythrodermie – dermatitis exfoliativa.....	94
3.15	Kožní choroby postihující vazivo, kolagenózy	94
3.15.1	Sklerodermie	94
3.15.2	Dermatomyositis	95
3.15.3	Lupus erythematosus (LE).....	96
3.16	Kožní choroby z poruchy cirkulace.....	98
3.16.1	Nemoci tepen	98
3.16.2	Nemoci tepének (arteriol)	98
3.16.3	Nemoci kapilár.....	100
3.16.4	Nemoci žil.....	101
3.16.5	Lymfedém	104
3.17	Kožní nádory	107
3.17.1	Přednádorové stavy, prekancerózy	108
3.17.2	Nezhoubné nádory	108
3.17.3	Zhoubné kožní nádory	110
4	VENEROLOGIE	115
4.1	Syphilis, lues (příjice)	116

4.1.1	Syphilis acquisita (získaná).....	116
4.1.2	Syphilis congenita (connata, vrozená)	119
4.1.3	Depistáž.....	121
4.1.4	Dispenzarizace	121
4.1.5	Preventivní opatření	122
4.2	Gonorrhoea (kapavka).....	123
4.3	Infekce vyvolané virem lidské imunodeficiencie (HIV), AIDS.....	124
4.4	Pohlavně přenosné nemoci, sexually transmitted diseases (STD)	126
4.5	Prevence pohlavně přenosných infekcí	127
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S VYBRANÝMI KOŽNÍMI CHOROBAMI	130
5.1	Ošetřovatelský proces u pacienta s plísňovým onemocněním	131
5.2	Ošetřovatelský proces u pacienta s virovým onemocněním – herpes zoster	134
5.3	Ošetřovatelský proces u pacienta s psoriasis vulgaris.....	137
5.4	Ošetřovatelský proces u pacienta s ulcus cruris	141
5.5	Ošetřovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním kůže	145
6	ZÁVĚREČNÝ TEST	152
	LITERATURA	155
	SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	156
	PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	157

ÚVODEM

Předložená studijní opora poskytuje základní informace o oboru dermatovenerologie. Dermatovenerologie je samostatným lékařským oborem a jeho zvládnutí vyžaduje studium. Zdravotničtí pracovníci se setkávají ve všech klinických oborech s nemocnými s kožními chorobami, a proto je důležité mít základní vědomosti z tohoto oboru.

Je určena pro studenty bakalářského oboru ošetrovatelství, může být ale použita i pro studenty jiných oborů, kteří se připravují na práci v pomáhajících profesích.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora poskytuje základní informace o oboru dermatovenerologie, zaměřuje se na diagnostiku, léčbu a prevenci vzniku kožních chorob. Objasňuje jednotlivé diagnostické metody, léčebné postupy a způsoby ošetrovatelské péče, preventivní opatření u sexuálně přenosných nemocí a zároveň hygienicko-epidemiologická opatření u pacientů s parazitárními chorobami.

Text, který si budete postupně studovat je rozdělen do čtyř specifických kapitol.

V první kapitole si vysvětlíme jaké jsou úkoly a metody dermatovenerologie, jaké jsou třeba na těchto pracovištích dodržovat hygienicko - epidemiologické zásady práce. Tato kapitola je ukončena podkapitolou zabývající se vedením zdravotnické dokumentace a dispenzarizace pacientů.

Druhá kapitola má obecný charakter, postupně se v ní seznamujeme s kůží, jejím složením, strukturou, jednotlivými kožními eflorescencemi a speciálními vyšetřovacími metodami používanými v dermatovenerologii.

Třetí kapitola je rozsáhlá a je věnována kožním chorobám a jejich léčbě, zabývá se etiopatogenezí, klinickému obrazu, terapii a poskytované ošetrovatelské péči.

Čtvrtá kapitola se zabývá nemocemi sexuálně přenosnými, popisem jednotlivých charakteristických projevů, léčbu a způsob následné dispenzarizace pacientů s venerickými chorobami.

Pátá kapitola na vybraných pacientech s dermatologickou diagnózou aplikuje ošetrovatelský proces, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, cíle ošetrovatelské péče a plánované intervence sestry.

Závěrečná, šestá kapitola obsahuje kontrolní otázky k probraným tématům, cvičení a úkoly, které by měl student zvládnout po nastudování této opory.

1 DERMATOVENEROLOGIE JAKO OBOR

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

První kapitola je věnována základním informacím o oboru dermatovenerologie, co je předmětem oboru a jeho úkoly a metody. Studenti se současně dozví jaké jsou hygienicko-epidemiologické zásady práce na tomto pracovišti a preventivní opatření zabraňující vzniku a šíření kožní nemoci.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- definovat dermatovenerologii jako obor
- charakterizovat hygienicko-epidemiologické zásady práce na dermatovenerologických pracovištích
- vyjmenovat preventivní opatření týkající se onemocnění kůže
- vysvětlit způsob vedení zdravotnické dokumentace, dispenzarizace a hlášení na dermatovenerologických pracovištích
- vyjmenovat nemoci podléhající povinnému hlášení

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

1,5 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Dermatovenerologie, kůže, zásady práce, ochrana zdraví, hlášení, dispenzarizace

Dermatovenerologie je základním lékařským oborem ve všech zemích Evropské unie.

Zabývá se prevencí, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, léčením, dispenzarizací, depistáží, epidemiologickým šetřením, posudkovou činností, edukací a výzkumem nemocí kůže, kožních adnex, podkoží a přechodných orificiálních sliznic, ale i vnitřních orgánů, pokud souvisejí jejich patologické stavy s kožními a slizničními projevy. Dermatovenerologie je jednotným lékařským oborem, zahrnujícím jak choroby kůže, jejich adnex a přechodných sliznic (dermatologie), tak choroby venerické resp. sexuálně přenosné, tj. STD (venerologie). Onemocnění venerická se manifestují, stejně jako onemocnění kožní, na kůži, jejich adnexech a přechodných sliznicích, proto je venerologie nedílnou součástí dermatologie a současně výhradní činností oboru dermatovenerologie. Historicky se obě součásti oboru vyvíjely společně.

Dermatovenerologie je obor, jež svou pozornost věnuje kterékoliv věkové kategorii, tj. od novorozeneckého věku do stáří. Choroby kožní a pohlavní patří mezi nečastější onemocnění vůbec (každý 3.–5. nemocný přichází k praktickému lékaři s kožním problémem). Kožní nemoci z povolání jsou nejčastějšími profesionálními chorobami. Kožní a venerické choroby mají trvale stoupající incidenci.

Současné pojetí oboru dermatovenerologie chápe kůži jako orgán vybavený množstvím jedinečných a komplexních biologických funkcí, nezbytných pro přežití jedince i člověka jako biologického druhu.

Předmětem oboru je studium stavby a fyziologických funkcí zdravé kůže, zjišťování prevalence, incidence, etiopatogeneze kožních a pohlavních chorob, jejich diagnostika (klinická, laboratorní a pomocná vyšetření), léčení, dispenzarizace, prevence, profylaxe a dokumentace kožních a pohlavních nemocí. Obor se spolupodílí na organizaci a tvorbě zákonných ustanovení. Obor musí zajišťovat i potřebnou úroveň znalostí a možností ochrany obyvatelstva státu či spojenců při napadení. Nedílnou součástí oboru je výzkum (aplikovaný, ověřování účinnosti nových diagnostických a léčebných postupů), výuka a osvěta.

1.1 Úkoly a metody oboru

Dermatologie zaměřuje pozornost zejména na poruchy kůže, podkoží, kožních adnex a přechodných orificiálních sliznic (dále jen "kůže"). Rozumí se tím zejména choroby a stavy ze zevních příčin (mechanických, chemických, aktinických), nemoce z kontaktu či infekce vyššími organismy, artropody, červy, prvoky, houbami, bakteriemi a viry. Dále se zabývá skupinou zánětů kůže včetně alergických (skupina dermatitid, zejména atopická, kopřivka, lékové exantémy, pruritus). Ekonomicky závažné jsou kožní nemoci z povolání, autoimunitní choroby s kožními a slizničními projevy, poruchy keratinizace (především lupénka), komplexní léčba vředů a chronických ran, choroby pojiva a tukové tkáně, poruchy pigmentace, choroby kožních adnex, tj. vlasů, nehtů, mazových (akné) a potních žláz. Rozsáhlá skupina nemocí souvisí s poruchami metabolismu a žláz s vnitřní sekrecí. Obor se zabývá dále kožními chorobami z poruch cirkulace (arteriální, venózní i lymfatické) a vývojovými poruchami kůže (kdy je důležitá především diagnostika a dispenzarizace pigmentových névů). Prioritu v diagnostice, prevenci i léčbě představují přednádorové stavy, paraneoplastické projevy na kůži a sliznicích, všechny typy kožních nádorů (benigní nádory, nádory in situ, maligní kožní nádory, pseudolymfomy a lymfomy). Svá specifika mají kožní choroby dětského věku, kožní změny a choroby ve stáří. Stále významnějšími se stávají importované kožní infekce.

1.2 Hygienicko-epidemiologické zásady práce

Dermatovenerologie se rozsahem léčebné péče prakticky rovná interně. Nebývají zde tak častým pravidlem vnitřní onemocnění, ale zcela běžné chronické formy onemocnění. jedná se nejčastěji o kardiaky, hypertoniky, nemocné cukrovkou, kolagenózami, metabolickými nemocemi a nemocné s nádory nebo s podezřením na nádorový proces. Hojně nemocných trpí neurologickými a ortopedickými potížemi. Stále více převládají starší nemocní. Ošetrovatelská technika navíc předpokládá časově náročné úkony spočívající v zevní léčbě a ve specializovaných diagnostických i léčebných úkonech. To je spojeno s určitými riziky jednak z možné senzibilizace těmito léky a rovněž ve zvýšené možnosti přenosu infekce (pyodermie, mykózy, tbc, virová onemocnění, pohlavní choroby apod.).

Zdrojem infekce je většinou biologický materiál: krev, stolice, moč, sputum, biopsie, šupiny kůže, tkáňový mok, obsah puchýřů, sekret vředů a píštělí.

Zaschnutím na obvazech, předmětech, prádle, oblečení se hlavně při manipulaci (převlékání lůžek, pacientů atd.) šíří do ovzduší mikrobiální a plísňové infekce.

Hlavní zásady jsou stanoveny ve vyhlášce č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Zde jsou uvedeny postupy při příjmu nemocných, ošetřování, předcházení a postupu při nemocničních nákazách, manipulaci se stravou a základy dezinfekce, postupu s odpady i deratizace.

Kožní a venerologická pracoviště mají svůj hygienicko-epidemiologický režim, protože veškerý materiál je nutný považovat za infekční. Nutná je i prevence nozokomiálních nákaz.

Dezinfekcí rozumíme soubor opatření, jejichž cílem je zabránit šíření nákazy od zdroje k vnímavému jedinci.

Dezinfekce spočívá:

- 1) u biologického materiálu v ošetření virucidním prostředkem
- 2) mechanické očištění
- 3) vlastní dezinfekci – metody: a) fyzikální
b) chemická

S těmito postupy úzce souvisí i důsledně a technicky správně provedená dezinfekce rukou. Dezinfikovat si ruce je nutné před a po odchodu ze služby, před a po kontaktu s pacientem, manipulace s kontaminovanými předměty (obvazy, podložní mísy), po užití toalety, po manipulaci s infekčním materiálem a před operací. Důležitý je správný postup prováděné dezinfekce rukou.

Opatření k odstraňování odpadů

Na kožním oddělení, ale i v ordinaci, vzniká množství odpadu různého charakteru a vlastností. Je nutné provádět jeho třídění. Odpad dělíme na: a) komunální

b) zdravotnický

c) sklo.

Rozdílné jsou postupy zneškodňování. Hospodaření s odpady je ošetřeno zákony, vyhláškami a nařízeními vlády ČR.

Bezpečnost práce a ochrana zdraví

Vedoucí pracovník musí již při přijetí nového zaměstnance jej seznámit se všemi předpisy bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, tj. s právy a povinnostmi zaměstnance, povinnostmi zaměstnavatele, upozornit a zaškolit v postupu proti pracovním úrazům, naučit manipulaci s ochrannými prostředky, manipulaci s tlakovými lahvemi s plyny nebo jejich rozvody, s postupem při manipulaci s elektrickým proudem, protipožární ochranou, zákonem před alkoholismem a vyznačit zakázané práce pro ženy a mladistvé. K tomu přistupují specifické předpisy příslušného pracoviště.

1.3 Podpora zdraví a prevence onemocnění kůže

Kapitolu péče o zdraví v dermatovenerologii nastudujte v literatuře a z přednášky. Pro důkladné zvládnutí ošetrovatelské kompetence musíte umět rozpracovat tuto oblast metodou ošetrovatelského procesu a s taxonomiemi NANDA, NIC, NOC.

Při studiu se zaměřte na ošetrovatelskou diagnostiku orientovanou na posouzení zdraví a hledání možností jak zdraví zlepšit.

1.3.1 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ KŮŽE

Předcházet chorobám spočívá v řadě postupů:

- a) v osvětě
- b) v dispenzarizaci a aktivním vyhledávání zdrojů infekce a osob ohrožených, platí to hlavně pro pohlavní choroby a nádory
- c) v hygieně kůže, hlavně ochrana před zevními vlivy vhodnými oděvy, rukavicemi, ochrannými mastmi a dalšími pomůckami

K hygieně kůže patří v širším slova smyslu všechny způsoby, které mají podpořit ochranné a obranné funkce kůže jako hygiena oblékání, obouvání, ochranné masti, krémy, používání UV-faktorů, kosmetika čistící i regenerační.

K hygieně kůže patří v užším slova smyslu odstraňování nečistot z povrchu kůže.

Zásady očisty a péče o nemocnou kůži při hospitalizaci nemocného:

1. posoudit stav kůže nemocného
2. zjistit možné postižení nemocného parazity
3. zvolit nejvhodnější způsob očisty vzhledem ke stavu nemocného (postupy a péče o nemocné s cukrovkou)

1.4 Dokumentace, dispenzarizace, hlášení

Řádné vedení zdravotnické dokumentace je velice důležité, neboť uchovává potřebná data o pacientovi a zprostředkovává komunikaci mezi zdravotníky. Její nezbytnost se ukáže při všech forenzních posudcích. Nedostatečná nebo neúplná dokumentace nedává možnost zdravotníkovi se kvalifikovaně obhájit (mohou být vzneseny připomínky k postupu lege artis na zdravotníky) nebo nemoc či stav může být předmětem soudního sporu, řízení o částečném nebo plném invalidním důchodu apod.

Obsahová stránka dokumentace patří z větší stránky k povinnostem lékaře. Sestra v ambulanci má v povinnostech řádné zakládání dokumentace a udržování pořádku, aby tato dokumentace mohla být vždy rychle nalezena.

V současnosti sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci o nemocném, která patří výhradně do kompetencí nelékařského zdravotnického personálu. Sestry také vedou dispenzarizace a zvaní nemocných.

V dermatologii si zvláštní péči vyžaduje dokumentace profesionálních, pohlavních chorob a nádorových onemocnění. Musí být také vedena agenda histologických vyšetření. Je důležitá povinnost zdravotnického personálu o zachování lékařského tajemství a dodržování mlčenlivosti.

Dispenzarizace je zdravotnický úkon směřující k obzvláště pečlivému sledování vybraných skupin obyvatelstva nebo důležitých klinických jednotek. Je nezbytná pečlivá průvodní dokumentace.

V dermatovenerologii jsou dispenzarizováni především nemocní s pohlavními nemocemi, kožními nádory a prekancerózami, profesionálními chorobami, kožní tuberkulózou. Doporučeno je dispenzarizovat i nemocné s erytematodem, puchýřnatými chorobami, dalšími autoimunními stavy a kožními komplikacemi diabetu.

Hlášení. Z důvodu státní zdravotní politiky, sledování vývoje nemocnosti a k zavádění potřebných opatření podléhá řada onemocnění i v dermatovenerologii povinnému hlášení. Jsou to především klasické pohlavní nemoci, AIDS resp. HIV pozitivita, infekční nemoci (např. scabies, pedikulózy, tbc, zoonózy), profesionální kožní choroby, kožní nádory, tropické dermatózy, nozokomiální infekce a nežádoucí reakce léků.

Hlášení se provádí na tiskopisech pro „Hlášení choroby z povolání“, nebo na „Hlášení infekčního onemocnění“. Občas se na dermatovenerologických pracovištích lze setkat s „Hlášením úrazu pacientů“, „Hlášením úrazu nebo infekce u zdravotníků“ a „Hlášením nozokomiální infekce“.

Každé dermatovenerologické zdravotnické zařízení v ČR musí povinně hlásit následující data:

- Hlášení infekčních nemocí (pohlavních chorob a infekčních nemocí)
- Národní onkologický registr. Hlásí se povinně zhoubné novotvary a novotvary *in situ*, novotvary nejistého a neznámého chování a vybrané benigní novotvary a dysplazie.
- Národní registr vrozených vad. Sledují se vrozené vady (VV), geneticky podmíněná onemocnění (GPO) a jiná vzácná onemocnění (rare diseases – RD) zjištěná kdykoliv (u plodů, živě i mrtvě narozených nebo kdykoliv během života).
- Národní registr hospitalizovaných. Každá hospitalizace pacienta podléhá hlášení do registru NRHOPSP.

- Národní registr nemocí z povolání. Hlášení podléhá každá uznaná nemoc z povolání či ohrožení nemocí z povolání dle platného Seznamu nemocí z povolání, vzniklá v souvislosti s výkonem práce pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Studiem kapitoly se studenti seznámili se základními informacemi o dermatovenerologii jako vědním a klinickým oboru, jeho úkolech a metodách, seznámili se s pojmem dispenzarizace a povinné hlášení.

KONTROLNÍ OTÁZKA

1. Čím se zabývá dermatovenerologie, co je předmětem oboru?
2. Vysvětlete hygienicko-epidemiologické zásady práce na dermatovenerologických pracovištích.
3. Co je zdrojem infekce na dermatovenerologických pracovištích?
4. Která vyhláška stanovuje hlavní zásady předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí?
5. Vyjmenujte preventivní opatření týkající se onemocnění kůže.
6. Jaké jsou zásady očisty a péče o nemocnou kůži při hospitalizaci nemocného?
7. Kdy je nutné provádět dezinfekce rukou?
8. Vysvětlete způsob vedení zdravotnické dokumentace, dispenzarizace a hlášení na dermatovenerologických pracovištích.
9. Co je to dispenzarizace a kterých nemocných se to týká?
10. Která onemocnění podléhají povinnému hlášení?

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

1. Jakým způsobem může sestra podpořit nebo naopak zabránit vzniku onemocnění při vykonávání ošetrovatelských činností?

2. Je podle vás dostatečná osvěta týkající se předcházení kožním chorobám?
3. Dovedli byste si vzpomenout na nějakou pro vás zajímavou osvětovou akci zaměřenou na prevenci kožního onemocnění?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vypište vše, co můžete dělat v rámci prevence a péče o zdraví u níže uvedených systémů. Své odpovědi věkově strukturujte: děti – dospělí – senioři. Výsledky své práce konzultujte ve cvičeních.

Podpora zdraví kůže a její ochrana

Děti:	
Dospělí:	
Senioři:	

Péče o kůži

Děti:	
Dospělí:	
Senioři:	

DALŠÍ ZDROJE

HERCOGOVÁ, J. et al. 2019: Klinická dermatovenerologie, 1. díl, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. 863s. ISBN 978-80-204-5321-1.

RESL, V. et al. 1997: Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 138s. ISBN 80-7184-395-4.

VYHLÁŠKA MZ č. 134/1998 Sb. Klasifikace a náplň oboru, odbornost 404, 405 a 406 [online] [cit. 2012-08-06] Dostupné na www: http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/verze_cz/napl_n_koncepce_der_b1.htm

2 OBECNÁ DERMATOLOGIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Druhá kapitola seznamuje studenty s anatomíí, histologií a fyziologií kůže, s etiopato-genezí kožních nemocí, patologicko-anatomickými změnami na kůži. Po prostudování bude student schopný popsat jednotlivé kožní příznaky, používané speciální vyšetřovací metody a léčebné postupy.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- orientovat se v pojmech používaných v anatomii a fyziologii kůže
 - orientovat se v základních klinických vyšetřeních, laboratorní diagnostice a speciálních laboratorních vyšetřovacích metodách používaných v dermatologii
 - orientovat se v léčebných postupech uplatňovaných v dermatovenerologii
-

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Kůže, podkožní adnexa, kožní eflorescence, vnitřní terapie, zevní terapie a její aplikační formy, fyzikální léčba, dermatochirurgické zákroky.

2.1 Anatomie, histologie a fyziologie kůže

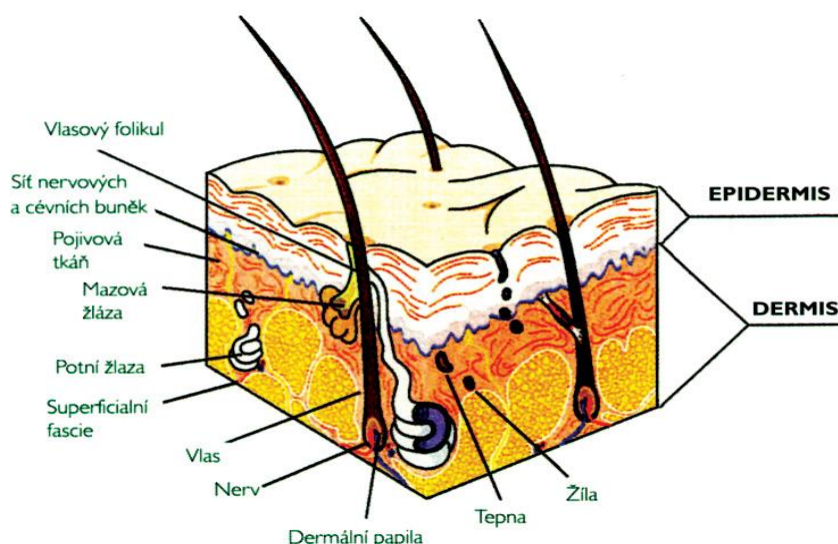
Kůže je skladebně a vývojově složitý orgán značného významu. Její hmotnost je 15-20 kg (včetně podkoží) a plochou 1,5-2 m² patří k největším v lidském těle. Tloušťka kůže kolísá v závislosti na věku, pohlaví, výživě a na anatomické lokalizaci. (Obr. 1)

Kožní tkáň se skládá ze 3 základních částí:

1. **Epidermis** (pokožka)
2. **Korium** (dermis, škára)
3. **Tela subcutanea** (subcutis, podkožní vazivo)

Dále jsou v podkoží uložena **adnexa**: a) **žlázová** (potní a mazové žlázy)
b) **keratinizovaná** (vlasy a nehty).

Obrázek 1 Průřez kůží



Převzato z: <http://faculty.stcc.edu/AandP/AP/AP1pages/Units1to4/epitissmol/skin.htm>

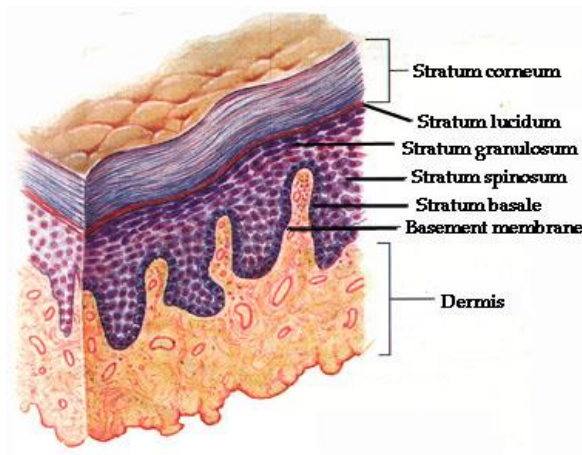
1. Epidermis je nejzevnější vrstva kůže tvořená dlaždicovým epitelem, je bezcévnatá a výživa je zajišťována difúzí z koria. Trvale se obnovuje dělením v bazální vrstvě, směrem k povrchu se buňky postupně oplošťují a rohovějí. Tento proces vyžívání (diferenciace, keratinizace) trvá cca 4 týdny a výsledkem je vodě odolný keratin a tukové látky, které jsou součástí ochranného bariérového filmu. Epidermis se skládá z 5 vrstev.

- **Stratum basale** – je tvořeno cylindrickými buňkami s velkými jádry a tonofilamenty, (ty zvyšují mechanickou odolnost buňky). Hlavní složkou tonofilament je cytoke-

ratin. Asi 5-10% buněk bazální vrstvy tvoří melanocyty. Zde syntetizovaný melanin je předáván okolním buňkám a slouží k ochraně před ultrafialovým zářením. Přítomné Merkelovy buňky mají vztah k jemnému cití.

- **Stratum spinosum** – v této vrstvě se nalézají i Langerhansovy buňky, které mají význam pro imunitní děje v kůži.
- **Stratum granulosum** – je typické svými 1-3 řadami oploštělých buněk s přítomností keratohyalinových zrn, která jsou meziproduktem rohovění. Keratinozomy se vyzrádnují do intercelulárního prostoru a jsou zdrojem epidermálních lipidů.
- **Stratum lucidum** – tenká vrstva buněk, která je výrazněji vyvinutá jen na dlaních a ploskách.
- **Stratum corneum** – rohová vrstva, je tvořená několika vrstvami již zcela keratinizovaných buněk, bez jader a organel. Korneocyty se ve formě lamel trvale odlučují na kožním povrchu, což zajišťuje samočisticí schopnost kůže. (Obr. 2)

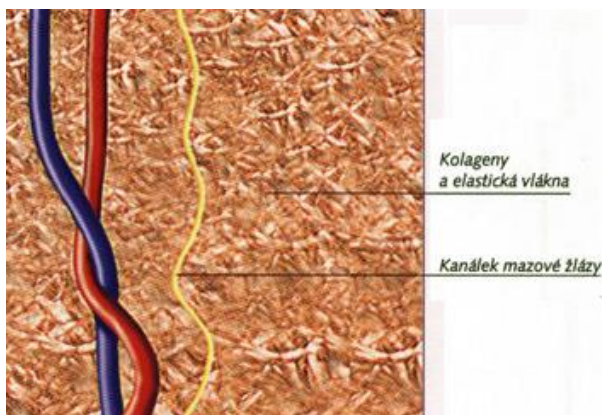
Obrázek 2 Schéma epidermis



Převzato z: <http://faculty.stcc.edu/AandP/AP/AP1pages/Units1to4/epitissmol/skin.htm>

2. Korium je vazivová vrstva kůže, rozdělovaná na povrchovou pars papularis a hlubší pars reticularis. Papilární vrstva je tvořena řídkým vazivem s četnými buňkami (fibrocyty, makrofágy, žírné buňky aj.). Retikulární dermis je vyplněna tuhým vazivem s menším počtem buněčných elementů a vazivových vláken. Kolagenní vlákna jsou tvořena proteinem a tvoří 70% dermis a zodpovídají za tuhost a pevnost kůže, elastická vlákna jsou významná pro pružnost kůže a s věkem jich ubývá. Nejčetnější jsou kolem vlasových folikulů a potních žláz. Základní substance dermis je polopevná matrix zodpovídající za viskozitu a hydrataci koria a umožňující transport látek v kožní tkáni. (obr. 3)

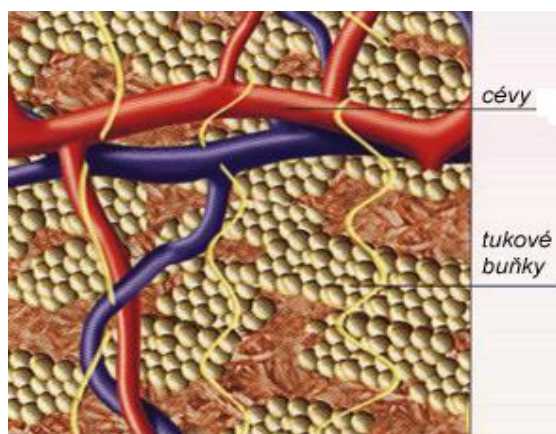
Obrázek 3 Schéma dermis



Převzato z: <http://faculty.stcc.edu/AandP/AP/AP1pages/Units1to4/epitissmol/skin.htm>

3. Tela subcutanea – je tvořeno tukovou a vazivovou tkání a bohatě vaskularizováno. Lalůčky podkožního tuku jsou od sebe odděleny snopci vaziva. (obr. 4)

Obrázek 4 Schéma podkožní tkáně



Převzato z: <http://faculty.stcc.edu/AandP/AP/AP1pages/Units1to4/epitissmol/skin.htm>

Adnexa žlázová – jsou vázané na vlasový folikul. Vyskytují se v oblasti kštiny, obličeje, zad a hrudníku, chybí na dlaních a ploskách. Maz je produkován tzv. holokrinní sekrecí, tzn., že celé buňky se mění v sekret (sebum).

- a) *ekrinní potní žlázy* – jsou rozptýleny po celém kožním povrchu s maximem na dlaních a ploskách. jejich sekreční část je uložena hluboko v kóriu. Produkce potu v množství až 10 l/den je významným faktorem termoregulace.
- b) *apokrinní potní žlázy* – jsou velké žlázy ústící do vlasových folikulů v oblasti perigenitální, perianální, v axilách. Aktivují se v pubertě a produkují alkalický sekret s obsahem aromatických látek.

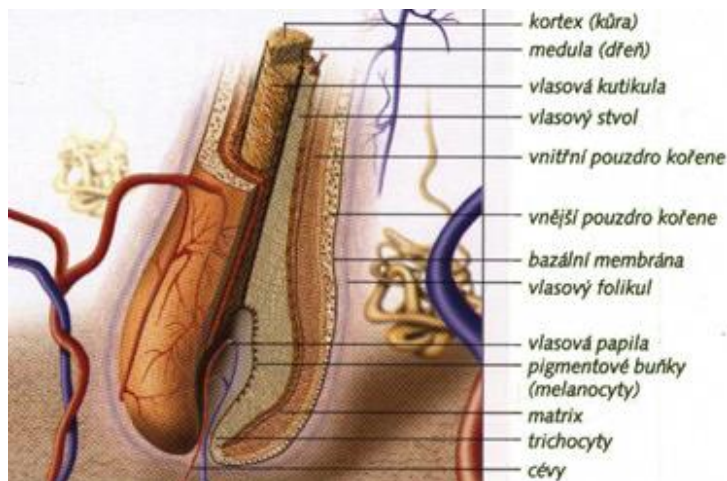
Adnexa keratinizovaná

Vlasy nalézáme na celém kožním povrchu kromě dlaní, plosek, glans penis a vulvy.(obr. 5)

Rozlišujeme 3 druhy vlasu:

1. lanugo (fetální chmýří)
2. vlas velusový (jemné krátké vlásky kryjící většinu kožního povrchu)
3. terminální vlasy (tvoří ochlupení pubické, axilární, vousy aj.)

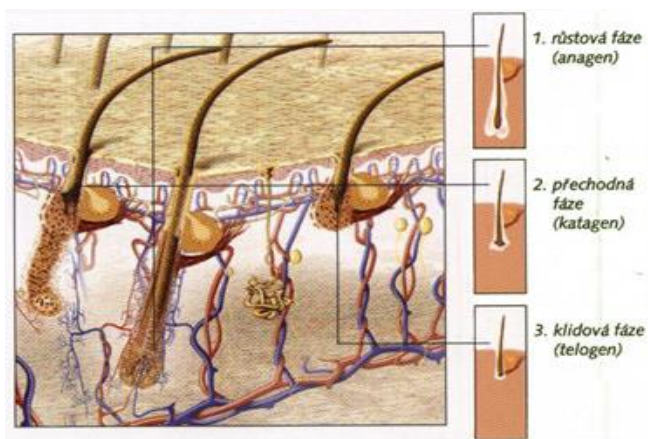
Obrázek 5 Schéma vlasového folikulu



Převzato z: <http://www.studioamadeus.cz/o-vlasech.html>

Vlasový kořen je uložen do vlasového folikulu a ten spolu s mazovou žlázou tvoří funkční pilosebaceózní jednotku. Vlas se skládá ze dřeně, kůry a kutikuly. Kůra je tvořena keratinem a barva vlasu je určena přítomným melaninem. Pro růst vlasů do délky je rozhodující dělení buněk v dolní části vlasové cibulky. Vlasů na hlavě je cca 100 000, rostou v nezávislých cyklech. Růstová fáze (*anagen*) je nejdelší, trvá několik let, dvoutýdenní je fáze zániku (*katagen*), klidová fáze před výpadem (*telogen*) trvá asi 2-4 měsíce. Výpad 70-100 vlasů za den je považován za normální. (obr. 6)

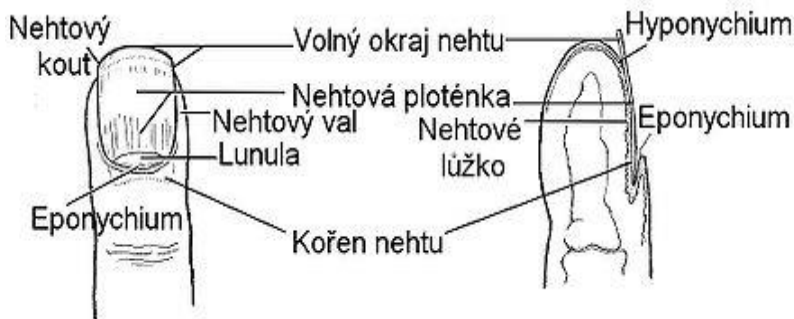
Obrázek 6 Růstové fáze vlasu



Převzato z: <http://www.studioamadeus.cz/o-vlasech.html>

Nehty – se skládají z plochých zrohovatělých buněk, vyrůstajících z nehtové matrix, odkud se posunuje po nehtovém lůžku. (obr. 7)

Obrázek 7 Schéma nehtu



Převzato z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nehet>

Fyziologie kůže

Kůže je hraniční orgán s mnoha významnými funkcemi. Působí jako ochranná bariéra proti mechanickým, chemickým a radičním vlivům, brání pronikání infekčních zárodků, udržuje stálé vnitřní prostředí zamezením ztrát vody, elektrolytů, bílkovin a dalších látek. Epidermis má též důležitou imunologickou funkci, při které se uplatňují Langerhansovy buňky a keratinocyty produkované látky, cytokiny. Další významnou úlohou je termoregulace – udržování tělesné teploty pomocí regulačních mechanismů, jakým jsou pocení a změny průtoku kožními cévami. Nervovými zakončeními kůže se zprostředkovává cití

tepla, chladu, dotyku, svědění a bolesti. V kůži dochází ke vzniku vitamínu D účinkem UV záření. Pot obsahuje mimo jiné látky i urátovou kyselinu, která představuje významný filtr proti UV záření.

2.1.1 PATOLOGICKO-ANATOMICKÉ ZMĚNY V KŮŽI

Základní histopatologické změny popisované v kůži:

Atrofie – projevuje se úbytkem různých vrstev epidermis, mizí hranice mezi epidermis a dermis (u zánětlivých procesů, tlaku, nádoru, fyziologickým stárnutím kůže)

Hyperkeratóza – zesílení rohové vrstvy buď z nadměrné tvorby rohoviny nebo ze zpomaleného odlučování (mazol)

Parakeratóza – porušené rohovění buněk se zachovalými jádry ve stratum corneum (lupénka)

Dyskeratóza – předčasné abnormální rohovění jednotlivých keratinocytů s následným vznikem rohových perel (spinaliom)

Akantóza – rozšíření epidermis, hlavně stratum spinosum směrem do koria (lupénka)

Papilomatóza – prodloužení papil koria směrem k povrchu kůže, může vést k bradavičnatému vzhledu kožních změn (vulgární veruka)

Spongióza – rozvolnění epidermálních buněk při intercelulárním edému (dermatitis, ekzém)

Intracelulární edém – zvětšení buněk v důsledku zmnožení obsahu tekutiny v buňce. Může vést až k zániku buňky a puchýřkům (akutní ekzém)

Akantolýza – vede k intraepidermálním puchýřům rozrušováním mezibuněčných spojů keratinocytů, často autoimunitním procesem (pemfigus)

Sklerotizace – následkem degenerace elastických i kolagenních vláken a vymizením vazivových buněk se korium ev. i podkoží stává homogenní hmotou. Současně atrofují vlasové folikuly a mazové i potní žlázy (sklerodermie, jizvy).

2.1.2 ETIOPATOGENEZE KOŽNÍCH NEMOCÍ

Chorobné projevy mohou být povahy:

- a) infekční (pyodermie, mykózy, virové nemoci, parazitární, bakteriální, pohlavní a STD)
- b) zánětlivé (dermatitidy, kopřivky, vaskulitidy)
- c) alergické (kopřivky, ekzém, atopie)
- d) autoagresivní (erytematodes, pemfigus)

- e) degenerativní (ekzém z opotřebení, aktinická elastóza, poruchy rohovění)
- f) proliferativní a nádorové (hyperkeratózy, nádory)
- g) funkční (zvýšený mazotok-seborrhoea, pihy, albinismus)
- h) dědičné (genodermatózy, ichtyóza, akné, varixy, lupénka)

Z uvedených příkladů je patrné, že se často jednotlivé vlivy kombinují.

2.2 Klinická diagnostika

Vyšetření nemocného s kožním onemocněním se neliší od vyšetřování v jiných oborech. Vyžaduje podrobnou anamnézu, pečlivé klinické a laboratorní vyšetření včetně funkčních zkoušek.

