

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

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S LUPÉNKOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VERONIKA LOPOUROVÁ**

**Praha 2013**

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

# **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S LUPÉNKOU**

Bakalářská práce

VERONIKA LOPOUROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Lopourová Veronika  
3. VSV

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 5. 10. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s lupénkou

*Nursing Process for Patients with Psoriasis*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 5. 2013

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Miroslavě Kubicové za odborné vedení bakalářské práce, za pomoc a cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytla při zpracování této práce.

V Praze dne 10. 5. 2013

## **ABSTRAKT**

LOPOUROVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s lupénkou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová Praha. 2013. 53 s.

Bakalářská práce pojednává o lupénce. V úvodní části je rozvedena charakteristika onemocnění. Jsou zde uvedeny příznaky, klinické projevy, diagnostika, léčba, prevence a prognóza. Ve stěžejní části práce jsou uvedena specifika ošetrovatelské péče u pacienta s lupénkou a konkrétně zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s lupénkou.

**Klíčová slova**

Lupénka. Dermatologie. Imunitní systém.

## ABSTRACT

LOPOUROVÁ, Veronika. *Nursing Process for Patients with Psoriasis*. The College of Nursing, o.p.s. - bachelor studies. Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicova. Prague 2013, 53p.

The final thesis deals with psoriasis. The first part of this thesis contains basis characterization disorder. There are symptoms, clinical manifestation, diagnostics, treatment, prevention and prognosis. The fundamental part of thesis includes specifications of nursing cure by patient with psoriasis. Particular, there is Nursing Process for Patients with Psoriasis.

Key words

Psoriasis. Dermatology. Immune system.

## OBSAH

### SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	10
1 LUPÉNKA.....	12
1.1 Historie lupénky.....	13
1.2 Příčina lupénky .....	13
1.3 Klinické projevy lupénky.....	16
1.4 Diagnostika lupénky .....	16
1.5 Formy lupénky .....	17
1.5.1 Chronická stacionární (ložisková, diskoidní) - psoriasis vulgaris .....	18
1.5.2 Kapkovitá (Gutátní) forma lupénky – psoriasis guttata.....	19
1.5.3 Inverzní forma lupénky - psoriasis inversa.....	19
1.5.4 Pustulózní forma lupénky - psoriasis pustulosa.....	19
1.5.5 Erythrodermická forma lupénky - psoriasis erythrodermica .....	20
1.6 Léčba lupénky .....	20
1.6.1 Místní léčba lupénky.....	22
1.6.2 Celková (vnitřní) léčba lupénky .....	25
1.6.3 Fototerapie .....	26
1.6.4 Alternativy v léčbě lupénky .....	28
1.7 Prognóza lupénky .....	29
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S LUPÉNKOU.....	30
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S LUPÉNKOU .....	32
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
ZÁVĚR .....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	56
SEZNAM PŘÍLOH	



## Seznam odborných výrazů

adaptace	přizpůsobení
akutní	čerstvý
alternativní	jiný
aplikace	použití
autoimunita	stav, kdy obranné mechanismy těla se zaměřují na vlastní struktury
bazální	základní
diagnostika	poznávání
fotosenzitivní	citlivý na sluneční světlo
fytoterapie	léčba bylinami
homeopatie	léčebná metoda, při které se používají zcela malé dávky látek vyvolávající příznaky choroby
chronický	vleklý
kortikoidy	syntetické hormony vylučované z kůry nadledvin
pigmentace	hnědé zbarvení kůže
predilekční	přednostní a typický
prevence	předcházení vzniku nebo opakování choroby
prognóza	předpověď
proliferace	zvýšená obnova buněk
psoraleny	přírodní nebo syntetické látky zcitlivující kůži vůči ultrafialovému záření
psoriatik	člověk nemocný lupénkou
psoriáza	lupénka
pustulózní	obsahující hnisavé neštovičky
skvama	šupin

