

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S PSORIÁZOU**

JAN ELICER

Praha 2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PSORIÁZOU

Bakalářská práce

JAN ELICER

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Mlýnková

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2009

.....

Jan Elicer

ABSTRAKT

ELICER, Jan. Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou. Praha, 2009.
Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha. Bakalář, Všeobecná sestra.
Školitel: Mgr. Jana Mlýnková

Psoriáza, lupénka, je chronická zánětlivá kožní choroba. Vzniká na podkladě zděděného sklonu a v odchylkách imunitního systému kůže. Jde o chorobu velmi častou, postihuje 2 - 3 % obyvatelstva. Může vzniknout v jakémkoliv věku, ale nejčastěji ve věku dospělém. Nejedná se o život ohrožující či zkracující chorobu, má negativní vliv na kvalitu života jedince, může působit značné emocionální potíže v mezilidských a partnerských vztazích apod.

V uvedené práci jsou v teoretické části rozebrány příčiny a patogeneze onemocnění, včetně imunologických odchylek, jednotlivé klinické formy a příznaky. Zmíněny jsou současné možnosti a způsoby ošetrovatelské péče a léčby (lokální a systémové, včetně biologické léčby). Rozebrány jsou i postupy fototerapie.

V ošetrovatelské části bakalářské práce je proveden rozbor vlastní ošetrovatelské péče u 45 - letého pacienta s rezistentní formou psoriázy, obtížně reagující na standardní léčbu. Teprve zahájení léčby biologickými preparáty (Raptiva) vede k ústupu psoriatických projevů s pozitivním dopadem na zdravotní stav pacienta včetně zlepšení kvality života a jeho psychiky.

Zpracovaná ošetrovatelská dokumentace je podle adaptačního modelu Callisty Roy, stanoveny jsou ošetrovatelské diagnózy včetně určení ošetrovatelských intervencí a cílů.

Klíčová slova: Psoriasis vulgaris. Klinické formy onemocnění. Etiopatogeneze. Léčba lokální. Systémová léčba. Biologická léčba. Management ošetrovatelské péče. Model podle Callisty Roy. Ošetrovatelské diagnózy. Intervence a cíle.

ABSTRACT

ELICER, Jan. The nursing care of the patient with psoriasis. Praha, 2009.
Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha. Bachelor, General nurse.
Consultant: Mgr. Jana Mlýnková

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease. It occurs because of acquired tendency to divergence of the skin immune system and genetics changes. It is a common disease, which affects 2 - 3 % of population. It can happen at any age but usually at the adult age. It is not a life threatening disease and it does not shorten the life. It has a negative influence on the quality of life and it can cause significant emotional troubles in interpersonal and partner relationships etc.

In the theoretical part of this work, there are causes and pathogenesis of this disease, including immunologic divergences, individual clinical forms and symptoms. I mentioned current possibilities and ways of the nursery care and treatment (local and systematic, and also biological therapy). I also described the procedure of phototherapy.

In the nursery part of the bachelor thesis you can find analysis of a nursery care in case of a 45 - year - old patient with a resistant form of psoriasis whose reaction to traditional treatment is troublesome. The use of biological substances (Raptiva) leads to reduction of psoriasis signs and they have a positive effect on the health state of the patient, including the improvement of the quality of patient's life and his psyche.

Elaborated nursery documentation is done according to the Callista Roy adaptation model. I stated nursery diagnosis including nursery interventions and goals.

Key words: Psoriasis vulgaris. Clinical forms of the disease. Etiopathogenesis.
Local treatment. Systemic treatment. Biological treatment. Management of nursery care.
Callista Roy model. Nursery diagnosis. Interventions and goals.

PŘEDMLUVA

Bakalářská práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou se zabývá managementem ošetrovatelské péče u 45 - letého muže s generalizovanou, často recidivující formou psoriázy obtížně reagující na běžnou standardní léčbu. Teprve až aplikace biologické léčby efalizumabem (Raptiva) vedla k ústupu psoriatických projevů a ke zlepšení kvality života včetně zmírnění negativních psychických dopadů onemocnění na jeho život.

Ke zpracování ošetrovatelské dokumentace byl cíleně vybrán adaptační model podle Callisty Roy z důvodu charakteristik nejlépe vystihujících profil uvedeného onemocnění včetně psychických potíží plynoucích z dosavadní neúspěšné a selhávající ambulantní léčby.

Cílem práce bylo ukázat a zdůraznit skutečnost, že při důsledně vedené ošetrovatelské péči, která zahrnuje pacienta v holistickém pojetí, lze zlepšit jeho kvalitu života a zmírnit tak negativní psychický dopad onemocnění. Práce vznikla ve snaze zaměřit se na význam ošetrovatelské péče u nemocných s psoriázou a ukázat, že nedílnou součástí léčebné a ošetrovatelské péče je i psychologické vedení nemocného sestrou, ve snaze pochopit a vyrovnat se s uvedenou kožní chorobou.

Práce je určena studentům oboru Všeobecná sestra, podnětné informace mohou v ní najít i sestry z praxe pečující o nemocné s kožními chorobami a zejména pak o nemocné s psoriázou.

Podklady pro práci v teoretické části byly čerpány z dostupných knižních, časopiseckých a internetových zdrojů, sběr dat a informací pro praktickou část bakalářské práce byl získán rozhovorem s nemocným a studiem jeho příslušné zdravotní dokumentace z hospitalizací na Dermatovenerologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Uvedené informace a fakta jsou zveřejněny s jeho souhlasem. Bližší údaje o pacientovi nejsou v bakalářské práci uvedeny z důvodu ochrany osobních dat.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Mlýnkové, za pedagogické vedení, podnětné rady a usměrnění, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
1 EPIDEMIOLOGIE, ASOCIACE S INTERNÍMI A KOŽNÍMI CHOROBAMI	11
2 KLINIKA	12
2. 1 Klinický obraz, formy, klasifikace	12
2. 2 Formy psoriázy	14
2. 3 Histologický obraz	14
2. 4 Psoriatická artropatie	15
2. 5 Prognóza onemocnění, organizace péče a léčby	16
3 ETIOPATOGENEZE	17
3. 1 Genetika psoriázy	17
3. 2 Imunopatogeneze	17
3. 3 Provokační a rizikové faktory	18
4 TERAPIE	19
4. 1 Principy a režimy léčby	19
4. 2 Lokální terapie	19
5 FOTOTERAPIE	22
5. 1 Druhy fototerapie	22
5. 2 Vyšetření před fototerapií, kontraindikace léčby a nežádoucí účinky	23
6 CELKOVÁ TERAPIE	24
6. 1 Konvenční celková léčba	24
7 DOPLŇUJÍCÍ TERAPIE A OPATŘENÍ	26
7. 1 Psychoterapie	26
7. 2 Životospráva, dietní opatření	27
7. 3 Povolání a volný čas	27

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PSORIÁZOU POPIS PŘIPADU	28
9 ADAPTAČNÍ MODEL PODLE CALLISTY ROY OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PODLE MODELU CALLISTY ROY	32
10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	44
11 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE A INTERVENCE	45
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
PŘÍLOHY	59

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI index	index tělesné hmotnosti (body mass index) vyjádřený v kg/m ²
CD	cíl dlouhodobý
CK	cíl krátkodobý
DNA	kyselina deoxyribonukleová
HLA	lidský leukocytární antigen (human leukocyte antigen)
IL - 2, IL - 8	interleukin 2, interleukin 8
lymfocyty T	populace lymfocytů odpovídající za buněčnou imunitu
lymfocyty B	populace lymfocytů odpovídající za protilátkovou (humorální) imunitu
MCV	objem erytrocytu
NK	natural killers, přirození zabíječi
PASI index	výpočet povrchu těla a povrchových ložisek pro určení dávky léků
pH	vyjadřuje stav acidobáze
PUVA	kombinace fototerapie UVA s psoralenem
s. c.	subkutánní (podkožní) podání léčiva
SUP	selektivní ultrafialová fototerapie
TNF	tumor necrosis factor
TBC	tuberkulóza, původce Mycobacterium tuberculosis
TK	krevní tlak
UVA	ultrafialové záření A o vlnové délce 320 - 400 nm
UVB	ultrafialové záření B o vlnové délce 280 - 320 nm

ÚVOD

J. Updik

... „jméno té choroby je poníženi“ ...

Psoriáza, lupénka, je chronická zánětlivá kožní choroba se stacionárním nebo akutně exantematickým, často s dlouhodobým a recidivujícím průběhem. Vzniká na podkladě zděděného sklonu a v odchylkách imunitního systému kůže. Jde o chorobu velmi častou, postihuje 2 - 3 % obyvatelstva. Může vzniknout v jakémkoliv věku, ale nejčastěji ve věku dospělém.

Nejedná se o život ohrožující či zkracující chorobu, má negativní vliv na kvalitu života jedince, může působit značné emocionální potíže v mezilidských a partnerských vztazích apod. Má výrazný vliv na fyzické, psychické a sociální aspekty kvality života jedince.

O příčinách existovaly různé představy a názory. Je hypotézou, zda je psoriáza projevem analogie procesu hojení ran, hypersenzitivní reakce IV. (pozdního) typu či obrana antibakteriální reakce kůže. V poslední době se též zdůrazňuje úloha nespecifické imunity.

Psoriáza představuje spektrum velmi odlišných klinických forem a obrazů. Patofyziologicky jsou pro psoriázu charakteristické hyperproliferační epidermis a porucha diferenciací, zvýšená angiogeneze, imunopatologický zánět. Klinická manifestace je výsledkem interakce provokačních vlivů zevního či vnitřního prostředí v geneticky predisponovaném terénu.

Snížení kvality života nemocného s psoriázou je srovnatelné či horší než u nemocných s jinými chronickými, a přitom závažnými chorobami. Kvalitu života lze do určité míry objektivizovat. Pro hodnocení kvality života nemocných s psoriázou se používají dotazníky s bodovým hodnocením (například PDI - Psoriasis Disability Index, PLSI - Psoriasis Life Stress Inventory, DLQI - Dermatology Life Quality Index).

Vzhledem k této skutečnosti je cíl práce zaměřen na zjištění závažnosti dopadu psoriázy na společenský, rodinný a pracovní život nemocných a možnost jeho ovlivnění současnými moderními trendy léčby a důslednou ošetrovatelskou péčí. Dále si klade za cíl seznámit jednotlivé čtenáře se specifikou uvedeného kožního onemocnění a samotného ošetrovatelského procesu, jehož prostřednictvím lze řešit individuální problémy pacientů s psoriázou.

1 EPIDEMIOLOGIE, ASOCIACE S INTERNÍMI A KOŽNÍMI CHOROBAMI

Psoriáza zjevně postihuje 2 % evropské populace, více jsou postiženi lidé na severu než na jihu Evropy. Častěji je postižena bílá rasa. Muži a ženy jsou postiženi stejně často. Muži mívají těžší průběh než ženy. Vznik je možný v každém věku. Dle věku vzniku se psoriáza dělí na I. typ (vrchol mezi 15. až 20. rokem) a na II. typ (vrchol mezi 55. až 60. rokem). K nejčastějším provokačním faktorům patří infekce, léky, trauma a stres (Benáková, 2003, s. 11, 2007, s. 16).

Morfologicky se dělí na formy nepustulózní a pustulózní, k život ohrožujícím formám patří erythrodermie a generalizovaná pustulózní psoriáza (Benáková, 2007, s. 17).

Jak uvádí Benáková (2003, 2007) a dále Svačina (2009) psoriáza bývá někdy označována jako systémová choroba, vzhledem k imunopatogenezi psoriázy bývá častá asociace s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou, známá je i asociace s roztroušenou sklerózou. Další výraznou chorobou s vazbou k psoriáze je psoriatická arthropatie. U středně těžké až těžké psoriázy je prokázán častější výskyt chorob jako je diabetes mellitus 2. typu, dyslipidémie, ischemická choroba srdeční, hypertenze, obezita, hepatopatie, dna, ale i deprese. U psoriázy je udávána dvakrát vyšší incidence nádorů, především lymfomů.

Podle Svačiny (2009) je psoriáza jedním z onemocnění, které je nově dáváno do spojitosti s metabolickým syndromem. U pacientů s psoriázou byla zjišťována vyšší triglyceridémie a více se vyskytovala abdominální obezita a hypertenze, podle některých studií i diabetes mellitus 2. typu. Podle různých studií může být riziko vzniku těchto složek metabolického syndromu u psoriatiků 2 - 5x vyšší. Benáková (2006, s. 14) dále uvádí, že u středně těžké a těžké psoriázy je prokázán častější výskyt metabolického syndromu, ischemické choroby srdeční, hypertenze, dny, diabetu, obezity a dyslipidémie. Pravděpodobnou příčinou jsou především vysoké hladiny TNF alfa, které podobně jako u jiných chronických zánětlivých chorob vedou ke vzniku insulinorezistence a hepatomegalie. Další příčinou mohou být i abnormality v oblasti jaderných receptorů regulující expresi genů. Tyto receptory jsou považovány za spojovací článek mezi metabolismem tuků, sacharidů a zánětlivými či nádorovými procesy. Jejich agonisté se již používají v léčbě diabetu, u psoriázy mají experimentálně účinky antiproliferativní, diferenciací a protizánětlivé.

Mnoho léků podávaných u metabolického syndromu může zhoršovat projevy psoriázy (beta blokátory, diuretika). Z antipsoriatik pak etanercept výrazně zlepšuje inzulinovou senzitivitu a pozitivně působí na projevy metabolického syndromu. Celkové podání kortikosteroidů projevy metabolického syndromu zhoršuje.

Souběh psoriázy může být s jakoukoliv jinou kožní chorobou (atopická dermatitis, neurodermitis, vitiligo, pemfigoid), kožní infekce se naopak pozorují u psoriázy méně často pro zvýšené množství antimikrobiálních peptidů v psoriatické epidermis.

2 KLINIKA

2. 1 Klinický obraz, formy, klasifikace

Psoriasis vulgaris má dle klinického vzhledu a průběhu různé formy. Rozlišují se formy dle lokalizace postižení - např. psoriasis inversa, palmoplantaris, unguium, arthropathica apod., dle jeho rozsahu - např. generalisata, erythrodermica, dle vzhledu a uspořádání kožních projevů - např. psoriasis punctata, guttata, gyrata a jiné. Typickou kožní manifestací psoriázy jsou erytematoskvamozní projevy (Benáková, Štork, 2007, s. 23). Subjektivně je onemocnění často provázeno svěděním, případně pálením projevů, u ragád pak i bolestivostí.