2.2.1 ZÁKLADNÍ KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Anamnéza nynějšího onemocnění – cílenými a stručnými dotazy získat podrobnou informaci o okolnostech začátku onemocnění, jeho vývoji a dosavadní léčbě. Ptát se na celkové příznaky (horečku, zimnici, zvracení aj.), zjistit subjektivní údaje (svědění, pálení či bolestivost projevů). U chronických onemocnění zaznamenávat faktory vedoucí ke zhoršení onemocnění, k recidivám (např. infekce, psychický stres, gravidita) nebo naopak ke stabilizaci choroby (užívání ATB, antikoncepce, slunění).

Anamnéza osobní – získat údaje o všech chorobách prodělaných od dětství dosud, zaznamenat všechny operace, úrazy a hospitalizace. Podrobně zjistit i užívané léky, včetně vitamínů a umělých sladidel. Ptát se na diety, alergie a event. chronická zánětlivá ložiska (tzv. fokální infekce) jako je např. chronická tonzilitida, sinusitida, záněty gynekologické, urologické apod. Důležité jsou údaje o psychickém stavu, nespavosti nebo návycích (alkohol, kouření). Významné jsou údaje o prodělaných pohlavních chorobách.

U žen doplňujeme o podrobnou **gynekologickou anamnézu**.

Anamnéza rodinná – vzhledem k podílu dědičnosti v etiopatogenezi řady dermatóz zaznamenáváme údaje o podobných vyrážkách v nejširším příbuzenstvu. U infekcí (např. svrab, neštovice) se ptáme na možný přenos v rodině.

Alergická anamnéza – dotaz na lékové alergie by měl být mezi prvními otázkami na pacienta. Poté jsou důležité i alergie potravinové, inhalační nebo kontaktní.

U řady dermatóz (zejména ekzematiků) je významná podrobná **anamnéza profesijní** a **anamnéza volného času**, kdy se snažíme zjistit jaké prostředí a konkrétní látky vyvolávají či zhoršují kožní onemocnění.

Venerologická anamnéza – patří mezi specifické anamnézy a neměla by se opomenout.

Abúzus a farmakologická anamnéza – kouření, užívání alkoholu a drog je nedílnou součástí anamnézy. Drog mohou být příčinou dermatologických projevů, ale mohou také zúžit léčebné spektrum kvůli četným interakcím. Lékař je povinen znát užívání chronické medikace u pacienta.

Epidemiologická anamnéza – tu potřebujeme znát především u infekčních chorob, kde se snažíme naleznout zdroj infekce, který by měl být léčen či izolován.

2.2.2 ASPEKCE A POPIS KOŽNÍCH PŘÍZNAKŮ

Popis a pozorování projevů na kožním povrchu je základním postupem, nutným ke stanovení diagnózy. Podrobně popíšeme celý kožní povrch včetně sliznic a adnex. Je využívána i palpace ke stanovení konzistence infiltrátů, vždy je nutné při podezření na infekční příčinu užít gumové rukavice. Orientačně je hodnocen kožní turgor, svalový tonus a dermatografismus.

Objektivní změny na kůži popisujeme pomocí termínů pro eflorescence, konfigurace, lokalizace, plošné změny a výsledné stavy. Komplex vyrážek na kožním povrchu označujeme jako **exantém**, na sliznicích jako **enantém**. Jednotlivé eflorescence se dělí na primární a sekundární.

Primární eflorescence

Macula – skvrna je ohraničená změna barvy kůže velikosti asi 0,5 cm zcela v úrovni kůže. Nejčastěji je podmíněna cévními změnami, krvácením do kůže, změnou pigmentace (např. petechie, piha).

Papula – pupínek je ohraničená kompaktní eflorescence různé barvy, velikosti asi 0,5 cm vystupující nad okolní kůži. Je podmíněna patologickými změnami v epidermis nebo v horním koriu (např. bradavice, mozol, papuly u psoriázy).

Tuber – hrbolek je kompaktní eflorescence prominující nad okolní kůži, ale větších rozměrů než papula. Příčinou mohou být nejčastěji zánětlivé změny (např. furunkl) nebo nádorové (např. lipom). Tuber může být plošný, polokulovitý, stopkatý aj.

Pomphus – pupen je plochý pupen různého rozměru, barvy růžové, červené i bělavé. Je podmíněn nezánnětlivým otokem koría. Jeho charakteristickým rysem je krátké trvání a svědění (urtika, kopřivka).

Vesicula – puchýřek je dutina v kůži velikosti hrachu, větší se označuje jako **bullá**. Obsah bývá zpočátku čirý, tvořený tkáňovým mokem, později se může hnisavě zkalit. Důležitá je lokalizace puchýře v kůži.

Pustula – neštovička je dutinka vyplněná hnisem. Často vzniká sekundárně zhnisáním obsahu puchýřků.

Sekundární eflorescence

Squama – šupina je lamela rohové vrstvy, různého charakteru i velikosti. Je častá u poruch rohovění a zánětlivých kožních chorob (např. u psoriázy, ichthyózy).

Crusta – strup je tvořena zaschnutím krve, hnisu, tkáňového moku. Podle toho se liší barvou (hemoragická krusta, medová krusta aj.)

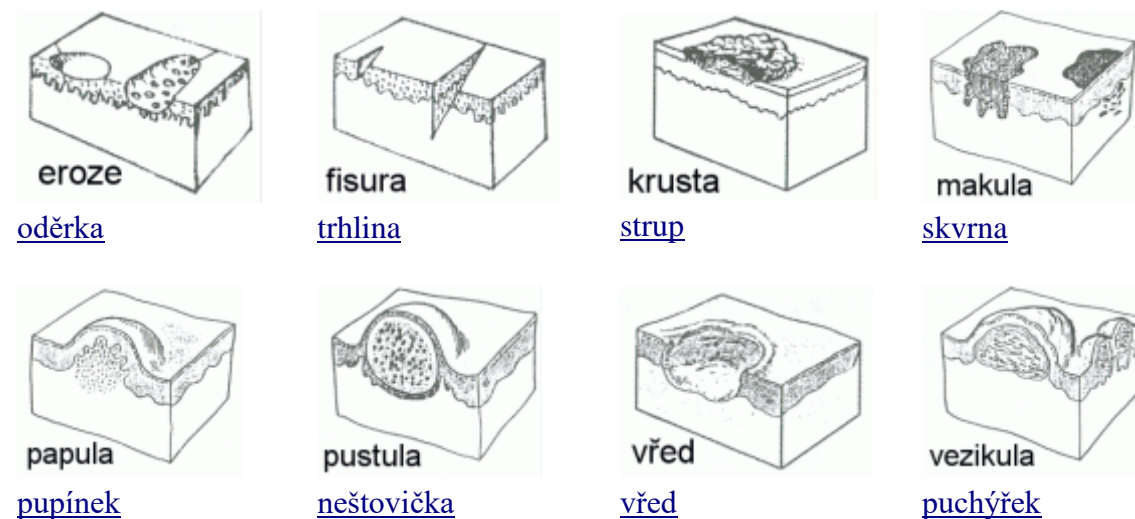
Eschara – příškvár je neodloučená nekrotická část kůže zasahující do koria až podkoží. Vzniká z různých fyzikálních a chemických příčin (např. teplo, chlad, kyseliny, louhy), u poruch oběhových, neurotrofických aj. Pozvolna se odlučuje demarkačním zánětem a vzniklý vřed se hojí jizvou.

Erosio, excoriatio – oděrka je povrchový defekt epidermis, někdy až horní hranici koria. Vzniká často stržením krytby puchýře nebo škrábáním při svědění kůže. Hojí se bez jizev.

Rhagas, fissura – trhlina je štěrbinovitý defekt zasahující do různé hloubky, někdy bolestivý a krvácející.

Ulcus – vřed je hluboký defekt kůže zasahující do koria až do podkoží. Hojí se jizvou. U vředů popisujeme charakter spodiny a okrajů.

Obrázek 8 Schéma kožních eflorescencí



Převzato z: <http://www.004.cz/kuze-a-projevy>

Při popisu jednotlivých eflorescencí je třeba uvést jejich lokalizaci, konfiguraci, velikost, tvar (např. kruhový, ledvinovitý, mapovitý), povrch (např. hladký, svráštělý, vkleslý), ohraničení (ostré, neostré), barvu (např. hnědočervená, žlutavá, bělavá).

Plošné změny

Erythema – zarudnutí je změna barvy větší plochy kůže. Postihuje-li erytém zánětlivého původu celý kožní povrch, hovoříme o erythrodermii.

Livedo – cyanosis, sinavost je plošná změna namodralé barvy vyvolaná pasivní hyperemií.

Madidatio – mokvání je prosakování tkáňového moku z obnaženého stratum spinosum.

Exfoliatio – deskvamace, olupování je odlučování rohové vrstvy na velkých plochách.

Lichenisatio – lichenifikace je patologické zhrubění kůže hlavně u dlouhotrvajících zánětlivých procesů. Přítomna je akantóza, papilomatóza a hyperkeratóza. Kůži nelze složit v drobné řasy.

Vegetatio – vegetace jsou shluky papulí rozprostřených do plochy. Podkladem je vždy zánět (např. condylomata acuminata).

Výsledné stavy

Cicatrix – jizva vzniká nejčastěji v místech ztráty tkáně. Normoplastická jizva je v úrovni okolní kůže, hyperplastická (hypertrofická) je vyvýšená nad okolí, atrofická jizva bývá vtažená.

Sclerotisatio – sklerotizace je ztuhnutí kůže vyvolané zmnožením kolagenního vaziva a otokem v koriu. Sklerotická kůže je bělavá, lesklá, palpačně tužší.

Elephantiasis – elefantiáza je zhrubění a ztlustění kůže většinou následkem městnání lymfy (lymfedém).

Atrophia – atrofie je důsledkem degenerativních změn v epidermis a v koriu. Atrofie primární (senilní) je fyziologická ve vyšším věku, sekundární atrofie je způsobena patologickými procesy. Kůže připomíná cigaretový papír, je snadno zranitelná.

Impregnatio – impregnace je výskyt cizorodých látek v kůži a sliznicích (např. tetováž).

Incrustatio – inkrustace je uložení látek tělu vlastních, které ale nejsou v kůži normálně přítomny, do kůže zdravé nebo častěji do kůže patologicky změněné (kalcifikace).

Lokalizace

Rozmístění vyrážek na kožním povrchu je pro některé choroby typické, nacházejí se v tzv. predilekční lokalizaci.

Seboroická lokalizace – v místech nahromadění mazových žláz (obličej, nad sternem, mezi lopatkami) se typicky vyskytují aknézní projevy.

Intertriginózní lokalizace – s množstvím potních žláz a naléháním kožních řas vede snadno k zapáře a maceraci, to podporuje rozvoj kvasinkových infekcí v axilách, ve tříselech, pod prsy, pod převislým břichem.

Embolizační lokalizace – na laterálních stranách trupu, na vnitřních stranách horních končetin a stehen je typická pro rozsev krevní cestou (např. lékové exantémy, syfilitické exantémy, idové projevy).

Solární lokalizace – je v místech solární expozice (obličej, výstřih, dorza rukou).

2.3 Speciální laboratorní a vyšetřovací metody používané v dermatologii

Histologické vyšetření bioptického materiálu – odběr kůže (tkáň) průbojníkem nebo excízi po znecitlivění. Po zpracování a barvení se preparát pozoruje v mikroskopu.

Imunohistologické vyšetření – spojuje histochemický postup s imunologickým. Aby se prokázal určitý antigen, je protilátka označena fluorochromem, tj. látkou, která svítí po dopadu ultrafialového neviditelného světla ve fluorescenčním mikroskopu. Tato metoda umožňuje přesnou diagnostiku puchýřnatých chorob, erytematodu, ale i infekčních agens – chlamydií atd.

Povinnosti sestry při odběru bioptického materiálu:

Po identifikaci pacienta se sestra informuje, zda pacient zná důvody, proč se mu odběr provádí, zda ví, jak se na odběr materiálu připravit, zda ví, jak se chovat po odběru, zda zná postup odběru a s odběrem souhlasí. Je nutné zajistit písemný souhlas pacienta (je v kompetenci lékaře). Aby pacient mohl dát zodpovědně svůj souhlas, musí vědět, co všechno procedura zahrnuje, jaké jsou její rizika a jaké jsou možné alternativy vyšetření.

Povinností sestry je příprava pomůcek potřebných k vyšetření a diagnostickému výkonu. Před výkonem musí sestra lékaře upozornit na všechny příznaky naznačující ohrožení života pacienta.

Pokud sestra zjistí u pacienta nepřiměřený strach z procedury, musí zasáhnout a pokusit se zmírnit obavy. Opakované vysvětlení toho, co již lékař sdělil pacientovi, často může redukovat pacientův strach. Během diagnostického výkonu sestra pokračuje v posuzování pacienta a poskytuje mu emociální podporu.

Vzorky získané během výkonu je nutné správně označit jménem pacienta a jeho datem narození. Sestra dohlíží nad správným uchováním biologických vzorků a expedici do laboratoře.

Sestra posuzuje pacienta i po zákroku. Interval pozorování závisí na stavu pacienta a na vykonaném zákroku.

Po ukončení zákroku sestra provede záznam o druhu diagnostického výkonu, datum zákroku a jméno lékaře, který výkon provedl. Současně zapíše počet odebraných vzorků a pracoviště, kam byla vzorky odeslány k vyšetření.

Cytologické vyšetření – vyšetřením a obarvením podle Giemsy se v dermatologii provádí tzv. *Tzanckův test* k rychlé orientační diagnostice puchýřnatých onemocnění. Sterilním způsobem se setře povrchní vrstva spodiny puchýře skalpelem na podložní sklo, obarví se a hodnotí pod mikroskopem.

Parazitologické vyšetření

Diagnostika svrabu – z čerstvých papulózních projevů snesením nebo propíchnutím (z chodiček) získáme materiál, který přeneseme do kapky 10-15 % KOH, ev. NaOH na podložním sklíčku a pozorujeme objektivem s 10x zvětšením. Také je možné nanést 10 % louh na papulku a po několika minutách změkčenou tkáň injekční jehlou nanést do kapky louhu stejné koncentrace na podložní sklo a překrýt krycím sklíčkem.

Pediculosis capitis, vestimenti, pubis – určení je možné zjištěním hnidů, tj. prvního vývojového stadia, pevně lnou na vlas. Je možné pozorování pod mikroskopem. Prohlídka, hlavně u sociálních případů, při vstupní hygienické očištění před přijetím nemocného na oddělení patří k základním povinnostem ošetřujícího personálu.

Oxyuriasis – zjištění je možné adhezivní páskou (Izolepa) krátce přilepenou perianálně. Páska se pak přenesse pod podložní sklo a pozoruje. Je možné vidět i dospělé jedince.

Mykologické vyšetření

Zásadou je, aby byla vysazena antimykotika 5 - 7 dní. Jsou možné tři způsoby zpracování: louhový preparát (10 % KOH) - výsledek je do několika minut, kultivace v mikrokulturách – výsledek trvá přibližně týden, kultivace ve zkumavkách nebo plotnách za použití Sabouraudova glukózového agaru trvá 6 až 8 týdnů.

Orientační, umožňující i rychlou eliminaci postižených jedinců, je vyšetření pomocí Woodovy lampy.

Mikrobiologické vyšetření

Zjišťování infekčních agens je každodenní prací. Důležitá je technika odběru, popis a transport materiálu. Odběr se provádí (pokud se nejedná o kontrolu po léčbě) zásadně před nasazením léčby chemoterapeutiky nebo antibiotiky.

Odběr na virologické vyšetření

Zpracování je náročnější, kultivace se provádějí pomocí imunologických metod průkazu agens (např. komplement fixační reakcí, hemaglutinačně imunoflorescenčně, ELISA testem apod.). Tak se určují např. herpesvirus, varicella zoster, agens zarděnek, spalniček, cytomegaloviry, virus Epstein-Barrové, coxackie, HIV apod.

Alergologické a imunologické vyšetření

Epikutánní (pláténkové) testy – lze jimi stanovit kontaktní alergii. Důležitá je správná technika, výběr místa a doby testování, volba alergenů. Nejobtížnější je správná interpretace výsledků. Nejčastější alergenů jsou v tzv. rutinní sadě (jsou zde sloučeniny chromu, niklu, kobaltu, součásti gumy, terpentín, parabeny, lanolin, peruánský balzám atd.), známé jsou i rutinní sady lékové při podezření na alergizaci zevními léky (sulfonamidy, Endiaron, antibiotika atd.). Test je přiložen na 48 hodin a odečítá se za 24 hodin, 48 a 72 hodin a za týden. (obr. 9)

Skarifikační epikutánní test – je pro určení kontaktní přecitlivělosti alergenů s velkou molekulou. Určuje se tak proteinová alergie např. na srst zvířat, maso, vejce, zeleninu apod. (obr. 10)

Fotosenzibilizační epikutánní test – alergická reakce se rozvine až po následném ozáření příslušného alergenů UV světlem (např. u sulfonamidů, antihistaminik, antidiabetik apod.).

U některých kopřivek, atopie se používá testování *intrakutánního, intradermálního, prick testu, skarifikačního* nebo *testu vetřením*. Někdy se užívá test *spojivkový* nebo *bukální*. Pamatovat na nebezpečí bouřlivé reakce! Je nutno počítat i s protišokovou terapií.

Obrázek 9 Kožní testy



Převzato z: http://www.dermakolin.cz/epikutani_testy.html

Obrázek 10 Alergologický „prick test“ na kůži



Převzato z: <http://www.proalergiky.cz/alergie/clanek/priznaky-diagnoza-a-lecba-alergie-na-plisne>

Polymerázová řetězová reakce (PCR) (Polymerase-chain reaction)

Jedná se o genovou technickou metodu, určenou k rozmnožení DNA, kdy nepatrná množství bakteriálních nebo virových DNA postačí k průkazu původce. Předností je vysoká specifita a citlivost metody. Metoda je to velmi pracná, nákladná a není určena pro běžnou rutinu.

Imunochemická diagnostika

Tato metoda umožňuje určovat rozsáhlou škálu různých vyšetření. Např. stanovení hormonů (ACTH, estradiolu, FSH, parathormonu, testosteronu, tyreoglobulinu, prolaktinu a dalších), prostatický antigen, hladiny různých léků (digoxin, cyklosporin) a dále velkou skupinu nádorových markerů (ovaria, prsní žlázy, endometria, kostí, lymfomů, jícnu, žaludku atd.), odebírá se sérum, plazma, moč, ascites, míšní mok, plodová voda atd.

Vyšetření vlasů

Nejčastěji se provádí stanovení fáze vlasového cyklu. Při vyšetření se sledují různé morfologické změny (lomivost, dystrofie, přetáčení podél osy, ztenčení, uzlíky atd.).

Andrologické vyšetření

Odběr ejakulátu se provádí po pohlavní abstinenci 5 dní do vhodných zkumavek, na pracovišti per masturbationem. Sleduje se doba zkapalnění (20-30 minut), objem (2– 6 ml), barva, odor, viskozita, pH (7,2-7,8). Mikroskopickým vyšetřením nativního preparátu je možné sledovat pohyblivost spermií, vlastní spermioqram spočívá ve stanovení

počtu spermií ve speciální komůrce. Hodnotí se také morfologie spermií po obarvení. Vyšetření určí léčbu nebo prognózu, příp. i absolutní neplodnost muže.

Vyšetření poruch žilního a tepenného oběhu

Zkouška Trendelenburgova – slouží k vyšetření povrchového žilního systému a spojek. U ležícího pacienta s vyprázdněnými povrchovými žilami stáhneme dolní končetinu škrtidlem uprostřed stehna. Pak se nemocný postaví. Pokud se žilní systém naplní přes zatažené škrtidlo, výsledek znamená insuficienci chlopní perforátorů – krev sem teče z hlubokých žil. Pokud se žíly nenaplní, povolíme škrtidlo. Zpravidla vidíme rychlé plnění povrchového žilního systému distálním směrem, tento výsledek znamená insuficienci chlopní v povrchovém žilním systému.

Zkouška Perthesova – informuje o stavu chlopní a průchodnosti hlubokého žilního systému. U stojícího nemocného s naplněnými žilami stáhneme škrtidlo v polovině stehna. Pak pacient 1-2 minuty intenzívně chodí, tak aby zapojil svalovou pumpu. Pokud se varixy vyprázdní, jsou hluboké žíly průchodné a chlopně domykavé. Jestliže je hluboký žilní systém neprůchodný, během chůze se varixy dále naplní a objevují se bolesti v lýtku.

Objektivnějším vyšetřením je *flebografie a dopplerometrické ultrasonografické vyšetření* měřící rychlost průtoku v žilách dolních končetin.

Fyzikální a fyzikálně chemické vyšetření

Dermografismus – informuje o reaktivitě kůže. Jde o odpověď kožních cév na mechanické podráždění (tupým předmětem). *Červený dermografismus* – po insultu následuje krátké zblednutí, za 3-15 sekund zarudnutí s maximem za 30-60 sekund. Stav je fyziologický. *Bílý dermografismus* – po podráždění vzniká vazokonstrikce, zblednutí (např. u atopického ekzému). (obr. 11) Při nadměrném uvolnění biogenních aminů se zvýší prostupnost cév a dostaví se otok. Tím vzniká *plastický dermografismus*, v jehož okolí bývá červené haló.

Tlakový test – při vyšetření se používá 2-10 kg zátěž po dobu 10-30 minut. Závaží se upevní na popruh přes rameno nebo přes stehno. Hodnotí se za 15 minut, 1 hodinu, 2 hodiny a 4 hodiny vznik urtikariálního pupenu (chronická tlaková kopřivka).

Chladový test – studeným předmětem (zkumavka s ledem, vak s ledem) fixovaným na předloktí se za 5-10 minut docílí opět vytvoření kopřivkového pupenu.

Tepelný test – provedení je obdobné jako u chladového testu, pouze voda nebo zkumavky dosahují teploty 38-45°C.

Obrázek 11 Bílý dermatografismus



Převzato z: <http://www1.lf1.cuni.cz/~hroz/exant2.htm>

Fototest – reakce na UV záření – určuje se tak citlivost kůže k UV paprskům, což má význam u fotodermatóz. Provádí se xenonovou lampou, ozařuje se postupně 5 políček (5x5 cm) na kůži zad po 1 minutě z kontaktní vzdálenosti 1 m. Erytém bývá za 2 hodiny. Odečítá se za 6 a 24 hodin.

Vyšetření pH – provádí se buď speciálními roztoky s indikátorem nebo se měří přístroji s kožními elektrodami. Normální pH kůže má být v rozmezí pH 4,5–5,5, je tedy mírně kyselé.

Vyšetření alkalirezistence – Burckhardtova zkouška – slouží ke zjištění odolnosti kůže proti chemickým látkám. Na volární stranu předloktí nanese se kapku 0,5 N roztoku NaOH a překryjeme skleněným hranolem na 20 minut. Dojde-li po této době k zarudnutí, je zkouška pozitivní, tzn. snížení odolnosti kožního povrchu proti alkáliím a proti primárním dráždidlům. Tento test je důležitý při vyšetřování ekzémů, zejména profesionálního původu (kadeřnice, zedníci, zdravotní sestry).

2.4 Léčebné postupy

2.4.1 VNITŘNÍ TERAPIE

Celková léčba se používá většinou v kombinaci s místní terapií. Výhodou systémové léčby je větší a rychlejší účinnost, jednodušší použití a tím i lepší spolupráce pacienta než při místní terapii. Nevýhodou zůstává vedlejší účinek na další orgány, protože se léky musí podávat ve vyšších dávkách, aby se dosáhlo patřičné koncentrace v kůži.

Nejdůležitější skupiny vnitřně podávaných léčiv v dermatologii:

Kortikosteroidy (glukokortikoidy) - jsou léky s výrazným protizánětlivým účinkem. Indikací jsou alergické nemoci se systémovým postižením, především těžká akutní kopřivka, angioedém, vážné lékové exantémy, autoimunní nemoci. Léčba probíhá vysokými

dávkami kortikoidů. Krátkodobé podávání nízkých až středních dávek je u řady nemocí (např. akutní ekzémy, erythema multiforme, erythema nodosum, lichen planus).

Působením kortikoidů dochází ke snížení odolnosti organismu k různým infekcím, nebezpečí exacerbace latentní infekce. Ve vyšších dávkách způsobují klinicky významné metabolické změny. Vlivem na kolagen způsobují atrofii kůže, zpomalené hojení ran, vznik strií a snadné krvácení do kůže. Léčbu je nutné ukončit postupně.

U život ohrožujících stavů je aplikována tzv. *pulzní terapie* s megadávkami kortikoidů v infúzích (Hydrocortison inj., Solu-Medrol inj.) v dávce 800–1200 mg na den i více s přechodem na perorální léčbu dle dalšího stavu. I krátkodobá aplikace velmi vysokých dávek kortikoidů může vyvolat vážné až život ohrožující nežádoucí účinky.

Imunosupresiva – k potlačení nežádoucí imunitní reakce se používají **cytostatika**, která tlumí až zastavují růst i dělení buněk. Zasahují do imunitních procesů a řadí se proto do širší skupiny imunosupresiv. Všechna cytostatika jsou toxická zvláště pro rychle se dělící tkáně (kostní dřevina, střevní epitel, vlasový míšek, zárodečné buňky). Nemocný musí být během léčby neustále sledován. Užívají se v léčení maligních kožních lymfomů, autoimunitních nemocí, u některých těžkých forem lupénky (Methotrexát, Imuran, Cyclosporin).

Antibiotika a chemoterapeutika – používají se v léčbě bakteriálních kožních a venerických nemocí, i u chorob mazových žláz. Nejdůležitějším antibiotikem v dermatologii je stále penicilin. Mezi indikace patří syfilis, kapavka, erysipel, kožní projevy boreliózy.

Antimykotika – jsou léky působící na růst plísní. Nová generace antimykotik má širší spektrum, podává se kratší dobu a má méně vedlejších účinků než klasická antimykotika.

Virostatika – jsou chemoterapeutické látky zabraňující replikaci viru v napadené buňce. Největší uplatnění má acyclovir při léčbě infekcí herpetickými viry.

Antihistaminika – indikacemi jsou alergické svědivé dermatózy, především kontaktní ekzémy, kopřivka, angioedém, lékové exantémy a atopická onemocnění. Starší preparáty (Dithiaden) mají sedativní účinek, moderní antihistaminika (Claritine, Zyrtec) nemají výrazné sedativní působení a podávají se většinou v jedné denní dávce a účinek nastupuje velmi rychle.

Antimalarika – působí protizánětlivě a mají slabý protektivní účinek proti UV záření. Podávají se u onemocnění pojiva (erytematodes, dermatomyozitida). Jsou nutné oční kontroly pro riziko retinopatie a rohovková depozita (Delagil, Plaquenil).

Retinoidy – jsou chemicky odvozené od vitamínu A. Jsou mnohem účinnější než samotný vitamín A, který by se musel podávat ve vysoké dávce, způsobující hypervitaminózu, k dosažení podobného léčebného účinku. Nevýhodou je jejich teratogenní účinek a další vedlejší reakce (suchost sliznic, zvýšené olupování kůže, vzestup hladiny krevních tuků nebo jaterních enzymů).

2.4.2 ZEVNÍ TERAPIE

Zevní léčba zůstává nejběžnějším léčebným postupem u většiny kožních chorob.

Externa se skládají z účinné látky (léčiva) vpravované do základu (vehikula). Podle povahy lékového základu rozlišujeme několik lékových forem: tuhé, kapalné, masťovitě. Liší se od sebe především různým působením do hloubky a z toho vyplývají indikace pro různé kožní stavy.

2.4.2.1 Aplikační formy

Roztoky se používají ke koupelím, k obkladům, k potírání. Koupele jsou očištné nebo léčebné, částečné nebo celkové. Do koupelí se mohou přidávat protizánětlivě, antisepticky nebo adstringentně působící účinné látky (roztok hypermanganu s antiseptickým účinkem, odvar z dubové kůry, heřmánku, s ichtamolem, se škrobem apod.). Do koupelí existuje řada továrně vyráběných olejovitých přísad (Balneum Hermal, Linola Fett Ölbad), které slouží k obnově přirozeného lipidového pláště u přesušené a rozpraskané kůže (např. atopický ekzém, ichtyózy apod.)

Zásypy – pudry jsou tvořeny suchými částicemi, nejčastěji minerálního původu (zincum oxydatum, talcum venetum). Na velký povrch pudrových částic se absorbuje voda a lipidy z kožního povrchu, a tím zásypy působí chladivě, protisvědivě a protizánětlivě, současně kůži vysušují a na styčných plochách zabraňují tření. Indikací jsou difúzní erytémové plochy, hodí se i na ochlupená místa a do intertriginózní lokalizace, kontraindikací jsou mokvající plochy.

Tekuté pudry jsou suspenze práškovitých hmot ve vodě a glycerínu. Působení na kůži je podobné jako u zásypu, ale lépe lnou ke kůži. Aplikují se na větší erytematózní i papulózní ložiska, ale nejsou vhodné na ochlupená a intertriginózní místa.

Masti sestávají z masťového základu a v něm rozpuštěné, suspendované nebo emulgované léčivé látky. Základy jsou podle povahy buď oleofilní nebo hydrofilní a určují charakter masti. *Oleomasti* jsou nerozpustné ve vodě, špatně se roztírají a na kůži tvoří neprodyšnou vrstvu, která zabraňuje odpařování vody a úniku tepla, změkčuje a maceruje rohovou vrstvu. Používají se u léčby chronických ekzémů, lupénky, při suché olupující se pokožce (vazelína bílá, žlutá, Synderman). *Hydromasti* jsou vodou lehce smývateľné, mají chladivý, protizánětlivý účinek. Vhodné při léčbě akutních forem onemocnění (ung. Neoaquasorb).

Krémy jsou tvořeny směsí masťového základu, vody a emulgátoru. Tekuté emulze jsou označovány jako plet'ová mléka, přípravky s tužší konzistencí jako krémy. Dělíme je na *krémy masné* (emulze typu voda v oleji) a *krémy suché* (emulze typu olej ve vodě). Krémy působí podobně jako masti, ale jejich účinek je povrchovější, chladivější, dají se snadno smýt. *Lotia* jsou tekuté emulze typu olej ve vodě a patří k nejoblíbenějším externům, poněvadž vyvolávají menší pocit zamaštění a nešpiní prádlo.

Pasty – jsou směsí mast'ového základu a práškovitých hmot. Podle množství práškovitých substancí se dělí na *pasty krycí* (tuhé), obsahující asi 50 % práškovitých hmot, *pasty měkké*, obsahující asi 15-30 % práškovité hmoty a *pasty chladivé* s obsahem vody. Pasty se velmi dobře snášejí, užívají se u subakutních procesů, nevhodné jsou na přesušenou kůži a mokvající plochy.

Oleje různého původu jsou často využívány v dermatologii. Z *rostlinných* hlavně slunečnicový a olivový, z *živočišných* např. rybí tuk, z *minerálních* parafínový olej. Oleje zvláčňují kožní povrch, změkčují šupiny a krusty, promašťují přesušenou pokožku.

Aerodisperze jsou různé disperzní systémy v tlakových nádobkách s hnacími plyny. Patří k novějším způsobům aplikace v formě spreje nebo pěny. Snadno se nanáší na velké i ochlupené plochy.

Nežádoucí účinky zevní terapie

Při aplikaci některých zevních léků, zejména ve vyšších koncentracích a na větší plochy, hrozí nebezpečí celkové intoxikace ze vstřebání léků. Jedná se především o kyselinu boritou a salicylovou, dehty, sloučeniny rtuti, resorcin, kortikoidy.

Mnohá externa mohou po opakovaném použití vést ke vzniku kontaktní přecitlivělosti. K nejčastějším alergenům patří neomycin, heřmánek a ostatní byliny, endiaron, konzervační látky, lanolin aj.

2.4.3 FYZIKÁLNÍ LÉČBA V DERMATOLOGII

Fototerapie

Světloléčba je v dermatologii hojně používána. Nejčastěji využívá ultrafialového záření (UV) pásma A (**UVA**) o vlnové délce 320-400 nm. UVA záření proniká až na rozhraní koria a podkoží, vyvolává časnou pigmentaci. **UVB** záření o vlnové délce 280-320 nm proniká na oblast dermoepidermálního spojení a jeho vlastností je tvorba erytému, po kterém po 2 až 3 dnech nastupuje pozdní pigmentace. Účinek fototerapie je antiproliferační, cytotoxický, imunomodulační, protisvědčivý a psychoterapeutický. (Obr. 12,13)

PUVA terapie využívá aplikaci psoralenu fotosenzibilizujícího kůži na UVA záření. Psoraleny se podávají perorálně nebo lokálně ve formě koupele, roztoku či krému. PUVA terapie se uplatňuje při léčbě psoriázy a mycosis fungoides. Lékař musí sledovat kumulativní dávku záření.

Extrakorporální fotochemoterapie – fotoféza je moderní metoda v léčbě kožního T-lymfomu, kdy se po aplikaci psoralenu mimotělně ozáří v leukoferetickém přístroji bílé krvinky UVA paprsky a poté se vrací zpět pacientovi.

UVB záření se uplatňuje v léčbě psoriázy, neúčinnější je UVB záření v rozsahu 310 až 313 nm.

Helioterapie představuje léčbu přirozeným slunečním světlem, které obsahuje viditelné světlo a infračervené záření, UVA a UVB. Léčba slunečním zářením je součástí klimatoterapie, balneoterapie a talasoterapie (přímořská léčba).

Obrázek 12 UVB hřeben



Obrázek 13 Fotokabina



Převzato z: http://www.waldmann.sk/index.php?option=com_content&view=category&id=41&Itemid=79

Kryoterapie

Léčba chladem zahrnuje především aplikaci tekutého dusíku nebo sněhu CO₂. Podle hloubky účinku rozlišujeme *kryostimulaci* (po chladové anemizaci následuje hyperémie), *kryodeskamaci* či *kryomasáž* (povrchový defekt) nebo *kryodestrukci* (hloubkový defekt). Tekutý dusík je tekutina s bodem varu -195,6 °C, která se dopravuje v tepelně izolovaných Dewarových nádobách. Aplikuje se pomocí vatové štětičky nebo tzv. kryokauterem či přístroji ostříkujícími léčebné projevy tryskou.

Kryostimulaci léčíme např. alopetická ložiska, *kryodeskvamací* solární keratózy, *verrucae planae juveniles*, seboroické veruky, plochy postižené *acne vulgaris* nebo *rosaceou*. *Kryodestrukci* odstraňujeme *verrucae vulgares*, bazaliomy, hemangiomy apod.

Radioterapie

Používá se měkkého rentgenového záření (30-50 kV), které se resorbuje v malé vrstvě tkáně. Uplatňuje se v léčbě nenádorových nemocí kůže. Velikost dávky a frakcionace je určována podle velikosti ložiska, hloubky infiltrace do kůže, u nádorů také podle histologického typu.

Fotodynamická terapie

Používá lokálně nebo celkově podaných látek (deriváty porfyrinů), které mají fotodynamický účinek. Po ozáření lasery nebo speciálními zdroji světla (Penta-lampa) lze léčit např. kožní T-lymfomy, bazaliomy, aktinické keratózy, psoriázu, apod.

Laser

Laser patří mezi umělé zdroje záření podobně jako výbojky, žárovky, infrazářiče apod., ale jeho záření má specifické vlastnosti, které nejsou dosažitelné u jiného zdroje. Mechanismus účinku vychází z koncepce selektivní absorpce určitých vlnových délek v některých složkách tkání. Specifické vlnové délky jsou absorbovány melaninem a hemoglobinem, ale i vodou ve tkáních a jinými strukturami. U *vysokovýkonových laserů* je většina interakcí zařízení a kůže založena na tepelném efektu absorbovaného záření, využitelným ke koagulaci, řezání či vaporizaci tkání. U *nízkovýkonových laserů* tepelné účinky nejsou zřejmé a předpokládá se fotochemická reakce na molekulární úrovni, projevující se ovlivněním metabolických procesů ve tkáních.

Argonový laser – jedním z prvních používaných v dermatologii. Jeho nevýhodou je vyšší riziko jizvení a menší efekty u dětí do 18 let.

Barvivový laser – nejrozšířenější pro vaskulární léze, předností je jeho přeladitelnost vlnových délek. Nevýhodou je vznik purpury v okolí ošetřovaných cévek.

Cévní laser – mají mimořádně velkou pulsní energii a možnost volby šíře pulsu. Umožňují koagulaci cév bez vzniku okolní purpury, chlazené aplikační sondy snižují poškození epidermis a mají analgetický efekt.

CO₂ laser – je plynový, vysokovýkonový laser s infračerveným zářením, které umožňuje vaporizaci epidermis a dermis. Užitím vysokých energií a fokusací paprsku lze získat laserový „skalpel“ k bezdotykovému řezání tkání. Slouží k excizím tumorů, cyst, provádění incizí abscesů apod. Defokusem paprskem je možno odpařovat tkáň vrstvu po vrstvě, např. rozsáhlé benigní virové papilomy, epidermální névy, seboroické veruky aj.

Erbiový laser – záření tohoto laseru je absorbováno ve vodě 10x více než záření CO₂ laseru, a proto slouží k precizní ablacii epidermis. Vysoká přesnost odpaření tkání s rychlým hojením jsou výrazným přínosem v kosmetologii pro odstraňování drobných vrásek kolem očí, rtů a pro celkové vyhlazení kůže obličeje.