## Úvod

Psoriáza je výhradně lidskou chorobou. Ve které etapě vývoje člověka se objevila však nelze zjistit. Psoriáza patří u nás i ve světě mezi častá onemocnění a projevuje se u stále mladší populace. Psoriázu jsem si vybrala pro svoji bakalářskou práci, protože je to nevyléčitelná a zajímavá choroba, která postihuje kohokoli a kdykoli. V neposlední řadě také proto, že má dvě fáze (období kdy je a kdy není vidět), ale i proto, že negativně ovlivňuje kvalitu lidského života. Myslím si, že v dnešní moderní době je stále malá informovanost o tomto onemocnění, protože lidé berou lupenku jako infekční a přenosnou chorobu. Následkem je izolace a odstrkování psoriaticů ze společnosti. Často mají problémy i v intimním životě. Z toho vyplývá, že na psoriaticy je kladena velké psychická zátěž, což jim určitě na celkovém zdravotním stavu a projevu lupenky nijak nepřidá. Proto bych chtěla zkompletovat informace o daném onemocnění a přispět tak k lepší informovanosti především široké veřejnosti, ale i samotných psoriaticů a zdravotnických pracovníků.

Výskyt psoriázy mezi obyvatelstvem se různí. Rozhodující je zejména lidská rasa a geografická lokalita. Příkladem jsou čistokrevní jihoameričtí Indiáni, u kterých se psoriáza nevyskytuje vůbec a stejně tak Eskymáci tuto chorobu neznají. Vedle genetických odlišností může být další příčinou životní styl a prostředí bez provokujících infekčních nemocí, bez psychických stresů a výživa bez přejídání. U Eskymáků může být dalším faktorem nadměrná konzumace rybího tuku.

U Středoevropského a severoamerického bílého obyvatelstva je výskyt psoriázy asi ve 2 – 3 %, možná i více, ale přesná čísla nejsou známa, neboť mnozí psoriatici s minimálními projevy nenavštíví lékaře po celý život. Z nejnovějších údajů vyplývá, že psoriáza se ve Francii vyskytuje u 4,7 % obyvatelstva, v některých regionech Německa dokonce mluví o 6 % postižení. Co se týče severských obyvatel, zvláště pak skandinávských krajín případně v polárních částech Asie, byl zaznamenán narůstající výskyt psoriázy, kdy za možnou příčinu se považuje nedostatek slunečního záření, chladné podnebí nebo i nedostatek vitamínu D. Výjimku tvoří výše zmínění Eskymáci. Mezi extrémní příklady patří Faerské ostrovy, kde byl zaznamenán výskyt psoriázy mezi obyvatelstvem nad 13 %. Možným důvodem jsou blízké příbuzenské vztahy

na izolovaném místě. Zde je třeba zmínit téměř neskutečně vysoký výskyt psoriatiků na Faerských ostrovech v rodinném prostředí, které tvoří 90 %.

Zajímavostí je, že ve Spojených státech je výskyt psoriázy u černochů v daleko menší míře než u bělochů, u níž dosahuje postižení v některých oblastech až 4,6 %. V Africe se psoriáza vykytuje daleko častěji na severovýchodě, stejně jako na druhé straně středomořího moře. Je pravděpodobné, že zde hrají roli jak klimatické podmínky, tak například suchost prostředí. U domorodého obyvatelstva asijských zemí, zejména na východě, je onemocněním psoriázy postiženo pod 1% a u domorodců v Austrálii se psoriáza ztrácí zcela (NOVOTNÝ, 2002).

V ČR je psoriáza zastoupena mezi kožními chorobami v ambulantní léčbě 5 %, zatímco mezi hospitalizovanými pacienty s kožními onemocněními se údaj zvyšuje na 7 % (BORSKÁ et al., 2011).

Počty lidí postižených latentní (skrytou) psoriázou se zabývá málo studií, proto lze jen odhadnout, že nejméně 4 % obyvatelstva středního zeměpisného pásma jsou nosiči případně přenašeči skryté psoriázy. Průměrný výskyt psoriázy u rodičů je asi 31 %, z čehož vyplývá, že 69 % rodičů je zdánlivě zdravých. Z toho nejméně 1 rodič musí být skrytým nosičem, pak zjevných psoriatiků je tedy 4 – 6 % latentních psoriatiků.

Přestože dříve byl výskyt nemocných ve městech daleko větší než na venkově, v současné době se rozdíly stírají. Rozhodující nejsou ani rozdíly v povolání či v dosaženém vzdělání. V literatuře je uvedeno, že výskyt psoriázy u mužů i žen je zhruba stejný.