Primárním projevem psoriasis vulgaris je plochá červená papula krytá odlučitelnou bělavou šupinou. Léze mohou být bodovité (psoriasis punctata), mohou být vázány na folikuly (psoriasis follicularis), kapkovité (psoriasis guttata). Papuly se mohou šířit do periferie či splývat v mincovitá ložiska (psoriasis nummularis), tvořit rozsáhlé mapovité plochy (psoriasis geographica) až do postižení celého kožního povrchu (psoriasis erythrodermica). V důsledku šíření nebo regrese mohou nabývat různého uspořádání. Hojení projevů nastává buď bez reziduí nebo s dočasnou hyperpigmentací nebo hypopigmentací (leukoderma). Predilekční lokalizací chronické psoriázy jsou především místa vystavená tlaku - kolena, lokty, křížová krajina a kštice. Při postižení oblastí kožních záhybů (třísla, pupek, axily, genitál) mluvíme o formě psoriázy označované jako psoriasis inversa (Benáková, Štork, 2007, s. 23, Štork 2008).

Podle výše uvedených autorů včetně Arenbergera (2006) se podle klinického vzhledu rozlišují různé formy psoriázy:

- Psoriasis guttata

Psoriasis guttata je akutně exantematickou formou s výsevem kapkovitých projevů po celém těle. Často se jedná o první manifestaci psoriázy v dětství nebo v mladém věku, zejména po streptokokových infekcích. Přechod v typickou ložiskovou psoriázu je možný.

- Psoriasis erythrodermica

Psoriasis erythrodermica je závažná forma psoriázy, při níž je kůže červená a olupuje se, a proto je též označována jako dermatitis exfoliativa. Pacient je ohrožen poruchou termoregulace, ztrátou proteinů, minerálů a vody, oběhovým selháním, infekcemi apod.

- Psoriasis pustulosa

Psoriasis pustulosa je charakterizována silně zánětlivými, živě červenými projevy se šupinami a s výsevy sterilních intraepidermálních pustul. Rozlišují se formy generalizované a formy lokalizované.

- Psoriasis pustulosa generalisata acuta

Psoriasis pustulosa generalisata acuta (von Zumbusch) představuje akutní formu charakterizovanou opakovanými vlnami generalizovaných výsevů někdy splývajících pustul, které jsou provázeny celkovými příznaky, postižením sliznice úst, rizikem sepse a mohou vést až ke vzniku erythrodermie.

- Psoriasis pustulosa annularis, palmoplantaris

Psoriasis pustulosa annularis představuje zvláštní subakutní či chronickou formu, projevující se živě červenými prstencovými erytémy na periférii s přítomností pustulek, které rychle přecházejí v šupiny. Povrchové pustuly rychle zasychají a přecházejí v ložiska s límečkovitým olupováním.

Psoriasis pustulosa palmoplantaris je charakterizována výsevy pustul postihujícími dlaně a plosky, s erytémy, olupováním a tvorbou ragád. Průběh je zpravidla chronický.

- Acrodermatitis continua

Acrodermatitis continua tvoří akutně zánětlivé erytematoskvamózní projevy na akrech, zejména na bříškách prstů rukou a nohou, s tvorbou pustul, chronického průběhu, které mohou vést i k trvalé ztrátě nehtů a k destrukci distální falangy.

- Psoriasis capillitii et unguium

Psoriáza kštice je nejčastější postiženou lokalizací. Charakteristická jsou erytematoskvamózní ložiska nacházející se na hranici kštice, kterou typicky přesahují. Někdy se vytvářejí silné nánosy šupin, tzv. tinea amiantacea. Její odlišení od seborhoické dermatitidy je někdy velmi obtížné. Psoriáza nehtů může být jediným projevem lupénky. Typické je tzv. dolíčkování nehtů s bodovitými jamkami připomínající obtisknutou špičkou špendlíku. Nehtová psoriáza bývá zaměňována za onychomykózu.

- Psoriasis palmoplantaris

Psoriasis palmoplantaris postihuje erytematoskvamózními projevy dlaně a plosky, s možnou tvorbou ragád a výrazně omezuje činnost nemocného. Může se vyskytovat samostatně či v kombinaci s jinými projevy psoriázy.

- Psoriasis mucosae

Psoriasis mucosae postihuje vzácně dutinu ústní a jazyk (lingua geographica). Postižení genitálu může být jedinou manifestací psoriázy.

U psoriázy je popsáno několik fenoménů a projevů. Auspitzův fenomén je klinické znamení přítomné asi ve čtvrtině případů. Při ozřejmení tohoto znamení škrábáním nehtem z povrchu psoriatického projevu odhalíme úseky výrazně ztenčené epidermis. Další pohyb nehtem vyvolá bodovité krvácení.

Koebnerův izomorfní fenomén je časté klinické znamení charakterizované vznikem primárních projevů kožního onemocnění v místě podráždění či poškození kůže (Benáková, Štork, 2007, s. 36, Štork, 2008).

Obdobnou charakteristiku onemocnění, klinického obrazu a klasifikaci uvádí z dalších autorů např. Nožičková (2003).

2. 2 Formy psoriázy

Psoriáza má podle průběhu různé formy, Benáková a Štork (2007, 2008) rozlišují následující formy psoriázy:

- Chronická ložisková psoriáza neboli chronická stacionární psoriáza je nejčastější formou psoriázy, charakterizovaná ostře ohraničenými erytematoskvamózními ložisky v predilekční lokalizaci.
- Eruptivní exantematická forma představuje náhlé generalizované výsevy psoriasis punctata a guttata po streptokokové infekci. Výsev často provází svědění a Koebnerův fenomén.
- Exsudativní, nestabilní forma psoriázy je silně zánětlivá forma nemoci s živými erytémy, někdy provázená výsevy puchýřků a mokváním s tvorbou krust.

Klinickým obrazem psoriázy se dále rovněž zabývají Semrádová a Kuklová (2007).

2. 3 Histologický obraz

Histologický nález u počínajícího projevu vykazuje necharakteristický perivaskulární lymfocytární infiltrát, přítomnost ložiskové parakeratózy a exocytózy neutrofilů budí podezření na psoriázu. U plně vyvinutého projevu nacházíme typické rysy: protažení epidermálních čepů a papil koria, hyperkeratózu s parakeratózou, přítomnost mikroabscesů z polymorfonukleárů a intraepidermálních pustul. Pustulózní psoriáza je charakterizována nálezem spongiformních a intraepidermálních pustul (Štork, 2007, s. 39).

2. 4 Psoriatická artropatie

Psoriatická artropatie je chronické zánětlivé onemocnění kloubů nejasné patogeneze. Společně s psoriázou mají řadu společných rysů, ale nelze ji považovat za formu psoriázy, o čemž svědčí genetické a imunologické rozdíly. Vyskytuje se asi u 25 % nemocných s psoriázou (Štork, 2007). Provokujícím faktorem postižení kloubu může být trauma.

Štork (2007, 2008) rozlišuje několik forem psoriatické artritidy:

- Symetrická polyarthritis je pravděpodobně nejčastější formou, která napodobuje revmatoidní artritidu. Postihuje proximální a distální interfalangeální klouby rukou a nohou, hlezna, lokty a kolena.
- Asymetrická oligoartrtida nejčastěji zasahuje distální a proximální interfalangeální, metakarpofalangeální a metatarzofalangeální klouby. Typickým postižením pro tuto formu je tzv. daktylitida, postihující zpravidla jeden prst bolestivým otokem a erytémem.
- Artrtida převážně postihující distální interfalangeální klouby, je spojena s psoriatickými změnami nehtů.
- Mutilující artrtida představuje závažné postižení s osteolýzou artikulárních kostí vedoucí k těžkým deformitám.
- Axiální forma se projevuje postižením sakroiliakálních kloubů nebo obratlových těl.
- Zvláštní formou kloubního postižení představuje sdružení s jinými projevy nemoci, např. pustulózní artroosteitida se společným výskytem palmoplantární pustulózní psoriázy se zánětem sternoklavikulárního a manubriosternálního kloubu nebo extraartikulární postižení s příznaky očními, otitidy, dilatací aorty, nespecifickými střevními záněty, uretritidou apod.

Postižení kloubu začíná plíživě, asi u 75 % nemocných následuje až po vzniku psoriázy nebo může kloubní postižení předcházet (Štork, 2007, s. 169). U 10 % nemocných se objevuje současně s kožními projevy (Štork, 2007, s. 169).

Klinické příznaky zahrnují bolestivost a otoky kloubů, ranní ztuhlost a únavnost. Pro diagnózu je velmi typická rodinná anamnéza, asymetrie kloubního postižení, daktylitida, postižení distálních a proximálních interfalangeálních kloubů. Nemocní mají častější výskyt HLA - B 27, HLA - DR 7. Závažnost kloubního postižení nekoreluje s rozsahem postižení kůže.

Tradiční konvenční léčbu psoriatické artritidy představuje aplikace nesteroidních antirevmatik, chorobu modifikujících léků (sulfasalazin, metotrexát, leflunomid, cyklosporin A, glukokortikoidy). Novým terapeutickým přístupem je aplikace biologicky aktivních léčiv (infiximab, etanercept, adalimumab).

2. 5 Prognóza onemocnění, organizace péče a léčby

Prognóza onemocnění je obecně příznivá, onemocnění až na výjimky neohrožuje na životě, je léčitelné. Psoriáza je však chorobou chronickou, celoživotní a identifikace s touto skutečností je náročná. Její průběh nelze predikovat a dosud ani zásadně ji ovlivnit.

Mezi nepříznivé faktory onemocnění jsou uváděny (Benáková, 2003, 2007):

- vznik v časném mládí (do 10 let věku)
- mužské pohlaví
- postižení otce psoriázou (dědí se sklon k chorobě, ale i typ a rozsah nemoci)
- aktivita choroby s krátkými remisemi a nestabilním průběhem
- rozsáhlé, generalizované postižení
- začátek onemocnění v obličeji a na trupu, postižení dlaní a plosek končetin
- postižení nehtů
- postižení rodinného příslušníka psoriatickou artritidou nebo přítomnost psoriatické artritidy
- nemožnost odstranění provokačních vlivů
- nemožnost léčby, nespolupráce pacienta

Prevence je omezeně možná s vyloučením či redukcí provokačních faktorů, omezením konzumace alkoholu a nekouřením, chránit se před infekcemi, léčit psoriázu s využitím všech možností. Nutností je současně pečovat o postiženou kůži, okolní zdravou kůži i v době remise onemocnění. K posouzení stavu kůže a hygienických zvyklostí podle Kozierové (1995, s. 508) patří rovněž identifikace osob s rizikem narušení kůže. Při ošetřování kůže je podle uvedené autorky nutné zabránění vzniku infekce tím, že se kůže udržuje čistá a suchá, při ošetřování nenosit šperky, které mohou poranit kůži. Je nutno dbát o obnovení celistvosti kůže, navodit a udržet tak pocit pohody. Nedodržení zásad ošetřování kůže a hygieny může při zhoršení projevů vést až k narušení sebeúcty.

Péče o pacienty s psoriázou spadá do kompetence dermatologa. Poskytování léčebné a ošetrovatelské péče o nemocné s psoriázou má k dispozici několik možností. Ambulantní domácí léčba je poskytována pacientovi v domácím prostředí za ambulantních kontrol lékařem. Stacionární léčba je ambulantně prováděna ve stacionáři s pravidelným docházením na ošetření a léčebné procedury. Nemocniční léčba za hospitalizace je poskytována na dermatologických odděleních u nemocných s akutními, těžkými a rozsáhlými formami psoriázy, které nereagují na ambulantní léčbu a omezují běžnou denní činnost a aktivity. Lázeňská léčba společně s vysokohorskou klimatickou či přímořskou léčbou doplňuje a rozšiřuje léčebné možnosti k dalšímu doléčení projevů a rehabilitaci. Indikace k lázeňské léčbě vycházejí z Indikačního seznamu.

3 ETIOPATOGENEZE

Jak uvádí Benáková společně s Vašků (2007, s. 47) a dále Arenberger (2006), psoriáza vykazuje čtyři charakteristické rysy:

- imunopatologický zánět,
- hyperproliferaci keratinocytů s jejich abnormální diferenciací,
- hyperproliferaci endotelií,
- inhibici apoptózy keratinocytů (programovaný zánik buněk).

V současné koncepci je podle uvedených autorů na psoriázu nahlíženo jako na důsledek interakcí mezi leukocyty infiltrujícími kůži, stálými populacemi různých buněčných typů v kůži a působením prozánětlivých cytokinů, chemokinů a různých mediátorů produkovaných v kůži (cytokinové prostředí) a regulovaných buněčnou složkou imunitního systému.

3. 1 Genetika psoriázy

Psoriáza je multifaktoriální choroba, jejíž klinická manifestace je spouštěna akcí mnoha genů. Je iniciována různými výbavnými faktory, především vlivy prostředí. Některé z těchto genů mají pod kontrolou závažnost regulací zánětlivého procesu a imunitní odpovědi - geny závažnosti choroby, jiné jsou jedinečné pro psoriázu - geny vnímavosti. Mohou nastat různé kombinace těchto genů, což dává chorobě značnou klinickou i genetickou šíři. V psoriatických rodinách nelze zachytit jednoduché vzory dominantní nebo recesivní dědičnosti (Vašků, 2007, s. 48). Genetická predispozice hraje rozhodující v určení charakteru a rozsahu onemocnění (Semrádová).

Existuje silná vazba psoriázy I. typu s HLA systémem (Human Leukocyte Antigen), u psoriázy jsou to zejména antigeny HLA - B 13, HLA - B 57 a HLA - Cw 6. Antigen HLA - Cw 6 je spojen s psoriázou u všech etnik. V poslední době se jako prokázané geny vnímavosti pro psoriázu jeví geny ve dvou oblastech na chromozomu 17 q. V oblasti genetického pozadí psoriázy jako komplexní choroby se rovněž uplatňuje v populaci častá variabilita genů, především tzv. polymorfismy v DNA. Polymorfismy představují záměnu jednoho nukleotidu ve struktuře DNA (Vašků, 2007, s. 48).