Ultrapulse laser – má mimořádný pulsní výkon a tím nedochází k nežádoucímu rozptylu tepla do okolní tkáně a jizvení. Ošetření těmito lasery vede k regeneraci kolagenního vaziva, zlepšení tonusu kůže a vyhlazení povrchu. Je doplňkem plastickochirurgických výkonů typu face-lifting.

Neodymový laser – kombinovaný systém intenzivního pulsního světla s laserem. Má jedinečné výsledky při odstraňování venektázií a varixů na dolních končetinách s koagulací žilek až do průměru 3 mm a při odstraňování benigních vaskulárních i pigmentových lézí kůže.

Elektroterapie

Elektrokauterizace – znamená rozrušování tkáně platinovou kličkou rozžhavenou elektrinou. Užívá se k odstranění stopkatých fibromů, nařezávání navalitych okrajů bércových vředů.

Elektrokoagulace – vysokofrekvenční proud na hrotu elektrody (kuličková, jehličková, klička) mění na teplo a umožňuje cílenou destrukci tkání. Slouží k odstranění fibromků, k incizím milíí a abscesů, umožňuje koagulaci drobných venektázií i provádění epilace.

Epilace – je trvalé odstranění vlasu destrukcí dolního segmentu folikulu pomocí elektrokoagulace. Jemnou epilační jehlu zavádíme vlasovým folikulem a proudovým výbojem zničíme aktivní bulbus. Vlas je pak volně vytažen pinzetou. Efekt epilace není zcela dokonalý, musí se provádět opakovaně a dlouhodobě.

Infračervené záření

Léčebným efektem je prohřívání tkáně, urychlení metabolismu a tlumení bolesti. Používá se u neuralgií včetně postherpetických, furunklů, hlubokých dermatomykóz, artróz atd.

Ultrazvuk

Jde o mechanickou energii, vyvolávající ohřev a mikromasáž tkání, hyperémii a zvýšení metabolismu v léčené oblasti. Efekt má při léčení některých typů bércových vředů, sklerotizačních procesů nebo postzosterových neuralgií.

Mechanoterapie

V dermatologii jde převážně o speciálně prováděné *lymfatické masáže*, kterými se snažíme přemístit edémovou tekutinu z oblasti lymfostázy. Provádí se nejprve manuální lymfodrenáž a na ni navazuje přístrojová pneumatická kompresivní terapie. (Obr. 14) Při chronické žilní insuficienci dolních končetin, lymfedémech, tromboflebitidě, flebotrombóze je nutná *kompresivní terapie* elastickým obinadlem nebo elastickou punčochou.

Obrázek 14 Pneumatická lymfodrenážní terapie



Převzato z: <http://relaxace.com/lymfodrenaz.html>

Hyperbarická komora

Hyperbarická oxygenoterapie znamená léčbu kyslíkem v přetlaku. Je to neinvazivní, vysoce účinná léčebná metoda při různých lokálních i celkových ischemických stavech, hojení bércového vředu, pyoderma gangrenosum aj.

Balneoterapie

Pobyt v lázních je doporučován pacientům s některými chronickými kožními chorobami. Speciálními koupelemi, pitnými kúrami a lázeňským režimem ve vhodných klimatických podmínkách lze dosáhnout stabilizace remise u chronických chorob. Účinky koupelí jsou ovlivňovány teplotou lázně, jejím trváním a léčebnými přísadami.

2.4.4 DERMATOCHIRURGIE

Operace se provádějí v lokální anestézii s běžným přístrojovým vybavením. Používají se spíše menší oční nástroje a atraumatické šicí materiály. Speciální pro dermatochirurgii jsou rotační kruhové nože (průbojníky), vysokoobrátkové frézy a dermatom.

Prostá excize – je nejčastější výkon, má vřetenovitý tvar a je prováděna v čarách štěpitelnosti kůže nebo lépe v průběhu vrásek a přirozených rýh mezi kožními řasami. Problematické jsou výsledné jizvy v horních partiích hrudníku, kde vznikají hypertofické a keloidní jizvy.

Excize kruhovým rotačním nožem – se provádí také v lokální anestézii. Průbojník má rozměr od 2 do 10 mm, vždy by měl být o něco větší než je odstraňovaný útvar. (Obr. 15) Při použití průbojníku malých rozměrů nemusíme provádět suturu, nad 5 mm zakládáme adaptační steh. Průbojníkovou excizí provádíme odběr materiálu na histologické vyšetření, k odstranění bodovitých tetováží, drobných cystických projevů a bazaliomů nebo pigmentových névů okrouhlého tvaru.

Incize – je používána při odstraňování ateromů nebo drenáži abscesů. V případě abscesu nesmíme zapomenout na zavedení drénu.

Obrázek 15 Průbojníky na excizi



Převzato z: <http://www.harrmed.eu/index.php?kc=SERI4%201006>

Excochleace – jeden z nejčastějších výkonů, kdy ostrou chirurgickou lžičkou odstraníme seboroické veruky, moluska, verrucae planae juveniles nebo virová kondylomata.

Ablace nehtu – provádí se parciální nebo totální, ve svodné anestézii. Po odstranění nehtové ploténky je důležitá toaleta nehtového lůžka a excochleace zbytků nehtů zpod nehtových valů.

Dermabraze – je vyhlazení povrchu kůže zbrúšením. Provádí se v tzv. analgosedaci za použití vysokoobrátkové frézy. Výbrus se provádí na hranici epidermis a dermálních papil, tzn., že do papilárního krvácení.

Chirurgie bércových vředů žilní etiologie – musí být vyčištěna spodina defektu, dobře prokrvená a granulující. Metod je několik, nejpoužívanější je *ostrůvková plastika podle Reverdina*, kdy drobné štěpy odebrané skalpelem klademe mozaikovitě na spodinu defektu. Možný je přenos *volného transplantátu*, např. z vnitřní strany paže, kdy odebíráme buď kůži v celé tloušťce bez podkožního tuku, nebo speciálním dermatomem povrchové vrstvy kůže ve formě sítě.

2.5 Zásady ošetrovatelské péče

- Přísné dodržování základních hygienických a protiepidemických postupů
- Dodržování bariérového režimu ošetřování
- Používání ochranných pracovních pomůcek při péči o pacienta
- Provádění zevní terapie
 - pouze v místnosti k tomu určené (v tzv. mazárně) nebo v případě nutnosti použitím vozíku pro aplikaci léků i u lůžka pacienta

- nespotřebované léčivo nevracet zpátky do zásobní nádoby
 - vždy pracovat v rukavicích a vždy odkládat obvazový materiál po použití do kontaminovaného odpadu
 - při odstraňování předchozích nánosů léčiv zabránit dráždění a poškození kůže použitím olejových přípravků, poté omýt
 - aplikovat léky ve spreji ze vzdálenosti 10-20 cm od povrchu kůže
 - při aplikaci léků z tuby se nedotýkat jejím ústím ošetřované kůže nebo defektu
 - při aplikaci léků do vlasaté části vtírat lék za postupného rozčesávání vlasů do pěšinek
 - asepticky postupovat při převazech ran a dodržovat přísnou hygienu rukou
- Psychologický přístup k pacientům s chronickými kožními onemocněními – chronická kožní onemocnění jsou často vnímána pacienty jako zhoršená kvalita života.

Terapie chronických kožních onemocnění je často zdlouhavé a svízelné. Řada onemocnění recidivuje. Některé kožní choroby mohou být svými projevy neestetické a nápadné, pacienty jsou vnímány s různou citlivostí. Mohou mít negativní vliv na psychiku, vyvolávají pocit méněcennosti, dochází k izolaci a plachosti. Někdy i okolí má strach z rizika přenosu nemoci a od pacienta se odtahuje. Nepřiměřené a netaktní chování okolí má za následek jeho zvýšenou přecitlivělost a emoční labilitu.

Špatný psychický stav nemocného ztěžuje léčení. Důležitou roli v terapii hraje především sestra. Ta svým správným jednáním a citlivým přístupem vede pacienta k racionálnímu postoji k onemocnění. Dobrá psychická pohoda významně přispívá k úspěšnému léčení.

- Profesionální chování (empatie, povinná mlčenlivost, etika práce).
- Pacienta vždy edukovat o způsobu ošetření, vyšetření či poskytnuté terapii
- Bude-li pacientovi poskytována specializovaná péče (fototerapie, lymfodrenáže) je nutný podepsaný informovaný souhlas pacientem

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Po prostudování možností léčebných postupů v dermatovenerologii se pokuste vyjmenovat pomůcky potřebné ke kožní diagnostické excizi. Své úvahy poté konzultujte ve cvičení.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato obsáhlá kapitola poskytla studentům přehled o anatomii, fyziologii kůže a etiopatogenezi kožních nemocí. Seznamuje studenty s klinickou diagnostikou, vyšetřovacími a léčebnými metodami používanými v dermatovenerologii a se zásadami při poskytování ošetrovatelské péče.

KONTROLNÍ OTÁZKA

1. Vyjmenujte jednotlivé části kožní tkáně a jejich funkci.
2. Jaké má kůže funkce?
3. Jaké množství vypadaných vlasů se považuje ještě za normální?
4. Jak označujeme komplex vyrážek na kožním povrchu a jak na sliznicích?
5. Popište jednotlivé patologicko-anatomické změny (eflorescence) na kůži.
6. Které laboratorní a vyšetřovací metody jsou používány v dermatovenerologii?
7. Co znamená pojem dermografismus, o čem nás informuje?
8. Dovedete popsat jednotlivé léčebné postupy používané v dermatovenerologii?
9. Jaké nebezpečí hrozí při aplikaci některých zevních léků?
10. Jaké znáte dermatochirurgické výkony?

OTÁZKY

1. Znáte nějaká lázeňská střediska v ČR zaměřená na léčbu pacientů s kožními chorobami?
2. Znáte nějaké občanské sdružení pomáhající pacientům s psoriázou a atopikům?
3. Víte kde se nachází nejbližší hyperbarická komora a při jakých stavech je doporučována?

DALŠÍ ZDROJE

DITRICHOVÁ, D. et al. 2002: *Repetitorium dermatovenerologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 304s. ISBN 80-86297-08-X.

HERCOGOVÁ, J. et al. 2019: *Klinická dermatovenerologie, 1. díl*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. 863s. ISBN 978-80-204-5321-1.

NOVÁKOVÁ, I. 2011: *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.

RESL, V. et al. 1997: *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 138s. ISBN 80-7184-395-4.

ŠTORK, J. et al. 2008: *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2008. 502s. ISBN 978-80-7262-371-6; ISBN 978-80-246-1360-4.

3 SPECIÁLNÍ DERMATOLOGIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Třetí kapitola je věnována jednotlivým kožním chorobám, jejich etiopatogenezi, klinickému obrazu a terapii.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly bude student umět:

- popsat jednotlivé kožní choroby, jejich etiopatogenezi
 - charakterizovat kožní projevy u jednotlivých onemocnění
 - popsat klinický obraz u konkrétních kožních chorob
 - znát základní léčebné postupy
 - diagnostikovat a řešit ošetrovatelské problémy spojené s kožními chorobami
-

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování této kapitoly bude student potřebovat 6 hodin.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Intertrigo, decubitus, exkoriace, clavus, combustio, congelatio, perniones, svrab, trombiculosis, pediculosis, cimicosis, pulicosis, oxyuriasis, mykóza, pityriasis versicolor, tinea, candidiasis, pyodermie, impetigo, furunculus, furunculosis, carbunculus, ostioporitis, erysipel, ecthyma, phlegmona, paronychia, acne, lymfská choroba, tbc kůže, bradavice, herpes zoster, herpes simplex, dermatitida, ekzém, kopřivka, psoriáza, rosacea, pemhigus vulgaris,

pemhigoid, erythrodermie, kolagenóza, sclerodermie, dermatomyositida, prekanceróza, kožní nádor, povinné hlášení, dispenzarizace

3.1 Kožní projevy z fyzikálních příčin

3.1.1 INTERTRIGO, OPRUZENÍ

Časté onemocnění dětí i dospělých. Je vyvoláno třením styčných kožních ploch, zejména vnitřních stran stehen. Projevuje se zvláště u lidí obézních, silně se potících. Živě červené, zduřelé plochy pálí a svědí, někdy erodují a mokvají. (Obr. 16) Hrozí nebezpečí sekundární infekce mikroby či kvasinkami. U malých dětí drážděním kůže močí a plenkovými kalhotkami je často vyvolána *plenková dermatitida*.

Léčba: oplachy v hypermanganu, vysychavé obklady z borové vody, Imazol krém-pasta, zásypy. Důležitý je volný oděv.

Obrázek 16 Opruzenina



Převzato z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/opruzeniny-intertrigo-pricina-lecba-faktory-vzniku>

3.1.2 DECUBITUS, PROLEŽENINA

Je tlakem vyvolaná ischemická nekróza s následným vředovým rozpadem kůže i hlubších tkání. Většinou u lidí dlouhodobě ležících, v celkově špatném stavu, s metabolickým rozvratem apod. Predilekcí je kůže nad kostními prominencemi, např. nad hrboly kostí sedacích, nad obratli, v krajině sakrální, nad patní kostí. (Obr. 17) Pro posouzení pravděpo-

dobnosti vzniku dekubitů existuje hodnotící kritérium, škála dle Nortonové, kdy vyhodnocením počtu bodů na podkladě zhodnocení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vývinu nekrózy.

Rozlišujeme 4 stupně dekubitů:

1. erytém – reverzibilní zarudnutí kůže
2. puchýř – povrchní, bolestivý s modravě lividním zbarvením kůže v epidermis a dermis
3. nekróza – hluboké poškození s otokem a zánětlivým okrajem zasahujícím ev. až ke kosti
4. vřed – dosahuje až ke kosti, bursy, kloubu, ale i tělesných dutin (rektum, vagína)

Léčba: je velmi obtížná, a proto nejdůležitější je prevence jejich vzniku. Pravidelné polohování imobilních pacientů, maximální hygiena a kvalitní ošetrovatelská péče, používání antidekubitních pomůcek a matrací. Lokální ošetřování dle stupně a typu poškození.

Obrázek 17 Decubitus



Převzato z: <http://www.lecbarany.cz/kazuistiky/dekubitus-3-stupne-na-hyždich-zena-80-let>

3.1.3 ARTEFAKTY, NEUROTICKÉ EXKORIE, SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Jde o úmyslné poškození kůže psychicky nemocnými osobami nebo zdravými lidmi obvykle s cílem dosáhnout určitých výhod. Poškození různého charakteru (chemické, mechanické, termické aj.) se vyskytují jen ve snadno dostupných lokalitách, v dosahu rukou. (Obr. 18)

Léčba: Znepřístupnění poškozené partie (např. zinkokliho obvaz) vede ke spontánnímu zhojení. Jinak granulační a epitelizační prostředky.

Obrázek 18 Sebeпоškozování louhem



Fotoarchív autorky

3.1.4 CLAVUS, KUŘÍ OKO

Je to bolestivá ložisková hyperkeratóza nad kloubními či kostními vyvýšeninami. Nález je častý u nemocných s ortopedickými vadami nohou (např. hallux valgus). (Obr. 19)

Obrázek 19 Clavus



Převzato z: <http://dermnetnz.org/scaly/corn-imgs.html>

3.1.5 COMBUSTIO (POPÁLENINA), CONGELATIO (OMRZLINA), PERNIONES (OZNOBENINY)

Popálenina - Teploty nad 45 °C jsou kůží vnímány jako bolest a podle teploty, charakteru škodliviny a doby působení vznikne popálenina I. až III. stupně. Poškození se objevuje bezprostředně a je největší v epidermis a horním kóriu. U II. stupně popálenin vznikají puchýře uložené subepidermálně a u III. stupně plošné nekrózy, které se hojí jizvami. Jizvy jsou plošné, hypertrofické až keloidní. (Obr. 20)

Léčba: Popálenou kůži ihned ochladit ve studené vodě nebo přiložit led. Další pomoc záleží na rozsahu poškození. Těžké stavy se léčí na popáleninových centrech.

Obrázek 20 Popáleniny



Převzato z: <http://www.vitae.ic.cz/popaleniny.html>

Omrzlina – je termické poškození kůže působené extrémně chladným vzduchem, tektutinami a kovy. Náchylnější jsou lidé s poruchami prokrvení končetin. Postiženy jsou akrální partie (prsty rukou, nohou, ušní boltce, špička nosu a místa tlaku obuvi nebo rukavic). U I. Stupně dochází ke zbělení a následnému zarudnutí kůže, které je provázeno silnou bolestivostí, u II. Stupně se tvoří hemoragické puchýře a u III. Stupně nekrózy až černá gangréna. Konečný rozsah postižení může být zřejmý až za několik dnů. (Obr. 21)

Léčba: spadá do oboru chirurgie

Obrázek 21 Omrzlina



Převzato z: http://sport.idnes.cz/horolezec-jaros-ma-omrzle-prsty-a-o-dva-nejspis-prijde-ppk-/sporty.aspx?c=A120531_140422_sporty_fil

Oznobeniny – jsou kožní změny způsobené chladem u predisponovaných osob s periferními cévními poruchami. Vznikají hlavně na kůži rukou po opakovaném dlouhodobém vystavení chladu. Častěji jsou postiženy ženy. Nacházejí se na hřbetech prstů rukou a nohou, na bérkách, boltecích a nose. Vyvolávají svědění, pálení až bolest, a to hlavně v teple a při změnách teploty. V létě je pacient bez potíží, s přicházejícím podzimním chladem projevy recidivují.

Léčba: podávání vazodilatačních preparátů, ale není moc účinná. Pobyt v teple působí příznivě.

Oznobeniny jsou chronickým onemocněním se sezónními podzimními exacerbacemi a spontánním zlepšením během léta.

3.1.6 DERMATITIS SOLARIS, FOTODERMATÓZY

Dermatitis solaris – je normální reakce kůže na erytematogenní dávku UVB. Vznik je ovlivněn klimatologickými podmínkami a vnímavostí podle tzv. fototypu kůže. (tab 1). Projevy dosahují maxima do 24 hodin. (Obr. 22)

Rozlišujeme úpal a úžeh. **Úpal** působí nauzeu, zvracení, bolest hlavy, kolaps. Nutné jsou studené obklady, antipyretika, hojně tekutin. **Úžeh** je lokální postižení kůže se zarudnutím až puchýři, provázené intenzivním pálením až bolestí.

Léčba: V akutní fázi aplikujeme místní kortikosteroidy v krému nebo lotiu, studené obklady. U těžších forem je nutná celková aplikace antihistaminik a antiflogistik. Preventivně jsou doporučována fotoprotektivní externa (sunscreeny) s ochranným faktorem 20 a více, hlavně u osob s nízkým fototypem.

Obrázek 22 *Dermatitis solaris*



Převzato z: <http://drugline.info/ail/pathography/sonnenbrand-dermatitis-solaris/>

Fotodermatózy – jsou onemocnění vyvolaná nebo zhoršovaná slunečním zářením. U některých kožních chorob je UV záření jedním z etiopatogenetických faktorů (např. erytematodes, herpes simplex aj.). U fotodermatóz v užším slova smyslu je UV záření hlavním vyvolávajícím faktorem.

Podle mechanismů, které se uplatňují při vzniku vlastního poškození kůže, se dělí fotodermatózy na **fototoxické** (fotodynamické), kde citlivost na záření je změněna jen kvantitativně (zesílena), a na **fotoalergické**, u nichž se setkáváme s kvalitativně změněnou citlivostí kůže vůči světlu na podkladě alterace imunitních procesů.

Tabulka 1 *Kožní fototyp podle určujících znaků*

Kožní fototyp	I	II	III	IV	V	VI
Barva kůže	velmi světlá	světlá	mírně hnědá	olivová	hnědá	černá
Barva vlasů	rezavá	blond	světle hnědá	hnědá, černá	černá	černá
Barva očí	modrá	zelená	modrá, zelená, hnědá	hnědá	hnědá	hnědá
Spálení	vždy	často	zřídka	nikdy	nikdy	nikdy
Tvorba pih	vždy	často	zřídka	nikdy	nikdy	nikdy
Opálení	nikdy, jen do červena, vždy se spálí, kůže nezhnědne	málo, jen do červena, často se spálí	dobře se opaluje, málokdy se spálí nebo spálení mírné	nikdy se nespálí	nikdy se nespálí	nikdy se nespálí

3.2 Kožní choroby parazitární

3.2.1 SVRAB, SCABIES

Je nakažlivé, poměrně časté onemocnění.

Etiologie a patogeneze: Původcem je zákoška svrabová. Oplodněná samička velikosti asi 0,3 mm se zavrtává do epidermis, vytváří chodbičky 0,5 až 2 cm dlouhé, v nich klade vajíčka. Z vajíček se po 3 až 5 dnech líhne larva a za 3 týdny se vyvine dospělá zákoška. Sameček je menší, 0,1 mm, žije spíše na povrchu kůže. Inkubační doba je 2 až 6 týdnů. Jako onemocnění z povolání může vzniknout např. u zdravotnických pracovníků při manipulaci s prádlem infikovaných pacientů a při jejich ošetřování.

Klinický obraz: Projevy svrabu se objevují za 3–6 týdnů po nákaze. Nejdůležitější příznak je svědění celého těla, které je výraznější večer po zahřátí na lůžku nebo po teplé koupeli. V predilekční lokalizaci (v meziprstí rukou, v předních řasách podpažních, v pase a v podbřišku, na hýždích, u žen na dvorcích prsních bradavek, u mužů na penisu) se tvoří světle červené papulky po dvojicích, jsou na začátku a na konci chodbičky, kde se zákoška nachází. Mezi nimi bývají sekundárně vzniklé lineární exkoriace ze škrábání. U malých dětí bývají postiženy plosky a dlaně, někdy i hlava. (Obr. 23, 24)

Potvrzení diagnózy je možné mikroskopickým vyšetřením šupin odebrané chodbičky v louhovém preparátu.

Léčba: Zahrnuje též likvidaci parazitů, zhojení kožních lézí a stavů komplikujících onemocnění, hygienická opatření zamezující další šíření nákazy, identifikaci a přeléčení kontaktů. Účinná je síra pouze v masťovém základu: u dospělých používáme 10-20 % sirnou vazelínu, u malých dětí 2,5 %. Mast se aplikuje 1 krát za 24 hodin tři po sobě následující dny. Preparát Infectoscab lze aplikovat pouze na 24 hodin jednorázově.

V posledních letech je pozorován výrazný vzestup, neboť svrab bývá u pacientů někdy diagnostikován opožděně, a to zvláště v případech, je-li komplikován ekzémem. Častým zdrojem onemocnění jsou pacienti bez domova.

Onemocnění podléhá povinnému hlášení a vždy je nutno kromě zavedení hygienických opatření (spodní a ložní prádlo vyprat (60 °C), vyžehlit a nepoužívat po 3 dny, boty nepoužívat 5 dní), přeléčit všechny členy domácnosti a intimní přátele.

Obrázek 23, 24 Predilekční lokalizace svrabu – meziprstí, na dlani



Převzato z: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/svrab/>

3.2.2 TROMBICULOSIS, SRPNOVÁ VYRÁŽKA

Je časté onemocnění pozdního léta.

Etiologie a patogeneze: Vyvolavatelem je larva sametky, která je patrná jako okem rozeznatelná červená tečka, která žije v trávě, v křovinách a při styku s kůží nasaje krev a spontánně odpadá.

Klinický obraz: Na kůži zanechává intenzivně svědící červené skvrny a kopřivkové pupeny v místech, kde přiléhá oděv, zejména v oblasti břicha, axil a hýždí. S onemocněním se setkáváme hlavně po práci na zahrádkách, v zemědělství, v lesnictví.

Léčba: mast se sírou nebo tekuté pudry, silné svědění potlačí Fenistil gel. Důležitá je výměna prádla.

Obrázek 25 Trombiculosis



Převzato z: <http://reference.medscape.com/features/slideshow/bug-bites>

3.2.3 PEDICULOSIS, ZAVŠIVENÍ

Je svědivé, relativně časté onemocnění s kožními projevy.

Etiologie a patogeneze: Na člověku parazitují 3 druhy vši: veš vlasová, veš šatní a veš ohanbí. Sají krev hostitele několikrát denně, výměšky jejich slinných žláz vyvolávají intenzivní svědění, bez potravy hynou do několika dní. Samičky lepí vajíčka tzv. hnidy na vlasy, vlákna oděvu či chlupy.

- **Veš hlavová, *Pediculus capitis*** – je 2-4 mm dlouhá, žije ve vlasech, na které lepí hnidy. Postihuje zejména děti školního věku. Hnidy nacházíme nejvíce nad krajinou spánkovou, za boltci a v zátylí, se jeví jako šedobělavé oválné útvary podobné lupům, které však pevně lpí na vlasech. (Obr. 26)
- **Veš v ohanbí, *Phthirus pubis*, muňka** – je 1,5-2 mm velká, trojúhelníkového tvaru se 3 páry drápkovitě zakončených noh, žije v ochlupení genitálu (popř. v podpaží, obočí, řasách, vousech). V místě vpichů nacházíme šedomodré skvrnky, k přenosu dochází při pohlavním styku.
- **Veš šatní, *Pediculosis vestimenti*** – je 3-4,5 mm dlouhá, žije v záhybech šatstva, na které lepí hnidy, v kontaktu s kůží je jen při sání. Saje krev na kůži trupu, kde zanechává petechie a kopřivkové projevy. Nebezpečí této vši spočívá v možném přenosu skvrnitého a návratného tyfu a volyňské horečky.

Léčba: Je nutná likvidace živého parazita a embryí v hnidách. Přípravky jsou aplikovány podle doporučení výrobce (Jacutin gel, Diffusil H, Orthosan H). Postup se opakuje 1x denně po dobu 3 dnů. Kontrola vlasů je nutná před každým přijetím na oddělení diskretním způsobem. Je nutné také vyměnit osobní a ložní prádlo, vyšetření kontaktů a jejich případné přeléčení.

Obrázek 26 *Pediculosis capitis*



Převzato z: <http://parasitophilia.blogspot.cz/2012/05/pediculus-humanus.html>

3.2.4 CIMICOSIS, KOŽNÍ PROJEVY VYVOLANÉ ŠTĚNICEMI

Onemocnění vzniká po napadení štěnicemi na místech nekrytých oděvem.

Etiologie a patogeneze: Štěnice je 4-5 mm dlouhá a 3 mm široká, nažloutlé barvy, která se po nasátí krve mění v červenou. Hnízdí skryté před světlem ve štěrbinách postelí, v obrazových rámech, za tapetami nebo jiném místě. Mohou být přenášeny v oblečení, v zavazadlech, ve starých matracích a nábytku. Mohou přežít až jeden rok bez potravy, obvykle sají krev hostitele každých 5-10 dnů.

Klinický obraz: v místech vpichu vznikají kopřivkové pupeny, někdy až puchýře a otoky se silným svěděním. (Obr. 27) Při delším průběhu se vyvíjí tolerance na vpich a reinfekce může zůstat nepovšimnuta a jedinými příznaky zůstává trus štěnic s jeho nepříjemným zápachem a krvavé skvrny.

Léčba: symptomatická, aplikace repelentů slouží jako profylaktické opatření.

Obrázek 27 Cimicosis



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/51735/image.htm>

3.2.5 PULICOSIS, KOŽNÍ PROJEVY VYVOLANÉ BLECHAMI

Jedná se o napadení blechami vyskytujícími se kosmopolitně.

Etiologie a patogeneze: Původcem je blecha obecná, je 2-4 mm dlouhá, je schopna vyskočit 50-60 cm do výšky a dožívá se asi 1,5 roku. Ukřívá se před světlem ve škvírách nábytku, v podlaze, pod kobercem apod. Člověka mohou napadnout i blechy různých zvířat.

Klinický obraz: Na kůži břicha a dolních končetin v místě kousnutí vznikají svědivé kopřivkové pupeny s centrálně patrným vpichem. Tyto projevy rychle vymizí po několika dnech. (Obr. 28)

Léčba: symptomatická, aplikace repelentů slouží jako profylaktické opatření.

Obrázek 28 Pulicosis



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/16795/image.htm>

3.2.6 IXODIDAE, KOŽNÍ PROJEVY VYVOLANÉ KLÍŠŤATY

Napadení klíšťaty je časté, zejména v povodí řek.

Etiologie a patogeneze: Nejrozšířenějším klíštětem u nás je klíště obecné, žije v porostech do 1 m výšky a vývoj od vajíčka přes larvu a nymfu do dospělce trvá asi 3 roky.

Klinický obraz: Po bezpříznakovém vpichu následuje vznik svědivé červené papuly či ložiska, které odezní do několika dnů po odstranění klíštěte (samo se odpoutá po nasátí krve během 2-12 dní). (Obr. 29) Představuje riziko přenosu lymeské boreliózy a klíšťové encefalitidy.

Léčba: co nejčasnější odstranění klíštěte vytrhnutím jemnou pinzetou nebo šetrným vyvikláním s následnou dezinfekcí vpichu. Při odtržení části klíštěte je důležité chirurgické odstranění zbylé části v kůži. Vhodné je další sledování místních i celkových příznaků postiženého. Profylakticky do přírody mít oděv pokrývající celé tělo, ošetření repelenty a zevrubná prohlídka celého kožního povrchu po návratu z přírody.

Obrázek 29 Ixodidae



Převzato z: <http://www.biodiversityinfocus.com/blog/tag/ixodidae/>

3.2.7 OXYURIASIS - ENTEROBIASIS

Je časté onemocnění, vyskytující se hlavně u dětí a přenáší se v dětských kolektivech, přenáší se fekálně-orální cestou.

Etiologie a patogeneze: Původcem je roup dětský, žijící v tenkém střevě.

Klinický obraz: Nejčastěji večer dochází ke svědění kolem konečníku, kdy samička vylézá z řitního otvoru a klade kolem vajíčka. K infekci dochází přenosem vajíček z anální krajiny do úst nebo nemytou zeleninou. (Obr. 30)

Léčba: Celkově podáváme Helmirazin nebo Pyrvinium suspenzi jednorázově a po 4-6 týdnech léčbu opakujeme. Preventivně je nutné přeléčit všechny členy rodiny a ev. dětský kolektiv.

Obrázek 30 Oxyuriasis



Převzato z: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/etxt/Enterobiasis.htm>

3.3 Kožní choroby vyvolané houbami a kvasinkami, mykózy

3.3.1 PITYRIASIS VERSICOLOR

Onemocnění patří mezi povrchové mykózy, které postihují pouze rohovou vrstvu pokožky a vyvolávají jen někdy mírnou zánětlivou reakci.

Etiologie a patogeneze: původcem je kvasinka *Malassezia furfur*, která je běžným kožním saprofytem. Vznik projevů kromě tepla a vlhka podporují imunoprese, hyperhidróza a mastná kůže.

Klinický obraz: tvoří se ostře ohraničené okrouhlé skvrny (0,5-1 cm) růžovohnědé barvy, splývající do větších mapovitých ložisek. Predilekcí je trup a proximální části končetin. V létě po oslunění jsou postižená místa světlejší než okolní opálená kůže. (Obr. 31)

Léčba: Lokální antimykotika (Canesten crm., Batrafen crm., Micetal crm. a gel).

Obrázek 31 *Pityriasis versicolor*



Převzato z: <http://www.life-worldwide.org/fungal-diseases/tinea-versicolor/>

3.3.2 TINEA

Patří do skupiny dermatofytóz, postihují hlubší partie epidermis, vlasy a nehty. Organismus reaguje na přítomnost dermatofyta v kůži zánětem různé intenzity. Akutně zánětlivé reakce vedou k rychlejšímu hojení. Charakter kožních projevů je závislý nejen na vlastnostech dermatofyta, ale i na celkovém stavu organismu.

- ***Tinea pedis et manum*** – k přenosu dochází v lázních a společných sprchách, bazénech, z infikovaných bot. Důležitým faktorem pro rozvoj onemocnění je porušení fyziologických poměrů na povrchu kůže, ke kterému vede nošení pevné, neprodyšné, hlavně gumové obuvi a silonových ponožek.

1. *forma intertriginózní* – postihuje nejčastěji 3. a 4. meziprstí nohou, kde se projevuje olupováním až macerací šedobílé barvy s ragádou (prasklinou). Později se rozšiřuje do všech meziprstních prostor i na prsty, na plošky a nártý.

2. *forma hyperkeratoticko-skvamózní* – kůže na chodidlech, hlavně na patách je ztluštělá, zarudlá, lamelózně se olupuje, často vznikají bolestivé ragády.

3. *forma dyshidrotická* – typické jsou puchýřky se silnou krytbou na zarudlé spodině, hluboko uložené, nejčastěji v klenbě nožní. Sekundární infekce vede k hnisavé sekreci.

Všechny tyto formy se vyskytují samostatně nebo se mohou navzájem kombinovat, příp. může dojít navíc k postižení nehtových plotének – onychomykóze.

Projevy na rukou bývají mírnější. Ve dlaních a na laterálních plochách prstů se častěji vyskytují drobné puchýřky.

Léčba: zvýšená hygiena, koupele v roztoku hypermanganu a pravidelné ošetření zevními antimykotiky (Imazol, Batrafen, Canesten). Je nutná dezinfekce obuvi, ponožek a další preventivní opatření.

- **Tinea inguinalis** – svědicí onemocnění, které častěji postihuje muže než ženy. Lokalizace je v třísllech, na vnitřních stranách stehen, perianálně a perigenitálně jsou ložiska až plochy ostře ohraničené, barvy hnědočervené s mírně vyvýšenými okraji. V nich jsou patrné puchýřky nebo pustuly.

Léčba: zvýšená hygiena, koupele v roztoku hypermanganu a pravidelné ošetření zevními antimykotiky (Imazol, Batrafen, Canesten).

- **Tinea corporis** – objevují se projevy kdekoliv na kůži trupu a končetin, mohou vznikat přenosem infekce z lidí nebo ze zvířat, u ošetřovatelů dobytka a veterinářů, bývá často nemocí z povolání. (Obr. 32)

Povrchová forma – projevuje se zánětlivými kruhovitými ložisky, ostře ohraničenými, často se svěděním.

Hluboká forma – vzniká z povrchové formy, infekce prostupuje podél folikulů do hloubky. Vznikají hrbolatá ložiska s hluboko uloženými abscesy, z nichž četnými otvory vytéká hnis.

- **Tinea barbae** – může být postižena vousatá část obličeje *formou povrchovou* nebo silně zánětlivou *formou hlubokou*. Postihuje zejména zemědělce ošetřující nakažený hovězí dobytek. Ve vousech se tvoří splývající papulopustuly, zánětlivé hrboly a abscesy. Bývají zvětšené krční lymfatické uzliny, někdy i febrilie.

Léčba: celková antimykotika.

- **Tinea capitis** – se vyskytuje také ve *formě povrchové* a *formě hluboké*.

Povrchová forma - projevuje se nenápadnými olupujícími se ložisky bez zánětu, nebo je zánět výraznější a vznikají rozsáhlá alopetická ložiska.

Hluboká forma – se vyskytuje nejčastěji u dětí. Projevuje se jako zánětlivý hrbol ve kštici s abscesy a píštělemi, na povrchu krytý nánosem zaschlého hnisu a šupin.

Léčba: u všech forem vyžaduje kombinaci zevní a celkové antimykotické terapie.

- **Tinea unguium, onychomycosis** – je onemocnění způsobené napadením nehtových plotének různými druhy dermatofyt. Nejčastěji dojde k zanesení infekce škrábáním, z meziprstních prostor nebo nástroji při pedikúře. Postižení začíná od volného okraje nehtové ploténky. Nehet je ztlustělý, zbarven do žluta nebo s šedavým nádechem, volný okraj je roztrpený a drobí se.

Léčba: nejprve začínáme s léčbou místní, lokální použitím antimykotických mastí (Canesten, Pevaryl, Batrafen). Na hluboké ložiska dáváme masti pod obvaz. Při postižení jen několika málo nehtů je možná chemická ablace silnými keratolytiky v kombinaci s antimykotiky.

Onychomykózu není možno považovat pouze za kosmetický problém. Jde o chronické onemocnění s negativním psychickým i fyzickým vlivem na pacienta, u imunosuprimovaných osob může představovat potenciálně závažný zdravotní problém. U starších pacientů může onychomykóza vést k erysipelu, u diabetických pacientů zvyšuje riziko diabetické nohy.

Obrázek 32 *Tinea corporis*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/1269266/image.htm>

3.3.3 CANDIDIASIS (ONEMOCNĚNÍ VYVOLANÉ KVASINKAMI)

Jedná se o častou infekci vyvolanou kvasinkami rodu *Candida*, postihuje především intertriginózní lokalizace kůže a sliznice.

Etiologie a patogeneze: *Candida albicans* je běžnou flórou v ústní dutině, trávicím ústrojí a na genitálu. Kandidóza je častým onemocněním u diabetiků, imunosuprimovaných pacientů, při podávání systémových antibiotik, kortikosteroidů, cytostatik, v těhotenství, při užívání kontraceptiv. Někdy se označuje jako „nemoc nemocných“. Rozlišujeme několik forem.