Za závažné je třeba považovat celkový vzestup výskytu psoriázy a to především u bělošského obyvatelstva v civilizovaných zemích. Příčiny je třeba hledat v negativních civilizačních faktorech. Ty se shodují s nejčastějšími spouštěcími mechanismy, mezi které patří narůstající duševní vypětí, větší možnost šíření infekčních onemocnění horních cest dýchacích, vysokokalorická strava s tendencí k přejídání, alkoholismus, konzumace chemicky upravených potravin a nových chemoterapeutik a nedostatek slunečního záření a to jednak z důvodu omezeného slunění a v neposlední řadě z důvodu zamoření ovzduší průmyslovými exhalacemi. Na základě výše uvedených skutečností označujeme psoriázu za chorobu civilizační (NOVOTNÝ, 2002).

# 1 Lupénka

Psoriáza, česky lupénka, je chronická zánětlivá kožní choroba, je dlouhotrvající, opakovaně se objevující. V současné době podle odborného výzkumu vzniká lupénka především na podkladě zděděného sklonu k odchylkám imunitního systému a kůže. Řadí se mezi autoimunitní choroby. Imunitní systém jedince, trpícího psoriázou, útočí a napadá vlastní struktury a především keratinocyty. Psoriáza vytváří Köbnerův fenomén, což znamená, že vzniká chronicita psoriatického ložiska a jeho periferní šíření. Psoriáza je neinfekční kožní choroba, není nakažlivá. Spojitost s infekcí je pouze ve smyslu, že psoriázu mohou vyvolat či provokovat různé infekce např. Infekce horních cest dýchacích, streptokokové angíny, lokální infekční dermatózy, pásový opar i svrab (NOVOTNÝ, 2002). Má velký vliv na fyzické, psychické i sociální aspekty kvality života jedince.

Název psoriáza je odvozen z řečtiny (psao = škrábu se, psora = svědění, šupina) a v češtině od olupování typických šupinek na povrchu ložisek psoriázy (BENÁKOVÁ, 2003).

Psoriáza je definována jako zánětlivý proces. Znakem zánětu je prokrvené ložisko, je teplejší a červené barvy. Zánětlivý proces postihuje korium a epidermis (NOVOTNÝ, 2002).

Psoriáza má mnoho forem, jednou z nejčastějších je forma ložisková, plaková (psoriasis vulgaris), která postihuje až 80 % pacientů. Mezi další formy patří – kapkovitá, inverzní, pustulózní, erythrodermická a kloubní.

Psoriázu často doprovázejí další onemocnění jako např. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, deprese, roztroušená skleróza. Také je prokázán vyšší výskyt interních chorob (vysoký krevní tlak, cukrovka, poruchy metabolismu tuků, dna). S psoriázou je spojena obezita i kouření, které se vyskytuje ve vyšší míře (BORSKÁ et al., 2011).

Lupénka se dělí na 2 typy:

- Typ I (familiární) – psoriáza brzkého vzniku – je charakterizovaný časným začátkem před 40. rokem věku (nejčastěji mezi 16-22 lety), familiárním výskytem (asi u poloviny nemocných), nepravidelným průběhem se sklonem ke generalizovaným výsevům, častější nutností systémové léčby

- Typ II (sporadická) – psoriáza pozdního vzniku – je typický začátkem po 40. roku věku (nejčastěji mezi 57-60 lety), nebývá familiární výskyt, má obvykle mírnější klinický průběh (ŠTOLFA et al., 2007).

## 1.1 Historie lupénky

Psoriáza je výlučně lidskou chorobou, nevyskytuje se totiž u žádného zvířete. Zatím nelze zjistit, v které etapě vývoje člověka se objevila. Poznatky o psoriáze, o její příčině, o podrobných změnách v kůži a o léčebných možnostech se vyvíjeli postupně a velmi pomalu. Lze je objevit u starověkých civilizací, které vyvinuly písmo, tedy přibližně před 2000 lety. Ve starověkém Řecku byla psoriáza považována za kletbu bohů. Ve starém písennictví se setkáváme s hromadnými názvy, např. lepra, lichen, psora, albaras, alphos, morphea, aj., mezi nimiž se psoriáza proplétala bez rozlišení. Mnoho nešťastníků přivedla záměna s leprou do izolace mezi malomocné a ačkoliv nemocní nebyli infekční ani nebezpeční, byli odsuzováni k zatracení nebo posílání do vyhnanství. Mylné obavy z její nakažlivosti přetrvávaly až do středověku. Mnoho nemocných lupénkou bylo v té době posuzováno jako ďáblové znamení nebo jako následek uhranutí (NOVOTNÝ, 2002).