3. 2 Imunopatogeneze

Psoriatické procesy v kůži představují komplexní kožní imunitní reakci s výraznou zánětlivou složkou a epidermální proliferací. Psoriázu především navozují a udržují T lymfocyty, patologický potenciál má i populace přirozených zabíječů (natural killers, NK) a NK T lymfocytů, které produkují též interferon gamma. Při aktivaci kožního imunitního systému probíhá několikastupňový proces v oblasti buněčných a molekulárních jevů. Úvodním krokem je aktivace nezralých dendritických buněk, především Langerhansových buněk v epidermis, navozená antigenem. Ta je spojena s migrací těchto buněk nesoucích antigen do příslušných lymfatických uzlin. Následuje fáze aktivace a diferenciací T lymfocytů s expanzí příslušných T buněčných klonů. Tyto T lymfocyty se dostávají za pomoci adhezivních molekul do místa zánětu v kůži. Samotný proces aktivace T lymfocytů je pro vznik psoriázy klíčovým dějem. V aktivaci T lymfocytů se účastní různé cytokiny (IL 2 - interleukin 2, TNF - tumor necrosis factor alfa, interferon gamma). Kombinace prozánětlivých cytokinů může spustit uvolňování

interferonu gamma z T lymfocytů, což je rovněž cesta ke vzniku psoriatického projevu. T lymfocyty se po klonální proliferaci diferencují do několika výkonných typů, a to na Th 1 nebo Th 2 se znakem CD 4+ (pomahačský typ), případně se znakem CD 8+ (cytotoxický typ). V populaci T lymfocytů v kůži u psoriázy jsou dále zastoupeny NK T lymfocyty a regulační lymfocyty T. Psoriáza je považována za chorobu s imunitní reakcí 1. typu. T lymfocyty během maturace exprimují nové proteiny buněčného povrchu, které jim umožní přesun z krevních cév a migraci do kůže. T lymfocyty u psoriázy pak spouštějí hyperproliferaci v epidermis. Působením interleukinu 8 - IL 8 produkovaného keratinocyty dojde k chemotaxi neutrofilů z krevních cév do epidermis. Tím se dále zesiluje zánětlivá imunitní reakce a dochází ke stálému poškozování bazální membrány a spojů mezi keratinocyty. V patogenezi psoriázy hrají roli i mechanismy imunity vrozené, nespecifické. Hlavní buněčnou složku vrozeného imunitního systému kůže tvoří keratinocyty. Působí prozánětlivě, produkují prozánětlivé cytokiny, mají výrazně prodloužený proces apoptózy. Kromě neutrofilních granulocytů hrají významnou roli i NK T lymfocyty. Působí přímým cytotoxickým efektem s rychlou produkcí cytokinů (interferon gamma), který dále působí na imunitu získanou. Kromě účasti komplementu v patogenezi psoriázy se dále mohou uplatnit i antimikrobiální peptidy svou chemotaktickou aktivitou pro dendritické buňky a T lymfocyty. V rámci spuštění procesu aktivace T lymfocytů hrají významnou roli superantigeny (skupina mikrobiálních antigenů, především u stafylokoků, streptokoků). Vyvolávají masivní uvolnění cytokinů a ovlivňují zánětlivé autoimunitní děje aktivací B lymfocytů (Vašků, 2007, s. 50).

3. 3 Provokační a rizikové faktory

V patogenezi psoriázy se uplatňují i faktory neuroimunologické (psoriáza se často manifestuje v místech traumat, vliv hyperproliferace kožních nervů, zvýšených hladin neuropeptidů). Tyto peptidy indukují proliferaci keratinocytů a endotelií, jsou chemotaktické pro neutrofile, aktivují lymfocyty. Vznik psoriatického projevu může vyvolat řada mechanismů, jak vrozené, tak získané imunity, které uvedou do chodu buňkami zprostředkovaný patologický proces. Na psoriázu lze pohlížet jako na integrovanou odpověď organismu v důsledku dysbalance v síti jednotlivých buněčných typů a humorálních mediátorů, jejichž rovnováha slouží v kůži k zachování homeostázy. Mezi nejčastější provokační faktory u psoriázy patří infekce a záněty, psychický či tělesný stres, úrazy a operace, změny klimatu, léky (beta blokátory, antimalarika aj.), kožní infekce a alergické vlivy, ekzémy. Z interních chorob jsou to např. diabetes mellitus, hepatopatie, tyreopatie, hormonální změny, obezita, alkohol a kouření (Benáková, 2003, s. 21, Svačina, 2009, Vašků, 2007, s. 55). Přehled provokačních faktorů je uveden samostatně v příloze.

4 TERAPIE

4. 1 Principy a režimy léčby

Základním principem je individualizovaná léčba podle věku, pohlaví, zaměstnání, osobnosti a podle celkového zdravotního stavu. Obecným principem léčby je komplexnost. Pro léčbu psoriázy je k dispozici léčba místní a pro závažnější případy pak světloléčba a léčba celková. Dle formy a stadia psoriázy a podle lokalizace se volí příslušná diferencovaná léčba. Jednotlivé způsoby léčby se často kombinují. Cílem je zvýšení účinnosti a snížení nežádoucích účinků léčby (Benáková, 2007, s. 71, Hercogová, 2006) .

4. 2 Lokální terapie

Lokální léčiva jsou základem pro léčbu mírné a středně těžké psoriázy. Lze je používat jako monoterapii, ale vhodná jsou především v kombinacích. Jde o léčbu dlouhodobou a nástup zásadnějšího efektu trvá několik týdnů. Proto při jejich volbě zvažujeme jak účinnost a bezpečnost, tak i kosmetickou přijatelnost. Ze strany pacienta je kladen důraz na správnou techniku ošetření.

V lokální terapii psoriázy je k dispozici řada extern. Nejčastěji používanými jsou v ambulantní sféře lokální kortikosteroidy a analoga vitamínu D 3, dále jsou používány i lokální retinoidy. V nemocniční sféře jsou používány lokální kortikosteroidy, cignolin, někdy ichtamol a kamenouhelný dehet. Zvláštní přístup vyžadují lokalizace, jako jsou kštice, obličej, intertriga, nehty, děti a gravidní ženy. Užití jednotlivých druhů lokálních léčiv v přehledu uvádějí Benáková (2007), Arenberger (2006), Kuklová (2007) a Štok (2008).

- Emoliencia a keratolytika

Emoliencia a keratolytika mají změkčující a zvláčňující účinky, obnovují kožní bariéru, upravují pH kůže, hydratují a napomáhají regeneraci kůže. Obecně se používají k promazávání nebo koupelím, slouží k udržení integrity kůže. Používají se například vazelína, Synderman, Cutilan, Ambiderman apod. Do těchto masťových základů lze inkorporovat účinné látky, především keratolytika (kyselina salicylová, močovina, kyselina mléčná).

- Lokální kortikoidy

Lokální kortikoidy jsou základními externími léky. Mají rychlý nástup účinku a účinnost. Mohou se kombinovat se všemi zevními antipsoriatickými léčivy, nevýhodou jsou jejich kožní a systémové nežádoucí účinky. Kortikoidy mají účinky protizánětlivé, antiproliferativní, imunosupresivní účinky a subjektivně působí protisvědlivě. K dispozici jsou například Dexamethazon, Locoid, Triamcinolon, Diprosone, Elocom. K dispozici jsou též kombinované speciality, například Triamcinolon S, Diprosalic, Belosalic. Nejčastěji jsou používány ve formě krémů nebo mastí. Nežádoucí účinky lokálních kortikosteroidů jsou kožní (atrofie, změny pigmentace, akné, periorální dermatitis, sekundární kožní infekce), celkové (suprese osy hypotalamus - hypofýza - nadledviny), farmakologické (tachyfylaxe - zvyšování dávek nevede k léčebnému efektu).

- Analoga a deriváty vitamínu D 3

Analoga a deriváty vitamínu D 3 mají antiproliferativní, prodiferenciační a imunomodulační účinky. Z jejich vedlejších účinků jsou časté erytém a pálení kůže. Používají se v kombinaci s lokálními kortikosteroidy, velmi vhodná je též kombinace s fototerapií. Představují zlatý standard v léčbě chronické ložiskové psoriázy pro svou dlouhodobou účinnost a bezpečnost.

- Retinoidy

Retinoidy jsou přirozené či syntetické deriváty kyseliny retinové. V dermatologii se využívá především jejich účinků antiproliferativních a diferenciačních, imunomodulačních a antiflogistických. Aplikují se jedenkrát denně, optimální je kombinace s lokálními kortikoidy nebo s analogy vitamínu D 3 nebo také kombinace s fototerapií. Nepoužívají se u gravidních žen a kojících matek. V počátku léčby se mohou objevit iritační reakce.

- Cignolin

Cignolin je antracenový derivát s antiproliferativními účinky. Není mutagenní a ani kancerogenní. Cignolin je kontraindikovaný na rizikové partie, jako je obličej, intertriga, erythrodermická a akutní psoriáza. Má iritační účinky, zbarvuje kůži i nehty do hněda. Používá se především jako monoterapie v indukční části léčby, vyšší účinnost se dosahuje s fototerapií a balneoterapií.

- Kamenouhelný dehet

Kamenouhelný dehet se získává destilací černého uhlí, má účinky mírně antiproliferativní, protizánětlivé, protisvědivé, antimikrobiální, keratoplastické, ale i fotodynamické. Používá se v kombinaci s kortikoidy, kyselinou salicylovou nebo fototerapií. Goeckermanova metoda (dehtová koupel, dehtová pasta v okluzi a UVB záření) prováděná za hospitalizace má dobré účinky. Lze ho též přidávat do léčebné koupele. Nevýhodou je nepříjemný zápach, barví kůži a oblečení, může působit iritačně.

- Ichtamol

Ichtamol se získává suchou destilací břidlic, vzniklých sedimentací prehistorických ryb, koryšů a planktonu. Má účinky antiflogistické, antiproliferativní, antipruriginózní, antimikrobiální a derivační. Přidává se do extern s kortikoidy, je vhodný k léčbě středně těžké až těžké psoriázy.

- Balneoterapie

Minerální respektive solné koupele (balneoterapie) jsou vhodné u chronické ložiskové psoriázy. K dispozici je sůl Mrtvého moře, australská mořská sůl a jejich obohacené a syntetické varianty. Dehtové a ichtamolové koupele jsou vhodné u chronických a subakutních forem. Bylinné koupele nemají dostatečně zdokumentované účinky, používají se pro účinky antiflogistické a antiseptické u chronických a akutních forem psoriázy. Častou kombinací je balneofototerapie, především koupele solné s následným ozářením UVB.

Jednotlivými standardními způsoby léčby a diagnostikou psoriázy se také zabývá Semrádová a Kuklová (2007).

5 FOTOTERAPIE

Fototerapie a fotochemoterapie zaujímají v léčbě psoriázy velmi významné místo a v poslední době jsou řazeny na úroveň systémové léčby. V dermatologii jsou používány jako zdroj záření fluorescenční nízkotlaké nebo vysokotlaké výbojky. Fluorescenční výbojky se používají pro fototerapii v oblasti širokospektrého UVB, UVA záření a úzkospektrého UVB záření. Mechanizmy účinku UV záření na kůži jsou imunomodulační až imunosupresivní (Benáková, Ettler, 2007, s. 101).

5.1 Druhy fototerapie

- UVB záření

V dřívější době byly nejčastějším zdrojem UVB rtuťové výbojky, známé jako tzv. horské slunce. Později se objevily výbojky emitující širokospektré UVB, dalším zdrojem byly výbojky SUP (selektivní ultrafialová fototerapie).

- PUVA

Fotochemoterapie PUVA představuje podání psoralenu per os, obvykle 1 - 2 hodiny před ozáření UVA. Před zařazením do léčby je nutné zkontrolovat hladinu jaterních enzymů pro mírnou hepatotoxicitu a provést oční vyšetření k vyloučení katarakty. Kontraindikacemi jsou dále kožní nádory, těhotenství a laktace, alergie na psoraleny, fotodermatózy a hepatální dysfunkce. Samozřejmě je pečlivá ochrana očí během ozařování, ochrana genitálu a zakrývání obličeje během světloléčby.

Modifikace celkové PUVA fotochemoterapie jsou Turbo - PUVA (účinek PUVA metody u psoriázy lze zesílit lokální aplikací tělového mléka s dihydroxyacetonem), celková PUVA s lokálním ozářením, například při palmoplantárním postižení. Z dalších modifikací jsou to dále celotělová koupelová PUVA, lokální koupelová PUVA, lokální potírací PUVA.

- Kombinace fototerapie s dalšími druhy léčby

Možná je i kombinace fototerapie s dalšími druhy léčby (kombinace UVA a UVB záření, PUVB - kombinace psoralenů a následného ozáření UVB spektrem, kombinace UVB se steroidy - po ukončení léčby byly pozorovány těžší relapsy, kombinace UVB s dehtem - Goeckermanova metoda, kombinace UVB s cignolinem - Ingramova metoda, kombinace UVB s deriváty vitamínu D₃, UVB s retinoidy nebo metotrexátem).

RePUVA zahrnuje perorální podání retinoidu před zahájením PUVA léčby, možné jsou kombinace PUVA metody s metotrexátem nebo cyklosporinem A.

5. 2 Vyšetření před fototerapií, kontraindikace léčby a nežádoucí účinky

Před zahájením fototerapie je nutné shromáždit anamnestické údaje o dřívější snášenlivosti slunečního a umělého UV záření, vyloučit kontraindikace. Velký důraz je třeba klást na detekci kožních nádorů, fotodermatóz, léků s fotosenzibilizujícím účinkem a osob se závažnou imunosupresí. K fototerapii nejsou vhodné pacienti s epilepsií, klaustrofobií, s těžkými kardiovaskulárními a jinými celkovými závažnými chorobami, pacienti s dysplastickými névy. Důležitá je fotoprotekce očí, genitálu, světlu vystavovaných partií jako je obličej, krk a hřbety rukou.

Kontraindikace fototerapie (Benáková, 2006, s. 16) jsou:

- fotosenzitivita (fotodermatózy, fototoxické a fotoalergické vnitřní či zevní léky)
- kožní prekancerózy a neoplázie, stav po aktinoterapii či chemoterapii
- akutní, exantematické, exsudativní fáze psoriázy, kapkovitá a pustulózní psoriáza
- z hlediska průběhu nestabilní formy, nereagující nebo zhoršující se při přirozeném slunění či předchozí fototerapii
- nespolupracující pacient, předškolní děti, těžké duševní, kardiovaskulární a metabolické choroby, epilepsie, ztížená mobilita, klaustrofobie, toxikomanie apod.

Mezi nežádoucí účinky fototerapie (Benáková, Ettler, 2007, s. 112) patří:

- akutní nežádoucí účinky (erytém, otok a puchýře, fotoalergické reakce, urtika, hyperpigmentace)
- chronické nežádoucí účinky (aktinické stárnutí kůže, fotoimunosuprese, fotokarcinogeneze s výskytem bazaliomu, spinaliomu, sporadicky i melanomu).

Frekvence docházení na světloléčbu je minimálně 3x týdně, celkem po dobu dvou, maximálně tří měsíců. Průměrná doba zhojení či stabilizace zahrnuje obvykle kolem 35 procedur, což odpovídá fyziologické době hojení nekomplikované léčené psoriázy. Jedná se o léčbu účinnou, relativně bezpečnou s dosažením delší remise než u lokální léčby. Nevýhodou je nutnost pravidelného docházení a nežádoucí účinky léčby. Proto se fototerapie indikuje uvážlivě, monitorují se kumulativní dávky UV záření, využívá se kombinované léčby s lokálními či celkovými léčivy. Udržovací léčba se v zásadě nedoporučuje. Pacienti nesnášející fotoléčbu střídají pouze systémovou terapii (Semrádová).