- **Kandidóza dutiny ústní** – nejčastější formou je *soor* – projevuje se jako bělavé splývající povlaky na bukálních sliznicích a jazyku, které lze snadno setřít. (Obr. 33, 34)
- **Anguli infectiosi (cheilitis angularis)** – jsou bolestivé začervenalé, popraskané koutky úst někdy s bělavými povlaky.
- **Kandidóza na genitálu** – se projevuje jako vulvovaginitida charakterizována bělavým hustým tvarohovitým výtokem, zarudnutím genitálu a svěděním. U mužů, hlavně diabetiků probíhá nemoc pod obrazem **balanitidy a balanopostitidy**.
- **Kandidóza intertriginózní** – projevuje se jako zarudlá ložiska až plochy v okrajích s puchýřky a s bělavým lemem olupující se epidermis. Projevy svědí a pálí.

- **Paronychia kandidová** – charakterizují bolestivé, zduřelé, zarudlé nehtové valy, z nichž lze vytlačit kapku hnisu. Při déle trvajícím onemocnění nehtových valů může dojít k poškození nehtových plotének. Ty jsou pak zhrubělé, příčně rýhované, bez lesku a okraj je třepivý. Zbarvení může být do hněda.

Léčba: se řídí lokalizací, rozsahem poškození a celkovým stavem pacienta. Místně aplikujeme antimykotika působící na kvasinky, celkově podáváme Prokanazol. Do záhybů nepatří masti, ale roztoky, nebo krémy a vkládáme záložky. Preventivně dbáme na dodržování hygienických zásad (dezinfekce, vlastní hygienické potřeby).

Obrázek 33, 34 Kandidóza dutiny ústní



Převzato z: <http://venerologinfo.ru/kandidoz-vo-rtu.html>

3.4 Kožní choroby vyvolané koky – pyodermie

Jedná se o hnisavá onemocnění kůže, vyvolané pyogenními koky, nejčastěji *Staphylococcus aureus* a β -hemolytickými streptokoky skupiny A. Jsou všeobecně rozšířené a jejich vznik závisí na interakcích mezi celkovým stavem organismu, lokálním stavem kůže, vlivy zevního prostředí a bakteriální virulencí. Stafylokoky a streptokoky jsou příčinou primární i sekundární infekce, jsou schopny pronikat do krevního oběhu a lymfatických cest a vyvolávat diseminované projevy typu kolagulopatií nebo vaskulopatií a některé kmeny mohou produkovat exotoxiny.

Pyodermie lze třídit podle lokalizace infekce a průběhu na: povrchové

folikulární

potních a apokrinálních žláz

hluboké

vázané na nehty

chronické.

3.4.1 PYODERMIE POVRCHOVÉ

3.4.1.1 Impetigo

Jedná se o častou bakteriální infekci postihující pouze epidermis, postihuje děti i dospělé.

Etiologie a patogeneze: onemocnění je způsobeno streptokoky (forma makulovezikulózní) nebo stafylokoky (forma bulózní).

Klinický obraz: Makulovezikulózní forma začíná červenými makulami s velmi drobnými vezikulami, ty rychle přecházejí v pustuly, snadno praskají a vytvářejí erytematózní ložiska krytá zaschlým sekretem v podobě medově žlutých nebo žlutozelených krust. Bulózní forma začíná bulou na erytematózní spodině s krytbou, která se snadno odlučuje a vznikají mokvající červená ložiska. Nejčastější lokalizace je na obličeji, zejména v blízkosti nosních vchodů. (Obr. 35) *Impetiginizace* je sekundární infekce způsobená koky koky, která nasedá na jakoukoliv dermatózu (např. ekzém).

Léčba: projevy omýváme vlažným roztokem hypermanganu a postupně odstraňujeme krusty. Několikrát denně aplikujeme mast s antibiotikem (Chloramphenicol, Bactroban, Framykoin). U rozsáhlých forem nebo lokalizovaných na obličeji podáváme celkově antibiotika podle citlivosti.

Po ukončení, ale i v průběhu léčby je nutné odebírat vzorky moči, protože streptokokové onemocnění může být příčinou akutní glomerulonefritidy.

Sestra musí dodržovat všechny zásady hygienické péče, bariérovou ošetrovatelskou péči a musí dbát na důležitá protiepidemická opatření, protože impetigo je vysoce nakažlivé onemocnění.

Obrázek 35 Impetigo



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/27016/image.htm>

3.4.2 PYODERMIE FOLIKULÁRNÍ

3.4.2.1 *Furunculus*

Je stafylokokové onemocnění, při kterém infekce postupuje podél vlasového folikulu do hloubky a do okolí. Na kůži vznikne tuhý červený a bolestivý hrbol, na povrchu se postupně vytvoří pustula až nekrotický čep. Furunkl se může vyskytnout kdekoliv na těle. (Obr. 36)

Léčba: K urychlení kolikvace obsahu se aplikují antiflogistika s keratolytiky (Ichtoxyl ung.) pak ATB masti (Framykoin ung., Bactroban ung.). Při lokalizaci na obličeji jsou nutná celková ATB, nevhodné jsou mechanické exprese zánětlivého obsahu z důvodu rizika šíření infekce.

Obrázek 36 *Furunculus*



Převzato z: <http://saglamaile.az/index.php/ru/pages/page85>

3.4.2.2 *Furunculosis*

Je to chronický stav s opakovanými výsevy furunklů po celém kožním povrchu. Furunkulóza může být sekundárním projevem některých dermatóz, např. svrabu, pedikulózy, ekzému. (Obr. 37)

Zdrojem stafylokoka mohou být i fokální infekce nebo chronické nosičství v nose, v axilách, ve tříselech, na perineu.

Léčba: Lokální terapie se zvýšenou celkovou hygienou, zlepšení nutričního stavu, sání fokusů, imunostimulační terapii. Samotná antibiotika mají jen krátkodobý efekt.

Obrázek 37 Furunculosis



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/26832/image.htm>

3.4.2.3 Carbunculus

Vzniká splynutím několika přilehlých furunklů, které se rozšíří do rozsáhlých infiltrátů.

Vytváří se rozsáhlý hrbol (tuber), který se vyprazdňuje několika píštělemi. Velmi častá je lokalizace na šíji u silných mužů. Bývá obvykle doprovázen horečkami a třesavkami, schváceností, hrozí sepse. (Obr. 38)

Léčba: stav vyžaduje hospitalizaci, chirurgický zásah, celkově vysoké dávky protistafylokokových ATB. Je nutné vyloučit cukrovku.

Obrázek 38 Carbunculus



Převzato z: <http://dermaproblems.com/acute-skin-infection-carbunculus/>

3.4.3 PYODERMIE POTNÍCH A APOKRINNÍCH ŽLÁZ

3.4.3.1 *Ostioporitis*

Jedná se o hnisavý zánět potní žlázy. Vypadá stejně jako ostiofolikulitida, ale pustulou neprochází vlas. Léčba je shodná.

3.4.3.2 *Hidradenitis suppurativa*

Je to chronické, hnisavé onemocnění apokrinních žláz v axilách, v tříslech, někdy i perianálně. Častěji postihuje dospělé muže. Příčinou je *Staphylococcus aureus*.

Projevuje se bolestivými zánětlivými hrboly, které mohou splývat do valovitých infiltrátů s postupným provalením hnisu, někdy je přítomen pruritus, projevy mohou zapáchat. Recidivy výsevů vedou ke tvorbě píštělí a k mûstkovitým jizvám. (Obr. 39) Při masivním postižení a po opakovaných chirurgických excizích mûže v anogenitální lokalizaci docházet ke vzniku sekundárního lymedému.

Léčba: lokální léčba je stejná jako u furunklu a karbunklu. Celkově se ATB nasazují dle kultivace a zjištěné citlivosti, incize a drenáže bývají nutné. Nově je také biologická léčba. Lokálně jsou důležité antiseptické oplachy, lokální antibiotika a dostatečný hygienický režim. U obézních pacientů je vhodná redukce tělesné hmotnosti.

Obrázek 39 *Hidradenitis suppurativa*



Převzato z: <http://www.clinicaladvisor.com/hidradenitis-suppurativa/slideshow/277/#2>

3.4.4 PYODERMIE HLUBOKÉ

3.4.4.1 Erysipel, růže

Je onemocnění kůže a podkoží, které vyvolává *Streptococcus pyogenes* (β -hemolytický streptokok skupiny A). Jedná se o ostře ohraničený živě červený erytém s otokem, který může mít až indurovaný charakter, okraje léze mohou být vyvýšené oproti okolní kůži a jsou nepravidelného tvaru. Nejčastěji je lokalizován na bérce a obličej, ale může se vyskytnout kdekoliv na kožním povrchu. Vstupní branou bývají bércové vředy, ragády při tinea pedum nebo eroze na obličej po holení, při rýmě kolem nosního vchodu.

Onemocnění začíná zimnicí, třesavkou, nauzeou, bolestí hlavy, horečkou až kolem 40 °C. Za několik hodin se v postižením místě vytvoří edém, ostře ohraničený erytém. Kůže je na pohmat teplá a bolestivá. Regionální lymfatické uzliny mohou být zvětšené a bolestivé, někdy s lymfangoitidou. Na erytému se mohou tvořit drobnější i větší puchýře (*erysipelas bullosum*), závažná je nekrotická forma (*erysipelas gangraenosum*), nebo forma abscedující (*erysipelas phlegmonosum*). (Obr. 40) Následkem prodělaného erysipelu dochází ke vzniku *lymfedému* příslušné oblasti, který při recidivách erysipelu vede ke vzniku elefantiazy.

Léčba: vyžaduje vysoké dávky penicilinových ATB parenterálně po dobu 7-10 dní. Důležitá je prevence recidiv spočívající v opakované dlouhodobé aplikaci Prokain G-PNC vždy po 2-4 týdnech. Lokálně podáváme protizánětlivé masti, zpočátku např. Polysan, poté preparáty s ichtamolem, při vzniku abscesu a nekróz je chirurgické ošetření a léčba vředu.

Obrázek 40 *Erysipelas bullosum*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/10870/image.htm>

3.4.4.2 Ecthyma

Je ohraničená ulcerózní pyodermie vyvolaná nejčastěji streptokokem skupiny A, lokalizovaná nejčastěji na bérkách. Postihuje spíše starší osoby se špatnou hygienou, chronickou žilní insuficiencí dolních končetin nebo diabetem. Někdy po poštipání hmyzem vzniká hemoragický puchýř, jehož spodina podléhá nekróze. Po odloučení eschary následuje okrouhlá ulcerace zdlouhavě se hojící jizvou. (Obr. 41)

Léčba: U ohraničených forem se aplikují antiseptické a antibiotické obklady a masti (Betadine, Bactroban), u rozsáhlejších forem jsou nutná celková ATB.

3.4.4.3 Phlegmona

Jedná se o hnisavé onemocnění kůže a podkoží, někdy i s postižením fascií, svalů, šlach. Příčinou jsou stafylokoky, streptokoky i anaerobní půda. Začíná často po traumatu bolestivým zarudnutím a zduřením, v centru postupně dochází ke kolikvaci a vzniku abscesu. Je možný rychlý přechod do rozsáhlých nekrotéz kůže, podkoží a hlubších struktur (*nekrotizující fascitida*). Hrozí septický stav. (Obr. 42)

Léčba: vyžaduje chirurgické řešení – incize, drenáže, odstraňování nekrotických tkání. Celkově jsou nutné vysoké dávky širokospektrých ATB parenterálně, klid na lůžku.

Obrázek 41 Ecthyma



Převzato z: <http://www.aafp.org/afp/2007/0701/p119.html>

Obrázek 42 Phlegmona pedis



Převzato z: <http://www.medicinabih.info/tag/phlegmona-pedis/>

3.4.5 PYODERMIE VÁZANÉ NA NEHTY

3.4.5.1 Paronychia

Původcem onemocnění je *Staphylococcus aureus*. Postižené bývají nehtové valy, které jsou zduřelé, začervenalé, výrazně bolestivé a zatlačením na ně lze vytlačit hnis. Příčinou bývá nešetrné provádění manikúry a jiná drobná poranění. Nehtová ploténka odrůstá zdeformovaná. (Obr. 43, 44)

Léčba: koupele v hypermanganu, Ichtoxyl ung., ATB masti.

Obrázek 43, 44 Paronychia



Převzato z: <http://medicalpicturesinfo.com/paronychia/>

<http://hardinmd.lib.uiowa.edu/dermnet/paronychia5.html>

3.4.6 PYODERMIE CHRONICKÉ

3.4.6.1 Acne necrotica

Příčina není zcela jasná, je řazeno mezi pyodermie a jde o sníženou rezistenci proti stafylokokům a streptokokům. Predilekční lokalizací je čelo, spánky a přilehlé oblasti kštice, může být i na hrudníku v seboroické predilekci. Postupně se zde vysévají červené papuly velikosti čočky s centrální nekrózou. Po odloučení nekrózy vznikají drobné kruhové jizvičky. (Obr. 45)

Léčba: aplikujeme lihové roztoky nebo masti s antibiotiky. Léčba je dlouhodobá a obtížná.

Obrázek 45 Acne necrotica



Převzato z: <http://perridermatology.com/blog/tag/conroe-dermatologist?currentPage=27>

3.5 Kožní choroby vyvolané ostatními bakteriemi

3.5.1 LYMESKÁ CHOROBA, BORRELIOSIS

Původcem choroby je spirocheta, nemoc byla poprvé popsána v USA v roce 1976. Lze rozeznat fázi lokální a fázi generalizace. V současné době patří toto onemocnění mezi nejčastější nákazy s přírodní ohniskovostí v České republice. Výskyt má sezónní charakter s vrcholem v 7. a 8. měsíci roku.

Klinický obraz: nemoc se vyvíjí ve stádiích, které nastupují za týdny až léta od infekce. Pouze asi u 5 % z osob, které se dostaly do styku s infekcí, vznikne onemocnění. Po vstupu infekce do kůže se mohou spirochety nejdříve rozšířit lokálně a později hematogenně do periferních svalů, myokardu, do kloubů, kostí, do mozku, mening nebo do jater a sleziny.

Akutní manifestace choroby nastává v místě štípnutí za několik dnů až měsíců, nejčastěji za 7-10 dnů a bývá provázena teplotou, mrazením bolestí hlavy, myalgií, artralgií a nechutenstvím.

Erythema chronicum migrans – vzniká v místě přisátí či poštípání hmyzem za 1-180 dnů. Kůže je červená, ohraničená skvrna, která se pomalu šíří periferně až do poměrně rozsáhlé plochy. Někdy mohou být kožní projevy provázeny mírnými teplotami, bolestmi hlavy, kloubů, svalů a nevolností. (Obr. 46)

Borreliový lymfocytom – vzniká nejčastěji na obličeji, na špičce nosu nebo na ušním lalůčku, také se někdy vyskytuje v místě přisátí klíštěte či hmyzu. Jde o menší nafialovělé uzlíky, hrboly až infiltráty.

Acrodermatitis chronica atrophicans - je pozdním kožním projevem. Začíná fází zá-
nětlivou s fialově červenými plochami, podobnými migrujícímu erytému, které později

(asi po 2 létech) přecházejí ve fázi atrofickou, postihující kůži i podkoží. Akrální části končetin, lokty a kolena jsou kryté tenkou a lesklou kůží, která se řasí jako cigaretový papír a nápadně jí prosvítají podkožní cévy. Tyto plochy se mohou šířit proximálně a nejsou-li léčeny, mohou zachvátit celé končetiny i trup.

Léčba: užívají se čtyři skupiny antibiotik: penicilínová, tetracyklinová, makrolidová a cefalosporiny III. generace. Výběr antibiotika, jeho dávka a doba léčby jsou závislé na stadiu onemocnění a na orgánu nebo systému, který je infekcí postižen.

Obrázek 46 *Erythema chronicum migrans*



Převzato z: <http://lymediseaseguide.org/lyme-disease-rash>

3.5.2 TUBERKULÓZA KŮŽE

Kožní formy tuberkulózy představují chronický specifický granulomatózní zánět kůže, vyvolaný *Mycobacterium tuberculosis*. Tbc je rozšířena po celém světě. Obraz kožní tbc je velmi pestrý. Kromě množství a virulence mykobakterií je významný celkový stav organismu (imunita, stav výživy, hygiena, věk), místní stav kůže, poruchy prokrvení apod.

Klinické formy kožní tbc

Primární inokulační tbc – primární tbc infekce kůže vzniká u jedince, který se dosud s tbc nesetkal, nejčastěji u dětí. V místě inokulace se vytvoří nahnědlá papula neostře ohraničená, přecházející v indurovaný uzlík, který může exulcerovat. Ulkus je nebolestivý s neostřími okraji a hemoragickou spodinou. Ulkus a regionální lymfadenitida (vzniká za 3 - 4 týdny po vzniku vředu) představují *primární komplex*. Vřed se hojí řadu měsíců.

Tuberculosis cutis verrucosa - jde o bradavičnatou variantu tbc. Vyskytuje se hlavně jako profesionální onemocnění u ošetřovatelů hovězího skotu, u veterinářů, u řezníků, i u patologů. Hlavně na ruku a nohu se v místech infekce objeví hnědočervená papula, která se zvětšuje v infiltrované bradavičnaté ložisko.

Lupus vulgaris, tbc cutis luposa – je nejčastější kožní tbc. Vzniká po prodělané dřívější tbc infekci. Lokalizace je nejčastěji na akrálních částech obličeje, končetin, na

hýždích. Ke vzniku projevu přispívá místní cévní cirkulace. Základním klinickým projevem je lupom, hnědě červený uzlík lokalizovaný v koriu. Jednotlivé lupomy mohou navzájem splývat a vytvářet ohraničená, červenohnědá, olupující se ložiska. (Obr. 47)

Lupus vulgaris má několik forem:

Lupus planus – plochá ložiska

Lupus psoriasiformis – ložiska připomínající lupénku

Lupus disseminatus – větší počet ložisek

Lupus annularis – ve středu ložisek dochází k resorbci a tím vznikají prstencová ložiska

Lupus tumidus – projevy jsou vyklenuté

Lupus verrucosus – ložiska s bradavičnatým povrchem

Lupus exulcerans – projevuje se až rozpadem kůže i podkoží, případně chrupavky a kosti

Každá forma lupus vulgaris má sklon ke spontánnímu hojení, ale i rozpadu a komplikacím jako je lymfedém nebo vznik zhoubného nádoru (spinaliomu).

Lymphadenitis tuberculosa – zdrojem infekce bývá lidská tbc. Klinicky se projevuje hmatnými hrboly pod kůží, někdy mohou hrboly splývat do tuhých paketů. V jejich centru může dojít ke kolikvaci, k vytvoření píštělí s vytékajícími nekrotickými hmotami. Kůže nad pakety bývá zarudlá, bolestivá. Postiženy jsou nejčastěji uzliny krční a podpažní. (Obr. 48)

Tuberculosis colliquativa cutis, scrophuloderma – vzniká z tbc lymfadenitidy, jako měkké hrboly lividně červené, s píštělemi a vředy s podminovanými okraji. Vytékající sekret zasychá do strupů. Hojí se vtaženými jizvami, lokalizace je na krku a pod čelistí. (Obr. 49)

Tuberculosis lichenoides – je vzácná. Projevuje se diskrétním výsevem folikulárních papulek a papulopustulek barvy normální kůže nebo žlutohnědých až hnědočervených s rohovitým čepem nebo šupinkou na povrchu. Lokalizace projevů je po stranách trupu. (Obr. 50)

Tuberculosis papulonecrotica – postihuje přední plochy dolních končetin, zevní strany horních končetin, hýždě a obličej. Projevy jsou velikosti až čočky s centrální pustulou nebo krustou, kde později vzniká nekróza. Hojí se jizvičkou. (Obr. 50)

Tuberculosis indurativa cutis, erythema induratum Bazin – postihuje dolní třetiny bérců, většinou bývá u žen. V podkoží vznikají tuhé, nebolestivé hrboly s kůží fialově červenou. Po několika měsících se mohou resorbovat nebo zkolikvovat a píštělovitě se provalit ve vředy s podminovanými okraji. (Obr. 51)

Léčba: Kožní tbc je léčena převážně celkově, kombinacemi antituberkulotik. Místní léčba je symptomatická. Každá forma kožní tbc podléhá povinnému hlášení a dispenzari-zaci.

Nejúčinnější prevencí je očkování BCG vakcínou. V rodině, kde je nemocný s tbc, je nutná důsledná hygiena osobní i hygienická očista prostředí.

Obrázek 47 *Lupus vulgaris*



Obrázek 48 *Lymphadenitis tuberculosa*



Převzato z: <http://www.eopathologies.com/pcoll/derm/calpsvlgr/050113.htm>
<http://www.crudem.org/tuberculosis-in-haiti/>

Obrázek 49 *Tuberculosis colliquativa cutis*



Obrázek 50 *Tuberculosis cutis lichenoides*

Tuberculosis cutis papulonecrotica



Převzato z: http://dermatlas.med.jhmi.edu/image/tuberculosis_1_100606
<http://www.medicinabih.info/tag/hodgkinov-limfom-kozni-eritem/>

Obrázek 51 Tuberculosis indurativa cutis



Převzato z: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Eritema+Indurado&lang=2

3.6 Kožní choroby vyvolané viry

3.6.1 VERRUCAE PLANAE JUVENILES, PLOCHÉ BRADAVICE

Jsou velmi časté, šíří se v dětských kolektivech, odstraňování projevů je bolestivé. Bývají nejvíce na rukou, obličeji. Jsou to ploché, hladké papulky barvy kůže, průměru 2-4 mm. Nejúspěšnější jsou kryoterapie.

3.6.2 VERRUCAE VULGARES, BRADAVICE

Zpočátku žlutavé, později šedohnědé papulky polokulovité, velikosti čočky, hrachu i větší, bradavičnatého drsného povrchu. Častěji je mají děti, nejvíce na ruce, prstech kolem nehtů, i pod nimi. Mohou být mnohočetné. Na ploskách nohou jsou bolestivé, ztěžují chůzi. Nejběžnější je kryodestrukce, málo úspěšná je chirurgická léčba, keratolytika při malém počtu projevů.

3.6.3 MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Papulky velikosti špendlíkové hlavičky až hrachu, barvy normální kůže nebo žlutavá i růžová. Na vrcholku je pupkovitá vkleslinka. (Obr. 52) Častý výskyt u dětí. Je nutné provést destrukci pinzetou s vymáčknutím sýrovité hmoty, která je obsahem papulky nebo snesení ostrou chirurgickou lžičkou. Následuje ošetření jodovou tinkturou. Je třeba ošetřit všechny projevy, protože dochází k reinfekci ze zbývajících.

Obrázek 52 *Molluscum contagiosum*



Převzato z: <http://molluscum-contagiosum.us/>

3.6.4 CONDYLOMATA ACUMINATA

Objevují se v intertriginózní lokalizaci – hlavně perigenitálně a perianálně. (Obr. 53) Jejich vznik podporuje kromě vlhké zapárky dráždění kůže a sliznice fluorem a nedostatečná hygiena. Lokalizace je u mužů na glans penis, kolem uzdičky, u žen ve vchodu poševním, kolem ústí uretry a kolem análního otvoru. Objevují se nejprve růžové vlhké papuly, které se postupně rozrůstají do květákovitých útvarů s bradavičnatým, zmacerovaným povrchem (patří do STD). Ošetření je prováděno roztokem podofylotoxinem – je vysoce toxický, ošetření provádí pouze lékař. Další ošetření ostrou lžičkou, kryoterapií, elektrotterapií, laserem, chirurgicky.

Obrázek 53 *Condylomata acuminata*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/1270151/imagep.htm>

3.6.5 HERPES SIMPLEX, OPAR

Velmi častá infekce. Do prvních 5 let věku proběhne obvykle *primoinfekce* bez klinických příznaků. Asi u 1 % případů se v místě vstupu viru objeví vezikulace, často provázená horečkou. Virus pak přežívá v buňkách spinálních ganglií zadních kořenů míšních, odkud se za určitých okolností šíří zpět do periferie. Takže v 1-2 % případů dochází během života k *recidivám* erupcí. Vyvolávajícím momentem bývá oslunění, menstruace, infekce horních cest dýchacích, teplota, trauma.

Klinicky pozorujeme skupinku drobných lesklých puchýřků, zpočátku čirého obsahu, vezikuly se rychle kalí, praskají a zasychají v krusty. Subjektivně je typické svědění, pocity napětí. Výskyt je možný kdekoli na kožním povrchu, nejčastěji v oblasti orofaciální, zejména na červeni rtů a v bezprostředním okolí a v oblasti perigenitální a gluteální.

Ke zhojení oparu dochází během 10-12 dní, bez jizev. U pacientů v imunosupresi může dojít k rozsevu herpetických puchýřků po celém kožním povrchu, s febriliemi a celkově těžkým stavem. (Obr. 54)

Eczema herpeticatum - může postihnout děti s atopickým ekzémem nebo pacienty s jinou svědivou dermatózou, kdy herpesvirus pronikne do organismu v místech dermatózy s následnou generalizací. Onemocnění má těžký průběh. (Obr. 55) Prvním příznakem virové superinfekce HSV bývá zhoršení ekzému se zarudnutím a mokváním ekzémových ploch. Následuje výsev typických herpetických vezikul, které postupně praskají, vytvářejí se mokvavé až hemoragické eroze, na jejichž okraji dochází k čerstvému výsevu herpetických puchýřků. Infekce se může šířit i na místa nepoškozené kůže.

K typickým příznakům celkového postižení patří také zduření regionálních míšních uzlin, teplota v eruptivní fázi až 40 °C, provázená dehydratací. Zhojení u závažných stavů může trvat 2-6 týdnů. K superinfekci ekzémových ložisek může dojít opakovaně.

Obrázek 54 *Herpes simplex*



Obrázek 55 *Eczema herpeticatum*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/1270151/imagep.htm>

<http://www.dermis.net/dermisroot/en/11512/image.htm>

3.6.6 HERPES ZOSTER, PÁSOVÝ OPAR

Primoinfekcí v dětství je obraz planých neštovic, sídlem viru jsou senzitivní kořeny spinálních ganglií. Vzniká v kterémkoliv věku. Výskyt je jednostranně v obličeji nebo na hrudníku. (Obr. 56) Jedná se o bolestivé onemocnění. Těžší *formy* onemocnění *bulózní*, *hemorhagické* a *gangrenózní* vyžadují hospitalizaci. Jedinou účinnou léčbou je podání acicloviru (Herpesin). Chybou bývá pozdní odeslání nemocných na léčbu, 4. den již nemá smysl aciclovir podávat. Včasné podání léku je ekonomičtější než léčba postherpetické neuralgie, tj. bolestí přetrvávajících po zhojení ložiska (trvají i rok). Častější bývá u těchto nemocných výskyt nádorů, proto se provádí preventivní onkologické vyšetření (paraneoplastický projev).

Obrázek 56 *Herpes zoster*



Převzato z: <http://www.lf.upol.cz/menu/struktura-lf/kliniky/klinika-chorob-koznich-a-pohlavnich/pro-studenty/obrazova-priloha/>

3.7 Dermatitidy, ekzémy

Tato skupina chorob patří k nejčastějším onemocněním kůže. Mají složitou, zčásti nejasnou etiopatogenezi, vyvolávané nejrůznějšími zevními i vnitřními faktory. Jejich společným znakem jsou projevy kožního zánětu s maximem změn v epidermis a v kóriu. Vznikají častěji u osob se změněnou reaktivitou kůže, je typický sklon k recidivám a chronickému průběhu. Primární eflorescencí je drobná, živě červená *makula* a zašpičatělá papulka, která má tendenci se seskupovat do skupinek, s nahromaděním v centru ložisek a s vytrácením na okrajích. Eflorescence, jenž je podmíněna tímto puchýřkem, se označuje jako *papulovezikula*. Stupňování zánětu vznikají v kůži viditelné puchýře (*eczema vesiculosum*). Puchýřky se postupně manifestují i klinicky, zvětšují se a přeměňují se v puchýře až buly (*eczema bullosum*). Popraskáním krytby puchýřů se tvoří mokvající ložiska a plochy

(*eczema madidans*). Tkáňový mok na povrchu zasychá do krust (*eczema crustosum*). Ve stadiu hojení ustupuje zarudnutí a edém, povrch ložisek se začíná olupovat drobnými šupinami (*eczema squamosum*). Při chronickém průběhu dochází následkem opakovaného dráždění svědicích míst škrábáním ke zhrubění povrchu *lichenifikaci*. Silné svědění má za následek vznik exkoriací ze škrábání a vede ke druhotné infekci (*impetiginizaci*).

Akutní ekzém začíná zarudnutím kůže s následným otokem, výsevem drobných papulek, puchýřků, mokváním kůže. Papulky a puchýřky se zvolna vytrácejí do okolí a plynule přecházejí do zdravé kůže. Při mokvání zasychá na chorobném ložisku tkáňový mok a postižené místo se pokrývá krustami. Ustane-li mokvání, chorobná plocha zůstane červená, suchá, hladká až sklovitě lesklá. Jakmile otok ustoupí, ložisko se začne olupovat a akutní ekzém přejde do *subakutního ekzému*.

Chronický ekzém trvá dlouho, zánětlivé změny v epidermis a korigiu pokračují, dojde ke zhrubění kůže, lichenifikaci, někdy s tvorbou prasklin. Projevy mohou být lokalizované na určitém místě (*ekzém lokalizovaný*), nebo se mohou šířit na větší plochy (*ekzém diseminovaný*). Výjimečně může postihnout celý povrch kůže – *erythrodermia eczematosa*.

Terminologie není jednotná. Ekzém je z hlediska patologicko-anatomického zánět kůže – dermatitis a nelze je tedy z tohoto pohledu rozlišit. Proto je termín *eczema* doporučen používat pouze pro imunologicky podmíněné projevy a výraz *dermatitis* pro ostatní nealergické zánětlivé kožní procesy.

Podle příčiny řadíme do skupiny dermatitid – ekzémů řadu dermatóz, které mají velmi podobný klinický obraz i průběh. Onemocnění mohou být exogenního nebo endogenního původu a jsou vyvolána známými nebo neznámými škodlivými faktory.

1. Dermatitis contacta irritativa (toxica)
2. Eczema contactum allergicum
3. Eczema microbiale
4. Eczema nummulare
5. Eczema dyshidroticum
6. Eczema atopicum
7. Dermatitis seborrhoica

Způsob ošetřování je závislý na aktuálním stavu pacienta.

V klidovém stavu pečujeme o suchou kůži, kterou chráníme před drážděním. Hygienu provádíme bez mýdla, netřeme, myjeme krátce a úsporně, nedoporučuje se koupel v chlorované vodě. Kůže se několikrát denně promašťuje, prádlo musí být bavlněné, vzdušné a nedráždivé. Před prvním použitím je třeba prádlo vícekrát vyprat. Důležité je mikroklima dítěte, které musí být čisté bez mokvavých alergenů (pyly, prach). Strava je dle věku, dítě by mělo být do 6 měsíců věku kojeno, u větších dětí je vhodné vyloučit citrusové plody, čokoládu, med, ořechy, koření. Při zjištění potravinové alergie je nutné vyloučit příslušnou potravinu.

V akutním stadiu choroby se přikládají teplé obklady, provádějí se léčebné koupele (heřmánek, vločkový odvar, dubová kůra, hypermangan), pak se aplikují pasty. Je třeba bránit škrábání podáváním antihistaminik, udržovat krátké nehty dítěte a přiměřenou teplotu ovzduší.

3.7.1 DERMATITIS CONTACTA IRRITATIVA

Onemocnění je způsobeno látkami, které na kůži způsobují zánět, nemá imunologický mechanismus. Silně agresivní látka způsobují na kůži poleptání (*cauterisatio*) nebo prudký zánět (*dermatitis toxica*). Průběh může být akutní, subakutní nebo chronický.

Akutní iritační dermatitida – vzniká krátce po styku se škodlivinou. Projevuje se začervenáním a otokem kůže v místě působení látky, může dojít k výsevu drobných puchýřků a po jejich stržení k postupnému zasychání v krusty. Celé ložisko se drobně olupuje. Pacient udává pálení až bolest. Jakmile škodlivina přestane účinkovat, projevy i bez léčby mizí.

Chronická iritační dermatitida – vzniká po mírně dráždicích nebo silně naředěných agresivních látkách. Ty musí působit dlouhodobě a k vývoji dermatitidy dojde až po vyčerpání obranných mechanismů kůže. Příčinou jsou alkálie, saponáty, mýdla, organická rozpouštědla, která kůži odmašťují, vysušují a alkalizují.

Léčba: eliminací škodliviny dochází ke spontánnímu zhojení.

3.7.2 ECZEMA CONTACTUM ALLERGICUM

Je to nejčastější typ ekzému. Vzniká jako imunologická odpověď pozdního buněčného typu na různé alergeny chemické povahy. Kožní projevy se vyvíjejí po určité době, která je nezbytně nutná ke vzniku senzibilizace. Trvá nejméně 5-7 dní. Podle průběhu rozlišujeme kontaktní ekzém akutní, subakutní a chronický.

Nejčastěji je ekzém lokalizován na ruku, předloktích a v obličeji. Může být však i na jiných částech těla, diseminovaný nebo generalizovaný. Každý nový kontakt s alergenem vede vždy ke stejnému klinickému obrazu. Průkaz alergenu provádíme tzv. epikutánními testy, kdy vystavíme malé políčko kůže (1 cm²) zkoumanému alergenem. Pokud alergen vyvolá v místě přiložení ekzémovou reakci, považujeme vyšetření za pozitivní a zkoumaný alergen za příčinu ekzému.

Léčba: akutní ekzém ve stadiu mokvání ošetřujeme vysýchavými obklady z borové vody, růžového roztoku hypermanganu. Po ústupu mokvání kůži zvláčňujeme lotii, krémy, pěny a gely s kortikoidy (Triamcinolon lotio, Locoid Crelo, Triamcinolon foam, Gelargin gel). Nevhodné jsou masti, zapařovací obklady, tření kůže drsnou žínkou, dráždění vatou. Subakutní a chronický ekzém dobře snáší řídké pasty a krémy s kortikoidy a přídavkem kyseliny salicylové, dehtu nebo ichtamolu. Při impetiginizaci ekzému volíme kombinované

preparáty obsahující kortikoidní složku a antimikrobiální přísadu (Triamcinolon E, Belogent ung.). Chronické hyperkeratotické formy dobře reagují na kortikosteroidy v okluzích, možno v kombinaci s ureou, kyselinou salicylovou nebo dehtem (Betacorton U ung.). Celkově se podávají antihistaminika (Claritine, Zyrtec, Fenistil, Prothazin aj.), antibiotika při impetiginizaci dle výsledků kultivace.

3.7.3 ECZEMA MICROBIALE

Vzniká druhotně na kůži, postižené iritační dermatitidou, kontaktním ekzémem nebo na podkladě předchozí mikrotraumatizace a macerace kůže. Příčina není jasná.

Na silně zánětlivé spodině jsou papulovezikuly, které rychle přecházejí v erodovaná až mokvající ložiska se zasychajícím tkáňovým mokem a velkými vlhkými krustami a šupinami. Lokalizace je na bércích, v okolí bércových vředů či na varikózním terénu. Tento typ ekzému je velmi dráždivý, při nevhodném ošetřování rychle generalizuje nebo postihne obličej, ruce a předloktí.

Léčba: lokální aplikace dehtu, kortikoidů s antibiotiky nebo chemoterapeutiky.

3.7.4 ECZEMA NUMMULARE

Jde o projev přecitlivělosti na mikroby vmetené do kůže krevním oběhem z infekčních ložisek (tonzily, zubní granulomy, zánět vedlejších dutin nosních apod.). Postihuje extenzory končetin, kde se objevují kruhovitá ostře ohraničená ložiska. Dobře reagují na léčbu dehtem. Důležité je zjistit a sanovat fokální infekci.

3.7.5 ECZEMA DYSHIDROTICUM

Tvoří se ve dlaních, na prstech rukou drobné vodnaté puchýřky, které intenzívně svědí. Recidivy jsou zvláště úporné v horkých letních měsících. Při léčbě aplikujeme obklady z roztoku hypermanganu, krémy s kortikoidy.

3.7.6 DERMATITIS ATOPICA

Jde o závažné, dědičné, chronické onemocnění převážně dětského věku, provázené úporným svěděním a suchostí kůže, podmíněné atopií, podobně jako asthma bronchiale a alergická rinitida. Prevalence atopického ekzému se odhaduje na 10-20 % u dětí a na 1-3

% u dospělých. Atopici mají zvýšenou schopnost produkovat IgE protilátky. U pokrevních příbuzných najdeme sennou rýmu, alergické rýmy vyvolané jiným inhalačním alergenem, astma, kopřivky, migrény, alergické reakce na štípnutí hmyzem nebo na léky, alergické konjunktivitidy. U nemocných s atopií se mohou v různých obdobích života kombinovat projevy kožní i slizniční. Typická pro atopiky je suchost kůže, olupování a velice nepříjemné svědění. To je dáno zmenšenou tvorbou potu a mazu.

Rozlišujeme 3 období atopického ekzému:

1. *fáze kojenecká* – začíná v kojeneckém věku na obličeji. Na tvářích se tvoří červené pupínky, puchýřky, krusty, někdy kůže až mokrva. Postupně zachvátí celý obličej, může dojít k rozsevu na trup a končetiny. Děti se škrábou, jsou mrzuté, nevyspalé.
2. *fáze dětská* – kolem 2. roku věku se projevy lokalizují v kožních záhybech tj. v loketních a podkolenních jamkách, kolem zápěstí, na šiji, méně často jinde na těle. Typické je zhrubění kůže tzv. lichenifikace, suchost a olupování, svědění.
3. *fáze mladistvých a dospělých* – může zůstat lokalizace jako u dětské fáze, kombinovaná s dalším postižením kůže na obličeji, trupu. Kůže se olupuje, na břích prstů rukou se tvoří drobné praskliny – dyshidrotická forma atopické dermatitidy. Ta se často druhotně infikuje stafylokoky a streptokoky, tzv. impetiginizace.