První použití výrazu psoriáza se připisuje řeckému lékaři Galénovi, který žil v antickém Římě na přelomu našeho letopočtu (r. 133 – 200). Psoriázu popsal jako šupící se chorobné plochy na kůži, nicméně z těchto popisů nelze rozlišit, zda se nejednalo i o jiné choroby, jako lepru, lichen aj. Ještě v 18. století panovala v tomto ohledu terminologická i nosologická nejednotnost a teprve v roce 1841 Ferdinand von Hebra, brněnský rodák působící ve Vídni, specifikoval psoriázu a popsal blíže její různé klinické formy. V historii psoriázy jako takové tedy došlo zprvu k odlišení od jiných dermatóz, s rozvojem histopatologie postupně došlo k popisu jednotlivých forem a dodnes také pokračuje zkoumání etiopatogeneze a vývoje léčby (BENÁKOVÁ et al., 2007).

## 1.2 Příčina lupénky

Příčiny psoriázy nejsou doposud zcela objasněny, i když došlo k velkému pokroku v této oblasti. Psoriáza se ukazuje jako autoimunitní choroba, je potvrzeno, že vlastní imunitní systém člověka, především bílé krvinky (T-lymfocyty) jsou aktivovány. Důvodem mohou být faktory vnitřního a zevního prostředí a dědičnost. Proto dochází k aktivaci dalších složek imunity, dopadem je zmnožení kožních buněk, akcelerace jejich růstu

a porucha rohování. Normální kožní zdravá buňka vyžívá a na povrch se dostává za 28 dní, ale u psoriázy je to 7x rychlejší proces, tedy kožní buňka u lupenkáře se na povrchu dostane již za 4 dny. Z toho vyplývá, že buňky nejsou vyžralé, pěvně drží na povrchu kůže a odlučovací proces probíhá pomaleji. Důsledek je, že kůže má ostře ohraničená, červeně zbarvená ložiska se stříbrnými šupinami (BENÁKOVÁ, 2003).

Psoriáza reprezentuje multifaktoriální choroby, působením zevních a vnitřních faktorů na geneticky modifikovaného jedince dochází k aktivaci patogenetických pochodů. Mezi spouštěcí faktory řadíme infekce, fyzikální faktory, chemické vlivy, psychický stres, lékové vlivy, klimatické vlivy. Tyto pochody nejsou zcela objasněny, ale velkou roli při vzniku psoriázy hrají T-lymfocyty. To je zdůvodněno tím, že jejich spuštěním může dojít k ovlivnění okolních struktur a vzniku psoriatických změn, dále pro T-lymfocyty vypovídají případy vymizení lupénky po transplantaci kostní dřeně od zdravého dárce a naopak (ŠTOLFA et al., 2007).

Vnitřní spouštěcí mechanismy:

- Streptokokové angíny: Způsobují zpravidla kapkovitou psoriázu převážně u dětí a mladých lidí. Výsev psoriatických ložisek se objevuje za 2 – 4 týdny od začátku angíny. Je velice obtížné rozhodnout co je příčinou lupénky – zda lék či samotná choroba.
- Virové záněty horních cest dýchacích: Jsou to provokační faktory zejména u dospělých osob, 2 – 3 týdny trvá, než se lupénka projeví.
- Duševní stres: Velice častý provokační mechanismus psoriázy. Nástup nemoci či její zhoršení je pomalejší. Psychická zátěž jedince je těžko hodnotitelná, výjimku tvoří náhlé příhody (úmrtí v rodině, úrazový šok, náhlé neštěstí). V takových situacích je projev lupénky časnější. Opakem jsou vleklá duševní traumata v rodině, na pracovišti, problémy s úřady, finanční problémy, nezaměstnanost, pracovní vyčerpání, nespokojenost, vleklé choroby apod. Psoriáza sama o sobě nepodporuje duševní klid. Takové stavy zvyšují tendenci k novým projevům psoriázy a podporují chronicitu. K tomu dále přispívá alkoholismus, přejídání a nachlazení.