6 CELKOVÁ TERAPIE

Systémová léčba je vyhrazena pro těžké, torpidní a refrakterní případy, nereagující na standardní lokální léčbu a světloléčbu. K dispozici pro celkovou terapii jsou acitretin, cyklosporin A, metotrexát. Z biologických léků, jako léčby druhé linie, jsou pro léčbu psoriázy registrovány efalizumab, etanercept a infliximab. Tyto systémové léky mohou mít vedlejší a nežádoucí účinky, proto je klinický a laboratorní monitoring nezbytnou podmínkou.

6.1 Konvenční celková léčba

Přehled současné celkové léčby uvádí Benáková (2007, s. 117), Arenberger (2006) a Hercogová (2006), se zdůrazněním použití biologické léčby.

- Acitretin

Acitretin patří mezi aromatické retinoidy, má účinky prodiferenční, imunomodulační a protizánětlivé. Je indikován u těžké refrakterní psoriázy různých forem. Má teratogenní účinky u žen ve fertilním věku, je kontraindikován v graviditě a při kojení, u těžkých nefropatií a hepatopatií. Časté jsou změny v lipidovém metabolismu (zvýšení sérových hladin triglyceridů a cholesterolu), při jeho podání dochází ke zvýšení jaterních testů.

- Metotrexát

Metotrexát je antagonist kyseliny listové, mechanismus účinku je dán antiproliferativním, imunomodulačním a protizánětlivým působením. Je indikován u těžké refrakterní ložiskové psoriázy a nejčastěji se používá při současném kožním a kloubním postižení (psoriatická artropatie). Má pozvolný nástup účinku, je kontraindikovaný u žen ve fertilním věku, gravidních a kojících, u hepatopatií, chronických infekcí jako TBC a závažných imunosupresivních stavů. Nežádoucí účinky jsou závislé na dávce.

- Cyklosporin A

Cyklosporin A má imunosupresivní účinky, je vhodný u těžkých forem psoriáz, především pro refrakterní diseminovanou ložiskovou psoriázu, erythrodermii, artropatickou psoriázu. Kontraindikacemi jsou malignity, těžké nefropatie, hepatopatie, nekontrolovaná hypertenze, těžké infekce a gravidita. Vede k navození rychlé remise u psoriázy, není vhodný pro dlouhodobou udržovací léčbu.

- Biologická léčba

Biologika jsou celkové léky modifikující biologickou odpověď na molekulární úrovni. Blokují tumor nekrotizující faktor nebo jeho receptor (etanercept, infliximab, adalimumab), nebo blokují aktivaci T lymfocytů (efalizumab, alefacept). Používají se dále v revmatologii (v léčbě revmatoidní artritidy, Bechtěrevovy choroby), v gastroenterologii k léčbě těžkých forem nespecifických střevních zánětů (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida).

Efalizumab (Raptiva 100 mg/ml inj.) je používán k léčbě dospělých pacientů se středně těžkými až těžkými formami chronické ložiskové psoriázy, kteří adekvátně neodpovídají, mají kontraindikovanou nebo netolerují jinou systémovou léčbu, včetně metotrexátu, cyklosporinu a PUVA. Kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, malignity v anamnéze, aktivní tuberkulóza či jiné vážné infekce, specifické formy psoriázy jako kapkovitá, erythrodermní či pustulózní psoriáza jako jediná či převládající forma, imunodeficit, těhotenství a kojení. Po počáteční jednorázové dávce 0,7 mg/kg tělesné hmotnosti, se podává 1,0 mg/kg jednou týdně. Maximální jednotlivá dávka by neměla překročit 200 mg. Léčba trvá 12 týdnů, další pokračování se doporučuje u pacientů, kteří reagují na léčbu. Podává se subkutánní injekcí (Pharminindex, 2008, s. 960).

Současnou hlavní indikací pro celkovou léčbu biologiky je středně těžká až těžká ložisková psoriáza u dospělých osob, psoriáza refrakterní na lokální léčbu a fototerapii, zvláštní indikací může představovat psoriáza se sklonem k rychlému vzniku erythrodermie, erythrodermická a generalizovaná pustulózní psoriáza. Ke kontraindikacím patří gravidita, chronické infekce a riziko sepse, malignity a tuberkulóza.

- Systémová kortikoterapie

Celkové kortikosteroidy se používají výjimečně, psoriáza jimi léčená se stává nestabilní a rezistentní vůči jiným systémovým lékům. Lze se k nim uchýlit u perzistujících erythrodermií a při akutní, eruptivně exsudativní exacerbaci psoriázy.

7 DOPLŇUJÍCÍ TERAPIE A OPATŘENÍ

7.1 Psychoterapie

Kůže odráží pohodu organismu jako celku, fyzickou i psychickou. Kožní choroby mají pro svou zjevnost výrazně signální charakter. Psychosomatické a psychosociální vlivy mohou působit jako provokační faktory, být příčinou nestability průběhu a vzniku exacerbací. Propojenost kůže s neuro - imuno - endokrinologickými procesy je pro chronické zánětlivé dermatózy, včetně psoriázy, typická. Psychosomatický přístup je důležitý pro kontakt s pacientem, diagnostiku i léčbu. V denní praxi to znamená vytvářet partnerský vztah mezi lékařem a pacientem, vybudovat vzájemnou důvěru, informovat o povaze choroby a možnostech léčby a ujistit pacienta o lékařově podpoře do budoucna. Tyto zásady by měly zůstat součástí péče o nemocné. Lékař by měl umět pacientovi naslouchat, zjišťovat jak onemocnění prožívá a jak se s ním vyrovnává a jak na něj reaguje jeho okolí. Posuzujeme, zda jeho hodnocení závažnosti a kvality života odpovídají objektivnímu nálezu. Pacient by měl získat informace či odkazy na seriózní osvětové publikace nebo internetové stránky (např. www.psorinfo.com uvádí jednotlivé druhy psoriázy, jejich klinický obraz a možnosti léčby), pochopit svoji nemoc a sebe samého. Měl by být motivován k přemýšlení o aktivním ovlivnění průběhu své choroby prostřednictvím svých postojů a prožívání. Z psychologických metod se používají například skupinová terapie, kognitivně behaviorální techniky, autogenní trénink, hypnóza a jiné. Výraznou roli v psychosociální pomoci mohou hrát aktivní patientské organizace a sdružení, např. Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků (Benáková, 2007, s. 161).

Jak uvádí Kabát (2008, s. 37), v negativním dopadu na psychiku byla psoriáza předstížena pouze depresí. Vztah mezi kožním onemocněním a psychikou je velmi složitý a komplikovaný. Negativní reakce okolí na kůži postiženou psoriázou zvyšují pocity méněcennosti, studu a osamocení, na druhé straně sama existence podobných pocitů a prožívání se demonstruje kožními projevy. Kožní onemocnění postihuje často lidi zvýšeně emočně citlivé. Ve struktuře osobnosti se projevuje výrazná úzkostnost a depresivní ladění. Dalším projevem je opoždění emočně sociálního zrání a silná závislost na rodině.

Zdůrazňuje, že pacienti s kožními problémy mají často potíže na jedné straně s odmítáním, udržením nezávislosti. Na druhé straně se závislostí ve vztazích, protože se bojí opuštěnosti. Chronické onemocnění kůže může přerušit osobní aktivity nemocného, zasáhnout do vykonávání práce a negativně ovlivnit jeho vztahy s partnery, kolegy a širším okolím. Stejně tak zvětšuje sociální citlivost, tendence vyhýbat se sociálním kontaktům, mohou se objevit i sexuální problémy.

Podle výše uvedeného autora by měla být u pacientů s psoriázou psychoterapeutická intervence zaměřena na posílení a vyhranění pacientova já, na nalezení nezastupitelného místa v rodině, vést k objevení nových možností a příležitostí. Cílem je dovést pacienty k tomu, aby přestali být úzce zaměřeni pouze na projevy svého kožního onemocnění a aktivitu vložili spíše do rozvoje osobního potenciálu a k plnohodnotnému uplatnění v širším sociálním prostředí.

7. 2 Životospráva, dietní opatření

Neexistují objektivní důkazy o prospěšnosti speciálních diet, negativní vliv mají alkohol a kouření. Rovněž tak neexistují jisté důkazy o škodlivosti určitých potravin vzhledem k psoriáze. U osob, které nedodrží zásady zdravé výživy, konzumují velká množství potravin a jsou obézní, může přechod na racionální výživu vést k mírnějšímu průběhu choroby (Benáková, 2003, s. 105). Náhlá změna duševní či tělesná, a tedy porušení určité rovnováhy, může vést k aktivaci onemocnění.

Podle Kantnera (2005, s. 5) zkušenosti z oblastí, kde je tato choroba vzácná (Eskymáci, Indiáni, Japonci) ukazují, že dietní faktory mají zásadní význam, především u některých skupin lupénky např. u chronických stavů spojených s obezitou, u čerstvých forem lupénky se svědivým výsevem a lupénky, která se sdružuje s jinou chorobou, jako diabetem, vysokým krevním tlakem, dnou a u jaterních a žlučnickových chorob.

7. 3 Povolání a volný čas

Nevhodné jsou profese s velkým žářem a pocením, profese s častým zraňováním, dřením a pocením, velký chlad a působení vody, práce s chemikáliemi apod. Záleží na typu práce, reálnosti, kvalitě a pečlivosti v používání preventivních ochranných pomůcek a také samozřejmě na umístění projevů a průběhu samotné choroby samé.

U psoriázy nejsou vhodné takové aktivity a sporty, které vedou ke zraňování, tlakům, tření a dalším mechanickým provokačním vlivům. Vhodné jsou například plavání a vodní sporty, lyžování, turistika, cyklistika, lehká atletika, ale i tanec, jóga apod.

Někteří jedinci kvůli zjevnosti projevů trpí sebepodceňováním. Okolí často chorobu nechápe a straní se jich. To může vést k emocionálním problémům, jako je strach, úzkost, deprese nebo naopak agrese. Záleží na typu povolání, zda ho lze či nelze s psoriázou vykonávat. Základem strategie, jak se těmto problémům vyhnout a postavit, je být o chorobě a souvislostech dobře informován (Benáková, 2003, s. 107).

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PSORIÁZOU POPIS PŘIPADU

Pacient V. S. , narozen 27. 6. 1963, hospitalizován na Dermatovenerologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice Praha v období 29. 10. 2008 - 10. 11. 2008.

8. 1 Anamnéza a nynější onemocnění

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 71 letech na generalizaci karcinomu tlustého střeva, jeho otec léčen pro psoriázu.

Matka 71 let, po infarktu myokardu, stav po transplantaci ledviny, chronické srdeční selhávání, po cholecystektomii.

2 děti (synové) ve věku 18 a 15 let, u staršího alergie na pyl a psoriáza, mladší syn s atopickým ekzémem.

Osobní anamnéza

Běžná dětská onemocnění, v roce 2005 dysurické potíže s normálním sonografickým nálezem ledvin, úrazy a operace neprodělal.

Alergická anamnéza: negativní na léky, alergie na kokos a náplast

Sociální anamnéza: truhlář, ženatý

Abusus: nekouří 9 let, alkohol příležitostně, léky neužívá

Nynější onemocnění

První projevy psoriázy se objevily v roce 1983 po viróze, nejprve lokalizovány ve kšticí a v oblasti genitálu. Zpočátku v péči kožního oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha, od roku 1987 v péči Kožní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice.

Opakovaně hospitalizován, v roce 1996 celková léčba Tigasonem, který byl vysazen pro dyslipidémii. V období 2001-2004 přerušovaně léčba Neotigasonem, při kterém došlo ke zlepšení, ale nikdy nebyl úplně zhojen. Při vyšších dávkách Neotigasonu časté zažívací potíže.

Ke zhoršení obtíží docházelo vždy v jarním období, snášel cignolin a dehty. Fototerapie byla vždy s efektem. Při poslední hospitalizaci fototerapie nebyla tolerována pro dráždivé účinky. Horské slunce, UVA, UVB záření zhoršují kožní projevy. Horské slunce snáší v kombinaci s lokálním kortikoidem bez výraznějších obtíží.

Průběh kožních změn byl charakterizován pomalou progresí až generalizací psoriatických ložisek a ploch. V roce 2005 zahájena léčba Raptivou 82 mg s. c. jednou týdně s výrazným efektem. Kožní nález byl v celku stabilizován, k výraznějšímu zhoršení projevů dochází v souvislosti s prodělanými virózami. Ke zlepšení opět dochází po aplikaci lokálních kortikoidů a směsi cignolin - dexamethazon - salicyl - urea. Od roku 2005 až dosud opakovaně hospitalizován pro zhoršení psoriatických projevů, obvykle dvakrát ročně. Po léčbě Raptivou se stav vždy výrazně zlepšil, včetně psychických problémů. Raptivu zvládá aplikovat sám.

Důvodem hospitalizace je nyní opět progresse a generalizace psoriatických projevů se selháním ambulantní léčby.

V souvislosti se zhoršením kožních projevů dochází i k psychické labilitě s pocity méněcennosti pacienta, zvýšeného pozorování okolím a až k depresivnímu ladění s poruchou adaptace.

8. 2 Objektivní a lokální nález, diagnostický souhrn

Objektivní nález

Přiměřené výživy a hydratace, hmotnost 78 kg, výška 183 cm, TK 140/90 mmHg, puls 80/min. Při vědomí, orientován, bez ikteru a cyanózy.

Hlava

Poklep nebolestivý, inervace správná, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, zornice okrouhlé, izokorické, reagující na osvit a konvergenci. Skléry bílé, spojivky růžové. Jazyk růžový, bez povlaku, vlhký, plazí ve střední čáře. Hrdlo klidné, tonsily nezvětšené.

Krk

Náplň krčních žil nezvětšená, karotidy pulsují symetricky, štítná žláza a regionální uzliny nezvětšené.

Hrudník

Poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, ozvy jasné, ohraničené, bez šelestů.

Břicho

V úrovni hrudníku, poklep bubínkový. Bez hmatné rezistence a palpační citlivosti. Játra a slezina nezvětšeny. Tapottament oboustranně negativní.

Dolní končetiny

Drobné varixy obou bérců, bez otoků a akutních známek zánětu, arteriální pulsace hmatné do periferie.

Lokální nález

Objektivně erytematoskvamózní ložiska s maximem na horních a dolních končetinách, méně na zádech. Ložiska jsou tlumeně červené barvy, nepravidelného tvaru. Místy splývají v plochy ostře ohraničené od okolí, lehce infiltrované s lamelózní deskvamací. Obdobné větší plochy jsou na hýždích a bérkách, na dorsech rukou jsou tuhé papuly. Na trupu a na pažích ložiska v circinální konfiguraci. PASI 6,6. Ve kšticí jen zcela diskrétně deskvamace, na genitálu bez postižení. Na nehtech patrně dolíčkování, bez známek daktylitidy.