Léčba: je zdlouhavá. Pacientovi musí být objasněn dědičný charakter choroby a skutečnost, že alergie potrvá po celý život. Je nezbytná *každodenní péče o kůži* promašťováním indiferentními základy a olejovými koupelemi a šetrné, kůži neodmašťující čištění, aby se předešlo vzniku recidiv. Každá recidiva musí být co nejdříve léčena podle morfologie kožních projevů a komplikací. Lokálně podáváme obklady, kortikoidní lotia, krémy a masti, celkově podáváme antihistaminika, sedativa, u rozsáhlých projevů celkově kortikosteroidy po 2-4 týdny. V léčbě chronického atopického ekzému je možné použít fototerapii, zejména UVA. Důležitá jsou také podpůrná opatření (výběr správného oblečení, výběr místa pro dovolenou, probiotická léčba, psychologická péče, správné pracovní zařazení, vybavení domácího prostředí).

3.7.7 DERMATITIS SEBORRHOICA

Je to chronická dermatóza s recidivujícím průběhem, postihující oblasti bohaté na mazové žlázy a oblasti intertriginózní. V rozdílných formách se vyskytuje u novorozenců a dospělých, častěji u mužů. Vzácně může být výrazem HIV positivity. Původ onemocnění není přesně objasněn.

Objevuje se již v prvních třech měsících života, mohou být mastné, pevně lpící šupiny ve kšticí. V závažnějších případech se v axilách a v tříselech tvoří nesvědící a nemokvající

erytematoskvamózní ložiska s tendencí k tvorbě splývajících ložisek na trupu. Často se přidružuje kvasinková infekce. V dospělosti se v predilekčních místech (ve kšticí, v obočí, v nazolabiálních rýhách, na víčkách, nad sternem a mezi lopatkami) tvoří dosti ostře ohraničená žltorůžová ložiska krytá žlutavými mastnými šupinami.

Léčba: klasickou terapií jsou masti a měkké pasty, vhodné jsou prostředky s kyselinou salicylovou, sírou, dehte. Účinné jsou kortikosteroidy (Canesten crm., Imacort crm.). Do kštic se doporučují šampony s dehtem nebo nizoralem. Onemocnění příznivě ovlivňuje sluneční záření, je vhodná UVA terapie.

3.8 Lékové exantémy

Patří k častým klinickým projevům na kůži a sliznicích a jejich výskyt roste. Tyto nežádoucí účinky léků vznikají po běžných terapeutických dávkách a mohou napodobit jakoukoliv kožní chorobu. *Každý lék může být příčinou lékového exantému.* Nejčastějším vyvolavatelem jsou penicilinová antibiotika, sulfonamidy, salicyláty, ACE inhibitory, nesteroidní antiflogistika aj.

Podle charakteru exantému rozlišujeme:

- a) urtikariální exantém a Quinckeho edém (např. po PNC)
- b) makulózní a makulopapulózní – bývají 9. den od začátku podávání léků (podobné spalničkám, zarděnkám, spále, např. po sulfonamidech, antipyretikách)
- c) papulózní – akneiformní (jodové, bromové preparáty, např. TTC, sulfonamidy)
- d) typu erythema exudativum multiforme (Ketazon, PNC, salicyláty)
- e) typu nodózního exantému (PNC, salicyláty, sulfonamidy)
- f) lékové erythrodermie (po zlatu, fenylobutazonu)
- g) lékové purpury (zlato, fenylobutazon, sulfonamidy, chinin)
- h) fixní exantémy – recidivy se tvoří vždy na stejném místě (barbituráty, chinin)
- i) enantémy – projevy na sliznicích (balanitis, colpitis, stomatitis, conjunctivitis).

Léčba: dieta, vysazení léků nebo jejich náhrada za jiné s odlišnou chemickou strukturou, místní léčba, celková léčba dle závažnosti – antihistaminika, kalcium, steroidy.

Důležité je vystavit pacientovi alergologický průkaz. Reakce je nutné hlásit na Státní kontrolní ústav léčiv (SÚKL). Některé stavy mohou být závažné, život ohrožující (anafylaktický šok, Quinckeho edém, reakce typu exudativního erytému apod.). Úkolem sestry je sledovat fyziologické funkce (TK, P, TT, D), výdej tekutin, dietu a respektování zákazu určitých léků.

3.9 Kožní choroby z povolání

Kožní choroby z povolání vznikají účinkem škodliviny obsažené v pracovním procesu. Škodlivinou je látka, která je vyráběna a zpracovávána, je součástí technologického nebo pracovního procesu, užívaná ochranná pracovní pomůcka a mycí prostředek poskytnutý zaměstnavatelem. Profesionální dermatózy mohou vyvolat vlivy mechanické, fyzikální, chemické a biologické.

1. Vlivy mechanické

Tlakem, třením, drážděním prachem různých hmot vznikají traumata, která nelze považovat za chorobu z povolání a tudíž se neodškodňují.

2. Vlivy fyzikální

Chlad – jednorázově vede k omrznutí, chronické působení chladu vyvolává oznoženiny. Akutní omrzlina vzniká při výkonu povolání se hlásí jako pracovní úraz. Chronická oznoženina (u pracovníků mrazíren, v masném průmyslu) může být hlášena jako profesionální dermatóza.

Teplo – může zavinit popáleninu, opařeninu, která se hlásí jako pracovní úraz. Chronickým působením sálavého tepla vzniká na exponované kůži síťovitý erytém, který se zvolna mění v hnědou, pigmentovanou síť. K tomu dochází při práci u sklářských a vysokých pecí, u sušiček píce, v kovářských dílnách.

Sluneční záření – vyvolává jednak solární dermatitidu, dlouhodobá a opakovaná expozice vede k typickým chronickým změnám, které vidíme na kůži zemědělců.

Ionizující záření, rentgen a radioizotopy – vyvolávají při nedostatečné ochraně akutní nebo chronickou radiodermatitidu se závažným průběhem a s možností nádorového zvratu.

3. Vlivy chemické

Profesionální kontaktní iritační dermatitida – způsobuje ji toxický a iritační účinek chemikálií. Při jednorázovém působení vzniká akutní toxická dermatitida, při které má rozhodující význam míra expozice a jen málo se uplatní individuální odolnost kůže. Chronická iritační dermatitida vzniká pozvolna dlouhodobým a opakovaným stykem se zředěnými iritancii nebo s látkami s umírněným iritačním účinkem na kůži. Dráždivý účinek mají čisticí prostředky, slabé kyseliny a louhy, minerální oleje, organická rozpouštědla, dezinfekční látky.

Prevence: snažit se zavést taková opatření, aby lidská kůže pokud možno vůbec nepřícházela do styku s dráždivými látkami. Po práci ihned kůži důkladně omýt a ošetřit vhodným ochranným krémem.

Profesionální kontaktní ekzém – vzniká kontaktem s hmotami, na něž se stal postižený člověk alergický. Alergenem bývají anorganické a organické látky. Zpočátku se organismus chová k cizorodé látce nevšímavě a ignoruje ji. U disponovaných osob však po čase tato tolerance končí a rozvíjí se kontaktní ekzém. *Jednou vzniklá alergie je většinou celoživotní.*

V současnosti jsou nejčastějšími alergeny kovy: nikl, kobalt, chrom, rtuť. Častými alergeny jsou chemikálie gumy. Epoxidové pryskyřice patří k agresivním alergenům. Léky a dezinfekční prostředky jsou nejzávažnějším alergenem u pracovníků ve zdravotnictví.

Profesionální akné – vyvolávají dehty, minerální oleje, některé chlorované uhlovodíky a jiné chemikálie.

Acne oleosa – vzniká při práci s minerálními oleji, mazadly, různými obráběcími a chladicími emulsemi, naftou. Akné se tvoří na hřbetech rukou, na předloktích, předních stranách stehen.

Acne chlorina – je nejzávažnější profesionální akné. Je vyvoláno některými chlorovanými cyklickými uhlovodíky. Kromě končetin postihuje i obličej a trup. Onemocnění přetrvává léta i po vysazení škodliviny.

Acne picea – vzniká při práci s dehty. Vyskytuje se u pracovníků při výstavbě silnic, při výrobě a pokládání střešních krytin, izolačních vrstev, pražců, sloupů. Hyperpigmentace jsou podmíněny fototoxickým efektem dehtu. Změny jsou dlouhodobé.

Karcinom – kancerogenní vliv na kůži mají dehty, některé produkty ropy, arzén a jeho sloučeniny. Dlouhodobou expozicí na pracovišti může vzniknout karcinom.

4. Vlivy biologické

a) virové infekce

Tubera mulgentium, infekční hrboly dojičů – vyvolavatelem je virus kravských neštovic. Na prstech rukou se objeví plochá tuhá červená papula velikosti hrachu, v centru se rozpadá.

b) bakteriální nákazy

Erysipeloid, červenka – infekci předchází zranění kůže kostí kuchařského zvířete (ryba, vepř, drůbež).

TBC verrucosa – již se nevyskytují

Tularémie, brucelosa, antrax – jsou vzácná onemocnění s celkovými a většinou i kožními příznaky.

c) onemocnění vyvolané dermatofyty

Trichophytie – inkubační doba je 8-30 dnů. Jde o nejčastější nákazu v zemědělství vůbec. Infekce napadá kůži rukou a předloktí. Typická svým obrazem kruhových nebo oválných

sytě červených ložisek ve středu blednoucích, při okrajích se šířících různě širokým, rudým lemem. Onemocnět může krmič, dojička, zootechnik, veterinární pracovník i traktorista, který nakládal a převážel infikovaný skot.

Kandidózy – patří mezi časté infekce člověka. Interdigitální forma postihuje 3. meziprstí rukou. Profesionální výskyt kandidóz je vázán na pracoviště, kde jsou zaměstnanci v tzv. sladkých provozech. Prevencí je pravidelné střídání zaměstnanců na provozech.

d) parazitární infekce

Scabies, svrab – vzácně může vzniknout jako onemocnění z povolání u zdravotnických pracovníků.

3.10 Kopřivka, urtikárie

Je jednou z nejčastějších kožních chorob, charakterizovaná výsevem různě velkých pupenů (pomfů) kdekoli na těle. Kromě kůže může postihnout i sliznice a klouby. Typickou vlastností je prchavost. Podle doby trvání dělíme kopřivku na akutní a chronickou.

Akutní kopřivka – trvá několik dní, maximálně 6 týdnů. Příčinou jsou nejčastěji potraviny, léky, ev. infekce. Spontánní ústup projevů. Podávají se antihistaminika, injekce kalcia do žíly, ev. kortikoidy v infúzích nebo perorálně.

Chronická kopřivka – trvá déle než 6 týdnů, mnohdy měsíce či roky. Zjistit příčinu je svízelné, někdy se také vůbec nepodaří.

Kopřivku dělíme na dvě hlavní skupiny:

1. Fyzikální kopřivka – podle vyvolávající příčiny rozlišujeme kopřivku:

- a) *Kopřivka mechanická* – vyvíjí se na kůži, která bez zjevné a viditelné příčiny začne svědit. Poškrábání svědivého místa vede ke vzniku kopřivkového pupenu, který po desítkách minut vymizí, ale každé další poškrábání vyprovokuje stejnou odpověď.
- b) *Kopřivka tepelná* – je omezena na místo působení tepla. Provokuje ji i fyzická námaha se zapocením kůže nebo silné emoce.
- c) *Kopřivka chladová* – může být spuštěna stykem kůže s chladnou vodou, vzduchem, předmětem.
- d) *Kopřivka solární* – objevuje se na jaře s prvním slunečním svitem. Opakovaným pobytem na slunci dojde k postupnému vyčerpání reakce a v průběhu léta zcela odezní.
- e) *Kopřivka kontaktní* – je vyvolána látkami bílkovinného původu (latex, maso, ryby), šťávami z rostlin (seno, sláma, kopřiva), živočichy (medúzy, housenky), chemikáliemi (epoxidové pryskyřice, guma, formaldehyd, peruánský balzám).

2. **Alergická kopřivka** – může být vyvolána alergeny endogenního a exogenního původu.
 1. *Kopřivka histaminogenní* – vyvolána zánětlivým ložiskem v těle (zubní váček, tonzilitida, otitida, infekce močových cest).
 2. *Kopřivka enterogenní* – z poruch zažívacího traktu (zánětlivé změny při dietní chybě, průjemy z různých příčin apod.)
 3. *Kopřivka po léčích* – příčinou bývá kyselina salicylová, PNC, analgetika, antipyretika
 4. *Kopřivka inhalační* – vyprovokovává ji peří, prach, srst různých zvířat, plísně, pyly travin, rostlin, květin, parfémů aj.
 5. *Kopřivka atopická* – u lidí s atopickou anamnézou rodinnou nebo osobní. Může být v kombinaci s alergickou rýmou, konjunktivitidou, astmatickými záchvaty
 6. *Kopřivka psychická a nervová* – u lidí, kteří prodělali velkou psychickou zátěž nebo jsou nervově labilní. Typické jsou večerní výsevy a ústup projevů přes noc ve spánku.
 7. *Kopřivka při celkových chorobách* – signalizuje onemocnění, které může být velmi vážné. Vyskytuje se při hormonálních poruchách, infekcích, kolagenózách, ale i při nádorových stavech.

3.11 Kožní choroby z poruch rohovění

Je benigní, chronické, zánětlivé onemocnění kůže charakterizované v typických případech erytematózními papulami pokrytými šupinami (psóra řecky šupina), postihující kůži a klouby. Vyskytuje se stejně u obou pohlaví. Prevalence se v Evropě pohybuje kolem 2 % populace, která tvoří asi 6-8 % nemocných navštěvujících dermatologickou ambulanci.

Jedná se o multifaktoriální polygenní onemocnění s neznámou etiologií. Spouštěcími faktory mohou být infekce, fyzikální faktory, psychický stres, lékové vlivy, klimatické vlivy, genetická predispozice, familiární výskyt (riziko vzniku u jedinců bez rodinné anamnézy 1-2 %, při postižení jednoho rodiče 10-20 %, u obou rodičů 50 %).

3.11.1 PSORIASIS, LUPÉNKA

Je jedním z nejčastějších kožních onemocnění. U velmi malých dětí je lupénka vzácná. Průběh je nepředvídatelný, u každého jedince jiný. Recidivy bývají nejčastěji na jaře a na podzim, naopak v létě, hlavně vlivem slunění, dochází ke zlepšení nebo i vyhojení.

Klinický obraz a průběh: základním projevem lupénky je drobná, plochá, červená papula, která se brzy pokrývá stříbřitě lesklou šupinou. (Obr. 57) Charakteristický bývá *Auspitzův fenomén* - nehtem snadno odloučíme šupinu (přirovnává se ke škrábání voskové svíčky) a odhalíme úsek ztenčelé epidermis, který se snadno odstraní dalším pohybem nehtu a narušením kapilární stěny se tak snadno způsobí bodovité krvácení. Splýváním jednotlivých eflorescencí vznikají větší ložiska různých uskupení:

Psoriasis punctata – projevy drobné, bodovité

Psoriasis guttata – projevy velikosti kapky (obr. 58)

Psoriasis nummularis – projevy tvaru a přibližně velikosti mince

Psoriasis anularis – projevy prstencového tvaru

Psoriasis geographica – projevy velké, mapovité plochy

Psoriasis generalisata – projevy jsou rozesté na většině povrchu těla

Psoriatická erythrodermie – postižení celého těla.

Akutní lupénka se objevuje často po horečnatém onemocnění horních cest dýchacích, silně svědí, lokalizována jsou po celém těle.

Chronické projevy nečiní potíže. Postihují místa vystavená tlaku a tření, hlavně lokty a kolena, křížovou oblast a bérce, ve kštici bývají na vlasové hranici. Bývá přítomno postižení nehtových plotének – *dolíčkování* (obr. 59), deformace, ztlustění a výskyt tzv. olejových (žlutavých) skvrn a *onycholýza* (nadzvednutí nehtových plotének od lůžka).

Psoriasis vulgaris chronica – psoriáza ložisková, chronická psoriáza se stabilizovaným obrazem. Predilekční lokalizace jsou nad lokty, nad koleny, oblast bederní a křížová, kštice.

Psoriasis inversa – je lokalizována v místech vlhké zapáčky – kolem pupku, v tříselech, v podpaží, pod prsy, kolem genitálu a řitě. Ložiska bývají světle až sytě červená, většinou bez šupin, často macerovaná a s přítomností sekundární infekce bakteriemi a kvasinkami.

Psoriasis arthropathica – projevy psoriázy jsou kombinována s postižením většinou malých kloubů na prstech rukou a nohou, s bolestmi a deformitami.

Psoriasis palmaris et plantaris – dlaně a chodidla jsou postižena nánosy šupin s hlubokými ragádami. Někdy se mohou vyskytovat v této lokalizaci pustuly. (Obr. 60)

Psoriasis pustulosa generalisata – je vzácná. Celé tělo je kryto zarudlými plochami s pustulami, jsou celkové příznaky a těžký průběh.

Léčba: se liší podle formy a stadia choroby.

Lokální léčba – předpokladem úspěšné lokální léčba je aplikace keratolytik za účelem odstranit nánosy šupin (koupelemi, keratolytiky např. 5-10% salicylovou vazelínou, močovinou). Z antipsoriatických jsou nejčastěji používány dehtové preparáty (5-20 % PIX pasta), 0,1-2 % cignolinová mast, do kštice jsou vhodné 5-10% salicylový olej, ev. kortikosteroidy s kyselou salicylovou, např. Triamcinolon S ung., Betacorton S liq., Belosalic lot.

Fototerapie je účinným léčebným přístupem. Zahrnuje UV záření jednak přirozené (přímořské pobyty), jednak vydávané různými zářiči, zejména UVB vlnové délky 280-320 nm. PUVA metoda zahrnuje aplikaci psoralenů (perorálně, lokálně, v koupeli), které fotosenzibilizují kůži na následně aplikované UVA záření. *Excimerové světlo nebo laser 308 nm* jsou účinné v terapii chronické plakové psoriázy, výhodou je cílené ošetření pouze nemocných ploch bez expozice zdravé kůže.

Systémová léčba připadá v úvahu u těžších forem psoriázy. U nás nejčastěji užívanými léky jsou *retinoidy (Neotigason)*, *cytostatikum (Methotrexate)* a *cyclosporin A (Sandimmun Neoral)*. Kombinace retinoidů a PUVA metody (tzv. RePUVA) vede k možnému podávání nižších dávek jak záření, tak i retinoidu. Vzhledem k vedlejším účinkům při dlouhodobém podávání systémových léků je někdy doporučována rotační léčba, kdy po určitém období je jedna léčba vyměněna za druhou (zmenšení rizika vzniku nežádoucích účinků).

Velkým příslibem systémové léčby je používání tzv. *biologik (Enbrel, Remicade, Stelara, Hyrimoz, Skyrizi)*, které jsou zaměřené proti jednotlivým molekulám uplatňujícím se na vzniku zánětlivého procesu. Podávání těchto preparátů může představovat bezpečnou, dlouhodobou, účinnou kontrolu nemoci kůže i kloubů a zlepšení pohodlí a kvality života nemocného.

Je důležitá psychická podpora nemocného, protože psoriasis vulgaris je nemoc, která velmi výrazně ovlivňuje kvalitu života. Při vzplanutí choroby je nemocný stále obtěžován zápachem a barvami mastí, je limitován v intimních vztazích. Ve společenských vztazích má nemocný především negativní zkušenost, okolí často považuje onemocnění za přenosné a lidé se od něho odtahují.

3.11.2 PARAPSORIÁZY

Do této skupiny řadíme dermatózy, které se psoriáze podobají.

Parapsoriasis guttata – na kůži jsou přítomné chronické výsevy červenohnědých papulí s pevně lnoucími poloprůsvitnými šupinami.

Parapsoriasis lichenoides et varioliformis acuta – onemocnění připomíná neštovice. Pravděpodobně se jedná o povrchní vaskulitidu na alergickém podkladě lékové etiologie.

Parapsoriasis en plaques (Morbus Brocq) – zjišťujeme hnědočervená ložiska s mírnou infiltrací, na povrchu s deskvamací. Lokalizace na hýždích, hrudníku, bříše, mírné svědění. Je nutná dispenzarizace z důvodu možného přechodu v maligní kožní T lymfom – mycosis fungoides a opakovaně provádět histologická vyšetření kůže.

Obrázek 57 *Psoriasis vulgaris*



Obrázek 58 *Psoriasis guttata*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/31595/image.htm>

<http://laquesigueaqui.blogspot.cz/2009/11/psoriasis-guttata-cuello.html>

Obrázek 59 *Dolíčkování*



Obrázek 60 *Psoriasis palmaris et plantaris*



Převzato z: <http://www.skinnami.com/Psoriasis.html>

<http://www.dermis.net/dermisroot/de/31895/image.htm>

3.12 Nejčastější choroby obličeje

3.12.1 ACNE VULGARIS

Je chronické zánětlivé onemocnění mazových žláz a folikulů, tzv. *pilosebaceosní jednotky*. V patogenezi se uplatňují 4 mechanismy:

1. nadměrná tvorba kožního mazu, tzv. seborrhoe
2. obstrukce pilosebaceózního vývodu s následným vznikem komedomu
3. změněná činnost bakterií *Propionibacterium acnes* ve vývodech
4. zánět

Prvotní projevy akné jsou nezápětivé komedomy, hnědočerně zbarvené rohové zátky nebo bělavě prosvítající cystičky, při jejichž prasknutí a vytlačení rohového obsahu do koria vznikají zánětlivé papuly, pustuly až hrboly a cysty, které se pak hojí jizvami. Nejvíce je postižen obličej, hrudník, v těžkých případech i paže a hýždě. Jedna z nejtěžších forem akné, charakterizována mnohočetnými komunikujícími abscesy a jizvením, je označována *acne conglobata*.

Léčba: projevy akné mají velký psychosociální dopad na nemocného, a proto je nutný citlivý přístup lékaře i sestry při vyšetření a léčbě. Pacientovi musí být vysvětlena nutnost dlouhodobé soustavné léčby s pravidelnými kontrolami lékařem. Efekt může být patrný až ve druhém měsíci při pečlivém ošetřování, kdy dojde ke 40 % a po půlroce k 80 % zlepšení.

Pro lehčí formu postačuje zevní léčba (přípravky obsahující benzoylperoxid, kyselinu retinovou, azelainovou, antibiotika), které se aplikují dvakrát denně na celou postiženou oblast. Středně těžké formy vyžadují kombinaci místních a celkově podávaných léků, především tetracyklin. U velmi těžké formy akné nebo při selhání jiné léčby se doporučuje použití retinoidů. Používá se i u akné nereagující na terapii a působící vznik jizev nebo velký psychický stres. Pro svou teratogenitu je jeho pozívání vysoce regulováno. Mezi fyzikální metody léčby patří odstranění komedomů, nejlépe pomocí speciálního extraktoru, kryodeskvamace, dermabraze, fototerapie a laseroterapie.

3.12.2 ROSACEA - RŮŽOVKA

Je běžné chronické onemocnění neznámé příčiny. Je typické vazomotorickou labilitou cévek obličeje, kdy dochází k snadnému červenání při změně okolní teploty. Později vzniká na tvářích, nose, čele a bradě trvalý erytém s teleangiektáziemi, rozšířenými cévkami a s červenými papulami až pustulami. U mužů může dojít ke zbytnění celého nosu následkem zvětšení mazových žláz. Častou komplikací je oční postižení. (Obr. 61)

Léčba: používají se tetracykliny v nízkých dávkách, Metronidazol celkově i lokálně – v gelech a krémech. Zevně se osvědčují tekuté pudry a Imazol krémpasta. U nejtěžších

forem se užívá *Roaccutane*. Fotoprotekce a elektrokoagulace teleangiektázií vedou ke zlepšení.

Doporučujeme omezené pití alkoholu, horkých nápojů, nejíst kořeněná jídla. Nemocného musíme varovat před používáním místních prostředků s kortikosteroidy a zakázat jejich aplikaci, protože způsobují těžké zhoršení nemoci. Pacienti by měli být poučeni o nutnosti vyhýbat se provokačním faktorům rosacey. Mezi další klíčové aspekty prevence patří denní aplikace jemného, širokospektrého opalovacího krému, nošení pokrývky hlavy, vyhýbání se polednímu slunci a hledání stinných míst.

Obrázek 61 Rosacea



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/de/30657/image.htm>

3.12.3 DERMATITIS PERIORALIS

Je to chronické zánětlivé onemocnění, postihuje mladé ženy nepříjemnými svědivými papulkami okolo úst i očí. Je považováno za projev intolerance citlivé kůže obličeje na dlouhodobě aplikované kosmetické a čistící prostředky, zejména na kortikosteroidní externa používané na různé projevy seborhoické dermatitidy nebo akné v obličeji. V počátku díky vazokonstrikčnímu účinku steroidů dojde k mylnému zlepšení, ale opětovná aplikace pak vede ke vzniku tzv. steroidní periorální dermatitidy nebo rosacey.

Léčba: vysadit veškerou kosmetiku a zamezit používání kortikoidních krémů a onemocnění pak pozvolna ustoupí samo, i když může zpočátku dojít k přechodnému zhoršení. Zevně se doporučují aplikovat vysýchavé obklady, celkově u těžkých forem pomáhá tetracyklin nebo metronidazol. Odpověď na léčbu je přítomna do 2-3 měsíců.

3.13 Choroby puchýřnaté

Patří k závažným chorobám kůže a sliznic, často s imunopatologickou etiopatogenezí. Pro přesné zařazení je nutné histologického a imunofluorescenčního vyšetření.

3.13.1 PEMPHIGUS VULGARIS

Je to chronické, před zavedením kortikosteroidů smrtelné onemocnění. Postihuje stejným díle muže i ženy středního věku. Existují i paraneoplastické formy (lymfomy).

Klinický obraz: Eflorescence se mohou vytvořit na kterékoliv části těla bez výrazné predilekce. Vytvoří se primární léze necharakteristického vzhledu a po několika týdnech až měsících dochází ke generalizovanému výsevu plihých až několik centimetrů velkých puchýřů s čirým obsahem vznikajících na normální nebo erytematózní kůži. Tlakem na puchýř pozorujeme jeho rozšíření do stran (*Nikolského fenomén*). Puchýře záhy praskají, vznikají bolestivé eroze, kryjí se krvavými nebo hnisavými strupy. (Obr. 62) Hojení je bez jizev. Změny v dutině ústní znemožňují normální příjem potravy a podílejí se na kachektizaci nemocného. Současně mohou být postiženy i sliznice genitálu a oční spojivka. Průběh u pemphigus vulgaris se nedá předvídat, při přetrvávání projevů dochází k alteraci celkového stavu, objevují se sekundární infekce. Komplikacemi jsou sepse, pneumonie a letální kachexie.

Léčba: celkové podávání kortikosteroidů, někdy i v kombinaci s cytostatiky a v místní terapii dezinficiencii, antibiotiky, steroidy. Je nutné zabránit druhotné infekci.

Úkolem sestry je dbát na přesné podávání závažných celkových léků, v aseptickém ošetřování nemocných, v pečlivém přikládání obvazů bez dráždění kůže, omývání hypermanganem, odstraňování krust bez násilí, pečlivě sleduje nemocné. Nezbytné je i psychologické působení, protože nemocní jsou sužováni bolestmi i svým nepěkným vzhledem. Vlivem užívání steroidů se mění obličej na měsíčitý, přibývání na váze aj.

Po dosažení remise se pozvolna snižují dávky steroidů za průběžných biochemických kontrol. U těžkých forem se osvědčuje provádění plazmaferézy k odstranění cirkulujících autoprotilátek. Pacienti jsou dispenzarizováni, prognóza je vážná.

Obrázek 62 *Pemphigus vulgaris*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/de/1233031/image.htm>

3.13.2 PEMPHIGOID

Je puchýřnatým onemocněním převážně starých lidí nad 60 let u obou pohlaví. Projevy mohou mít ekzémový nebo kopřivkový vzhled, pak se vysévají puchýře na ohraničené partii a posléze dojde ke generalizaci. Krypt bývá pevný, takže tak snadno puchýř nepraská. Eroze se hojí lépe a na sliznicích nejsou. (Obr. 63)

K upřesnění diagnózy se provádí histologické vyšetření a cytologické. Nemoc probíhá řadu let, bývají i remise.

Léčba: stejná jako u pemphigu, úkoly sestry jsou obdobné.

Obrázek 63 *Pemphigoid*



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/de/30028/image.htm>

3.14 Erythrodermie – dermatitis exfoliativa

Názvem se rozumí akutní a chronický difúzní zánět kůže celého těla. Jedná se o život ohrožující stav charakterizovaný difúzním erytémem s šupinami, postihující více než 90 % povrchu kůže. Stav vyžaduje hospitalizaci, komplexní vyšetření s cílem určit původ onemocnění.

Rozeznáváme:

- a) exfoliativní dermatitidy jako generalizaci dermatóz
- b) toxické (i polékových)
- c) nespecifické
- d) specifický projev nádorů (nejčastěji lymfomů)
- e) neznámého původu.

3.15 Kožní choroby postihující vazivo, kolagenózy

Zahrnují řadu onemocnění z části neznámé etiopatogeneze, charakterizované systémovým postižením pojiva, krevních cév a přítomností různých druhů autoprotilátek. Mezi jednotlivými chorobami této skupiny se často vyskytují různé přechodné formy, které se svými symptomy mohou překrývat.

V diagnostice se užívá k detekci autoprotilátek řada specializovaných vyšetření, hlavně mikroskopické vyšetření *nepřímou imunofluorescencí* s vyhodnocením různých typů fluorescence a titru protilátek v séru. *Přímá imunofluorescence* prokazuje depozita protilátek přímo ve tkáních. K nejrozšířenějším vyšetřovacím postupům patří *ELISA* (enzymový imunovazebný test).

Mezi hlavní představitele této skupiny se řadí *sklerodermie*, *dermatomyozitida* a *erytematodes*.

3.15.1 SKLERODERMIE

Sklerodermie se považuje za systémové autoimunní onemocnění. Jedná se o vzácné onemocnění pojivové tkáně, které postihuje zánětlivým a sklerotickým procesem kůži, pokožku, výjimečně svalovou a kostní tkáň, ojediněle může být doprovázena i mimokožními projevy. Vedoucím klinickým znakem je tuhnutí kůže, způsobené fibrotickou sklerotizací cév, hromaděním kolagenu a rozšířením koria až po úroveň potních žláz. Kromě kůže mohou být postiženy i svaly, klouby a vnitřní orgány, především trávicí ústrojí, plíce, srdce a ledviny.

Dělí se na 2 základní skupiny:

1. sklerodermie systémové
2. sklerodermie cirkumskriptní, lokalizované

Postihuje více ženy v kterémkoliv věku. Vznikají ložiska žlutavé barvy, nahnědlá nebo barvy slonoviny, tuhá, atrofická. (Obr. 64, 65)

Systémová difúzní sklerodermie je závažnou kolagenózou s postižením pojiva mnoha orgánů. Začíná pocity napětí, zatuhlosti, nehybnosti a chladu prstů (*Raynaudův fenomén*), dochází k vymizení mimiky obličeje, k atrofii kůže. Postupně se vyvíjejí celkové příznaky (polykací obtíže, bolesti kloubů, omezení pohyblivosti atd.).

Léčba: V celkové léčbě se podávají PNC, steroidy, antimalarika, plasmaferéza, vitamin E, imunosupresiva. V místní léčbě se uplatňují masti se steroidy, Heparoid ung., Erevit ung., masáže, ultrazvuk, pulzní magnetické pole, prohřívání.

Obrázek 64,65 *Scleroderma circumscripta*



Převzato z: <https://www.dermis.net/dermisroot/de/33887/image.htm>

<https://www.dermis.net/dermisroot/de/33891/image.htm>

3.15.2 DERMATOMYOSITIS

Jedná se o závažné onemocnění, které je nutno řešit ve spolupráci s neurologem, internistou a revmatologem. Řadí se mezi kolagenózy a autoagresivní choroby. Vyskytuje se v kterémkoliv věku, u starších dospělých bývá sdružena s maligními nádory jako paraneoplastický projev. Provokujícím faktorem jsou často infekce (zvláště virové), psychická a fyzická zátěž aj.

Typická je svalová slabost (nemocný nezvedne ruce nad ramena), únavnost, bolesti a ztráta hmotnosti. Nemocný má potíže s chůzí, pohyby hlavy, někdy i dýchání a polykání. Zduřelé svaly postupně atrofují, nemocný nemůže vstát ze židle, najíst se, učesat se. Fibrózy a atrofie vedou k trvalým kontrakturám. (Obr. 66)

Predilekčními lokalizacemi jsou obličej, krk, lokty, kolena, interfalangeální klouby, horní polovina trupu nehty.

Léčba: vyžaduje vysoké dávky kortikosteroidů, imunosupresiva, plazmaferéza, fyzikální terapie.

Obrázek 66 Dermatomyositida



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/de/37910/image.htm>

3.15.3 LUPUS ERYTHEMATOSUS (LE)

Jedná se chronické zánětlivé onemocnění autoimunního charakteru, postihující kromě kůže téměř všechny orgány těla. Rozlišujeme 3 základní formy:

1. forma chronická, kožní – postihuje jenom kůži, kožním projevem je motýlovitý erytém, který postihuje tváře a nos a zhoršuje se po expozici UV záření, hojí se bez jizvy pouze hyperpigmentacemi.
2. forma subakutní – kožní projevy a méně závažné orgánové změny
3. forma systémová – závažné postižení orgánů.

Lupus erythematosus cutaneus chronicus (discoides)

Je nejčastější formou LE, s prevalencí u žen po 35. roce věku.

Klinický obraz: nejběžnější je tzv. *diskoidní forma*. V solární lokalizaci, zvláště na obličeji, ve kštici, na laterálních stranách krku se objevují ostře ohraničená erytematózní ložiska s infiltrací, velikosti několika milimetrů až centimetrů. Na povrchu se tvoří pevně lpící šedavé šupiny.

Zvláštní variantou je *lupus profundus* s postižením podkožního tuku a s hluboko uloženými uzlovitými infiltráty. Postupně dochází ke kosmeticky rušivé atrofizaci a k vkleslým jizvám.

Při vzácnější *diseminované formě* se jedná o rozsev typických diskoidních ložisek též na trupu a končetinách. U těchto stavů je častější přechod do systémových forem.

Diagnóza je potvrzena na základě histologie a mikroskopické imunofluorescence.

Léčba: antimalarika po dobu několika let (jaro a podzim vyšší dávkování), lokálně kortikoidy, někdy i kryalizace ložisek. Nevystavovat se slunci - dodržování důsledné foto-protektce, pozor na fotosenzibilizátory (TTC).

Lupus erythematosus systemicus (SLE)

Je závažné onemocnění, převážně mladších žen. Je charakterizováno postižením pojivové tkáně a cévních struktur různých orgánů. Jedná se o autoimunní onemocnění s tvorbou protilátek proti vlastním tkáním.

Klinický obraz: je značně variabilní v závislosti na tom, které orgány jsou převážně postiženy. Kožní příznaky – růžové nebo lividní erytémy s mírnou infiltrací v obličejí (často „motýlkovitého“ tvaru na tvářích), ve výstrihu. (Obr. 67) Typické je vínově červené zbarvení bříšek prstů rukou, erytém a teleangiektázie nehtových valů. (Obr. 68) Diagnosticky cenný je nález ulcerací na sliznicích dutiny ústní, nosní a genitálu. Hlavní rysem SLE je vaskulitida v mnoha formách.

Celkové příznaky: horečka, schvácenost, artralgie podobné revmatoidní artritidě, časté jsou pleuritidy nebo pneumonie a srdeční postižení. Závažné je vždy postižení ledvin. Bývají neuropsychické potíže a poruchy gastrointestinální.

Průběh onemocnění je chronicky progredující, s remisemi a exacerbacemi. Prognóza je vážná.

Léčba: řídí ji revmatolog a vyžaduje vysoké dávky kortikosteroidů, někdy v kombinaci s cytostatiky a antimalariky. Cílená léčba podle postižených orgánů. Nezbytná je ochrana před psychickou a fyzickou zátěží, před sluněním, infekty, očkováním.

Obrázek 67 *Lupus erythematosus systemicus*



Obrázek 68 Zbarvení bříšek prstů



Převzato z: <http://www.globale-dermatologie.com/en/maladies-du-tissu-conjonctif-connectivites.html#.UM3cWazRVi0>

<https://derm101.com/Popups/FigurePopup.aspx?id=at052f009&aid=7054>

3.16 Kožní choroby z poruchy cirkulace

Nemoci cév mají rozmanitý klinický obraz, průběh i příčinu. Rozdělujeme je na nemoci postihující:

1. tepny - artérie
2. tepénky – arterioly
3. vlasečnice – kapiláry
4. žíly – vény

3.16.1 NEMOCI TEPEN

Arterioskleróza končetinových tepen – může vést k částečnému až úplnému ucpání tepen různé velikosti. Postihuje spíše starší nemocné s vyšším krevním tlakem, s vysokými hodnotami cholesterolu, diabetem. Stav se vyvíjí pozvolna mnoho let nebo i akutně uzávěrem průsvitu tepny trombem na ateromatózním plátu. Vzácnější je embolizace. V průběhu choroby se střídají období zlepšení a zhoršení, při kterém je silná klidová bolest hlavně v noci. Nemocní mají tendenci mít nohy svěšené z lůžka a tak si ulevují od bolesti.