- **Hormonální změny:** Známa je jistá provázanost lupénky s hormonálním systémem člověka. Vrchol lupénky bývá v pubertě, menší výskyt v době klimakteria. V graviditě psoriáza ustupuje. Psoriázu může zhoršit některá antikoncepce, projevy lupénky může také podpořit menstruace.
- **Léky:** Dostávají se do předních pozic spouštěčů lupénky. Působení léku na vznik této choroby může být různý. Spouštěcí mechanismus u léků může být na úrovni imunitního systému, fotosenzibility, alergické reakce. Vše se může propojovat. Každý případ je individuální. Psoriáza se manifestuje např. po očkování proti tetanu, po podání kortikoidů, po očkování na hepatitidu C (aplikace interferonu) a některé imunoglobiny.
- **Fokální infekční ložiska:** Například zánět žlučníku, adnexitida, zánět močových cest, zánět paranasálních dutin. Horší průběh se vyskytuje u diabetu, dně, obezité, hypertenzi, ateroskleróze a jaterních chorobách.
- Jako další vnitřní spouštěcí mechanismy můžeme zařadit větší konzumaci alkoholu, vysokokalorickou stravu a nadměrné kouření.

Zevní spouštěcí mechanismy:

- **Plošné tlakové nebo třecí momenty:** Tlak na lokty a kolena nemůžeme přesně změřit a vyčíslit, ale víme, že zde probíhá fyziologicky rychlejší regenerace pokožky, proto je zde snadný přechod do lupénky. Predilekce ve vlasaté části je vysvětlena nejen tlakem hřebenů a drbáním, ale rychlou regenerací vlasů.
- **Tlaky:** Myslíme tím tlaky švů, pásků, těsných šatů, bot. Psoriatické změny na nehtech rukou jsou způsobeny tlakem či nárazem při práci, stejně tak těsné boty na nohou.
- **Traumatizace kůže při lékařských výkonech:** Psoriatické ložiska se mohou vyskytnout na pooperační jizvě, v místě injekčního vpichu, v místě očkování, po abrazi, tetováží.
- **Termické provokující faktory:** Popáleniny a omrzliny nejsou vzácným mechanismem pro vznik lupénky. V akutním stavu psoriázy sluneční paprsky

a umělé UV záření průběh ještě zhoršují. Letní typ psoriázy znamená, že jedinci s lupénkou slunce doslova nesnáší, jedná se asi o 10 % lidí.

- Chemicky provokující faktory: Do této skupiny patří louh sodný, superfosfát, sirovodík, terpentýn. Obecně lze říci, že lidé postižení psoriázou méně trpí na infekční choroby, na mykotické a virové nákazy na kůži v porovnání s atopickým ekzematikem či zdravým člověkem.
- Seboroická dermatitida: Častý je přechod seboroické dermatitidy ve vlasech a uprostřed prsou do lupénky, přispívá k tomu škrábání, díky pocitům svědění.
- Ekzémová onemocnění: Mají hodně druhů, od toho se odvíjí přechod v lupénku.
- Infekční kožní choroby: Z literatury vyplývá transformace do lupénky u stafylokokové folikulitidy, furunkulózy, flegmóny, erysipelu, impetiga, svrabu, mykózy, kandidózy (NOVOTNÝ, 2002).

### **1.3 Klinické projevy lupénky**

Charakteristickým projevem nejčastěji se vyskytující ložiskové psoriázy jsou ploché, ostře ohraničené, červené ložiska, překryta lehce odlučitelnou bělavou šupinou. Pro lupénku je typické snadné odlučování šupin nehtem (škrábání voskové svíčky), po odloupení šupiny se obnaží hladký, lesklý a navlhlý povrch kůže (poslední kůžička). Tento povrch lze lehce poškodit a následně vzniká bodovité krvácení (pozitivní Auspitzův fenomén).

Psoriatické projevy a změny na kůži mohou být různých velikostí. Bodovité a kapkovité léze se převážně vyskytují u dětí a objevují se po streptokokové infekci. Zhojení nastává po několika týdnech až měsících (ŠTOLFA et al., 2007).

### **1.4 Diagnostika lupénky**

Psoriáza a její diagnostika patří do rukou dermatologa. U případů, u kterých si lékař není jistý se provádí histopatologické vyšetření. Malý vzorek kůže se po lokálním znecitlivění odebere na mikroskopické vyšetření. Zatím neexistují žádné krevní testy na prokázání lupénky, jako například u vnitřních chorob (BENÁKOVÁ, 2003).



Pro svůj osobitý charakter je lupénka většinou diagnostikována podle klinických projevů (ostře ohraničená, červená, šupinatá ložiska, pozitivní Auspitzův fenomén a lokalizace na predilekčních místech). Doplnková metoda je zaměřena na zvýšenou pozornost na povrch nehtu, na kštici, vyšetření uší, oblast kožních řas, vyšetření pupku a axily. Důležitá je i pozitivní rodinná anamnéza, i když není to vždy rozhodující.