Diagnostický souhrn:

Psoriasis vulgaris generalisata, v léčbě Raptivou
Arteriální hypertenze I. stupně, t. č. na režimových opatřeních
Dyslipidémie na dietě
Žilní městky dolních končetin

8. 3 Přehled provedených laboratorních a komplementárních vyšetření

Biochemické vyšetření séra

močovina
kreatinin
kyselina močová
bilirubin
alaninaminotransferáza (ALT)
aspartátaminotransferáza (AST)
glutamyltransferáza (GMT)
alkalická fosfatáza (ALP)
glukóza
minerály v séru

vše numericky normální hodnoty

celkový cholesterol	6,03 mmol/l
triacylglyceroly	1,58 mmol/l
HDL cholesterol	1,37 mmol/l
LDL cholesterol	3,95 mmol/l

Hematologické vyšetření

Krevní obraz a diferenciální rozpočet: normogram
Sedimentace erytrocytů: FW 4/8

Vyšetření moče

Moč chemicky + sediment: negativní

Číselné hodnoty jednotlivých laboratorních vyšetření jsou uvedeny v přehledu v samostatné příloze.

Elektrokardiogram

Sinusový rytmus 67/min, normální křivka

Rtg snímek nitrohručních orgánů

Srdce nezvětšeno, plíce bez infiltrativních změn, mediastinum štíhlé, bez ložiskových změn. Přiměřený nález na nitrohručních orgánech.

8. 4 Léčba

Lokální terapie

1. den promazávání 5 % salicylovou vazelínou
 2. - 8. den 5 % dehet
 3. - 13. den 10 % dehet na projevy
 9. den na stehna cignolin
- průběžně na noc Diprosone mast do okluze na ruce
ráno důkladná celotělová koupel

Fototerapie

Horské slunce po 1 minutě do celkové dávky 20 minut denně

Celková léčba

Raptiva 82 mg 1x týdně s. c.

9 ADAPTAČNÍ MODEL PODLE CALLISTY ROY

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PODLE MODELU CALLISTY ROY

A. Adaptační model podle Callisty Roy

Pacient z pohledu Royové je vnímán jako holistická bytost, která se v neustálé interakci s prostředím adaptuje. Jednotlivé způsoby adaptace jsou založené na fyziologických potřebách jedince, sebekoncepci, funkčních rolích a vzájemné závislosti. Obsah modelu zahrnuje adaptační systémy člověka, pacient jako příjemce ošetrovatelské péče je v neustálém kontaktu s prostředím. Výsledkem ošetrovatelské činnosti jsou přizpůsobené odpovědi pacienta na stimuly vedoucí ke zdraví (Archalousová, 2005, s. 100).

Jedinec jako integrovaný celek z bio - psycho - sociálními složkami je v neustálé interakci s prostředím, které se stále mění. Do jaké míry se přizpůsobí, o tom rozhoduje nejen síla stimulu, ale i adaptační úroveň jedince. Když stimul přesáhne rozsah adaptační zóny jedince, dochází k neefektivnímu chování a k maladaptaci. Zvládnutí účinku stimulu umožňuje jedinci kontrolní subsystém a reakce na stimuly se projeví v efektorovém subsystému (v oblasti fyzické, v sebepojetí, v rolových funkcích a vzájemné závislosti). Stimuly, které působí na jedince a spouštějí proces adaptace, se dělí na fokální (působí v určitém momentu jako nejsilnější), kontextuální (působí současně s fokálními, vycházejí ze současnosti, z prostředí) a reziduální (vychází z názorů, postojů, povahových rysů či zkušeností jedince). Nedokáže-li se jedinec efektivně adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje maladaptací v adaptačních oblastech (modech). Úlohou sestry je identifikovat maladaptivní chování a stimuly, které k němu vedly a následně pacientovi pomoci k adekvátní adaptaci.

Vlastní analýzu adaptačního modelu, jeho charakteristiku, teoretické předpoklady a východiska shrnuje Pavlíková (2006, s. 128).

Adaptace je procesem přizpůsobování se změnám prostředí. Z prostředí vycházejí stimuly, na které jedinec reaguje a kterým se přizpůsobuje. Pozitivní adaptivní reakce nastane jen tehdy, když jedinec pozitivně reaguje na změny vnějšího nebo vnitřního prostředí. Pozitivní adaptace je procesem podpory fyzické, psychické a sociální integrity jedince, která je nezbytnou podmínkou jeho celistvosti, úplnosti. Neefektivní reakce na změny prostředí vedou ke změně celostnosti jedince.

Stimuly jsou podněty z vnějšího a vnitřního prostředí, které vyvolávají adaptační odpověď, reakci. Pro adaptaci jedince jsou důležité druhy stimulů a adaptační úroveň.

Fokální stimul je podnět, který aktuálně působí na jedince v určitém momentu, na který okamžitě reaguje. Fokální stimul působí na jedince nejrychleji a urychluje jeho adaptivní chování.

Kontextuální stimul je náhodně působící podnět v době vlivu fokálního stimulu, ke kterému má vztah. Fokální stimul působí na jedince současně se stimulem kontextuálním. Kontextuální stimul se vztahuje na okolnosti působení fokálního stimulu.

Reziduální stimul je podnět z osobnostní oblasti jedince, např. vlastnosti, postoje, názory, zkušenosti. Reziduální stimuly jsou poměrně stálé.

Adaptační úroveň je individuální rozsah efektivních reakcí jedince na stimuly. Představuje vlastní rozsah individuálních reakcí jedince na podněty chování. Když stimul překročí hranice adaptační zóny, reakce na něj jsou neefektivní a dochází k porušení integrity jedince.

Reakce na stimuly jsou adaptivní (nepřesahují adaptační úroveň jedince, podporují integritu, růst, vývoj, cíle, zlepšují jeho kontrolu nad prostředím, podporují jeho celistvost), neefektivní stimuly přesahují adaptační úroveň jedince (nepřispívají k dosažení úrovně adaptivních cílů, vedou k dezintegraci jedince).

Adaptační systém jedince se dělí na dva subsystémy, na primární a sekundární. Primární subsystém (kontrolní podsystém) zahrnuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů, překonávání či zvládnání situace. Skládá se z regulátoru a kognátoru. Regulátor reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím nervových, chemických a endokrinních reakcí. Kognátor reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím vyšší nervové činnosti a reakce jsou emočního typu.

Efaktorový subsystém (sekundární podsystém) převádí reakce jedinců do čtyř adaptačních oblastí, tzv. adaptačních modů. Archalousová (2005, s. 101) v souladu s Pavlíkovou (2006, s. 132) uvádějí následující adaptační mody:

1. fyziologická oblast

Obsahuje reakce spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce, zahrnuje dýchání, cirkulaci, výživu, tekutiny, vyprazdňování, aktivitu, odpočinek, spánek a celkovou regulaci (tělesná teplota, smysly, vitální funkce, endokrinní a nervový systém).

2. sebepojetí

Zahrnuje fyzikální, osobnostní a interpersonální složku.

3. rolová funkce

Obsahuje identifikaci a zvládnání rolí, sociální interakce vzhledem k primární, sekundární a terciární roli.

Primární role souvisí s věkem a pohlavím, je relativně trvalá a daná; sekundární role je relativně trvalá a vybraná; terciární role je dočasná. Jednotlivé role je možno znázornit v tzv. rolovém stromu - kmen představuje primární roli, větve sekundární roli a listy terciární roli.

4. vzájemná závislost

Zahrnuje vzájemnou závislost nebo nezávislost během interpersonálních vztahů dvou a více osob při zabezpečování potřeb jedince.

B. Zpracování ošetrovatelské dokumentace podle modelu Callisty Roy

9. 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: V. S.	Pohlaví: muž
Datum narození: 27. 6. 1963	Věk: 45
Adresa bydliště a telefon:	
Adresa příbuzných:	
RČ:	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: kontrolor v truhlářské firmě
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 29. 10. 2008	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: Kožní klinika VFN Praha	Ošetřující lékař:

Důvod přijetí udávaný pacientem: zhoršení stavu, neúspěch ambulantní léčby

Medicínská diagnóza hlavní: Psoriasis vulgaris generalisata

Medicínské diagnózy vedlejší: Arteriální hypertenze I. stupně
Dyslipidémie na dietě
Žilní městky dolních končetin

9. 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 140/90 mmHg	Výška: 183 cm
Puls: 67/min	Hmotnost: 78 kg
Dýchání: fyziologické	BMI: 23,3 kg/m ²
TT: 36,5 st. C	Pohyblivost: normální
	Krevní skupina: 0 Rh negativní

Stav vědomí: orientován místem, časem a prostorem

Nynější onemocnění
Generalizovaná psoriáza s neúspěchem ambulantní léčby.

Informační zdroje

Fyzikální vyšetření, změření základních antropometrických a tělesných ukazatelů, veličin, zdravotnická dokumentace.

9. 3 Anamnéza

9. 3. 1 Rodinná anamnéza

Matka 70 let, stav po infarktu myokardu, chronické srdeční selhávání, stav po transplantaci ledviny, stav po cholecystektomii.

Otec zemřel v 71 letech na generalizaci karcinomu tlustého střeva, jeho otec léčen pro psoriázu.

Sourozenci žádní

Děti

2 synové ve věku 18 a 15 let, starší syn alergický na pyl, léčen pro psoriázu, mladší syn léčen s atopickým ekzémem.

9. 3. 2 Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění

Běžná dětská a infekční onemocnění, srpen 2005 dysurické potíže s normálním sonografickým vyšetřením ledvin.

Hospitalizace a operace

Operace žádné, opakované hospitalizace na Kožní klinice VFN pro exacerbaci a generalizaci psoriázy s neúspěšnou ambulantní léčbou.

Úrazy: žádné

Transfúze: žádné

Očkování: standardní podle očkovacího kalendáře

9. 3. 3 Léková anamnéza

Salicylová vazelína

5% vazelína
1x denně 1. den
keratolytikum

Kamenouhelný dehet

5 % mast
2. - 8. den
antiproliferativní a protizánětlivý účinek

Kamenouhelný dehet

10 % mast
3. - 13. den
antiproliferativní a protizánětlivý účinek

Cignolin

0,01 % krém
9. den na stehna
antiproliferativní účinek

Diprosone

mast
do okluze na noc (ruce)
lokální kortikoid

Raptiva

injekce
82 mg podkožně 1x týdně
imunopresivum

ALERGIE

Léky: neudává
Potraviny: kokos
Chemické látky: neudává
Jiné: náplast

ABUSUS

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří 9 let

Káva: 1x denně

Léky: neužívá

Jiné drogy: neužívá

9. 3. 4 Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění

Srpen 2005 dysurické potíže s normálním sonografickým vyšetřením ledvin.

Poslední návštěva u urologa

srpen 2005

Samovyšetřování varlat

neprovádí

9. 3. 5 Sociální anamnéza

Stav: ženatý

Bytové podmínky: přiměřené

Vztahy, role a interakce v rodině: odpovídající, přiměřené

mimo rodiny: pocit méněcennosti, sledování okolí, depresivní ladění, neztotožnění se s rolí pacienta

Záliby: práce, jízda na kole

Aktivita ve volném čase: jízda na kole

9. 3. 6 Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: kontrolor v truhlářské firmě

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: od vyučení dosud

Vztahy na pracovišti: přiměřené

Ekonomické podmínky: odpovídající vzdělání a pracovnímu zařazení

9. 3. 7 Spirituální anamnéza

Nevěřící

Religiozní praktiky: žádné

9. 4 Utrřídění informací podle modelu C. Royové ze dne 6. 11. 2008

MODY

CHOVÁNÍ

Fyziologické mody

Okysličovánř
a cirkulace

fyziologické
bez odchylek

Tekutiny

přřjem tekutin per os
dostatečný

Stravování

přřjem stravy per os
dostatečný

Eliminace

Moč: vylučování fyziologické
Stolice: vylučování fyziologické

Aktivity
a odpočinek

jřzda na kole
relaxační činnost

Celková regulace organismu

Vitální hodnoty

fyziologické

Smysly

v normě

Endokrinnř
systém

bez odchylek

Sebeuvědomování se

fyzikální nitro

nespokojenost s vlastním vzhledem těla,
zakrývání postižených partiř těla

fokální stimul

aktuální stav choroby, zlepšení - zhoršení projevů

kontextuální stimul

neúspěšná ambulantní léčba

reziduální stimul

podezíravost vůči pozorování okolím, negativní zkušenosti
se vzhledem vlastního těla

Osobnostní nitro	pocit méněcennosti, sklon k depresivnímu ladění
fokální stimul	subjektivní dojem zvýšeného pozorování okolím v souvislosti se zhoršením psoriatických projevů
kontextuální stimul	psychická labilita
reziduální stimul	psychastenie a přemítání o současném a budoucím vlastním životě
Interpersonální nitro	maladaptace vůči okolí v souvislosti se zhoršením kožních projevů, ovlivnění psychických potíží aktuálním tělesným stavem a z toho plynoucí maladaptací na vnější prostředí s nespavostí
fokální stimul	exacerbace projevů vedoucí k pocitům méněcennosti a depresivnímu ladění
kontextuální stimul	přesvědčení o pozorování okolím
reziduální stimul	psychastenické a depresivní ladění
Rolové funkce	
Primární role	bez odchylek, s věkem vyrovnán
Sekundární role	bez odchylek, vyhovuje mu
Terciální role	role pacienta mu nevyhovuje pro způsob aplikace lokální léčby a psychický stres při hospitalizaci
Vzájemná závislost	
Vzájemná závislost	v zabezpečení potřeb a sebepěči je nezávislý na druhé osobě, samostatný

9. 5 Medicínský management

9. 5. 1 Ordinovaná vyšetření

standardní biochemické vyšetření séra
krevní obraz, diferenciální rozpočet, sedimentace erytrocytů
moč chemicky + sediment
elektrokardiogram
snímek plic a srdce

Výsledky vyšetření

Biochemie séra
močovina, kreatinin, kyselina močová, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, glukóza,
minerály v séru - normální hodnoty

celkový cholesterol 6,03 mmol/l, triacylglyceroly 1,58 mmol/l,
HDL cholesterol 1,37 mmol/l, LDL cholesterol 3,95 mmol/l

Hematologické vyšetření
KO + diff. normogram
FW 4/8

Vyšetření moče
moč chemicky + sediment: negativní

Elektrokardiogram
sinusový rytmus 67/min, normální křivka

Rtg snímek nitrohručních orgánů
Srdce nezvětšeno, plíce bez infiltrativních změn, mediastinum štíhlé, bez ložiskových změn. Přiměřený nález na nitrohručních orgánech.