Klinický obraz: intermitentní klaudikační potíže, noční křeče a bolesti, ulcerace kůže nebo gangréna. Končetiny jsou chladné a bledé, kůže často atrofická, bez ochlupení, s oslabenou nebo vymizelou arteriální pulzací na periférii. Kůže bérce bývá kolem vředů zarudlá až jako při růži a postupně se rozpadá. Vředy mají ostře ohraničené okraje a spodina je kryta nektrózou, která k ní pevně lpí. Lokalizace vředů je nejčastěji na prstech a dorzech nohou, v oblasti paty a lýtka.

Léčba: celková léčba, tj. vasodilatační a fyzikální pomocí přístroje, ve kterém se aplikuje na postiženou končetinu střídavě podtlak a přetlak (přístroj Vasotrein). Místní terapie je pouze pomocná, v některých případech je nutné chirurgické řešení.

Úkolem sestry je především pravidelné sledování fyziologických funkcí. Při celkovém podání vasodilatačních léků může dojít k významnému poklesu tlaku a poruchám srdečního rytmu.

Prognóza u postižení tepen je nejistá. Hojení probíhá pomalu, někdy je nutná amputace části končetiny.

3.16.2 NEMOCI TEPÉNEK (ARTERIOL)

Arteriolitis (vaskulitis) allergica Ruitera – je způsobena nadměrnou reakcí cév na bakterie, fokální infekci, toxické látky, léky apod. na kůži hlavně dolních končetin vznikají skvrny, prokrvácené pupínky, kopřivkové pupeny, krvavé puchýře až nektrózy. Všechny tyto projevy se později rozpadají ve vředy. Někdy mizí rychle, ale často se i vracejí.

Léčba: Ascorutin, vit. C ve vysokých dávkách, antihistaminika, steroidy, imunosupresiva, při podezření na bakteriální infekci antibiotika.

Anafylaktoidní purpura (Henoch-Schönleinova purpura) – je charakterizována náhlým výsevem petechií až červených kopřivkových pupenů. (Obr. 69) Postihuje děti do 10 let, u kterých do 1-2 týdnů po infektu vzniknou urtikariální papuly, buly až nekrózy na hýždích a dolních končetinách.

Raynaudův fenomén – je vyvolán spasmy malých artérií končetin. Stav je charakterizován záchvatovitou bledostí prstů rukou, provokovanou chladem, vzácně emočním stresem. Nejprve konečky prstů zblednou, za několik minut se objeví bolestivá cyanóza z venózní hyperémie a následuje červené zbarvení s palčivou bolestivostí. U závažných stavů dochází k atrofii kůže prstů, ulceracím až gangrénám.

Příčinou vzniku může být traumatizace a vibrace (profesionální vazoneuróza), provází kolagenózy, arteriální obliterující choroby, hematologická a neurologická onemocnění aj., může být také prvním projevem imunokomplexových vaskulitid.

Obrázek 69 Anafylaktoidní purpura



Převzato z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Purpura_\(lékařství\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Purpura_(lékařství))

Raynaudova choroba - se označují stavy, často familiární, kde se nenajde vyvolávající příčina. Postihuje převážně ruce žen, symetricky.

Léčba: ochrana před chladem a traumatizací, zákaz kouření. Raynaudova choroba nejlépe reaguje na blokátory kalciového kanálu. Vazodilatátory a kyselina nikotinová vedou také ke zlepšení. U Raynaudova fenoménu je nezbytné léčit základní vyvolávající onemocnění.

Pyoderma gangrenosum - patří k méně obvyklým formám vaskulitid. Je to závažný, progredující stav kožní nekrózy, vedoucí ke tvorbě nehojících se ulcerací s podminovanými okraji. Začíná zánětlivými červenými papulami a papulopustulami nebo uzlem, připomínajícím furunkl. Léze ulcerují a rychle progredují do velkých vředů s nekrotickou spodinou a

vyvýšenými podminovanými okraji. (Obr. 70) Predilekcí jsou dolní končetiny a hýždě. Histologicky se prokazuje vaskulitida malých cév koria i podkoží a trombotizace.

Léčba: celkově antibiotika a kortikoidy, ev. imunosupresiva, lokální léčba jako u bér-cových vředů.

Obrázek 70 *Pyoderma gangrenosum*



Převzato: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/25572/image.htm>

3.16.3 NEMOCI KAPILÁR

Teleangiektázie – jsou rozšířené větévky kapilár, které prosvítají kůží. Mohou vytvářet až souvislé plochy. Nejčastěji jsou na obličeji, kde tvoří bodovité nebo hvězdicovité konfigurace, červené až červenofialové barvy. Mají řadu příčin. U starých lidí v atrofické kůži, po ultrafialovém a rtg záření, po aplikaci kortikosteroidních extern. Teleangiektázie provází systémová onemocnění pojiva, jaterní choroby, genodermatózy a jiné stavy.

Kapilaritidy – nejčastější výskyt je na bérkách, kde vznikají různě velké plochy tvořené tečkovitými prokrvácenými úseky kůže s pigmentacemi a atrofií. Změny jsou povrchní, ale mohou se rozšiřovat.

Akrocyanóza - modravé zbarvení koncových částí těla – rukou, nohou, nosu, lýtek apod. jde o zúžení kapilár způsobené chladem, v teple se tyto oblasti zbarví do červena. Kůže bývá těstovitá, zvýšeně se potí. Onemocnění vzniká funkční poruchou se zvýšeným tonusem kapilár.

Kožní krvácení - výsevy různých druhů krvácení do kůže se nazývají *purpura*. Příčiny mohou být různé. Někdy vznikají po déletrvajícím fyzickém námaze, dlouhém sezení nebo stání, při některých poruchách krevní srážlivosti apod.

3.16.4 NEMOCI ŽIL

Varixy, varikózní komplex – rozšíření povrchních žil na dolních končetinách, které může postihovat drobné povrchní žilky až po velké kmenové žíly. (Obr. 71) Příčiny vzniku: vrozená tendence k jejich tvorbě, spojená s poruchou tvaru nožní klenby, odchýlným postavením bérců a sklonem ke kýlám – *primární varixy*. Ke zhoršení dochází hlavně v těhotenství, při používání hormonální antikoncepce, při nevhodném zaměstnání. *Sekundární varixy* vznikají na podkladě prodělaného zánětu hlubokého žilního systému. S povrchními žilami jsou spojené v určitých místech žíly hluboké (*perforátory*). Hlubokými žilami je odváděna krev k srdci ze žil povrchních. Zánět a trombóza může postihovat jak povrchní, tak hluboké žíly. Hlavním příznakem je bolestivost v průběhu postižené žíly, která je hmatná při povrchovém zánětu jako tuhý bolestivý pruh nebo uzel. Kůže zde bývá lehce zarudlá a může být i horečka. Při hlubokém zánětu jsou povrchní příznaky méně nápadné, zato bývá větší bolestivost a otok.

Kromě vlastních varixů a jejich zánětů bývá na bércích řada dalších příznaků. Je to např. svědění, otoky, tečkovité petechie, zánět kůže způsobený zvýšením tlaku až do oblasti vlásečnic, které reagují zánětem a zvýšenou prostupností své stěny. Vzniká tak tzv. *stasis dermatitis* – kůže je hnědá od hemosiderinových uloženin, jsou přítomny degenerativní změny. (Obr. 72) Při delším trvání otoku a zánětu kůže vznikají hyperplastické změny, kdy některé části bérce se přeměňují v tuhé plochy a jsou pokryté bradavičnatými mechovitými výrůstky. Nejzávažnější komplikací je *bércový vřed – ulcus cruris venosum et postthromboticum* (Obr. 73). Bezprostředním popudem k jeho vzniku bývá úraz.

Onemocnění žil na DKK (dolních končetinách) začíná nejčastěji primárními varixy – městky. Na podkladě žilního postižení vznikají vývojem choroby četné komplikace např. povrchní záněty (flebitidy) a záněty s trombózou (tromboflebitidy), záněty kůže a vlásečnic (dermatitidy ze stázy) až bércové vředy jako důsledek *chronické žilní nedostatečnosti*.

Sestra edukuje pacienta o vhodnosti bandáží, které zlepšují odtok krve. Důležitá je péče o nohy (hygiena, správná obuv).

Vyšetření žilních onemocnění

Anamnéza

Rozlišujeme hlavně primární varixy od sekundárních a otázky spojené s výskytem dalších onemocnění. Je také nutno pátrat i po celkových onemocněních jako jsou hypertenze, cukrovka, srdeční a plicní choroby, krevní a revmatické a jiné závažné stavy.

Objektivní nález

Vyšetření orientační - vyšetření pohledem – tvar končetiny, rozsah křečových žil a jejich momentální postižení, stav kůže na DKK, zjištění ortopedických vad

- *vyšetření pohmatem*

Vyšetření funkční – objasňují schopnost nebo poruchy povrchního a hlubokého žilního systému. Provádí se pomocí elastických obinadel nebo gumových škrtidel, patří zde např. *Schwartzův fenomén, Valsalvův test, Trendelenburgův test a Pertesův test* a další. Ke

komplexnímu vyšetření patří přístrojové neinvazivní vyšetřovací metody jako *ultrazvuk* (Doppler), *pletysmografické vyšetření* (D-PPG) a *okluzivní fotopletysmografie* (OVP). *Flebografie* je rentgenologický průkaz morfologických změn na celém žilním řečišti, při kterém se aplikuje kontrastní látka do žily na hřbetu nohy. *Metody radionuklidové* jsou založeny na přímém vychytávání fibrinogenu značeného izotopy – nejspolehlivější metoda při diagnostice časných flebotrombóz hlavně na bércei.

Obrázek 71
Varixy dolních končetin



Obrázek 72
Stasis dermatitis



Obrázek 73
Ulcus cruris venosum



Převzato z: <http://www.vitalia.cz/clanky/krecove-zily/>

<http://www.dermis.net/dermisroot/en/14555/image.htm>

<http://www.dermis.net/dermisroot/en/25827/image.htm>

Diferenciální diagnóza

Kromě žilních stěn se velmi často podílí u starších nemocných i postižení arteriální. Výsledkem jsou tzv. vředy smíšené etiologie – *ulcus cruris mixtum*. V některých případech může jít i o ulcerace čistě tepenné na podkladě arteriosklerózy, při hypertenzi, při diabetu z mikroangiopatie nebo diabetické gangréně.

Léčba

Léčbu žilních onemocnění DKK je možné rozdělit na:

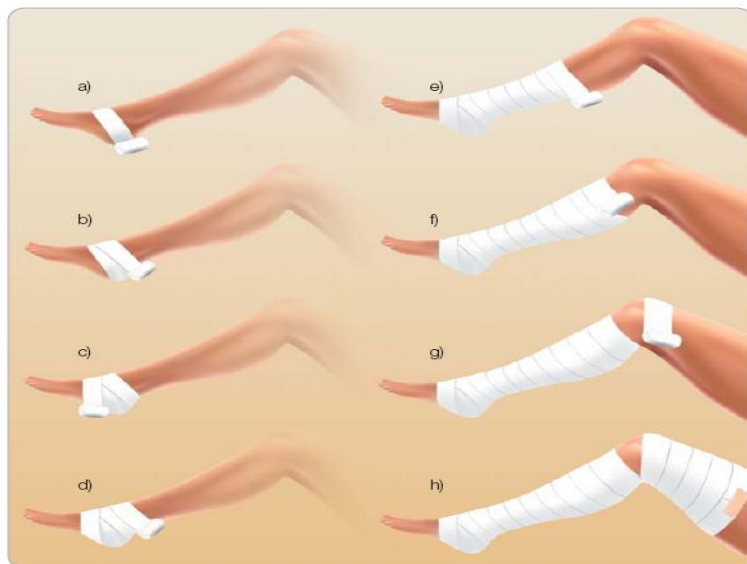
1. radikální
 - a) operace žil
 - b) sklerotizace žil
 - c) kombinace operace a sklerotizace
2. konzervativní
 - a) kompresivní terapie
 - b) zevní léčba
 - c) celková léčba

Kompresivní léčba je základní léčebnou metodou poruch žilního systému tam, kde nemůže být onemocnění léčeno radikálně. Pokud selhávají mechanismy návratu, vyvíjí se obraz chronické žilní nedostatečnosti. Léčení kompresí znamená každodenní užívání elastických obinadel nebo elastických punčoch. (Obr. 74) Elastické bandáže obinadly se musí provádět všude tam, kde pacient nemá zdravou kůži např. vředy, ekzémy, jinou dermatitidu. Elastické punčochy (podkolenky, stehenní punčochy nebo punčochové kalhoty) pak obléká nemocný se zahojenou kůží a jako preventivní prostředek před recidivou onemocnění. K zesílení kompresivní léčby se používají různé pomůcky: molitanové nebo gumové houby, které se podkládají pod elastické obinadlo do oblasti vředů a insuficientních perforátorů.

Zevní léčba: má směřovat k vyčištění spodiny vředů a zklidnění okolí. Používají se obkladové roztoky (Prontosan, borová voda, růžový roztok hypermanganu), enzymatické přípravky (Iruxol mono ung., Fibrolan ing.). Pokud možno se co nejdříve přechází na další lokální léčbu zajišťující granulaci a epitelizaci (vlhká terapie) v kombinaci se správně přiloženou bandáží a rehabilitací.

Během hospitalizace je možno použít i jiné metody k urychlení hojení, např. autotransplantace vředu (podle Reverdina) – přenos štěpů kůže z jiné části těla, aplikace soft laseru, lymfodrenážní terapie aj. podpůrnou léčbou je i vnitřní podávání venotonik (Cilkanol, Glyvenol, Detralex a další). Výjimečně je nutno zahájit léčbu antibiotiky podle citlivosti na základě bakteriologického vyšetření ze spodiny vředu.

Obrázek 74 Jedna z variant techniky přikládání kompresivního obinadla



Obr. 2 Jedna z možných variant techniky přikládání kompresivního obinadla. Při přikládání obvazu je nutné, aby byla dodržena maximální dorzální flexe, nárt podkládáme vatou a první otáčku vedeme způsobem pata–nárt–pata (a). Druhá otáčka je vedena proximálním směrem, otáčky obvazu se těsně překrývají (b). Třetí otáčka je vedena přes nárt na nohu (c), hlavu obvazu dále vedeme vzestupně těsně proximálně od paty (d). Při vzestupných otáčkách přimodelujeme obvaz – na distální bérce vedeme otáčky pevněji a hustěji (e). Pokračujeme-li obvazem stehna, je první otáčka vedena cirkulárně na proximálním bérce (f). Dále pokračujeme přes vatou podložené podkolení na stehno. Céska může zůstat částečně volná (g). Obinadlo vedeme vzestupně přes stehno, proximální okraj fixujeme v třísle neдрáždívou náplastí (h).

Převzato z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2008/2-2008/Kompresivni-lecba-zilnich-chorob/e-9q-a2-ji.magarticle.aspx>

3.16.5 LYMFEDÉM

Jedná se o onemocnění dolních i horních končetin, jak u dospělých, tak i u dětí. Rozdělujeme jej na primární a sekundární. Je to pozvolna progredující celoživotní onemocnění, které významně negativně ovlivňuje kvalitu života a jeho blízkých. Neléčený lymfedém vede k trvalé invaliditě, je často provázen recidivujícími kožními záněty.

Primární lymfedém – bývá většinou na dědičném podkladě, začíná často v pubertě u děvčat, ale může být i u mladších dětí. Začíná nenápadným otokem kolem kotníků. Je způsoben nenormálním vývojem mízních uzlin.

Sekundární lymfedém – druhotně získaný, nejčastěji u žen po operaci prsu, ev. po jiných operačních výkonech nebo úrazech se zásahem do mízních uzlin. Utváří se na původně nepostiženém lymfatickém systému v důsledku poškození mízních cest patologickým procesem nebo jejich útlakem.

Onemocnění je zpočátku způsobeno jen hromaděním lymfatické tekutiny ve tkáních. V prvním stadiu je kůže napjatá, těstovitě měkká. Nastává zvětšování objemu končetiny. V dalším období dochází k vazivovým změnám, otok se stává tuhým a nelze v něm udělat důlek. Tato tkáň má porušenou výměnu látkovou, a tím je snížena odolnost proti infekci. Bývá opakovaně postižena erysipelem a tím stav dále zhoršuje. (Obr. 75, 76)

Lymfedém je onemocnění, které má tím větší naději na léčebný úspěch, čím dříve se s léčbou začne. Zahájení závisí na brzkém rozpoznání onemocnění.

Vyšetření: je důležitá anamnéza a klinické vyšetření inspekcí a palpací. V anamnéze se ptáme na trauma, operaci, lymfadenektomii, ozařování, opakované kožní infekce, žilní trombózu. Doba vzniku lymfedému je velmi důležitá. Zlatým standardem je provedení funkční radionuklidové lymfologie – **lymfangioscintigrafie**. V rámci diferenciální diagnostiky se uplatňuje také vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT) nebo nukleární magnetické rezonance (NMR). Nově se také provádí ultrasonografické zobrazování měkkých tkání.

Komplexní dekongestivní terapie (CDT) léčby lymfedému se opírá o 4 zásady:

1. manuální lymfodrenáž podporující a posilující dosud zachovanou vstřebávací a transportní funkci mízního systému; (Obr. 78)
2. pneumatická kompresivní léčba – tlaková vlna produkovaná 7-14 komorovým pneumatickým přístrojem; (Obr. 77)
3. kompresivní bandážování – kombinace molitanových vložek a elastických obinadel, později pak komprese elastickými punčochami nebo pažními návleky; (Obr. 79)
4. speciální cvičení s bandáží nebo pomocí lymfo-tapingu k podpoře návratu mízy.

K těmto zásadám je nutno zařadit úpravu životního režimu zahrnující aktivní spolupráci nemocného.

Obrázek 75 Sekundární lymfedém
horní končetiny



Obrázek 76 Sekundární lymfedém
dolní končetiny



Převzato z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplexni-lecba-lymfedemu-450803>. Autor: Postgraduální medicína

Obrázek 77 Přístrojová lymfodrenáž



Obrázek 78 Manuální lymfodrenáž



Převzato z: <http://www.amaryllis.cz/manualni-pristrojova-lymfodrenaz-lymfomasaz>

Převzato z: <http://techniky.nasclovek.cz/manualni-lymfodrenaz/>

Obrázky 79 Postup bandážování horní končetiny s lymfedémem



Převzato: <http://www.lymfedem.estranky.cz/clanky/kompresivni-bandazovani-koncetiny.html>

Povinnosti lymfologické sestry při poskytování lymfodrenážní terapie:

1. Pacient na lymfodrenážní terapii musí být vyšetřen a indikován lékařem – lymfologem, ten naplánuje počet aplikací a způsob provedení jednotlivých masáží
2. Lymfologickou péči může poskytovat pouze sestra absolvující specializovaný odborný lymfologický kurz
3. Sestra edukuje pacienta o průběhu terapie, o zajištění bezpečnosti pacienta během terapie, o způsobu dodržování hygienických podmínek
4. Před a po terapii jsou pacientovi změřeny fyziologické funkce (TK,P) a změřeny obvody dolních, ev. horních končetin
5. Sestra zkontroluje pohledem a dotazem na pacienta jeho zdravotní stav a jeho změnu ihned hlásí lékaři, který indikoval aplikaci lymfodrenáže
6. V průběhu terapie je pacient pravidelně kontrolován sestrou a jakékoliv známky dyskomfortu ze strany pacienta okamžitě řeší v rámci svých kompetencí
7. Po skončení lymfodrenáže pacientovi sestra provede bandáže dolních, ev. horních končetin (dle postižení) a zkontroluje celkový stav nemocného
8. Lymfologická sestra zodpovídá po celou dobu terapie za bezpečnost pacientů během poskytované péče
9. Lymfologická sestra dohlíží nad pravidelně prováděnými kontrolami přístroje a při zjištění jakýchkoliv závad řeší jejich nápravu
10. Lymfologická sestra je povinna se průběžně vzdělávat v oboru, zúčastňovat se odborných vzdělávacích seminářů

3.17 Kožní nádory

Kožní nádory jsou svým výskytem nejčastější ze všech nádorů vůbec. Mezi běžné nádory patří bazocelulární karcinom, ale hlavně různé nezhoubné nádorky. Nádory mohou vycházet z kterékoli kožní tkáně nebo kožního orgánu.

Dělíme je na zhoubné (*maligní*) a nezhoubné (*benigní*).

Rozdělení kožních nádorů podle struktury, ze které vycházejí: a) epitelové

b) adnexální

c) mezenchymové

d) neuroektodermové

3.17.1 PŘEDNÁDOROVÉ STAVY, PREKANCERÓZY

Prekanceróza je chorobný kožní projev, z kterého po určité době může vzniknout kožní nádor. Mezi prekancerózy řadíme takové projevy, ze kterých vznikne po různé době nádor vždy. Patří sem: keratózy, leukoplakie.

Keratózy jsou jednotlivé a mnohočetné plošky několik mm veliké

3.17.2 NEZHOUNBÉ NÁDORY

a) Epidermální (z pokožky)

Keratosis seborrhoica – tzv. stařecká bradavice, u starších osob na trupu, obličeji a krku jako jednotlivý nebo mnohočetný plochý hrbolek žlutohnědé až hnědočerné barvy. Povrch bývá bradavičnatě rozbrázděný, krytý mastnými šupinkami.

b) Mezenchymové (ze struktury škáry a podkoží)

Fibromy – jde o ostře ohraničené, měkké uzlíky hladkého povrchu a barvy normální kůže. (Obr. 80)

Lipom - je tvořen tukovou tkání, je většinou mnohočetný. Jedná se o měkké, polštářovité nádory až několik centimetrů veliké, hmatné v kůži, která má nad nádorem normální barvu. Může být bolestivý. (Obr. 81)

Leiomyom – vycházející ze svalových buněk. Je poměrně vzácný. (Obr. 82)

Keloid – ostře ohraničená vazivová ložiska, která vznikají po úrazech (poleptání, popálení) nebo po chirurgickém zákroku v místě řezu nebo po injekci v místě vpichu. (Obr. 83)

Hemangiomy – jsou projevy vycházející z krevních cév. Kromě kůže se mohou vyskytnout na sliznicích, ale i ve vnitřních orgánech. Jsou velice často vrozené, kdy vznikají jako vývojová odchylka. Někdy se tyto projevy označují jako névy z cév krevních. (Obr. 84)

Typy hemangiomů:

1. *haemangioma planum* (plochý) – tzv. teleangiektatický névus (naevus flammeus, „oheň“)
2. *haemangioma cavernosum* (vyklenutý) – rozeznáváme několik typů podle uložení v kůži nebo podkoží
3. *haemangiomy senilní* (stařecké) – se vyskytují téměř u každého člověka na trupu
4. *naevus araneus* (pavoučkový névus) – je rozšíření cév, kdy z drobného angiomu velikosti špendlíkové hlavičky vybíhají cévky.

Obrázek 80 Fibrom



Obrázek 81 Lipom



Převzato z : <http://www.dermis.net/dermisroot/de/20769/image.htm>

<http://www.dermis.net/dermisroot/de/20542/image.htm>

Obrázek 82 Leiomyom



Obrázek 83 Keloid



Převzato z: <http://www.dermis.net/dermisroot/de/17174/image.htm>

http://dermatlas.med.jhmi.edu/image/Keloid_1_090828

Obrázek 84 Hemangiom



Převzato z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hemangiom>

c) Adnexální (ze struktur kožních adnex)

Jsou vzácné, objevují se mnohočetně nebo jednotlivě. Nejčastější jsou nádory potních a mazových žláz.

Keratoacanthoma (keratoakantom) – rychle rostoucí nádor z epitelu vlasových folikulů. Lokalizován na obličeji a akrech končetin, vliv má sluneční záření.

d) Neuroektodermové

Jedná se o nádory vznikající ze struktur nervových nebo z buněk tvořících hnědý melaninový pigment.

Neurofibrom – drobné světle hnědé tumorky vyskytující se jednotlivě nebo jako mnohočetné projevy, které jsou součástí dědičného onemocnění – neurofibromatózy.

Melanocytové afekce (pigmentové névy) – jsou projevy složené z melanocytů. Najdeme je v různém množství u každého člověka. Během života každého jedince prodělávají pigmentové névy různé změny. Z některých typů může vzniknout velmi nebezpečný zhoubný nádor (maligní melanom), řada z nich má význam pouze kosmetický.

3.17.3 ZHOUBNÉ KOŽNÍ NÁDORY

a) Epidermální

Bazaliom (bazocelulární karcinom) – je nejčastější kožní zhoubný nádor, má strukturu pokožky. Objevuje se hlavně v solární lokalizaci, až 70 % případů je lokalizován na obličeji a má pestrý klinický vzhled (ploška, uzel, květákovitý útvar, vřed aj.). Roste pomalu a svým růstem může ničit okolní tkáň. (Obr. 85)

Metastázy jsou vzácné, bazaliom bývá nejčastěji u starších lidí, sluneční záření ovlivňuje jeho vznik. Léčí se chirurgicky nebo ozářením.

Spinaliom (karcinom spinocelulární) – podobá se bazaliomu, jejich odlišení je možné pouze histologicky. Může tvořit metastázy v lymfatických uzlinách a vnitřních orgánech. (Obr. 86)

Morbus Bowen (Bowenův karcinom) – jde o intraepidermální karcinom, někdy je řazen k prekancerózám. Jedná se o pozvolna rostoucí růžové ložisko se stroupky a šupinami. Bývá ostře ohraničené a lokalizované na trupu a dolních končetinách. Může po letech přejít do spinocelulárního karcinomu.

b) Mezenchymové

Označují se jako *sarkomy*. Nejsou příliš časté, nejznámější je *sarkom Kaposiho* (vzniká z drobných cév), bývá hlavně u nemocných trpících sníženou obranyschopností.

Obrázek 85 Bazaliom



Obrázek 86 Spinaliom



Převzato z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/280412-solarium-zvysuje-riziko-rakoviny-kuze-u-lidi-do-25-let.html>

c) Adnexální

Označují se jako *karcinomy*. Nejčastější z nich jsou karcinomy potních žláz, výskyt je velmi vzácný.

Morbus Paget (Pagetův karcinom) – maligní nádor vycházející z epitelu vývodu mléčné žlázy nebo vývodu apokrinních žláz. Nejčastěji postihuje prsní bradavku. Zpočátku tvoří ostře ohraničené, červené šupinaté ložisko v oblasti prsního dvorce. Podobá se ekzému, projevy mokvají, svědí a mohou vést ke vpáčení bradavky. Rozhodující je histologické vyšetření.

d) Neuroektodermové

Melanoma malignum (melanoblastom) – je složený z nádorových melanocytů. V 90 % se vyskytuje v kůži, v oku 9 %, v CNS 1 %. Maligní melanom vzniká z některého typu melanocytové afekce (névu) nebo ve zcela normálně vypadající kůži. Nejdříve vznikne různě hnědá ploška, ta se zvětšuje do šířky a později i do výšky. Postupně mění barvu (tmavne nebo bledne) a povrch se začíná lesknout. Může svědit. Vzniklý hnědý nebo hnědočerný uzlík se snadno poraní, krvácí a nechce se hojit. (Obr. 87)

Tvoří metastázy v uzlinách nebo v kterémkoli vnitřním orgánu a může způsobit smrt nemocného. Maligní melanom se vyskytuje u osob středního věku (30-50 let), postihuje stejně muže i ženy a najdeme ho kdekoli v kůži. Vzácně se objevuje melanom i u dětí.

Obrázek 87 Melanom



Převzato z: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Melanoma_vs_normal_mole_ABCD_rule_NCI_Visuals_Online.jpg

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této obsáhlé kapitole se student měl možnost seznámit s kožními nemocemi, jejich rozdělení dle etiopatogeneze, klinickým obrazem nemoci a vhodnou terapií.

KONTROLNÍ OTÁZKA

1. Jaké je rozdělení kožních chorob dle etiopatogeneze.
2. Popište jednotlivé stupně dekubitů a preventivní opatření před jejich vznikem.
3. Jaký je rozdíl mezi úžehem a úpalem?
4. Jaká jsou doporučená hygienická opatření při výskytu svrabu?
5. Po prodělané infekci herpes zoster získává nemocný celoživotní imunitu?

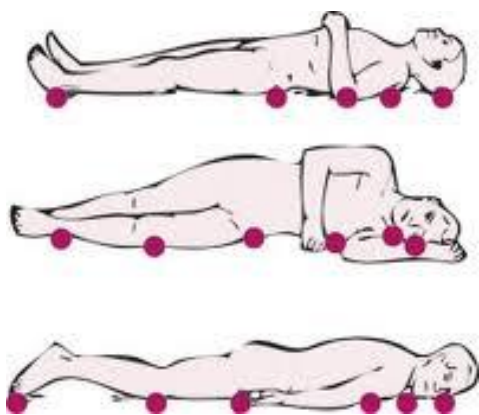
6. Vyjmenujte zásady péče o kůži postiženou atopickým ekzémem.
7. Jaké mohou být spouštěcí faktory vzniku lupénky?
8. Co je acne vulgaris?
9. Jak lze rozdělit léčbu žilních onemocnění DKK?
10. Vyjmenujte čtyři hlavní zásady při komplexní léčbě lymfedému.

OTÁZKY

1. Jaké zásady sestra dodržuje při aplikaci lokálních léčiv na postižená místa?
2. Jaká preventivní opatření by sestra měla pacientovi zajistit, aby u něj nedošlo ke vzniku dekubitů?
3. Jaká opatření by sestra měla zajistit u pacienta před jeho sebepoškozováním?
4. Podle určujících znaků se pokuste sami sebe přiřadit k určitému fototypu kůže a zhodnotit, zda-li dodržujete doporučené zásady při pobytu na slunci dle jednotlivých fototypů.
5. Víte kde se nachází v moravskoslezském regionu tzv. melanomová poradna a jaké je její zaměření?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Podle obrázku doplňte názvy predilekčních míst ohrožených vznikem dekubitů



Poloha na zádech	Poloha na boku	Poloha na břiše

- a) uvažujte proč vznikají dekubity právě v těchto lokalizacích
- b) navrhnete preventivní opatření, které by měla zajistit sestra v rámci poskytování ošetrovatelské péče
- c) by byste jako sestra doporučila příbuzným při ošetřování imobilního člena rodiny v domácí péči

Výsledky své samostatné práce konzultujte ve cvičení s ostatními.

DALŠÍ ZDROJE

DITRICHOVÁ, D. et al. 2002: *Repetitorium dermatovenerologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 304s. ISBN 80-86297-08-X.

HERCOGOVÁ, J. et al. 2019: *Klinická dermatovenerologie, 1. díl.*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2019. 863s. ISBN 978-80-204-5321-1.

NOVÁKOVÁ, I. 2011: *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.

RESL, V. et al. 1997: *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 138s. ISBN 80-7184-395-4.

ŠTORK, J. et al. 2008: *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2008. 502s. ISBN 978-80-7262-371-6; ISBN 978-80-246-1360-4.

4 VENEROLOGIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kapitola popisuje sexuálně přenosné infekce a nemoci, jejich etiopatogenezi, klinický obraz a způsob terapie. Důležitou součástí této kapitoly jsou legislativní opatření, preventivní opatření a depistážní činnost zdravotnických pracovníků.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování kapitoly budete umět:

- popsat charakteristické známky sexuálně přenosných chorob
- vysvětlit činnost depistážní sestry

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4,5 hodiny

Sexuálně přenosné nemoci jsou ty, které se šíří pohlavní cestou, popř. je tento způsob přenosu epidemiologicky významný. Protože choroboplodný zárodek nemusí vždy vyvolat příznaky onemocnění, jedná se o tzv. pohlavně přenosné nákazy, protože zahrnuje i bezpříznakové, asymptomatické nosiče nemocí.

STD (Sexually Transmitted Diseases) – pohlavně přenosné nemoci

STI (Sexually Transmitted Infections) – pohlavně přenosné infekce

V současné době je známo více než 50 patogenních původců těchto chorob. Mezi tyto choroby náleží tzv. klasické venerické nemoci, přenášené výhradně pohlavním stykem, s kožními příznaky, které představuje příjice (*syphilis, lues*), kapavka (*gonorrhoea*), měkký vřed (*ulcus molle*), venerický lymfgranulom (*lymphogranuloma venereum*) a *granuloma inguinale*, které podléhají povinnému hlášení a dispenzární péči. Hlášení též podléhá HIV/AIDS, hepatitis B, scabies, pediculosis. Ostatní STI tvoří urogenitální infekce různé etiologie (Chlamydie, Mycoplasma, Trichomonas, Candida spec.), herpes progeneralis,

condyloma accuminatum, molluscum contagiosum, virová hepatitida, AIDS, scabies, pediculosis aj.

Venerologické vyšetření kromě platné anamnézy se zaměřuje na zjištění současných příznaků, jejich trvání a průběh, léčbu, cestování, nedávny pohlavní styk a jeho způsoby, použití preventivních prostředků, STI v minulosti, rizikové faktory HIV infekce. Objektivní vyšetření zahrnuje vyšetření celého kožního povrchu a dostupných sliznic, včetně vyšetření anu, palpce genitálu a prostaty, u žen vyšetření děložního hrdla. Rutinní vyšetření při podezření na STI by mělo zahrnovat sérologii lues, vyšetření na chlamydie, kapavku a HIV infekci (nutný souhlas pacienta).

4.1 Syphilis, lues (příjice)

Je to celosvětově se vyskytující infekční onemocnění přenášené především pohlavním stykem, postihující různé orgány včetně kůže, kardiovaskulárního, muskuloskeletárního a centrálního nervového systému. Jejím jediným přirozeným hostitelem je člověk. Nejčastěji postihuje osoby mezi 15–30 lety věku. Rizikovými faktory jsou prostituce, promiskuita, nechráněný styk, drogová závislost, antikoncepce.

Etiologie a patogenese: původcem je spirocheta *Treponema pallidum*, která proniká narušeným povrchem do kůže a sliznic (hlavně genitálu a úst). V místě inokulace dochází k výskytu primárního projevu. Kapilárami se pak dostává do spádových lymfatických uzlin, odkud po pomnožení dochází k hematogennímu rozsevu a dalším klinickým příznakům. Možný je přenos transplacentárně, krevní transfúzí nebo zanedbáním hygienických norem. U těchto nálezů hovoříme o tzv. syfilis nevinných. Inkubační doba nemoci je nejčastěji 21 dní s rozmezím 9 až 90 dní. Může se prodloužit vlivem infekčních chorob nebo účinkem antibiotik.

Klinický obraz: Syfilis může být získaná nebo vrozená. Inkubační doba primární syfilidy (od nákazy do vzniku vředu) je cca 3 týdny (9-90 dní). Asi jedna třetina onemocní po styku s infekcí. Sekundární syfilis (exantém) vzniká cca 6 týdnů od vzniku vředu, tzn. kolem 9. týdne od infekce).

4.1.1 SYPHILIS ACQUISITA (ZÍSKANÁ)

Neléčená syfilis probíhá v několika neostře ohraničených vývojových fázích.

Syphilis recens (časná) – zahrnuje inkubační dobu, primární i sekundární syfilis, včetně období časně latence (cca do 2. roku po infekci).

Syphilis latens – objevuje se po vymizení časných projevů, kdy přetrvává pouze pozitivní sérologický nález.

Pozdní symptomatická syfilis (syphilis tertiaria) – přichází za 5-30 let s kožními nebo orgánovými projevy.

Syphilis recens (časná)

a) *Syphilis primaria (I. stadium)*

V inkubačním období nezjišťujeme žádné klinické příznaky a také séroreakce jsou negativní. Po třech týdnech se začíná tvořit primární afekt. Vypadá zpočátku jako červená skvrnka až pupínek, rychle se rozpadající v erozi až vřed. Jejich spodina bývá čistá, barvy syrového masa a je povleklá špekovitou blankou. Typická je nebolestivost a tuhost spodiny, mluvíme o *tvrdém vředu*. Po 4-5 dnech se začínají zvětšovat nejprve příslušné spádové a později všechny mízní uzliny. Toto zduření může přetrvávat i po několik měsíců. Neléčený vřed se za 1 - 8 týdnů hojí jizvou nebo bez jizvy.

b) *Syphilis secundaria (II. stadium)*

Začíná kolem 9. týdne od nákazy vznikem exantému a je výrazem hematogenní diseminace infekce. V začátku může být přítomen ještě *primární vřed*, popř. jizva a přetrvává spádová lymfadenopatie. Před vznikem exantému mohou být přítomny celkové „chřipkovité“ příznaky (zvýšená teplota, rinorea, únavnost, artralgie, myalgie, cefalgie, generalizovaná nebolestivá lymfadenopatie). Séroreakce jsou vždy pozitivní. Klinický obraz je pestrý s postižením kůže a sliznic. Vstupní exantém je *syfilitická rozeola*, jsou to skvrnky 0,5 až 1 cm v průměru, kruhové nebo oválné, nesplývající, tlumeně růžové barvy, na povrchu hladké. Rozeola mizí během 1-2 měsíců beze stop. Na postranních partiích krku mluvíme o tzv. *Venušině náhrdelníku – leucoderma syphiliticum* (4.-6. měsíc), kdy se jeví jako depigmentované skvrny na hyperpigmentovaném pozadí. Po určité době mohou kožní projevy recidivovat, pak se eflorescence shlukují a infiltrují (jako výraz rostoucí obranyschopnosti). Nejčastěji se jedná o *makulopapulózní syfilis*.