9. 5. 2 Konzervativní léčba

Dieta: s omezením živočišných tuků, s omezením soli

Pohybový režim: bez omezení

RHB: individuální

Výživa: přiměřená

Medikamentózní léčba

- Per os: žádná medikace
- Intravenózní: žádná medikace
- Per rectum: žádná medikace
- Jiná:
 - Lokální terapie: 1. den promazávání 5 % salicylovou vazelínou
 - 2. - 8. den 5 % dehet
 - 3. - 13. den 10 % dehet na projevy
 - 9. den na stehna cignolin
 - průběžně na noc Diprosone mast do okluze na ruce
 - ráno důkladná celotělová koupel

Fototerapie: horské slunce po 1 minutě do celkové dávky 20 minut denně

Celková léčba: Raptiva 82 mg 1x týdně s. c.

9. 5. 3 Chirurgická léčba

žádná, neindikována

9. 6 Situační analýza

45 - letý muž s generalizovanou formou psoriázy na kombinaci lokální léčby, fototerapie a celkové léčby Raptivou s. c. Neúspěšnost dosavadní ambulantní léčby. V aktuálních zdravotních potížích dominují nespokojenost s vlastním vzhledem těla v souvislosti se zhoršením kožních projevů, pocity méněcennosti a z toho plynoucími sklony k depresivnímu ladění. Uvádí dojem zvýšeného pozorování okolím při zhoršeném výsevu psoriatických morf. Projevy maladaptace vůči vnějšímu okolí se sníženou tolerancí k psychickému stresu jsou v souladu s aktuálním zhoršením kožní choroby. Psychastenie s nespavostí, s přemítáním o tělesných a psychických problémech, hodnocení dosavadního života není vázáno jen na nemocniční pobyt, ale je přítomno i v domácím prostředí. V důsledku častých hospitalizací není smířen s rolí pacienta.

Pacient je se svou nemocí seznámen, ale sám si aktivně nové informace o chorobě a její léčbě nevyhledává. Se zájmem se však s novými informacemi o psoriáze seznámí, pokud se k nim dostane prostřednictvím denního tisku. Nemá zájem navštěvovat dobrovolnou organizaci Sdružení psoriatiků a ekzematiků. Podíl na nespavosti jako zhoršujícího faktoru jeho aktuálních psychických potíží mají také starosti o nemocnou matku, o níž doma pečuje. S psoriázou se léčí od roku 1983. Žije společně s rodinou, má 2 syny, z nichž starší se také léčí s psoriázou, mladší je sledován u dermatologa pro atopický ekzém. Tato skutečnost dokumentuje dědičný výskyt psoriázy v rodině. Pracuje jako truhlář v soukromé firmě, kde je denně vystavován nevhodnému prašnému prostředí jako jedné z možných příčin zhoršení kožních projevů. O profesní stigmatizaci si je vědom, ale není schopen ji ovlivnit nebo řešit. O lázeňskou léčbu nejeví zájem, absolvoval několik léčebných pobytů u moře bez výraznějšího efektu na zdravotní stav, proto další pobyty u moře považuje za zbytečné a nepřínosné.

10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální ošetřovatelské diagnózy u pacienta s psoriázou:

- Kožní integrita porušená z důvodu lupénky, projevující se mnohočetnými kožními lézemi se zarudnutím a olupováním kůže
- Obraz těla porušený z důvodu základního kožního onemocnění, projevující se skrýváním postižených tělesných partií a negativními pocity nad vlastním tělem
- Strach ze zhoršení choroby z důvodu neúspěšné a selhávající ambulantní léčby, projevující se zvýšeným psychickým napětím se sklonem k somatickým projevům
- Spánek porušený z důvodu psychické lability, projevující se obtížným usínáním, vícečetným probouzením a přemítáním o svém současném životě
- Adaptace porušená z důvodu chronického kožního onemocnění, projevující se pocity zvýšené pozornosti okolí vůči jeho tělu a sníženou tolerancí k psychickému stresu

Další možné **potenciální ošetřovatelské diagnózy** u pacienta s psoriázou:

- Infekce, riziko vzniku z důvodu nedodržení aseptického přístupu při aplikaci lokálních léčiv na kůži
- Bolest vyplývající z rozsáhlých psoriatických ložiskových změn a postižení kloubů, projevující se možnou omezenou pohyblivostí
- Péče o sebe sama nedostatečná, projevující se zhoršením psoriatických projevů a nedodržováním zásad osobní hygieny, včetně používání nevhodných kosmetických přípravků
- Společenská izolace z důvodu chronického kožního onemocnění, kterou pacient vnímá jako vynucenou
- Role pacienta porušená, projevující se neschopností vyrovnat se s chronickým kožním onemocněním a nutností aplikace lokálních léčiv
- Porušená sebeúcta v souvislosti s horšícími se kožními změnami, projevující se změnami v emocionální složce v důsledku frustrujících situací a ne zcela optimální spoluprací pacienta

11 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE A INTERVENCE

1 Kožní integrita porušená z důvodu lupénky, projevující se mnohočetnými kožními lézemi se zarudnutím a olupováním kůže

Priorita: střední

Cíle

CK: Pacient je do 24h seznámen s tím, co projevy lupénky zhoršuje.

CK: Pacient se do 24h aktivně účastní na léčebném programu.

CD: U pacienta se do měsíce obnoví celistvost kůže a zhojí se psoriatické léze.

CD: Pacient se bude přiměřeně starat o sebe a získá vědomosti o postupu a zvládnání kožních problémů - do dvou týdnů.

CD: Pacient má do týdne dostatek informací o lokální a biologické léčbě lupénky.

Výsledná kritéria

Kůže pacienta je neporušená a nevyskytují se na ní psoriatické léze.

Pacient si sám aplikuje jednou týdně Raptivu.

Pacient zná přesný postup lokální léčby a provádí ho.

Intervence

Posuďte, do jaké míry postihují kožní projevy psychiku pacienta, společenské uplatnění nebo pracovní zařazení. /sestra

Sledujte proces hojení kožních lézí a ošetřujte je dle pokynů lékaře. /sestra

Zachovávejte zásady asepse při ošetřování psoriatických lézí, na postižená místa aplikujte lokální léčiva. /sestra

Provádějte častou výměnu osobního i ložního prádla, dbejte na to, aby lůžkoviny nebyly drsné. /sestra

Pomáhejte pacientovi překovávat jeho pocity méněcennosti. /sestra

Realizace 6. 11. 2008

- 8. 30 hod. Aplikace lokálních léčiv. J. E.
- 8. 45 hod. Seznámit se zásadami samoošetřování kůže a aplikací místních léčiv. J. E.
- 9. 00 hod. Zdůraznit preventivní opatření k zabránění zhoršení kožních projevů. J. E.
- 9. 00 hod. Vyřadit nevhodné činnosti, které mohou zhoršit kožní příznaky. J. E.
- 9. 30 hod. Zhodnotit úroveň sebepéče. J. E.
- 9. 30 hod. Instruovat v péči o hygieně lůžka (znečištění lůžka dehtem). J. E.
- 9. 45 hod. Informovat o použití vhodných kosmetických přípravků a balneoterapeutik s příměsí dehtu v péči o kůži (odstranění šupin, nedráždivé přípravky). J. E.
- 9.45 hod. K odstranění zbytků dehtových mastí používat rostlinný olej. J. E.

Hodnocení

Kožní léze byly zhojeny. Cíle bylo dosaženo. Ošetřovatelská diagnóza ukončena.

2 Obraz těla porušený z důvodu základního kožního onemocnění, projevující se skrýváním postižených tělesných partií a negativními pocity nad vlastním tělem

Priorita: střední

Cíle

CD: Zahnutí změny obrazu těla do sebezpečí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti - do dvou měsíců.

CD: Hledání informací a aktivní úsilí o překonání problémů - do dvou týdnů.

CD: Uznání vlastní odpovědnosti za sebe sama - do dvou týdnů.

CD: Pochopení tělesných změn - do týdne.

Výsledná kritéria

Pacient otevřeně diskutuje o svých pocitech a o svém vzhledu.

Pacient popíše, jaké má negativní pocity nad vlastním tělem.

Intervence

Posuďte psychický vliv nemoci na pacientův emoční stav. /sestra

Všimněte si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy. /sestra

Vybídněte pacienta, aby popsal sám sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek. /sestra

Uvědomte si, jak se pacient domnívá, že na něj pohlíží ostatní. /sestra

Posuďte současnou úroveň adaptace a pokroku. /sestra

Vytvořte terapeutický vztah naplněný starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou. /sestra

Doporučte vhodné podpůrné skupiny. /sestra

Realizace 6. 11. 2008

10. 00 hod. Rozhovor s obsahem zaměřeným na přijetí a sebereflexi základního kožního onemocnění a pokusit se o přijetí role pacienta v maximální možné míře s respektováním individuality nemocného. J. E.
10. 15 hod. Respektovat stud nemocného. J. E.
10. 15 hod. Zajistit intimitu pacienta s rozsáhlým postižením kůže při ošetřování projevů. J. E.

Hodnocení

Kožní projevy léčbou zmírněny a zhojeny jizvami. Přetrvávají negativní pocity nad vlastním tělem. Cíl byl částečně splněn. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává.

3 Strach ze zhoršení choroby z důvodu neúspěšné a selhávající ambulantní léčby, projevující se zvýšeným psychickým napětím se sklonem k somatickým projevům

Priorita: střední

Cíle

CK: Pacient si uvědomuje příčiny strachu do 24h.

CK: Pochopit strach a jeho příčinu, diskutovat o něm, umět odlišit zdravý strach od nezdravého - do 24h.

CD: Dávat najevo přiměřeně spektrum citů a zmírněný strach - do dvou týdnů.

CD: Pacient se do dvou týdnů naučí techniky zvládnání strachu.

Výsledná kritéria

Pacient reálně zhodnotí danou situaci i všechny okolnosti.

Pacient dovede popsat strach ze zhoršení projevů lupénky.

Intervence

Pobízejte pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity. /sestra

Uznejte užitečnost strachu v péči o vlastní osobu a přiměřenou komunikací s pacientem se jej snažte eliminovat a zmírnit. /sestra

Dle vhodnosti vysvětlíte vztah mezi nemocí a příznaky. /sestra

Dejte najevo, že pacient je tím, kdo je odpovědný za řešení a posilujte jeho smysl pro kontrolu nad věcmi. /sestra

Realizace 6. 11. 2008

10. 30 hod. Pacientovi byla nabídnuta možnost konzultace s psychoterapeutem a možnost zapojit se aktivně do činnosti psychoterapeutické skupiny. J. E.

10. 45 hod. Byla zdůrazněna účinnost komplexní moderní léčby psoriázy s použitím efektivní biologické léčby. J. E.

11. 00 hod. Nabídnuto zvážení možnosti psychofarmakologické intervence po konzultaci s ošetřujícím lékařem. J. E.

Hodnocení

I když stávající léčbou byla choroba zlepšena a stabilizována, přetrvává strach z jejího stálého zhoršování. Cíle nebylo dosaženo. Ošetřovatelská diagnóza přetrvává.

4 Spánek porušený z důvodu psychické labilit, projevující se obtížným usínáním, vícečetným probouzením a přemítáním o svém současném životě

Priorita: střední

Cíle

CK: Slovně vyjádřit pochopení poruchy spánku - do 24h.

CD: Zlepšení spánku a odpočinku - do dvou týdnů.

CD: Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti - do dvou týdnů.

CD: Pacient má do dvou týdnů fyziologický spánek.

CD: Pacient spí celou noc bez probuzení - do dvou týdnů.

Výsledná kritéria

Pacient chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku.

Pacient ví o možnosti požádat o léky na spaní.

Pacient nespí během dne.

Intervence

Sledujte průměrnou délku spánku pacienta. /sestra

Nerušte zbytečně spánek pacienta. /sestra

Sledujte účinnost a efektivnost léků na spaní. /sestra

Umožněte pacientovi před spaním činnosti, na které je zvyklý. /sestra

Realizace 6. 11. 2008

18. 00 hod. Pacient má vyvětraný pokoj. J. E.

18. 15 hod. Pacient byl poučen o odstranění vnějších rušivých faktorů (vybavení ložnice pohodlným lůžkem, přiměřená teplota v místnosti, ochrana proti zevnímu hluku). J. E.

18. 30 hod. Pacient byl seznámen s dodržováním spánkové hygieny (maximálně 4 – 5 hodin před usnutím požívat kávu, čaj, kolu, čokoládu, lehká večeře, omezení alkoholu, fyzická aktivita nejdéle 4 hodiny před usnutím). J. E.

Hodnocení

Nespavost nebyla ovlivněna, přetrvává dále i v domácím prostředí. Farmakologickou podporu hypnotiky pacient odmítá. Cíle nebylo dosaženo. Ošetřovatelská diagnóza přetrvává.

5 Adaptace porušená z důvodu chronického kožního onemocnění, projevující se pocity zvýšené pozornosti okolí vůči jeho tělu a sníženou tolerancí k psychickému stresu

Priorita: střední

Cíle

CD: Schopnost převzít odpovědnost za osobní potřeby, pokud je to možné - do týdne.

CD: Zahájení změn životního stylu, které umožní adaptaci na současnou životní situaci - do týdne.

CD: Rozpoznání stresových situací, vedoucích k porušené adaptaci a nalezení cesty jak je řešit - do jednoho měsíce.

CD: Nalezení a využívání vhodných podpůrných systémů - do dvou měsíců.

Výsledná kritéria

Pacient vyjmenuje stresové situace, při kterých vykazuje známky porušené adaptace.

Pacient zvládá stresové situace.

Pacient projevuje zvýšené sebevědomí a sebeúctu.

Pacient se aktivně zapojuje do společenského života (např. Sdružení psoriatiků).

Intervence

Vyslechněte pacienta a zjistěte jeho náhled na neschopnost přizpůsobit se současné situaci. /sestra

Nepřehlédněte projevy emocí, signalizující zhoršenou přizpůsobivost pacienta. /sestra

Proberte s pacientem různé životní situace a změny rolí, z nichž jsou patrné jeho schopnosti a dovednosti. /sestra

Využijte terapeutické komunikační dovednosti (aktivní naslouchání, uznání, pomlky a výroky v první osobě). /sestra

Během každodenní péče si povšimněte frustrace nemocného a pomozte mu s řešením problémů. /sestra

Realizace 6. 11. 2008

- 13.1 5 hod. Snaha o odstranění nebo zmírnění příznaků maladaptace vyřešením jejich příčiny nebo zaujetím neutrálního postoje vůči nim. J. E.
13. 30 hod. Smířit se s neuspokojivou a frustrující situací. J. E.
13. 45 hod. Nácvik změny postoje k obsedantním myšlenkám. J. E.
15. 00 hod. Snaha o posílení kritičnosti, soudnosti a rozumové složky osobnosti. J. E.
15. 00 hod. Zdůraznit motivující vliv pozitivní rodinné vazby na průběh kožního onemocnění. J.E.
15. 30 hod. Informovat pacienta o Sdružení psoriaticků a umožnit mu s ním kontakt. J. E.
16. 00 hod. Možnost nácviku autogenních, relaxačních, behaviorálních metod a technik. J. E.

Hodnocení

Psychické potíže plynoucí z maladaptace a nepřijatá role pacienta jsou trvalé a jsou fixovány ve struktuře introvertní osobnosti se sklonem k pesimismu. Pacient nemá zájem uvedené problémy řešit s pomocí psychologa či psychoterapeuta. Cíle nebylo dosaženo. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává.

Celkové hodnocení

Pacient je seznámen se svým onemocněním a ví jaké faktory psoriázu zhoršují. Pacient dodržuje léčebný režim a aktivně se na něm podílí. Stanovení cílů a intervencí bylo částečně efektivní. U ošetrovatelské diagnózy kožní integrita porušená se podařilo cíle dosáhnout. U ošetrovatelské diagnózy obraz těla porušený se podařilo cíl splnit jen částečně. U zbývajících ošetrovatelských diagnóz (strach ze zhoršení choroby, spánek porušený, adaptace porušená) cíle nebylo dosaženo. Ve všech uvedených aktuálních ošetrovatelských diagnózách se odráží pacientův psychický stav. Podle jeho vlastního názoru a přesvědčení se s kožní chorobou nikdy nevyrovnal a nevyrovná, pro svou introvertní povahu pacient dále nechce řešit své psychické problémy za pomoci psychologa nebo psychoterapeuta.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou se zabývá managementem ošetrovatelské péče u konkrétního nemocného s generalizovanou formou psoriázy.

Psoriasis vulgaris je chronické kožní onemocnění s různými klinickými projevy a formami. Vyskytuje se nejčastěji v dospělém věku. Příčinnými mechanismy vzniku choroby jsou genetické a imunologické odchylky vedoucí k imunitnímu zánětu, histologickým známkám hyperkeratózy a parakeratózy. Název onemocnění je odvozen od řeckého slova psóra - šupina.

Mezi základní postupy ošetrovatelské péče u psoriázy patří lokální a systémová léčba včetně použití biologik a fototerapie. Další nedílnou součástí péče o nemocného s psoriázou je individuální psychoterapie a možnost jeho edukace.

Dosavadní neúspěšná standardní ambulantní léčba kožního onemocnění vedla k jeho nedostatečné kontrole s negativními dopady na psychiku nemocného a jeho kvalitu života. K podstatnému zlepšení došlo až po zahájení aplikace biologické léčby Raptivou.

Terapie psoriázy biologiky představuje novou éru v léčbě tohoto chronického onemocnění, které výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Biologická léčba umožňuje většinou i nejzávažnější případy uvést do dlouhodobé remise. Umožňuje zredukovat prakticky na minimum potřebu lokálního ošetřování kůže, omezuje pohybové i klidové bolesti kloubního aparátu, umožňuje obnovení společenských a sociálních kontaktů.

Základním cílem bakalářské práce bylo zodpovězení otázky, zda současný léčebný a ošetrovatelský arzenál, individuální psychologický přístup může navodit subjektivní pocit zlepšení somatického a psychického zdraví u jednotlivce postiženého generalizovanou psoriázou a vést tak k jeho navrácení do aktivního života včetně obnovení společenských a sociálních vztahů.

I když je psoriáza onemocnění, které neohrožuje bezprostředně život nemocného, přesto má značný negativní dopad na kvalitu života, vede k jejímu zhoršení a k různým psychickým poruchám a odchylkám, např. k pocitům méněcennosti a zvýšeného pozorování okolím, depresivnímu ladění, vedoucím až k sociální izolaci, frustraci základních potřeb a poruchám adaptace. Je to dáno jednak incidencí psoriázy a jednak dlouhodobým, často recidivujícím průběhem, který z ní činí jak zdravotní, tak i sociální, pacienty těžce postihující onemocnění. Podle Semrádové (2004) je při speciálním psychologickém vyšetření pacientů zjištěna řada psychopatologických rysů a dokonce i vyšší riziko suicidálních pokusů.

Vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním, kožním systémem a behaviorálními přístupy se zabývá psychodermatologie. Podle Pánkové a Taraby (2005) psychosomatické poruchy zasahují do více regulačních rovin: psychických, neuronálně vegetativních, endokrinních i imunitních. Neřešené obtíže v oblasti mezilidských vztahů bývají zdrojem a spouštěčem psychosociální zátěže, která rovněž aktivuje stresovou osu a navozuje psychosomatické poruchy.

Pánková R. (2004) dále uvádí, že u psychosomatických kožních pacientů pozorujeme somatizaci psychických a sociálních problémů, snížené sebehodnocení, poruchy vnímání vlastního těla, narušené mezilidské vztahy, pocity viny a zklamání. Někteří pacienti jsou úzkostní, depresivní, obávají se sociální izolace, mnozí omezením sociálních kontaktů strádají.

Záhejský (2006) zdůrazňuje, že řada zánětlivých dermatóz, včetně psoriázy, je provokována psychickým stresem. Navíc se při etiopatogeneze těchto onemocnění, stejně jako při dalších event. exacerbacích, uplatňují fyzikální inzulty (stimuly) ze zevního prostředí, působící na kožní povrch. Předpokládá pak, že v důsledku psychického stresu dochází ke snížení prahů pro nežádoucí působení těchto stimulů.

Kožní nemoci výrazně ovlivňují kvalitu života nemocných. Potvrzují to výsledky řady klinických studií publikovaných v odborných časopisech. Životní omezení psoriázou se např. rovná omezením u angíny pectoris a hypertenzi.

Semrádová (2004) uvádí, že při rozsáhlejší postizení psoriázou bývá výrazně zhoršená kvalita života pacientů. Subjektivní potíže jako svědění, pálení a bolesti kloubů mohou zúžit i běžné denní činnosti. Změny viditelné na kůži mohou mít i vážné psychické následky. Tyto i další faktory přímo spojené s psoriázou mohou vyvolat četné problémy v zaměstnání, vyloučení ze společenského života, sexuální problémy a deprese.

Psychologický význam kůže je znám v každém období lidského života a vyplývá z její funkční činnosti. Kůže je orgán kontaktu se životním prostředím, reaguje na životní prostředí, ale i na vnitřní prostředí organismu, zprostředkuje smyslové vnímání a vytváří příznivý či nepříznivý společenský dojem. Viditelnost kožních klinických projevů, vědomé i mimovolné představy o chorobě, strach před nákazou, pocity viny, zahanbení a ošklivost bývají spojovány se zápornými charakterovými vlastnostmi.

Komplexní léčba psoriázy mimo standardní postupy rovněž zahrnuje psychoterapii včetně rodinné, zlepšení kvality života pacientů s chronickými dermatózami je součástí mezioborové spolupráce dermatologa a klinického psychologa. Přínosem je i činnost podpůrných svépomocných skupin pacientů.

Součástí komplexní péče o psoriatika, zmírňující negativní dopady onemocnění na psychiku nemocného, je např. i členství v dobrovolné organizaci Sdružení psoriatiků a ekzematiků, kde si mohou členové vzájemně sdělovat a vyměňovat své zkušenosti z léčby, edukovat se formou studia aktuálního písemnictví, sledovat videozáznamy a videokonference. Další možností je absolvování lázeňské přímořské léčby s využitím příznivých účinků slané mořské vody a přírodní helioterapie.

Všichni nemocní psoriázou však takovou možnost doplňující léčby nejsou ochotni preferovat a tolerovat.

Na základě rozboru zdravotního stavu jednotlivce jsem dospěl k závěru, že současná komplexní léčba psoriázy společně s důslednou ošetrovatelskou péčí vede jak k ústupu kožních projevů, tak i ke zlepšení kvality života a zpětného nabytí pocitu duševního zdraví. Navozuje dlouhodobou klinickou remisi onemocnění, napomáhá obnovení společenských a sociálních kontaktů. Nezastupitelná je úloha sestry v procesu možnosti vyrovnání se klienta s chorobou.

Změny vývoje kvality života u nemocných s psoriázou je možné objektivizovat např. využitím dotazníků s bodovým hodnocením. Toto však nebylo možné v uvedeném konkrétním případě provést z časových důvodů. Nezbytnou součástí péče o nemocného s psoriázou je i edukační činnost sestry.

Edukace však nemohla být důsledně a racionálně prováděna z důvodu nezájmu pacienta účastnit se edukačního procesu a dále rovněž fixací jeho psychických obtíží, projevujících se psychastenii a akcentovanou maladaptací na nemocniční prostředí a roli hospitalizovaného pacienta.

Určitou nevýhodu dále spatřuji rovněž v mém krátkodobém pobytu na Dermatovenerologické klinice a z toho plynoucí nemožnosti lépe posoudit a dokumentovat dynamiku uvedených somatických kožních a psychických změn u konkrétního nemocného s generalizovanou formou psoriázy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe.*

Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. - Nucleus HK, 2005.
108 s. ISBN 80-86225-63-1.

BENÁKOVÁ, N.; ETTLER, K.; ŠTORK, J.; VAŠKŮ, V. *Psoriáza nejen pro praxi.*
Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5.

BENÁKOVÁ, N. *Lupénka v otázkách a odpovědích*, příručka pro pacienty. Praha: Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X.

BENÁKOVÁ, N. *Dermatologie v kazuistikách.* Praha: Mladá fronta a. s., 2008.
223 s. ISBN 978-80-204-1875-3.

BENÁKOVÁ, N. *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie 2006/2007.* 294 s. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-855-7.

ČERVINKOVÁ, E. *Ošetrovatelské diagnózy.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.

DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelství 1. a 2. díl.*
Martin: Osveta, 1995. 1 474 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.* Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MARTÍNKOVÁ, J. *Předepisování léků.* Praha: Univerzita Karlova, 1982,
134 s. , jako skriptum pro posluchače Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

NOŽIČKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie.* Praha: Karolinum, 2003. 155 s. ISBN 80-246-0538-X.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha: Grada Publishing, 2006.
152 s. ISBN 80-247-1211-3.

Pharmindex BREVÍŘ 2008. 17. vydání, Praha: Medical Tribune, s.r.o., 2008.
1219 s. ISBN 978-80-87135-05-01.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV (dermatologie, oftalmologie, ORL a stomatologie).*

Praha: Grada Publishing, 2008. 224 s. ISBN 978-80-247-2506-2.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství.* Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén 2008. ISBN 978-80-7262-371-6. Praha: Karolinum 2008. 501 s. ISBN 978-80-246-1360-4.

ZÁHEJSKÝ, J. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika*. Praha: Grada Publishing, 2006. 133 s. ISBN 80-247-1551-1.

Internetové zdroje

ARENBERGER, P. *Psoriasis vulgaris - projevy a současné možnosti léčby* [online]. Praha: Dermatovenerologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2006. Dostupné na internetu: < www.spae.cz/Portals/0/psoriazapou.doc >.

ARENBERGER, P. *Psoriasis vulgaris - nejnovější poznatky o léčbě* [online]. Praha: Dermatovenerologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2006. Dostupné na internetu: < www.zdravcentra.cz/cps/rde/xber/zc/Psoriasis_vulgaris.pdf >.

KUKLOVÁ, I.: *Psoriasis vulgaris*. Portál 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha [online], 12. 1. 2007. Dostupný na internetu: < <http://www.portal.lf1.cuni.cz/clanek-592-psoriasis-vulgaris> >. ISSN 1803-6619

PÁNKOVÁ, R. *Současná dermatovenerologie a psychosomatické myšlení* [online], 2004. Dostupné na internetu: < www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004 >.

PÁNKOVÁ, R.; TARABA, P. *Psychodermatologie a psychosomatický přístup* [online], 2005. Dostupné na internetu: < www.psychodermatologie.cz >.

SEMRÁDOVÁ, V. *Seznam zpracovaných standardů oboru Dermatovenerologie - psoriasis vulgaris* [online]. Dostupné na internetu: < www.lfhk.cuni.cz/dermat/standards/psoriasis.htm >.

Druhy psoriázy [online]. Stránky pro pacienty. Dostupné na internetu: < <http://www.psorinfo.com> >.

Časopisové zdroje a publikace

HERCOGOVÁ, J. *Farmakoterapie psoriázy*. In Remedia. Roč. 16, číslo 4/2006. Praha: Nakladatelství a vydavatelství Remedia, s.r.o., vydání 16. 4. 2006.

KABÁT, J. *Můj život s lupénkou*. In Psychologie dnes, 2008. Roč. 14, č. 7/8. ISSN 1212-9607.

KANTNER, V. *Lupénku je možné léčit, nikoliv trvale vyléčit*. In Regena, 2005. Roč. 15, č. 5. ISSN 1212-2289.

SEMRÁDOVÁ, V. *Kvalita života nemocných s psoriázou*. In Sborník abstrakt, 2004. Brno: 1. Dermatovenerologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice U svaté Anny.

SVAČINA, Š. *Metabolický syndrom 2009*. In Sborník přednášek. Praha: JS Partner s.r.o., JS Press. 1. vydání, rok 2009. 978-80-87036-34-1.