V dutině ústní dochází k začervenání hrdla, nacházíme rozmokvané a erodované papuly oválného nebo kruhového tvaru, na povrchu kryté perlovitou nebo našedlou membránou. Při faryngeálním postižení hovoříme o syfilitické angíně, typickým příznakem bývá sípavý hlas a chrapot – *laryngitis syphilitica*. V koutcích úst mohou být pukliny nebo papuly s fisurou. Obdobné léze v genitoanální krajině se navíc projevují nepřesně ohraničenými erozemi, případně plochými vyvýšenými papulami až květákovitými vegetacemi (*condylomata lata*). Tyto vysoce infekční projevy postihují i další intertriginózní lokalizace (pod prsy, pod převislým břichem, meziprstí nohou). (Obr. 88, 89, 90)

Od 9. týdne po infekci nacházíme i *polyscleradenitis* (generalizovaná lymfadenopatie). Uzliny jsou 1-2 cm velké, nesplývají, jsou tuhé na pohmat a pohyblivé vůči spodině, nebolestivé, neabscedují.

Kštice bývá prořídla nejizvící alopecii. Lysiny mají pasekovitý tvar s neostrými okraji, jakoby vyžranými od molů. Zjišťujeme zánět okostice (periostitida), projevující se prudkou bolestivostí těstovitě prosáklých okrsků postižené tkáně. Zasaženy mohou být též ledviny (glomerulonephritis), játra, klouby a nervový systém.

Obrázek 88, 89, 90 Projevy syphilis



Převzato z: <http://zitzivotemzivota.blog.cz/en/1003/syphilis>

Syphilis latens

Jedná se o klinicky němou fázi. Diagnóza je možná pouze na základě sérologických testů. Nemoc může recidivovat a střídat po dobu 2-5 let fáze recidiv a latencí. Časná latence do konce druhého roku po infekci přechází bez ostré hranice do *pozdní latence* – *syphilis latens*. Ta trvá 5, 10, 20 i více let. Od 2.roku hovoříme již o *syphilis tarda (pozdní)*.

Pozdní symptomatická syphilis (syphilis tertiaria)

Nastupuje 5-30 let po infekci a většinou postihuje jen jeden orgán; kromě vnitřních orgánů, CNS, cév a kostí často i kůži. Treponemata jsou přítomna velice ojediněle a jsou prokazatelná PCR metodou. Projevy III. stadia jsou neinfekční a jsou charakterizované specifickým zánětem.

Toto stadium dělíme podle postižení do 3 podskupin: a) nezhoubná syphilis

b) srdečně cévní syphilis

c) nervová syphilis

a) Nezhoubná pozdní syphilis

Základním projevem je *specifický granulom* – *gumma*. Název má od vzhledu sekretu, vzniklého provalením infiltrátu. Jde o nápadně vazkou žlutou tekutinu, připomínající klovatinu. Postihují kůži a kosti, vzácněji i jiné orgány. Na kůži tvoří narůžovělé nebo purpurové uzly, které se šíří do okolí. Uzly mohou vzájemně splývat a rozpadat se ve vředy s ostrými okraji. Vyskytují se na kterékoli části kůže. *Gummata* kostí na nose a tvářích vedou k výrazným znetvořením.

b) Srdečně cévní syfilis

Dochází k ní za 5-15 let po infekci asi u 10 % neléčené syfilis. Nejmírnější formu představuje nekomplikovaný zánět vzestupné aorty. Při výraznějším postižení vzniká *aneurysma*, které může být při prasknutí příčinou náhlého úmrtí. Zánětem mohou být postiženy také koronární tepny nebo aortální chlopeč s následnou nedostatečností.

c) Nervová syfilis

Symptomatické postižení CNS nastává v 6-7 % neléčených případů. Diagnóza nervové příjice není jednoduchá, protože nemoc může napodobovat mnohé poruchy CNS. Důležité je vyšetření mozkomíšního moku u všech případů syfilis, zvláště po prvním stadiu.

Asymptomatické postižení se projevuje abnormalitami v mozkomíšním moku bez klinických projevů syfilis.

Meningovaskulární postižení plen a cév mozkových je charakterizováno vzestupem nitrolebního tlaku s příslušnými neurologickými příznaky. Závažná jsou izolovaná nebo mnohočetná gummata v mozku, míše, mozkomíšních obalech.

Parenchymatózní (tkáňové) postižení nastává při degeneraci nervových buněk a vláken. Rozlišujeme 2 typy: progresivní paralýzu a tabes dorsalis.

- *Progresivní paralýza* je vývojově mladší stadium s přetrvávajícími živými treponematy, které se projevuje neurologickými a psychiatrickými příznaky.

- *Tabes dorsalis* odpovídá autoimunní reakci s jizevnatými ložisky bez treponemat. Bývají poruchy hluboké citlivosti se ztrátou šlachových reflexů.

4.1.2 SYPHILIS CONGENITA (CONNATA, VROZENÁ)

Vzniká intrauterinním přenosem choroby z matky na plod. Treponemová infekce plodu se objevuje od 4. měsíce těhotenství po ukončení vývoje placenty. Infekce matky před nebo během I. trimestru se na plodu neobjeví, je-li syfilis včas diagnostikována a léčena. Dojde-li k nákaze matky v období kolem početí a není-li léčena, dojde k masivní infekci placenty v časně syfilitické fázi a treponemata pronikají placentou přímo do krve plodu. Placenta je zánětlivě změněná a edematózní, klky obsahují syfilitickou granulomatózní tkáň. Plod je špatně vyživován a zůstává malý. V 7. až 8. měsíci dochází k syfilitickému potratu (*sypylis foetalis, praenatalis*). Je-li infekce matky staršího data, je placenta méně postižena, matka porodí živé dítě s klinickými příznaky sekundární syfilis (*sypylis congenita recens*). Pokud je gravidní žena ve fázi latence, porodí dítě u něhož se onemocnění projeví až po letech (*sypylis congenita tarda*). Je-li infekce matky velmi starého data (pozdní syfilis), může matka porodit i zdravé dítě. Dojde-li k infekci matky jen několik týdnů před porodem, může se také narodit zdravé dítě.

Syphilis congenita recens

Začíná obvykle alterací celkového stavu již během prvních týdnů života. Děti mají nízkou porodní hmotnost, neprospívají. Může být přítomna krvavá rýma (sekret je vysoce infekční), postižení hlasivek. Na kůži jsou makulopapulózní výsevy, jindy se tvoří difúzní plošné infiltráty s napjatou, matně lesklou, hnědě červenou kůží na patách („*lakované patičky*“) nebo v okolí úst, které vedou k prasklinám a později jizvám (*Parrotovy jizvy*). Z orgánových postižení může být přítomna osteochondritida (*Parrotova pseudoparalýza*) ulny, kdy dítě pro bolestivost nebo spontánní frakturu nehýbe horní končetinou, hydrocefalus, nízká porodní váha, anémie, pneumonie alba, žloutenka s hepatitidou, splenomegalie, lymfadenopatie. Prognóza je dobrá při včasné léčbě, je závislá na poškození vzniklém intrauterinně, bez léčby polovina dětí umírá.

Syphilis congenita tarda

Objevuje se nejdříve 2 roky po porodu, často v pubertě, popř. v dospělosti. Je popsána řada pestrých příznaků. Souvislost se syfilis byla prokázána zvláště u anomálií zubů, kostí, oka a u neurologických poruch. Typická je syphilis gummosa kostí a chrupavek nosu (*sedlovitý nos*), slabomyslnost, hluchota, kardiovaskulární syphilis. *Hochsingerova trias*: deformity lebky, ragády kolem úst a zvětšené kubitální uzliny. *Hutchinsonova trias*: keratitis profunda, vestibulární hluchota a soudkovité řezáky. Nemocní mohou trpět tabes dorsalis a paralysis progressiva, nápadný je unavený a smutný výraz obličeje.

Léčba syfilis

Optimálním lékem pro terapii syfilis je stále PNC, který je baktericidní, dobře proniká do tkání, včetně placenty a přes hematoencefalickou bariéru. Hladina PNC by měla dosáhnout minimálně 0,03j/ml po dobu 7-10 dní u časné syfilis do 2 let po infekci a 15-20 dní u latentní syfilis.

Pro časnou syfilis je doporučený léčebný režim aplikace Prokain PNC G 1,5 mil. Jednotek i.m. po dobu 10 dnů. U přecitlivělých pacientů na PNC podáváme TTC 500 mg p.o. 4 x denně 2 týdny nebo doxycyklin 100 mg 2 x denně p.o. 2 týdny nebo erytromycin 500 mg 4 x denně 2 týdny. Nemocní by měli být hospitalizováni, protože se setkáváme s:

- **Jarisch-Herxheimerovou reakcí**, která vzniká zaplavením organismu rozpadovými produkty odumřelých treponemat. Projevuje se zvýšenou teplotou, třesavkou, bolestmi kostí a svalů, pocením a změnou celkového stavu. Preventivně se proto podávají buď jodové preparáty (kalium iodatum 10 % 3 x denně 1 lžička po 10 dnů) nebo kortikoidy celkově.

- **Hoigného syndrom (prokainová reakce)** je způsoben průnikem prokainu penicilinu intravenózně, což vede k embolizaci suspenze. Důležitá je proto aspirace před aplikací injekce, která minimalizuje toto riziko. Reakce se objevuje během sekund až desítek sekund po podání léku. Je charakteristická strachem ze smrti, dýchacími obtížemi a halucinacemi. Obtíže i bez zásahu ustoupí během několika minut. Důležité je zklidnění a kontrola pacienta

po dobu reakce tak, aby si pacient v panickém záchvatu neublížil. Nejedná se o alergickou reakci, a proto není kontraindikací k dalšímu podání penicilinu.

U pozdní syfilis je nemocný ohrožený rozpadem postižených tkání, a proto pacient dostává před léčbou jódové preparáty nebo kortikosteroidy celkově, poté aplikujeme Prokain PNC G 1,5 mil. jednotek i.m. po dobu 30 dnů, u pacientů s alergií na PNC dáváme TTC 500 mg 4 x denně p.o. 30 dnů, doxycyklin 100 mg p.o. 2 x denně 4 týdny nebo erytromycin 500 mg p.o. 4 x denně 30 dnů.

Doporučená léčba *kardiovaskulární syfilis a neurosyfilis* po předchozí přípravě pacienta je krystalický G PNC 24 mil. jednotek i.v. denně po 2 týdny, následně pak benzathin PNC G (Benzetacil) 2,4 mil. jednotek 3 x v týdenních intervalech. Během léčby se doporučuje sledovat EEG, event. Podávat antikonvulziva.

Pro *gravidní ženy* platí zvláštní opatření z důvodu prevence vrozené příjice. Každá žena má být 2x vyšetřena sérologicky v 1. a ve 2. polovině gravidity. Je-li infekce zjištěna na začátku gravidity, podáváme Prokain PNV G 1,5 mil. jednotek i.m. po dobu 20 dnů a opakujeme tuto léčbu ve druhé polovině gravidity. Pokud se zjistí infekce několik týdnů před porodem, doporučuje se Prokain PNC G denně v dávce 1,5 mil. jednotek i.m. až do porodu. Pro preventivní tzv. zajišťovací léčbu v těhotenství (u sérologicky pozitivních žen v minulosti léčených pro syfilis) se doporučuje v 1. a 3. trimestru aplikace Prokain PNC G 1,5 mil. jednotek i.m. po 2 týdny nebo Benzetacil 2,4 mil. jednotek i.m.

Při *kongenitální syfilis* aplikujeme i.v. PNC G draselnou sůl 50 tis.j./kg/den po dobu 2 týdnů. Starší děti s normálním neurologickým nálezem léčíme Benzetacilem 2,4 mil. jednotek i.m. jednorázově.

4.1.3 DEPISTÁŽ

Je součástí léčebných opatření. Zaměřuje se na zjištění kontaktů v době před onemocněním: u primární lues za dobu 3 měsíců, u sekundární 8-12 měsíců, u latentních forem 24 měsíců. Protože u náhodně zjištěných pozdních latentních a terciárních forem je zdroj prakticky neznámý, vyšetření se zaměřuje hlavně na ohrožené osoby. V případě onemocnění muže je vyšetřena manželka (partnerka) a při negativním nálezu děti vyšetřovány nejsou, pokud muž manželku (partnerku) nemá, jsou děti vyšetřeny též. U onemocnění ženy jsou vyšetřovány děti, manžel (partner) a členové domácnosti.

4.1.4 DISPENZARIZACE

Všichni nemocní syfilis zůstávají po léčbě v dispenzární péči a jsou pravidelně kontrolováni v souladu s doporučením Národní referenční laboratoře (NRL).

Za měsíc po léčbě (a vždy před vyřazením z evidence) je prováděno konfirmační vyšetření v NRL. Vyhledávací testy jsou doporučeny 1. rok v prvním pololetí 1x za 2 měsíce, ve druhém pololetí 2x za 3 měsíce, 2. rok 1x za 6 měsíců, v následujících letech v *pětiletých intervalech* sérologické i klinické vyšetření; při zjištění syfilis i test na HIV. Kritériem úspěšnosti léčby je pokles protilátek do 2 let po skončení antisypilitické léčby. Po 2 letech evidence v případě trvalé séronegativity specifických i nespecifických testů, negativního klinického vyšetření (interní, neurologické, oční, psychiatrické) a sérologického vyšetření mozkomíšního moku je možná *vyřadit z evidence*. Pokud přetrvává séropozitivita, je pozitivní klinický nálezn a není provedeno vyšetření likvoru, dispenzarizujeme pacienta do 65 let věku s vyšetřením v *pětiletých intervalech* po dobu 20 let od infekce, poté individuální kontroly nebo ponecháme pouze v evidenci do úmrtí.

Osoby – zdroj nákazy a osoby ohrožené syfilis dispenzarizujeme 4 měsíce, 1. sérologické a klinické vyšetření se provádí při první návštěvě, 2., 3. a 4. po týdnu, 5. a 6. po 14 dnech, ostatní 1x měsíčně do doby 4 měsíců. Při negativním klinickým a sérologickým vyšetření je možno je vyřadit z dispenzarizace. Navíc se doporučuje při prvním a posledním vyšetření provést test na HIV.

U *gravidních žen*, které jsou dispenzarizovány pro syfilis, se provádí sérologické vyšetření vyhledávacími testy ve 3.-4. a 7.-8. měsíci gravidity, zároveň je nutné vyšetření na HIV. *Děti žen ohrožených syfilis* v době gravidity se vyšetřují po porodu klinicky i sérologicky (z pupečnickové krve). V případě séropozitivity doplníme vyšetření likvoru a rtg dlouhých kostí. Séronegativní děti vyšetřujeme po 4 měsících po dobu 1 roku, séropozitivní děti je třeba klinicky i sérologicky vyšetřit v 1., 2., 3., 6. a 12. měsíci věku. V případě HIV pozitivity matky se provede vyšetření na HIV u dítěte po porodu a za 6 měsíců.

4.1.5 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Podle věstníku MZ ČR (částka 10, 1997) je z důvodu prevence syfilis doporučováno provádět vyhledávací testy VDRL (nebo RRR) a TPHA:

- u dospělých do 50 let při každé hospitalizaci, nad 50 let při 1. hospitalizaci v roce
- u každého STD nemocného
- u každé těhotné 2x během gravidity
- u podezření z nákazy dle anamnézy
- u všech dárců krve, kostní dřeně, orgánů, spermatu
- u novorozenců z pupečnickové krve.

4.2 Gonorrhoea (kapavka)

Je nejčastější pohlavní choroba. Jedná se o akutní hnisavý zánět postihující zvláště sliznici urogenitálního traktu. Může způsobit i zánět oční spojivky, rekta, sliznice dutiny ústní, nosní a faryngu. Krevní cestou může vyvolat i onemocnění pohybového systému, endokardu a oční duhovky.

Etiologie a patogeneze: Původcem onemocnění je *Neisseria gonorrhoeae*, tzv. gonokok. Onemocnění se získává téměř vždy při pohlavním styku, vzácný je přenos hygienickými potřebami, rukama apod. inkubační doba trvá 2-6 dnů.

Klinický obraz: Kapavka muže se projeví po kontaktu s infekcí u 25 % mužů. Jde o hnisavou uretritidu s pálením a řezáním při močení, polakisurií a běložlutavým uretrálním výtokem, zarudlým ústím uretry. (Obr. 91) V 25 % se projeví pouze jako „ranní kapka dobrého dne“, v 10 % je asymptomatická a je příčinou šíření choroby – *přední kapavka*. Příznaky neléčené akutní kapavky přecházejí během 3 týdnů, infekce ustupuje do 6 měsíců. *Zadní kapavka - Ascendentní šíření* je příčinou prostatitidy, epididymitidy, spermatoocystitidy. *Akutní prostatitida* se projevuje teplotami, bolestmi břicha při defekaci a močení, bolestivými polucemi. Při *epididymitidě* je bolestivý červený otok skrota. Je možná kolonizace sliznice faryngu, rekta a spojivek. Odběr na kultivaci se provádí z uretry (ráno před močením nebo po několika hodinách bez močení).

Kapavka ženy vzniká asi v polovině nechráněných styků s infekcí. Projevuje se cervicitidou provázenou uretritidou s výtokem a pálením při močení. Ústí cervixu je zarudlé s hnisem. Asi v polovině případů jsou příznaky minimální nebo chybějí a nemocná šíří infekci. Bez léčby je šíření *infekce ascendentní* a vzniká endometritida, salpingitida, zánětlivé onemocnění malé pánve projevující se bolestmi břicha a adnex, popř. perihepatální absces. *Akutní salpingitida* bývá provázena horečkou, nauzeou, zvracením, bolestmi břicha, *chronická salpingitida* bývá provázena dyspareunií anebo nejasnými bolestmi břicha. Může být příčinou infertility, ektopické gravidity, bolestí břicha ze srůstů. *Odběr* na kultivační vyšetření se provádí z cervixu, uretry, rekta, eventuálně z faryngu. Odběr 2-3 dny po menstruaci má větší záchytnost.

Extragenitální gonorea postihuje rektum, projevuje se bolestivým výtokem a defekací a postihuje homosexuály a asi polovinu žen (autoinfekcí výtokem z vulvy). *Faryngální gonorea* je asymptomatická. Profylaxí novorozenecké gonoroické *konjunktivitidy*, která může vést k perforaci rohovky až ztrátě zraku, je rutinní aplikace Ophthmo-Septonexu gtt. do spojivkového vaku po porodu.

Diseminovaná infekce postihuje asi 0,5-3 % nemocných. Projevuje se teplotami, polyartritidou a pustulózními kožními projevy. Klouby jsou oteklé, zarudlé, bolestivé. Nejčastěji jde o kolena, hlezna, prsty, zápěstí.

Laboratorní vyšetření – základní vyšetřovací metodou je *mikroskopické vyšetření* uretrálního výtoku. *Kultivační vyšetření* poskytne výsledek do 48 hodin, vyšetření umožní stanovení citlivosti na ATB. Jiné metody: *PCR, přímá imunofluorescence, ELISA*, v případě diseminované infekce je vhodná *hemokultura*.

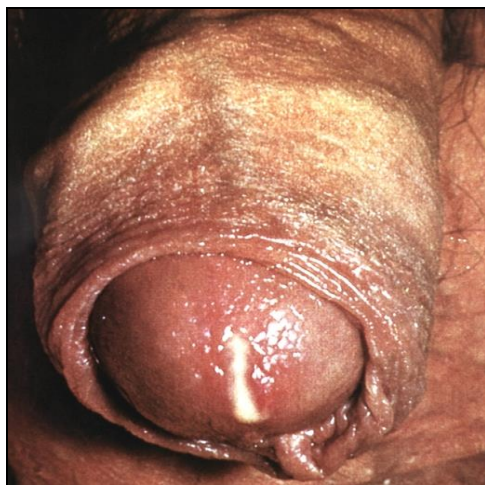
Kontroly po léčbě: bakteriologické vyšetření 24-48 hodin po skončené terapii a pak ještě 2x v týdenních intervalech. U negravidních žen je jedno vyšetření prováděno během menzes. Před léčbou a 4 měsíce po jejím ukončení je prováděno sérologické vyšetření: vyhledávací (screeingové) testy na syfilis a stanovení anti-HIV protilátek. Při negativním klinickém, laboratorním a sérologickém vyšetření je nemocný po 4 měsících vyřazen z evidence.

Depistáž je nutné provést u dvou předchozích měsíců a osoby ohrožené nebo zdroje vyšetřit, popř. vyléčit. Provádějí se 3 bakteriologická vyšetření v týdenních intervalech, u negravidních žen je jedno vyšetření ze tří prováděno během menzes. Každý pacient s kapavkou by měl dodržet zákaz pohlavního styku po dobu léčby až do negativních výsledků kontrolních odběrů po léčbě. Do kontrolních sérologických testů na syfilis a HIV by měl být dodržen chráněný pohlavní styk. Před zahájením léčby kapavky a za tři měsíce po léčbě je povinné vyšetření krevních testů na syfilis a doporučené vyšetření HIV.

Prevence: doporučuje se především zodpovědné sexuální chování včetně chráněných pohlavních styků.

Prognóza: po včasné léčbě je dobrá.

Obrázek 91 Kapavka u muže



Převzato z: <http://manbir-online.com/diseases/Gonorrhoea.html>

4.3 Infekce vyvolané virem lidské imunodeficiencie (HIV), AIDS

Infekce HIV je celosvětově se vyskytující (od roku 1981) epidemická infekce vyvolaná retrovirem HIV, který napadá imunitní systém, s infaustní prognózou. Zdrojem nákazy je infikovaný člověk. Přenos se děje hlavně pohlavním stykem a parenterálně, uskutečňuje se

krví, spermatem, vaginálními sekrety, mateřským mlékem. Z infikované matky se infekce přenáší na plod také transplacentárně.

Etiologie a patogeneze: původcem je virus HIV-1 a HIV-2. tyto viry mají genetickou informaci zakódovanou v ribonukleové (RNA) kyselině. Díky specifickému enzymu dochází k přepisu informace z RNA do deoxyribonukleové (DNA) kyseliny proviru a tím začíná jeho dělení. Provirová DNA se integruje do genomu napadené buňky, kterou bývá nejčastěji CD 4+ lymfocyt a některé další buňky imunitního systému. Po aktivaci těchto buněk dojde zároveň k množení HIV. Během několika hodin jsou takto uvolněné viry schopny napadat další lymfocyty.

Imunitní odpověď po HIV infekci: Po 6-8 týdnech začne většina osob nakažených HIV tvořit protilátky proti různým virovým proteinům. K této reakci dochází u 100 % postižených a do 3 měsíců od nákazy. Vývoj infekce HIV ovlivňuje intenzita množení viru. Některé kmeny HIV mají vyšší cytopatogenní potenciál a rychleji se množí. Infekce předurčuje nepříznivý průběh onemocnění. Nákaza kmeny HIV 1 má méně příznivou prognózu, než nákaza kmeny HIV 2.

Přenos HIV půjčováním nebo opakovaným používáním jehel a stříkaček je jednou z hlavních příčin rozšíření HIV mezi toxikomany. Dalším důvodem rozšíření nákazy v této subpopulaci je snaha o získání peněz na drogy sexuálním stykem za úplatu.

Klinický obraz: K přenosu HIV u dospělého dochází obvykle pohlavní cestou. K infekci je nutné porušení kožního nebo slizničního povrchu, aby virus mohl přijít do styku s CD4+ buňkami. Důležitý význam mají Langerhansovy buňky kůže: jakmile dojde k jejich infekci, migrují z kůže do periferních uzlin a zde infikují lymfocyty CD4+ a monocyty, které jsou hlavním cílem viru.

Při přenosu viru krevní cestou jsou makrofágy infikovány přímo, v nich se viry udržují a odtud se šíří do organismu. Hlavní klinické příznaky jsou vyvolány progresivním zničením pomocných lymfocytů. K tomu dochází po několika letech od primoinfekce. Průměrná inkubační doba od kontaminované transfúze bývá 8,3 roku.

Hlavní klinické změny jsou vyvolány zničením pomocných T lymfocytů. Novější klasifikace onemocnění vycházejí z hodnocení změn CD 4+ lymfocytů a rozvoje klinických příznaků. Rozlišují se 3 klinické kategorie (A,B,C) a 3 laboratorní kategorie dle absolutního počtu CD 4+ lymfocytů: kategorie 1 nad 500, kategorie 2 v rozmezí 200–500, kategorie 3 pod 200.

Klinická kategorie A (akutní retrovirový syndrom) – jsou přítomny celkové příznaky „virózy“ (teplota, noční pocení, malátnost, myalgie, artralgie, strnulá šíje, fotofobie, nauzea, diareja, bolesti v krku aj.), které odeznívají do 1 měsíce. V tomto období dochází k přechodným virémiím a k rozvoji *perzistující generalizované lymfadenopatie (PGL)*.

Klinická kategorie B – projevuje se hubnutím, horečkou přes 38 °C déle než 1 měsíc, průjmem trvajícím déle než 1 měsíc, nočním pocením, periferní neuropatií, „vlasatou leukoplakií“ v dutině ústní, trombocytopenickou purpurou. Typická je torpidní orofaryngeální a vulvovaginální kandidáza, herpes zoster, záněty v malé pánvi.

Klinická kategorie C (AIDS) – finální stadium onemocnění s oportunními infekcemi, nádory a dalšími stavy. Častá je pneumocystová pneumonie, toxoplazmóza mozku a plic, extrapulmonální kryptokokóza, infekce atypickými mykobakteriemi, infekce cytomegalovirem, chronické herpetické infekce.

Diagnóza: Rutinní diagnostika zahrnuje screeningový test protilátek metodou ELISA, který při pozitivitě musí být potvrzen metodou Western Blot. K provedení testu musí být získán předchozí souhlas nemocného. Přímý průkaz představuje p24 antigen test, PCR, kultivace HIV, elektronová mikroskopie.

Léčba: Základem léčby je kombinace látek v rámci tzv. vysoce účinné antiretrovirové terapie (zkratka „HAART“). Jde o látky působící na infekci virem HIV na různých úrovních. Léčba je velmi nákladná, a proto nedostupná pro většinu nemocných rozvojových zemí. Podle klinického obrazu a počtu CD 4+ T-lymfocytů se podává protiinfekční profylaktická léčba. Profylaktická antiretrovirová léčba antivirotiky snížila přenos z matky na dítě z 25 % na 4 %.

Průběh a prognóza: Vývoj onemocnění u jednotlivce je velmi těžké předpovědět. Zatímco u někoho přetrvává období více méně bezpříznakové séropozitivity (kategorie B) po dlouhou dobu, jiný může rychle přecházet do klinické kategorie C.

Před zavedením HAART polovina nakažených umírala do 10 let, nyní jich 90 % žije déle. Jedinci závislí na intravenózní aplikaci drog umírají 4x častěji než nakažení pohlavním stykem.

4.4 Pohlavně přenosné nemoci, sexually transmitted diseases (STD)

Trichomoniasis

Infekce vyvolané *Trichomonas vaginalis* (bičenkou poševní) jsou nejčastější nákazou, která se přenáší při pohlavním styku. Projevuje se chronickou vulvovaginitidou s více nebo méně hojným výtokem. Akutní formou je bolestivý zánět vulvy a vagíny s hojným, často zpěněným výtokem. Sliznice velmi snadno krvácí i po drobném traumatu. Asymptomaticky může přetrvávat až několik let.

U muže probíhá nákaza většinou chronicky jako nevýrazná uretritida.

Diagnóza se určuje z nativního preparátu, kdy v mikroskopu v kapce fyziologického roztoku je pozorován pohyb prvoka uskutečňovaný bičíky.

Léčba: Metronidazol

Candidiasis (kvasinková onemocnění urogenitálního ústrojí)

Jedná se o přemnožení kvasinek, nejčastěji rodu *Candida albicans* hlavně vlivem některých zevních a vnitřních faktorů – těhotenství, diabetes mellitus, užívání ATB, převážně širokospektrých, léčba kortikosteroidy, imunosupresivy a cytostatiky, radioterapií a pohlavními hormony, zejména estrogeny. Z dalších vlivů, které mohou přispívat k rozvoji onemocnění jsou např. opakované pohlavní styky, které vyvolávají mikrotraumata poševní stěny nebo žaludu, časté poševní výplachy a nadměrné užívání mádel. Nevhodné je také dlouhodobé nošení příliš těsného spodního prádla, zejména z umělých vláken, které zvyšuje teplotu, vlhkost a vyvolává maceraci.

Vlivem těchto faktorů se kvasinky pomnožují a vytvářejí vlákna, která jsou vždy známkou onemocnění.

U ženy se akutní zánět pochvy a vulvy vyznačuje pálením a svěděním a hustým bělavým („varohovitým“) výtokem. Sliznice je zarudlá, někdy zduřelá. Chronická recidivující nákaza se projevuje akutními atakami, přerušovanými obdobími zklidnění.

U muže se jedná hlavně o zánět žaludu, popř. předkožky s nálezem erytematózních makul, které mohou svědit a pálit.

Léčba: antimykotická terapie, v těžších případech nasadit léčbu celkovou. Při recidivách se vyšetřují partneři a partnerky.

4.5 Prevence pohlavně přenosných infekcí

Klinická prevence zahrnuje sexuální výchovu a poradenství, vyhledávání osob nakažených (i asymptomatických), účinnou diagnostiku a léčbu nakažených a jejich sexuálních partnerů, popř. preventivní vakcinaci některých STI (např. hepatitida B, A). Zákonnými normami a metodickými doporučeními je dána definice, výčet a zásady péče o pohlavní nemoci. Ty zahrnují:

- povinnost hlášení pohlavní choroby (jejího zjištění, ohrožení, podezření či úmrtí na ni);
- dispenzární péči;
- poučení nemocného;
- depistážní šetření (zjištění kontaktů a zdrojů infekce);
- povinnost léčby a kontrol nemocného;
- ohrožení infekcí jiných osob může být kvalifikováno jako trestný čin;
- zachování lékařského tajemství.

Prevence STI usiluje o změnu sexuálního chování spojeného se zvýšeným rizikem infekce v rámci zdravotní výchovy nemocných a zdravotnické osvěty zaměřené zejména na promiskuitu, toxikománii, prostituci. Preventivní opatření zahrnují především používání kondomů a abstinenci při podezření na STI. Vaginální spermicidy, pěny a diafragma neposkytují účinnou ochranu před STI a HIV.

Přehled hlavních zákonných norem a metodických doporučení týkajících se pohlavních nemocí:

- zákon č. 20/1966 Sb. „Zákon o péči o zdraví lidu“
- směrnice MZ ČST č. 30/1968 Sb. „ Opatření proti pohlavním nemocem“
- zákon č. 36/1975 Sb. „ Zákon o péči o zdraví lidu“
- vyhláška MZ ČR č. 204/1988 Sb. „ Seznam přenosných nemocí“
- vyhláška MZ ČR č. 225/1996 Sb. „ O způsobu hlášení pohlavních chorob“
- metodický pokyn MZ ČR 12/97 částka 10 „ Standardy vyšetřovacích postupů“
- zákon č. 258/00 Sb. „O ochraně veřejného zdraví“
- vyhláška č. 306/2012 Sb. „Předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí“.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Kapitola poskytla přehled sexuálně přenosných nemocí, jejich etiopatogenezi, charakteristických projevech a způsobu terapie. Po prostudování je student schopný popsat hlavní rysy jednotlivých chorob, způsob vedení dispenzarizace pacientů s venerickými chorobami a náplň práce depistážní sestry.

KONTROLNÍ OTÁZKA

1. Jaký je význam zkratky STD a STI?
2. Jakým způsobem dochází k přenosu syfilis?
3. Neléčená syphillis probíhá v několika vývojových fázích. Vyjmenujte a charakterizujte jednotlivé fáze.
4. Jaká opatření z důvodu prevence vrozené příjice platí pro gravidní ženy?
5. Jaké má uplatnění depistáž při léčbě lues a na co se zaměřuje?
6. Jak probíhá dispenzarizace u nemocných syfilis?
7. Kdy jsou z důvodu prevence syfilis podle Věstníku MZ ČR doporučovány provádět vyhledávací testy RRR a TPHA?
8. Jakým způsobem dochází k přenosu infekce HIV?
9. Při provádění rutinní diagnostiky na infekci HIV musí být souhlas nemocného?

10. Co zahrnuje klinická prevence, zákonné normy a metodické doporučení u pohlavně přenosných infekcí?

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

1. Myslíte si, že je dostatečně prováděná osvěta v rámci prevence pohlavních nemocí?
2. Jaká by byla vaše reakce, kdyby někdo z vašeho okolí měl syfilis?

DALŠÍ ZDROJE

DITRICHOVÁ, D. et al. 2002: *Repetitorium dermatovenerologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 304s. ISBN 80-86297-08-X.

RESL, V. et al. 1997: *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 138s. ISBN 80-7184-395-4.

ŠTORK, J. et al. 2008: *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2008. 502s. ISBN 978-80-7262-371-6; ISBN 978-80-246-1360-4.

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S VYBRANÝMI KOŽNÍMI CHOROBAMI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kapitola obsahuje ošetrovatelský proces u pacientů s nejčastěji se vyskytujícími kožními chorobami, kdy u každého takového fiktivního pacienta stanovuje ošetrovatelské diagnózy, cíle ošetrovatelské péče a nabízí ošetrovatelské intervence. Důležitou součástí této kapitoly jsou úkoly k zamyšlení.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování kapitoly budete umět:

- diagnostikovat a řešit ošetrovatelské problémy spojené s uvedenými dermatologickými chorobami
- diagnostikovat a řešit ošetrovatelské problémy u pacientů s dermatovenerologickými chorobami

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

Z koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví ČR (Věstník MZ ČR, 2004) vyplývá, že ošetrovatelští profesionálové jsou povinni pracovat podle metody ošetrovatelský proces. Jejím prvním krokem je posouzení, v jehož návaznosti probíhá ošetrovatelská diagnostika. Ihned po stanovení diagnostického závěru je třeba vytvořit plán individuální péče. Názvy ošetrovatelských diagnóz dokumentujeme také v denních záznamech, v hodnocení péče a v překladové či propouštěcí zprávě. K přesnému rozlišení, zda posuzovaná osoba má či nemá nějaké ošetrovatelské problémy, lze využít diagnostický systém NANDA – International II. Taxonomie, kdy se při diagnostice aktuálních diagnóz opíráme o nalezení určujících znaků a souvisejících faktorů. Úkolem sestry je potvrdit, nebo vyloučit přítomnost ošetrovatelských diagnóz, stanovit cíle ošetrovatelské péče a naplánovat ošetrovatelské intervence při řešení uvedených ošetrovatelských problémů pacienta.