Elektronické dokumenty

České lázně a lázeňství - elektronická podoba [CD-ROM].
Projekt Destinační management a vytváření produktů v cestovním ruchu. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2007.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Přehled laboratorních vyšetření
 Tabulka 1 - Biochemické vyšetření séra
 Tabulka 2 - Hematologické vyšetření
 Tabulka 3 - Vyšetření moče a sedimentu
- Příloha č. 2 Fotodokumentace pacienta
- Příloha č. 3 Kontakty odborných společností a organizací
- Příloha č. 4 Přehled lázní indikovaných k léčbě psoriázy, indikace léčby
- Příloha č. 5 Léčba psoriázy biologiky
- Příloha č. 6 Použití lokálních léčiv v dermatologii
- Příloha č. 7 Provokační vlivy a faktory zhoršující psoriázu

1 Přehled laboratorních vyšetření

Tabulka 1 - Biochemické vyšetření séra

Název vyšetření	Výsledek-jednotky	Referenční interval
Urea	2,84 mmol/l	2,80 - 7,20
Kreatinin	91 umol/l	55,0 - 110,0
Kyselina močová	350 umol/l	208 - 428
Bilirubin	15,5 umol/l	0,0 - 20,0
Bilirubin konjugovaný	3,10 umol//	0,0 - 3,40
ALT	0,33 ukat/l	0,0 - 0,75
AST	0,52 ukat/l	0,0 - 0,58
GMT	0,65 ukat/l	0,0 - 0,92
Alkalická fosfatáza	1,58 ukat/l	0,65 - 2,35
Glukóza	4,82 mmol/l	4,10 - 5,60
Cholesterol	6,03 mmol/l	0,5 - 5,20
LDL cholesterol	3,95 mmol/l	1,0 - 4,0
HDL cholesterol	1,37 mmol/l	1,4 - 3,0
Triacylglyceroly	1,58 mmol/l	0,0 - 1,7
Sodík	141 mmol/l	137 - 146
Draslík	4,2 mmol/l	3,6 - 5,4
Chloridy	102 mmol/l	98 – 108
CRP	0,70 mg/l	0,0 - 5,0

Tabulka 2 - Hematologické vyšetření

Název vyšetření	Výsledek- jednotky	Referenční interval
Leukocyty	7,7 10/9/l	4 - 10
Erytrocyty	4,59 10/12/l	4,5 - 5,9
Hemoglobin	146 g/l	140 - 180
Hematokrit	43 %	42 - 52
MCV	93,7 fl	80 - 100
Trombocyty	200 10/9/l	140 - 440
Segmenty	0,509 a. j.	0,47 - 0,70
Lymfocyty	0,389 a. j.	0,20 - 0,45
Monocyty	0,061 a. j.	0,020 - 0,10
Eosinofily	0,024 a. j.	0,0 - 0,050
Basofily	0,018 a. j.	0,0 - 0,020
FW 1	4	0 - 20
FW 2	8	0 - 40

Tabulka 3 - Vyšetření moče a sedimentu

Název vyšetření	Výsledek - jednotky
Specifická hmotnost	1 020
pH	5
Leukocyty	Negativní
Nitrity	Negativní
Bílkovina	0 j.
Glukóza	0 j.
Ketolátky	0 j.
Urobilinogen	0 j.
Bilirubin	0 j.
Krev	1 j.
U-erytrocyty	1 - 4
U-leukocyty	Ojediněle
Válce hyalinní	0
Válce granulované	0
Válce leukocytární	0
Epitelie ploché	0
Epitelie kulaté	0
Hlen	0
Bakterie	0

2 Fotodokumentace (porovnání před léčbou a po léčbě Raptivou)

Zapůjčena se souhlasem pacienta V. S. a archívu Dermatovenerologické kliniky VFN.



Obrázek 1 – psoriatické projevy před zahájením léčby Raptivou



Obrázek 2 – psoriatické projevy po ukončení léčby Raptivou

3 Kontakty odborných společností a organizací

Česká dermatovenerologická společnost: < www.derm.cz >

Slovenská dermatovenerologická společnost: < www.sds-sk.sk >

Evropská akademie dermatovenerologie: < www.eadv.org >

International Federation of Psoriasis Associations (IFPA): < www.ifpa-pso.org >

Společnost psoriaticů a atopických ekzematiků: < www.spae.cz >

4 Přehled lázní pro léčbu psoriázy

Dolní Lipová v Jeseníkách

Ostrožská Nová Ves u Uherského Hradiště

Kostelec u Zlína

Kynžvart (pro děti od 2 let)

Dolní Lipová (pro děti od 3 let)

Smrdáky (SR)

Pro léčení pacientů s psoriatickou artritidou:

Lázně Darkov

Lázně Kynžvart

Lázně Velichovky

Lázně Teplice nad Bečvou

Lázně Bělohrad

Lázně Slatinice

Lázeňská léčba může přispět k dlouhodobému zklidnění potíží, úspěšná je obzvláště tam, kde je podpořena vytrvalostí a disciplínou klienta. Změna prostředí a adaptace je spolu s vytvářením nových reakcí a stereotypů velmi důležitý faktor. Klient je vystaven klimatickým podmínkám v prostředí s nejčistším ovzduším, je podrobován hojivým a očistným procedurám s využitím přírodních léčivých zdrojů. Ke zklidnění kožních projevů se používají různé i bylinné koupele, fyzikální léčba, např. pozitivní účinky světla v celém jeho spektru (viditelné světlo, infračervené a ultrafialové světlo).

Ke zklidnění psoriatických projevů na kůži pomáhají sirmé prameny. Nezbytnou součástí léčby je i pohybová terapie při postižení kloubů psoriatickou artropatií. Odezva lázeňské léčby přetrvává po ukončení mnohdy půl roku, i déle. Zlepšuje se kvalita života klientů a snižuje se spotřeba medicínských přípravků. Mezi léčebné procedury patří sirmé koupele, přísadové koupele - bylinné a uhličitě, světloléčba - laser, infračervené a ultrafialové světlo, ostatní metody fyzikální terapie, masáže a pohybová léčba .

5 Léčba psoriázy biologiky

Biologika jsou biotechnologicky vyráběné přípravky, které cíleně zasahují na molekulární úrovni do patologicky změněných imunitních dějů uplatňujících se v etiopatogenezi psoriázy.

Dosavadní zkušenosti s biologickou léčbou svědčí pro to, že biologika mají méně nežádoucích účinků než léčiva dosud užívaná v celkové terapii psoriázy a na rozdíl od nich nevykazují známky lékových interakcí ani rizik kumulativního toxického působení při dlouhodobém podání. Nevyžadují nákladná kontrolní vyšetření v průběhu léčby, snižují pracovní neschopnost i četnost hospitalizací a také omezují nepřímé náklady spojené s léčbou. Při volbě biologika je významná řada faktorů zahrnujících typ, průběh a závažnost psoriázy, dále komorbiditu, kontraindikace a také zkušenost lékaře a preference pacienta i aktuální dostupnost biologik (Benáková, Vašků, 2008, s. 195).

Infliximab je chimérická monoklonální protilátka proti TNF alfa. K jeho indikacím patří středně těžká nebo těžká psoriáza, Crohnova choroba, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida (Bechtěrevova choroba) a psoriatická artritida. Je používán v monoterapii nebo v kombinaci s metotrexátem. V průběhu léčby infliximabem je popisována ztráta účinnosti či selhání léčby v důsledku vzniku tvorby neutralizujících protilátek proti tomuto přípravku. Tvorba neutralizujících protilátek proti biologikům je popisována u všech těchto preparátů, nejméně často u efalizumabu, nejčastěji u infliximabu, což souvisí s jeho chimérickou povahou. Při selhání léčby infliximabem je v literatuře popisován dobrý efekt přechodu na jiný anti - TNF preparát, jako je etanercept nebo adalimumab (Benáková, Vašků, 2008, s. 197).

Adalimumab je rekombinantní plně humanizovaná monoklonální protilátka proti TNF alfa. Váže se na solubilní a transmembránovou formu TNF alfa a takto vytvořené komplexy vážou komplement, což vede k indukci apoptózy a lýze buněk produkujících TNF alfa s následným rozpadem granulomů. Doposud je s velmi dobrým efektem užíván k léčbě revmatoidní a psoriatické artritidy, předpokládá se i jeho rutinní využití v dalších indikacích včetně psoriázy. Většina nežádoucích účinků je nezávažných a zahrnují nejčastěji běžné respirační infekce, bolesti hlavy, myalgie, lokální reakce v místě vpichu. Vzácně se mohou objevit závažné nežádoucí účinky (Benáková, 2008, s. 213).

Efalizumab je rekombinační humanizovaná monoklonální protilátka proti adhezivní molekule exprimované na povrchu T lymfocytů. Blokuje vazbu adhezivních molekul na povrchu keratinocytů a endotelových buněk v psoriatických projevech, dochází tak k zábraně aktivace T lymfocytů a jejich migraci do kůže. Je určen pro pacienty s dominujícím kožním postižením a je lékem volby u pacientů s kontraindikacemi pro anti - TNF léčbu. Pokud má pacient současně s kožními projevy i psoriatickou artropatii, jeví se jako lékem volby anti - TNF alfa preparáty (etanercept, infliximab, adalimumab). Zkušenosti s efalizumabem (Raptiva) jsou od r. 2005, kdy byl u nás registrován. Nejčastější nežádoucí účinky jsou do dvou dnů po aplikaci. Patří mezi ně bolesti hlavy, zvracení, bolesti svalů. Výskyt závažných nežádoucích účinků byl pozorován u 2 - 3 % pacientů (Hercogová, 2008). Jednalo se o závažné infekce nebo vznik nádorového onemocnění. V 0,3 % pacientů byla popsána trombocytopenie (Hercogová, 2008). Množství a závažnost nežádoucích účinků se neměnily s délkou terapie. Efalizumab je určen k dlouhodobé kontinuální terapii chronické stacionární

formy psoriázy bez postižení kloubů. U dlouhodobě imunosuprimovaných pacientů se objevuje výrazně vyšší výskyt aktinických keratóz a spinocelulárních karcinomů kůže v důsledku expozice ultrafialovému záření. Proto i u pacientů na dlouhodobé léčbě biologiky je doporučována účinná fotoprotekce. Před zahájením léčby je kromě standardních vyšetření prováděno ještě serologické vyšetření na hepatitidu B (popsáno několik případů aktivace viru hepatitidy B při dlouhodobé imunosupresivní léčbě) a vyšetření autoprotilátek pro riziko aktivace autoimunních a systémových onemocnění, např. systémový lupus erythematosus (Benáková, Hercogová, 2008, s. 220).

Přehled biologik

(Benáková, 2006, s. 19)

Lék	alefacept	efalizumab	etanercept	infiximab	adalimumab
aplikace	podkožně, nitrosvalově	podkožně	podkožně	nitrožilně	podkožně
indikace	neregistrován	středně těžká až těžká ložisková psoriáza dospělých	středně těžká až těžká ložisková psoriáza dospělých, psoriatická artritida, revmatoidní artritida, Bechtěrevova choroba	středně těžká až těžká ložisková psoriáza dospělých, psoriatická artritida, revmatoidní artritida, Bechtěrevova choroba, Crohnova choroba	revmatoidní artritida dospělých, psoriatická artritida
název	Amevive	Raptiva	Enbrel	Remicade	Humira

6 Použití lokálních léčiv v dermatologii

Léčivo je jakákoliv látka nebo směs látek, které se podávají nemocnému pro léčení nebo mírnění příznaků chorob, pro ovlivnění funkcí organismu, pro určení diagnózy nebo pro předcházení vzniku nemoci. Léky dostávají farmaceutickou úpravou svoji konečnou podobu a pacientovi se mohou aplikovat v různých formách.

Léky aplikované na kůži působí nejvíce v místě aplikace. Podávají se většinou při kožních onemocněních a jedná se o masti, pasty, krémy, gely, spreje, prášky a roztoky. Farmakologickou charakteristiku jednotlivých lékových forem pro lokální užití uvádí Martínková (1982, s. 61).

Masti jsou přípravky za obvyčejné teploty roztíratelné, při teplotě těla měknoucí, určené k natírání na kůži nebo sliznici. Za obvyčejné teploty jsou zpravidla polotuhé konzistence. Mají účinky krycí, penetrační a resorpční. Jako masťové základy se používají žlutá a bílá vazelína, rostlinné oleje (olej slunečnicový, olivový, lněný), vosky (tekutý parafín, vepřové sádlo). Jsou nesnadno omyvatelné vodou. Jako emulgující masťový základ se užívá vosk z ovčí vlny, jež dává s vodou lanolin. Hydrofilní masťové základy jsou snadno omyvatelné vodou, například glycerinová a makrogolová mast.

Krémy obsahují masťové základy, které mají více než 10 % vody. Jsou snadno roztíratelné a chladivé. Používají se jako kosmetické výživné krémy nebo jako unguentum leniens.

Pasty jsou suspenzní, případně suspenzně emulzní přípravky s obsahem práškovitých léčiv vyšším než 25 %. Vlivem tělesné teploty neměkknou, nevedou k přehřátí kůže, jsou porézní a mají hlavně povrchový účinek. Používá se například pasta zinci oxydati jako oficiální pasta.

Mazání jsou tekuté, husté až rosolovité přípravky, které se při teplotě těla roztékají. Obsahují léčiva rozpuštěná, suspendovaná nebo emulgovaná a jsou určena k potírání na pokožku nebo vtírání do ní. Klouzavost usnadňuje masáže. Jako základ se užívají oleje, tuky, silice a balzámy.

Roztoky k zevnímu použití se nejčastěji používají jako obklady, mazání, k potírání sliznice a pokožky. Rozlišují se suspenze (tekuté nebo gelovité přípravky složené z co nejjemněji práškových léčiv rozptýlených v tekutině), tekuté zásypy, emulze (jsou tekuté nebo gelovité přípravky složené ze vzájemně se nemísících nebo obtížně se mísících tekutin).

Při místní aplikaci léků dodržujeme intervaly a způsob aplikace. Léčiva nanášíme šetrně, nedráždíme kůži nadměrným třením, tlakem nebo násilným odstraňováním předchozích léčiv. Na větší plochu kůže léčivo nanášíme rukama v latexových rukavicích, na menší plochu dřevěnou lopatkou nebo vatovou štětičkou. Pokud není léčivo určeno pouze pro jednoho nemocného, nikdy se lopatkou nebo štětičkou, kterou jsme se dotýkali kůže nemocného, nevracíme zpět do nádoby s lékem (Šamánková, 2006, s. 197).

7 Provokační vlivy a faktory zhoršující psoriázu

(Benáková, 2003, s. 21)

Infekce	záněty dýchacích cest, infekce močových cest, gynekologické záněty, záněty trávicího traktu, zubní záněty, kloubní záněty
Psychické vlivy	nespokojenost, zlost, strach, zoufalství, rozčilení, pracovní a rodinné konflikty, deprese, stresy, vyčerpání, úrazy a nemoci, neúnosná zodpovědnost, nevyrovnání se s chorobou aj.
Fyzikální a chemické vlivy	poranění, tření, střídavý tlak, sportovní a pracovní úrazy, spálení sluncem, omrzliny, popálení, opaření, přesušování, mycí a prací prostředky, poleptání chemikáliemi apod.
Klima a sezóna	zhoršení psoriázy v období podzim - jaro a zlepšení v létě
Léky	lithium (psychiatrické choroby), antimalarika a preparáty zlata, beta blokátory, inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu, blokátory kalciového kanálu (antihypertenziva), interferon, protizánětlivé léky (nesteroidní antirevmatika)
Životospráva	alkohol, přemíra červeného masa, uzenin, cukrů, obezita, kouření, nedostatek spánku a relaxace
Vnitřní choroby	cukrovka, poruchy lipidového metabolismu, choroby štítné žlázy, choroby jater, alergické a imunologické choroby
Hormonální vlivy	puberta, období menstruace, období po porodu, klimaktérium
Zánětlivé kožní choroby	ekzém, akné, pásový opar, lichen, seboroická dermatitis, polékové enantémy, neštovice, zarděnky apod.