5.1 Ošetrovatelský proces u pacienta s plísňovým onemocněním

Monitoring na základě posouzení – získávání informací

- Příznaky, charakter a lokalizace projevů kožního onemocnění (svědění, bolestivost, zarudnutí, zápach)
- Fyziologické funkce (tělesná teplota)
- Účinky podávaných léků
- Psychický stav pacienta
- Dodržování léčebného režimu
- Příjem vhodné stravy a tekutin

Ošetrovatelské diagnózy, cíl ošetrovatelské péče a intervence sestry

Ošetrovatelská diagnóza: Porucha integrity kůže Kód 00046	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znak</i> Destrukce dermis</p> <p><i>Související faktory</i> Vlhko působící na kůži Změny metabolického stavu Vliv medikace Imunologický deficit</p>	<p>Pacient zná a umí postupy pro předcházení zhoršení kožních změn</p> <p>Kůže nejeví známky poruchy integrity</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Získejte přehled o vývoji kožních změn - Vyšetřete kožní změny (velikost, tvar, hloubku, barvu, konzistenci, zápach) - Provádějte denně kontrolu kožních změn - Aplikujte individuální přípravky s antimykotickým účinkem dle ordinace lékaře - Dbejte na bariérový přístup ošetřování - Dbejte na individualizaci pomůcek (vč. obuvi, hřebenu, ručníku, ponožek, prádla, nůžek) - Kontrolujte dostatečnou osobní hygienu - Provádějte důkladnou dezinfekci rukou po ošetření - Provádějte dekontaminaci a dezinfekci rizikových ploch společných místností - Zaznamenávejte do dokumentace charakteristiku a zjištěné změny na kůži

Ošetrovatelská diagnóza: Porušený tělesný obraz Kód 00118	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Verbalizace roztrpčení ze svého zevnějšku</p> <p>Verbalizace vnímání změny svého pohledu na zevnějšek</p> <p>Vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání se změny</p> <p>Související faktory</p> <p>Onemocnění</p> <p>Psychogenní faktory</p>	<p>Pacient má překonanou bariéru studu</p> <p>Pacient se účastní na léčbě</p> <p>Pacient se zařazuje do společenských aktivit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Věnujte pozornost místním změnám na kůži - Zjistěte psychický dopad chorobného stavu na emoční stav pacienta - Snažte se usměrňovat myšlení pacienta tak, aby se dokázal svému onemocnění maximálně přizpůsobit - Dbejte, aby se pacient učil pečovat o sebe správným způsobem - Vytvořte prostředí důvěry za účelem verbalizace potíží - Dodržujte zásady intimity - Věnujte pozornost projevům sociální izolace - Poskytněte v rámci svých kompetencí dostatek informací - Podporujte a pozitivně aktivizujte pacienta na účasti při léčbě

Ošetrovatelská diagnóza: Deficit znalostí Kód 00126	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Nedodržování léčebného režimu</p> <p>Bagatelizace onemocnění</p> <p>Související faktory</p> <p>Nedostatek informací</p>	<p>Pacient zná svůj zdravotní stav</p> <p>Pacient má dostatek informací o zásadách léčby</p> <p>Pacient usměrňuje svoje chování odpovídajícím léčebným postupem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte znalosti pacienta s přihlédnutím na věk a mentální schopnosti v oblasti léčby a léčebného režimu - Podávejte informace srozumitelnou formou - Informujte pacienta o režimu a pravidlech podávání léků - Zkontrolujte úroveň pochopení informací a dejte prostor na dotazy - Zajistěte poučení pacienta o poměrně vysokém riziku přenosu onemocnění

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce Kód 00004	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p>Rizikové faktory</p> <p>Nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů</p> <p>Nedostatečná získaná imunita</p> <p>Chronické onemocnění</p>	<p>Pacient je při opakované péči o kůži bez známek infekce</p> <p>Pacient zná a umí postupy, kterými lze infekci předcházet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorujte v pravidelných intervalech kůži a její okolí - Všimněte si možných doprovodných projevů infekce - Dodržujte při ošetrování kůže pravidla asepsy - Provádějte důslednou dezinfekci rukou po ošetření - Aplikujte léky dle ordinací lékaře - Informujte lékaře při podezření na vznik infekce - Asistujte při odběrech biologického materiálu na mikrobiologické vyšetření - Provádějte dekontaminaci a dezinfekci rizikových ploch společných místností - Proveďte záznam o zjištěných změnách

5.2 Ošetrovatelský proces u pacienta s virovým onemocněním – herpes zoster

Monitoring na základě posouzení – získávání informací

- Příznaky, charakter a lokalizace projevů kožního onemocnění
- Fyziologické funkce (tělesná teplota)
- Dodržování léčebného režimu
- Příjem vhodné stravy a tekutin
- Psychický stav pacienta
- Projevy možných komplikací
- Účinky podávaných léků

Ošetrovatelské diagnózy, cíl ošetrovatelské péče a intervence sestry

Ošetrovatelská diagnóza:	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
Akutní bolest Kód 00132		
<p>Určující znaky</p> <p>Sdělení nebo označení bolesti</p> <p>Bolestivý výraz v obličeji</p> <p>Porucha spánku</p> <p>Snížená pozornost</p> <p>Autoimunní reakce (změny vitálních funkcí)</p> <p>Změna chuti k jídlu</p> <p>VAS 7</p> <p>Související faktory</p> <p>Poškozující agens (zánět postihuje senzitivní inervaci)</p>	<p>Pacient udává zmírnění nebo vymizení bolesti během 4-6 hodin po aplikaci medikace</p> <p>Pacient vykonává běžné aktivity bez omezení</p> <p>Pacient má klidný spánek</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte a monitorujte intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti - Podávejte dle ordinací lékaře léky a sledujte účinek podávaných léků - Používejte vždy stejnou škálu bolesti - Doporučte omezení činnosti hlavně v době akutní bolesti - Převezměte potřebnou péči v plnění deficitu potřeb v základních aktivitách - Zajistěte pacientovi tělesný a psychický klid - Sledujte spánek pacienta a jeho projevy - Vyhodnocujte pravidelně bolest a účinek léčby - Zaznamenejte změny o bolesti, její léčbě a ovlivňujících faktorech

Ošetřovatelská diagnóza: Deficit znalostí Kód 00126	Cíl ošetřovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Verbalizace nedostatečné znalosti</p> <p>Nepřesné dodržování pokynů instruktáže</p> <p>Neklidné chování</p> <p>Související faktory</p> <p>Nedostatek informací</p> <p>Mylný výklad informací (záměna)</p>	<p>Pacient zná svůj zdravotní stav</p> <p>Pacient má dostatek informací o zásadách léčby a ošetřovatelských intervencích</p> <p>Pacient usměřňuje svoje chování odpovídajícím léčebným postupem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte znalosti pacienta s přihlédnutím na věk a mentální schopnosti v oblasti léčby a léčebného režimu - Podávejte informace srozumitelnou formou - Vysvětlete pacientovi povahu onemocnění v rámci svých kompetencí - Informujte pacienta o režimu a pravidlech podávání léků - Zkontrolujte úroveň pochopení informací a dejte prostor pro dotazy - Zajistěte poučení pacienta o poměrně vysokém riziku přenosu onemocnění

Ošetřovatelská diagnóza: Porucha integrity kůže Kód 00046	Cíl ošetřovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Destrukce dermis (papuly, puchýřky, krusty, nekrózy)</p> <p>Související faktory</p> <p>Imunologický deficit</p>	<p>Pacient nemá další projevy poruchy celistvosti kůže</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Získejte přehled o vývoji kožních příznaků - Získejte informace o kožních lézích s ohledem na jejich velikost, barvu, tvar, konzistenci, zápach - Sledujte denně parametry poruchy kožní integrity - Věnujte zvýšenou pozornost pachům sekretu z kožních lézí - Zajistěte odběr vzorku sekretu na mikrobiologické vyšetření

		<ul style="list-style-type: none"> - Aplikujte lokální medikaci dle ordinace lékaře - Řiďte se pokyny pro zevní aplikaci léčiva na kůži - Zajistěte dostatečnou vzdušnost postiženým místům po aplikaci medikace - Sledujte hygienickou úroveň pacienta a zvolte vhodné hygienické opatření s doporučením mechanické očisty těla bez použití sprchy nebo koupele ve vaně - Zajistěte dostatek osobního prádla a čistotu ložního prádla - Kontrolujte místní efekt aplikace léčiva - Dbejte na výživu a hydrataci pacienta (dieta č. 2 a vit. B) - Zajistěte dostatečný spánek a odpočinek - Zaznamenávejte charakteristiku kožních lézí a jejich změny do dokumentace
--	--	--

Ošetrovatelská diagnóza: Porušený spánek Kód 00095	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i></p> <p>Nespokojenost se spánkem</p> <p>Verbalizace pocitu nedostatečného odpočinku</p> <p><i>Související faktory</i></p> <p>Bolest</p> <p>Strach</p> <p>Úzkost</p> <p>Únava</p>	<p>Pacient pocítuje zlepšení spánku</p> <p>Pacient pocítuje zvýšení celkové tělesné pohody po probuzení</p> <p>Pacient zná postupy užívání metod a prostředků navozujících klidný spánek</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistěte vyvolávající příčinu - Zhodnoťte duševní stav pacienta - Zajistěte pacientovi klidné prostředí s úpravou lůžka a dodržení jeho spánkových návyků - Podávejte medikaci dle ordinace lékaře, která řeší zjištěnou příčinu poruchy spánku - Zaznamenávejte průběh spánku a jeho případné změny

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce Kód 00004	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Rizikové faktory</i></p> <p>Nedostatečné znalosti o za- mezení vlivu patogenů</p> <p>Nedostatečná získaná imunita</p>	<p>Pacient je při opakované péči o kůži bez známek infekce</p> <p>Pacient zná a umí postupy, kterými lze infekci předcházet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorujte v pravidelných intervalech kůži a její okolí - Všímejte si možných doprovodných projevů infekce - Dodržujte při ošetřování kůže pravidla asepse - Provádějte důslednou dezinfekci rukou po ošetření - Aplikujte léky dle ordinací lékaře - Informujte lékaře při podezření na vznik infekce - Asistujte při odběrech biologického materiálu na mikrobiologické vyšetření - Provádějte dekontaminaci a dezinfekci rizikových ploch společných místností - Proveďte záznam o zjištěných změnách

5.3 Ošetrovatelský proces u pacienta s psoriasis vulgaris

Monitoring na základě posouzení – získání informací

- Příznaky, charakter a lokalizace projevů
- Fyziologické funkce
- Dodržování léčebného režimu
- Příjem vhodné potravy a tekutin
- Psychický stav
- Vznik možných komplikací
- Účinek podávaných léčiv místně a celkově

Ošetrovatelské diagnózy, cíl ošetrovatelské péče a intervence sestry

Ošetrovatelská diagnóza: Deficit znalostí Kód 00126	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i></p> <p>Verbalizace nedostatečné znalosti</p> <p>Nepřesné dodržování pokynů instruktáže</p> <p>Neklidné chování</p> <p><i>Související faktory</i></p> <p>Nedostatek informací</p> <p>Mylný výklad informací (záměna)</p>	<p>Pacient zná svůj zdravotní stav</p> <p>Pacient má dostatek informací o zásadách léčby a ošetrovatelských intervencích</p> <p>Pacient usměrňuje svoje chování odpovídajícím léčebným postupem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte znalosti pacienta s přihlédnutím na věk a mentální schopnosti v oblasti léčby a léčebného režimu - Zajistěte poučení pacienta a jeho nejbližšího okolí o nemoci, průběhu a faktorech vyvolávajících potíže - Podávejte informace srozumitelnou formou - Vysvětlete pacientovi povahu onemocnění v rámci svých kompetencí - Informujte pacienta o režimu a pravidlech podávání léků - Zkontrolujte úroveň pochopení informací a dejte prostor pro dotazy - Snažte se odhalit a zaměřit na prevenci provokačních faktorů (včasný léčebný zásah) - Informujte pacienta o možnostech podpůrné léčby v mezidobí

Ošetrovatelská diagnóza: Porucha integrity kůže Kód 00046	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i></p> <p>Destrukce dermis (papuly, puchýřky, krusty, nekrózy)</p> <p>Kůže je ve stavu nadměrné dráždivosti</p>	<p>Pacient nemá další projevy poruchy celistvosti kůže</p> <p>Pacient zná provokační faktory, které mohou způsobovat akutní výsevové stadium</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Získejte přehled o vývoji kožních příznaků - Získejte informace o kožních lézích s ohledem na jejich velikost, barvu, tvar, konzistenci

<p>Kůže reaguje na každý podnět výsevem dalších ložisek s nánosem šupin</p> <p>Po odstranění šupin patrné tečkovité krvácení</p> <p>Související faktory</p> <p>Akutní stadium onemocnění</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Sledujte denně parametry kožní poruchy celistvosti - Zajistěte v akutním stadiu hygienu pouze v nepostižených místech - Doporučte v mezidobí nemoci sprchování a používání hygienických přípravků, které regulují vhodně pH kůže a obnovují lipoidní bariéru (ochrana proti chemickým, fyzikálním a mikrobiálním vlivům) - Využijte k místní hygieně postižených míst balneoterapeutika dle ošetřujícího lékaře (pomáhají odloučit změkklé šupiny na postižených místech, mají i relaxační účinky na svalstvo a nervový systém) - Používejte na vlasovou část při její hygieně ordinované přípravky (dehtové látky, přípravky z mořských řas s obsahem solí a kokosového oleje) - Zajistěte pacientovi tělesný a duševní klid - Zajistěte dostatečnou vzdušnost postiženým místům po aplikaci medikace - Kontrolujte místní efekt aplikace léčiva - Dbejte na výživu a hydrataci pacienta (dieta č. 2) - Podávejte léky dle ordinací lékaře k zajištění celkového klidu v akutní fázi nemoci (sedativa, ATB) - Zaznamenejte charakteristiku kožních lézí a jejich změny do dokumentace
---	--	--

Ošetrovatelská diagnóza: Nadměrná výživa Kód 00001	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Dysfunkční vzorec stravování (nevhodné návyky)</p> <p>Související faktory</p> <p>Nadměrný příjem některých druhů potravin ve vztahu k jejich negativnímu vlivu na zhoršení nemoci</p>	<p>Pacient zvládá úpravu životosprávy včetně výživových návyků</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistěte úroveň znalostí pacienta o vlivu výživy na zhoršení onemocnění - Zajistěte edukaci o způsobu vhodné výživy (redukce „červeného“ masa v potravě, eliminace alkoholu a koření, dostatek zeleniny a ovoce, doporučení užívání rybího tuku, zákaz kouření) - Doporučte nejíst a nepít: tučné maso, umělé margaríny, tučné mléčné výrobky, ořechy, bílé pečivo, konzervované potraviny, citrusové plody, vína, sekty, likéry, minerálky s vysokým obsahem lithia, aromatizované čaje, silné kávy - Kontrolujte a vyhodnocujte pravidelně příjem vhodné stravy - Sledujte hmotnost pacienta - Dbejte na dostatečný přívod tekutin a diety podle ordinace lékaře - Zaznamenejte kvantitu a kvalitu přijímané potravy - Zaznamenejte příp. porušení diety
Ošetrovatelská diagnóza: Porušený tělesný obraz Kód 00118	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Verbalizace roztrpčení ze svého zevnějšku</p> <p>Verbalizace vnímání změny svého pohledu na zevnějšek</p> <p>Vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny</p>	<p>Pacient má překonanou bariéru studu a je smířen s daným onemocněním</p> <p>Pacient se účastní na léčbě</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Věnujte pozornost místním změnám na kůži - Zjistěte psychický dopad chorobného stavu na emoční stav pacienta - Navrhněte možnost odborné psychoterapeutické léčby

<p>Obavy z odmítavé reakce ze strany druhých Pocit izolace a bezradnosti</p> <p><i>Související faktory</i></p> <p>Onemocnění</p> <p>Psychogenní faktory</p>	<p>Pacient se zařazuje do společenských aktivit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zajistěte dostatek informací o onemocnění srozumitelnou formou - Snažte se usměrňovat myšlení pacienta tak, aby se dokázal svému onemocnění maximálně přizpůsobit - Dbejte, aby se pacient učil pečovat o sebe správným způsobem - Vytvořte prostředí důvěry za účelem verbalizace potíží - Dodržujte zásady intimity - Poskytněte v rámci svých kompetencí dostatek informací - Podporujte a pozitivně aktivizujte pacienta na účasti při léčbě
--	---	--

5.4 Ošetřovatelský proces u pacienta s ulcus cruris

Monitoring na základě posouzení – získávání informací

- Příznaky, charakter a lokalizace projevů
- Fyziologické funkce – tlak krevní, tělesná teplota, puls
- Dodržování léčebného režimu
- Příjem vhodné potravy a tekutin
- Psychický stav
- Projevy možných komplikací
- Účinek podávaných léčiv

Ošetrovatelské diagnózy, cíl ošetrovatelské péče a intervence sestry

Ošetrovatelská diagnóza: Chronická bolest Kód 00133	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i> Verbalizace bolesti VAS 4 Kožní defekt projevující se stížnostmi na bolest déle než 6 měsíců Změny spánku</p> <p><i>Související faktory</i> Cirkulační nedostatečnost</p>	<p>Pacient udává vymizení nebo aspoň úlevu od tlumení bolesti (VAS 2)</p> <p>Pacient vykonává do 14 dnů denní činnosti bez omezení</p> <p>Pacient má klidný, nepřerušovaný spánek</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Snažte se odhadnout individuální práh bolesti (denně používejte stejnou škálu bolesti) - Aplikujte analgetika dle ordinací lékaře - Sledujte účinek analgetik po jejich podání - Využívejte léčebných úkonů vedoucích ke snížení bolesti - Sledujte spánek pacienta a jeho projevy - Sledujte aktivity a jejich vykonávání během dne u pacienta - Zaznamenejte všechny důležité poznatky o bolesti, její léčbě, ovlivňujících faktorech

Ošetrovatelská diagnóza: Porucha integrity kůže Kód 00046	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i> Destrukce dermis</p> <p><i>Související faktory</i> Změny cirkulace krve Změny elasticity kůže</p>	<p>Pacient nemá další projevy poruchy celistvosti kůže</p> <p>Kožní defekt se hojí bez průvodních komplikací</p> <p>Pacient je zapojen do preventivních a léčebných opatření</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Získejte přehled o vývoji kožního defektu - Získejte informace o kožním defektu s ohledem na velikost, barvu, tvar, konzistenci, zápach - Sledujte denně parametry kožní poruchy celistvosti - Provádějte pravidelně dle ordinací lékaře převazy defektu

		<ul style="list-style-type: none"> - Aplikujte do okolí a do místa defektu léčiva dle ordinace lékaře - Kontrolujte místní efekt aplikace léčiva - Zajistěte dle ordinace lékaře odběr biologického materiálu z defektu, který secernuje - Odstraňujte řádně předešlé nánosy předchozích léčebných mastí a bakteriálních povlaků dezinfekčním obkladem - Zajistěte pacientovi tělesný a duševní klid - Zajistěte dostatečnou vzdušnost postiženým místům po aplikaci medikace - Zajistěte pacientovi tělesný a duševní klid - Dbejte na výživu a hydrataci pacienta (dostatek bílkovin k zajištění pozitivní dusíkaté bilance) - Kontrolujte podíl pacienta na léčbě základního onemocnění - Zaznamenejte charakteristiku kožního defektu
--	--	---

Ošetřovatelská diagnóza: Porušený tělesný obraz Kód 00118	Cíl ošetřovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Určující znaky</i></p> <p>Verbalizace roztrpčení ze svého zevnějšku</p> <p>Verbalizace vnímání změny svého pohledu na zevnějšek</p> <p>Vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny</p> <p>Určité části těla se není možné dotknout</p>	<p>Pacient má překonanou bariéru studu</p> <p>Pacient se účastní na léčbě</p> <p>Pacient se zařazuje do společenských aktivit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Věnujte pozornost kožnímu defektu - Zjistěte psychický dopad chronického postižení na emoční stav pacienta - Zajistěte dostatek informací o onemocnění srozumitelnou formou - Navrhněte možnost odborné psychologické léčby

<p>Ve struktuře těla je změna</p> <p>Obavy z odmítavé reakce ze strany druhých</p> <p>Strach z reakce lidí</p> <p>Související faktory</p> <p>Onemocnění</p> <p>Psychogenní faktory</p> <p>Chirurgický zákrok</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Snažte se usměrňovat myšlení pacienta tak, aby se dokázal svému onemocnění maximálně přizpůsobit a zapojil se do léčby - Dbejte, aby se pacient učil pečovat o kožní defekt správným způsobem - Vytvořte prostředí důvěry za účelem verbalizace potíží - Dodržujte zásady intimity - Poskytněte v rámci svých kompetencí dostatek informací - Zdůrazněte členům rodiny, aby pacienta přijímali adekvátním způsobem - Podporujte a pozitivně aktivizujte pacienta na účasti při léčbě
---	--	--

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Deficit znalostí</p> <p>Kód 00126</p>	<p>Cíl ošetrovatelské péče</p>	<p>Intervence sestry</p>
<p>Určující znaky</p> <p>Verbalizace nedostatečné znalosti</p> <p>Nepřesné dodržování pokynů instruktáže</p> <p>Neklidné chování</p> <p>Související faktory</p> <p>Nedostatek informací</p> <p>Mylný výklad informací (záměna)</p>	<p>Pacient zná svůj zdravotní stav</p> <p>Pacient má dostatek informací o zásadách léčby a ošetrovatelských intervencích</p> <p>Pacient usměrňuje svoje chování odpovídajícím léčebným postupem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte znalosti pacienta s přihlédnutím na věk a mentální schopnosti v oblasti léčby a léčebného režimu - Zajistěte poučení pacienta a jeho nejbližšího okolí o kožním defektu, průběhu a faktorech vyvolávajících zhoršení hojení - Podávejte informace srozumitelnou formou - Vysvětlete pacientovi povahu onemocnění v rámci svých kompetencí - Informujte pacienta o způsobu ošetřování kožního defektu (převaz rány, přiložení kompresivního obvazu)

		<ul style="list-style-type: none"> - Zkontrolujte úroveň pochopení informací a dejte prostor pro dotazy - Zaměřte se na zajištění opatření v rámci prevence možných komplikací - Informujte pacienta o možnostech podpůrné léčby
--	--	---

5.5 Ošetřovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním kůže

Monitoring na základě posouzení – získávání informací

- **Pohodlí** – zajistit při odpočinku a aplikaci léků infúzí. Pokud to lze, polohu si volí nemocný sám.
- **Hygiena** – sestra pomáhá nebo přebírá plné zajištění hygienických potřeb u pacientů v těžkém stavu a specifických problémů, u většiny nemocných stačí kontrola a rada.
- **Stravování** – úkolem sestry je zajistit kontakt s nutričním terapeutem, pomoci nemocnému upravit polohu ke stravování. Sestra aktivně pátrá po potížích, které mohou pacientovi ztěžovat příjem potravy a omezovat jeho soběstačnost.
- **Vyprazdňování a sledování fyziologických funkcí** – přesně provádět záznam, zabránit vzniku komplikací. Pamatovat, že cytostatika se vylučují ledvinami, upozornit na změnu barvy moči.
- **Imobilizační syndrom** – je třeba dbát na prevenci dekubitů, riziko vzniku je velké.
- **Duševní pohoda** – zajištění základních potřeb, udržení soběstačnosti a sebedůvěry.
- **Pohyblivost nemocného** – je nutné zhodnotit chůzi a jistotu chůze (pro zjištění stupně rizika pádu), dále pohyblivost na lůžku (pro zjištění rizik vzniku dekubitů). Je nutné pomoci při změnách polohy a při veškerých omezeních v pohybu (vynucená poloha, bolesti, infúze).
- **Bolest** – zjistit přítomnost a intenzitu, nechat pacientem dobře popsat – lokalizace, charakter, délka trvání, projekce, vyvolávající faktory, čas nástupu bolesti, způsoby řešení, situace přinášející úlevu, provádět záznam bolesti.
- **Odpočinek a spánek** – zjišťovat celkovou dobu spánku a jeho frakce, způsob a podmínky usínání, odpočinek v průběhu dne, pocit odpočinitosti, zjistit faktory, které ruší spánek a odpočinek, a faktory, které usnadňují usínání, hodnotit objektivní známky odpočinitosti nebo projevy únavy až vyčerpání.

- **Informovanost o zdravotním stavu** – je třeba znát míru informovanosti o diagnóze, plánované léčbě, zjistit, zda pacient zná možné reakce na léčbu a zda zná způsoby jejich minimalizace.
- **Komunikace** – sledovat a hodnotit vnímavost, chápavost, slovní zásobu, způsob vyjadřování.

Zásady psychologického přístupu:

- Citlivost, trpělivost, takt
- Rodina má být pro nemocného oporou, zabránit sociální izolaci
- Vyslechnout nemocného a projevit účast bez litování
- Nevymlouvat myšlenky na smrt a nebránit v nadějích
- Umožnit vhodné zaměstnání a odreagování
- Nehodnotit chování a projevy pacienta
- Sladit verbální a nonverbální projevy chování
- Nestránit se nemocného, veškeré výkony provádět s ohledem na fyzický a psychický stav a bolesti
- Ochotně vyplnit jeho přání, i když si řekne jen nepřímě
- U umírajícího vytvořit pocit vyrovnání a klidu
- Nedopustit, aby nemocný trpěl bolestmi, podle přání zajistit kněze, přítomnost blízkých.

Ošetrovatelské diagnózy, cíl ošetrovatelské péče a intervence sestry

Ošetrovatelská diagnóza:	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
Akutní bolest Kód 00132		
Určující znaky Verbalizace bolesti Změny spánku Vyčerpanost Snížená interakce s lidmi Omezená schopnost vykonávat předchozí činnosti	Pacient udává vymizení nebo alespoň úlevu od tlumení bolesti (VAS 2) Pacient vykonává denní činnosti bez omezení Pacient má klidný, nepřerušovaný spánek	- Snažte se odhadnout individuální práh bolesti (denně používejte stejnou škálu bolesti) - Aplikujte analgetika dle ordinací lékaře - Sledujte účinek analgetik po jejich podání - Využívejte léčebných úkonů vedoucích ke snížení bolesti

<p>Související faktory Onkologická léčba</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Sledujte spánek pacienta a jeho projevy - Sledujte u pacienta aktivity během dne - Zaznamenávejte stupeň soběstačnosti pacienta při jejich vykonávání - Zaznamenejte všechny důležité poznatky o bolesti, o její léčbě, o ovlivňujících faktorech
---	--	--

<p>Ošetrovatelská diagnóza: Riziko porušení kožní integrity Kód 00047</p>	<p>Cíl ošetrovatelské péče</p>	<p>Intervence sestry</p>
<p>Rizikové faktory Onkologická léčba</p>	<p>Pacient nemá projevy poruchy celistvosti kůže</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Získejte přehled o vývoji kožních příznaků - Získejte informace o kožních lézích s ohledem na jejich velikost, barvu, tvar, konzistenci, zápach - Sledujte denně parametry porušení kožní integrity - Omývejte zarudlou kůži šetrně pouze vodou bez mýdla - Aplikujte lokální medikace dle ordinace lékaře - Řiďte se pokyny pro zevní aplikaci léčiva na kůži - Zajistěte dostatečnou vzdušnost postiženým místům po aplikaci medikace - Používejte na suchou kůži promašťující přípravky - Omývejte sterilní vodou mokvavé plochy - Zajistěte dostatek osobního prádla a čistotu ložního prádla

		<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolujte místní efekt aplikace léčiva - Dbejte na výživu a hydrataci pacienta - Zajistěte dostatečný spánek a odpočinek - Zaznamenejte charakteristiku kožních lézí a jejich změny do dokumentace
--	--	---

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce Kód 00004	Cíl ošetrovatelské péče	Intervence sestry
<p><i>Rizikové faktory</i> Onkologická léčba</p>	<p>Pacient je při opakované péči o kůži bez známek sekundární infekce</p> <p>Pacient zná a umí postupy, kterými lze infekci předcházet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dodržujte aseptická opatření při chirurgickém zásahu - Monitorujte v pravidelných intervalech kůži a její okolí - Všimněte si možných doprovodných projevů infekce - Sledujte tělesnou teplotu a příznaky infekce v chirurgické ráně - Dodržujte při ošetřování kůže pravidla asepsy - Aplikujte léky dle ordinace lékaře - Informujte lékaře při podezření na vznik infekce - Asistujte při odběrech biologického materiálu k potvrzení infekce - Proveďte záznam o zjištěných změnách

Ošetřovatelská diagnóza: Nedostatečná výživa Kód 00132	Cíl ošetřovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Denní příjem potravy je menší než příjem doporučený</p> <p>Změna chuti k jídlu</p> <p>Úbytek hmotnosti</p> <p>Související faktory</p> <p>Onkologická léčba</p>	<p>Pacient přijímá výživu v optimálním množství s dostatečnou kalorickou hodnotou</p> <p>Pacient je obeznámen s nežádoucími účinky chemoterapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistěte úroveň znalostí pacienta o účincích chemoterapie na trávicí trakt - Kontrolujte a vyhodnocujte pravidelně příjem stravy - Sledujte hmotnost pacienta - Dbejte na dostatečný přísuvod tekutin a diety podle ordinace lékaře - Konzultujte s lékařem příjem potravy v případě neschopnosti pacienta - Asistujte při zajištění přísuvodu energie pro organismus jinou cestou (aplikace infuzní, parenterální výživy) - Zaznamenávejte do dokumentace množství přijaté výživy a uveďte příp. změny

Ošetřovatelská diagnóza: Porušený spánek Kód 00095	Cíl ošetřovatelské péče	Intervence sestry
<p>Určující znaky</p> <p>Nespokojenost se spánkem</p> <p>Verbalizace pocitu nedostatečného odpočinku</p> <p>Související faktory</p> <p>Strach</p> <p>Úzkost</p>	<p>Pacient se účastní na léčbě</p> <p>Pacient se zařazuje do společenských aktivit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Věnujte pozornost místním změnám na kůži - Zjistěte psychický dopad chorobného stavu na emoční stav pacienta - Snažte se usměrňovat myšlenky pacienta tak, aby se dokázal svému onemocnění maximálně přizpůsobit

Únava Bolest		<ul style="list-style-type: none">- Dbejte, aby se pacient učil pečovat o sebe správným způsobem- Vytvořte prostředí důvěry za účelem verbalizace potíží- Dodržujte zásady intimity- Poskytněte v rámci svých kompetencí dostatek informací- Podporujte a pozitivně aktivizujte pacienta na účasti při léčbě
-----------------	--	--

SHRNUTÍ KAPITOLY

Kapitola poskytla náhled na vyhledávání ošetrovatelských problémů u pacientů s vybranými dermatologickými diagnózami. U těchto pacientů byly vyhledány aktuální diagnózy s potenciálními, stanoveny ošetrovatelské cíle a intervence sestry.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

1. Jakým způsobem může sestra podpořit nebo naopak zabránit vzniku onemocnění při vykonávání ošetrovatelských činností?
2. Jaké zásady sestra dodržuje při aplikaci lokálních léčiv na postižená místa?
3. V čem spočívá hlavní přínos sestry při péči o pacienta s onkologickým onemocněním?
4. Proč je třeba o psoriasis vulgaris hovořit a věnovat tomuto onemocnění pozornost?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Na dermatovenerologické oddělení je přijat k hospitalizaci 72-letý pacient s febriliemi (38,3°C), otok a zarudnutí na distálním bérci LDK, na dotek velmi bolestivé, místy puchýře. Jedná se o diabetika na inzulinoterapii, chůze je ztížená, používá francouzské hole.

Pokuste se sestavit ošetrovatelský plán u pacienta s erysipelem - zánětlivým onemocněním kůže a podkoží pomocí nastudovaných informací. Pomocí určujících znaků a souvisejících faktorů určete ošetrovatelské diagnózy. Využijte k práci platnou verzi taxonomie NANDA.

Výsledky cvičení konzultujte s vyučujícím.

DALŠÍ ZDROJE

MAREČKOVÁ, J. 2006: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

NOVÁKOVÁ, I. 2011: *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422.

VĚSTNÍK MZ ČR částka 9, ročník 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. ZN: 21581/04/VV0. 32s.

6 ZÁVĚREČNÝ TEST

OTÁZKY

1. Čím se zabývá dermatovenerologie, co je předmětem oboru?
2. Co je zdrojem infekce na dermatovenerologických pracovištích?
3. Kdy je nutné provádět dezinfekce rukou?
4. Co je to dispenzarizace a kterých nemocných se to týká?
5. Vyjmenujte jednotlivé části kožní tkáně.
6. Přiřaďte správný český název k vyjmenovaným kožním eflorescencím:

macula	oděrka
papula	šupina
tuber	vřed
pomphus	strup
vesicula	neštovička
pustula	puchýřek
squama	hrbol
crusta	skvrna
eschara	trhlina
erosio, excoriatio	pupínek
rhagas, fissura	pupen
ulcus	příškvar
7. Jaká jsou doporučená hygienická opatření při výskytu svrabu?
8. Co je acne vulgaris?
9. Vyjmenujte čtyři hlavní zásady při komplexní léčbě lymfedému.
10. Jak lze rozdělit léčbu žilních onemocnění DKK?
11. Rozdělte kožní nádory podle struktury, ze které vycházejí.
12. Neléčená syphillis probíhá v několika vývojových fázích. Vyjmenujte a charakterizujte jednotlivé fáze.
13. Jaké má uplatnění depistáž při léčbě lues a na co se zaměřuje?

ODPOVĚDI

1) Dermatovenerologie se zabývá prevencí, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, léčebným, dispenzarizací, depistáží, epidemiologickým šetřením, posudkovou činností, edukací a výzkumem nemocí kůže, kožních adnex, podkoží a přechodných orificiálních sliznic, ale i vnitřních orgánů, pokud souvisejí jejich patologické stavy s kožními a slizničními projevy. Dermatovenerologie je jednotným lékařským oborem, zahrnujícím jak choroby kůže, jejich adnex a přechodných sliznic (dermatologie), tak choroby venerické resp. sexuálně přenosné, tj. STD (venerologie).

Předmětem oboru je studium stavby a fyziologických funkcí zdravé kůže, zjišťování prevalence, incidence, etiopatogeneze kožních a pohlavních chorob, jejich diagnostika, léčení, dispenzarizace, prevence, profylaxe a dokumentace kožních a pohlavních nemocí.

2) Zdrojem infekce je většinou biologický materiál: krev, stolice, moč, sputum, biopsie, šupiny kůže, tkáňový mok, obsah puchýřů, sekret vředů a píštělí.

3) Dezinfekce rukou je nutná před a po odchodu ze služby, před a po kontaktu s pacientem, manipulace s kontaminovanými předměty (obvazy, podložní mísy), po užití toalety, po manipulaci s infekčním materiálem a před operací.

4) Dispenzarizace je zdravotnický úkon směřující k obzvláště pečlivému sledování vybraných skupin obyvatelstva. Je nezbytná pečlivá průvodní dokumentace.

V dermatovenerologii jsou dispenzarizováni především nemocní s pohlavními nemocemi, kožními nádory a prekancerózami, profesionálními chorobami, kožní tuberkulózou. Doporučeno je dispenzarizovat i nemocné s erytematodem, puchýřnatými chorobami, dalšími autoimunními stavy a kožními komplikacemi diabetu

5) Kožní tkáň se skládá ze 3 základních částí:

1. Epidermis (pokožka)
2. Korium (dermis, škára)
3. Tela subcutanea (subcutis, podkožní vazivo)

6) Macula - skvrna, **papula** - pupínek, **tuber** - hrbol, **pomphus** – pupen, **vesicula** – puchýřek, **pustula** – neštovička, **squama** – šupina, **crusta** – strup, **eschara** – příškvár, **erosio**, **excoriatio** – oděrka, **rhagas**, **fissura** – trhlina, **ulcus** – vřed.

7) Hygienická opatření: spodní a ložní prádlo vyprat (60°C), vyžehlit a nepoužívat po 3 dny, boty nepoužívat 5 dní, přeléčit všechny členy domácnosti a intimní přátele

8) Acne vulgaris je chronické zánětlivé onemocnění mazových žláz a folikulů.

9) Komplexní léčba lymfedému se opírá o 4 zásady:

1. manuální lymfodrenáž
2. pneumatická kompresivní léčba
3. kompresivní bandážování
4. speciální cvičení s bandáží k podpoře návratu mízy.

10) Léčbu žilních onemocnění DKK je možné rozdělit na:

1. radikální
 - a) operace žil
 - b) sklerotizace žil
 - c) kombinace operace a sklerotizace
2. konzervativní
 - a) kompresivní terapie
 - b) zevní léčba
 - c) celková léčba

11) Kožní nádory rozdělujeme podle struktury, ze které vycházejí:

na epitelové, adnexální, mezenchymové, neuroektodermové.

12) Syphilis recens (časná) – zahrnuje inkubační dobu, primární i sekundární syfilis, včetně období časně latence (cca do 2. roku po infekci).

Syphilis latens – objevuje se po vymizení časných projevů, kdy přetrvává pouze pozitivní sérologický nález.

Pozdní symptomatická syfilis (syphilis tertiaria) – přichází za 5-30 let s kožními nebo orgánovými projevy.

13) Depistáž je součástí léčebných opatření. Zaměřuje se na zjištění kontaktů v době před onemocněním: u primární lues za dobu 3 měsíců, u sekundární 8-12 měsíců, u latentních forem 24 měsíců.

LITERATURA

HERCOGOVÁ, J. et al. 2019: *Klinická dermatovenerologie, 1. díl*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. 863s. ISBN 978-80-204-5321-1.

RESL, V. et al. 1997: *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 138s. ISBN 80-7184-395-4.

VYHLÁŠKA MZ č. 134/1998 Sb. *Klasifikace a náplň oboru, odbornost 404, 405 a 406* [online] [cit. 2012-08-06] Dostupné na www: http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/verze_cz/napln_koncepce_der_b1.htm

DITRICHOVÁ, D. et al. 2002: *Repetitorium dermatovenerologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 304s. ISBN 80-86297-08-X.

NOVÁKOVÁ, I. 2011: *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.

ŠTORK, J. et al. 2008: *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2008. 502s. ISBN 978-80-7262-371-6; ISBN 978-80-246-1360-4.

MAREČKOVÁ, J. 2006: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

VĚSTNÍK MZ ČR částka 9, ročník 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. ZN: 21581/04/VV0. 32s.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Po nastudování předložené opory získá student základní přehled o oboru dermatovenerologie. Bude schopný popsat jednotlivé kožní choroby, popsat kožní eflorescence, mít teoretické vědomosti o terapii jednotlivých nemocí a na základě těchto znalostí zvolit vhodný ošetrovatelský postup. Seznámí se s druhy a formami zevních léčiv a způsoby jejich aplikace, seznámí se s prací depistážní sestry a základními vyšetřovacími metodami používanými v dermatovenerologii. Bude znát zásady práce na dermatovenerologických pracovištích a tyto dodržovat při pobytu na těchto pracovištích. Po prostudování kapitoly Ošetrovatelský proces se student bude umět orientovat v přístupu ošetrovatelské péče nejčastějších chorob v dermatovenerologii.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON



Čas potřebný ke studiu

Cíle kapitoly

Klíčová slova



Nezapomeňte na odpočinek



Průvodce studiem



Průvodce textem

Rychlý náhled



Shrnutí



Tutoriály



Definice



K zapamatování



Případová studie



Řešená úloha



Věta

Kontrolní otázka



Korespondenční úkol

Odpovědi



Otázky



Samostatný úkol



Další zdroje

Pro zájemce



Úkol k zamyšlení

Název: **Dermatovenerologie**

Autor: **Mgr. Lenka Gavlasová**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 158

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.