Dermatolog se zkušenostmi a s praxí v tomto oboru dokáže lupénku rozpoznat v 93 % na první pohled. Přitom může vycházet z klinických projevů. Ale u pacientů s odlišnou lokalizací nebo neobvyklým povrchem, při malém ložisku a na začátku choroby, je důležitá diferenciatně – diagnostická úvaha – v tomto případě je nedostačující pouhá aspekce. Dále se pátrá i po pozitivní rodinné anamnéze, po primární lokalizaci, po původním vzhledu a po dalších kožních a interních projevech. Při diagnostice se ptáme na kloubní obtíže, časté angíny, na choroby z nachlazení, na sezónní zhoršení, na nesnášenlivost slunce, na užívání léku pro jiné onemocnění.

Důležité je správně vyjádřit stádium, formu, rozsah, prokázané provokační momenty, jiné současné nebo předchozí choroby a také nesnášenlivost některého léku. U nejistých případů, musíme udělat diferenciatně-diagnostickou rozvahu (histologické, mykologické, imunologické či jiné specifické vyšetření), která může diagnózu upřesnit, potvrdit či vyvrátit.

U náhle vzniklé těžké formy psoriázy, při výrazném zhoršení a při neúčinnosti na léčbu je nutné zvážit možnost infekce HIV. Při infekci HIV mívá často lupénka silně zánětlivý charakter. Diagnostiku může podpořit biopsie, případně jiné specifické vyšetření, zmíněné již výše v textu (BENÁKOVÁ et al., 2007).

## **1.5 Formy lupénky**

U psoriázy rozeznáváme mnoho forem s různou lokalizací na těle (dolní končetiny, paže, záda, ve vlasech, na nehtech). Lupénka v obličejové části je vzácná.

Během života se mohou typy lupénky střídat. Někteří lidé mají stará ložiska stále na jednom místě, ty se většinou špatně hojí. Nebo může být postižení většího rozsahu. V těžkých případech se lupénka rozšíří po celé těle (eruptivní forma), při tomto postižení je nutná hospitalizační péče.

Lupénka je chronické onemocnění, která probíhá v různých etapách lidského života. Někteří lupénkáři mívají dlouhá období bez projevů a léčba je nutná jen při vzplanutí choroby. Někdy jsou provokační faktory zjevné (např. poranění kůže nebo dlouhodobá intenzivní úzkost). Jindy může lupénka vzniknout bez příčiny (sama od sebe) a následně se zase sama uzdraví. Vznik lupénky může souviset s potravinovou alergií nebo i stresovou reakcí, kterou si však lupénkáři nepřipouštějí, i když jim stále narušuje jejich pohodu. Někdy se může lupénka vyskytovat spolu s exémem. Exém může mít podobné projevy jako lupénka, ale přitom se jedná o zcela jiné onemocnění, a když známe příčinu, lze snadněji léčit.

Z hlediska průběhu onemocnění rozlišujeme dva typy psoriázy. Chronicky stacionární forma se v průběhu let pozvolna rozšiřuje v predilekčních lokalizacích. Eruptivně exantematická forma je typická u dětí a adolescentů a se objevuje náhle, obvykle jako generalizovaný exantém. Tento akutní stav v některých případech přechází do chronické formy, jindy dochází ke kompletnímu zhojení. Riziko nového vzplanutí eruptivně exantematické formy či projevy jiné formy psoriázy však nelze vyloučit (BORSKÁ et al., 2011).

Dále rozlišujeme formy podle lokalizace postižení – např. psoriasis inversa, palmoplantaris, unguium, arthropathica, penis, apod., podle jeho rozsahu – např. generalisata, erythrodermica a podle vzhledu a uspořádání kožních projevů – např. psoriasis punctata, guttata, anularis, gyrata aj. Typickým kožním projevem psoriázy jsou erytematoskvamózní projevy. Subjektivně je toto onemocnění často doprovázeno svěděním, až v 70 % případů, zejména u psoriázy inversa a při akutním výsevu psoriasis guttata, případně pálením projevů, u ragád pak i bolestivostí (BENÁKOVÁ et al., 2007).

### **1.5.1 Chronická stacionární (ložisková, diskoidní) - psoriasis vulgaris**

Má suchý povrch projevující se ohraničenými ložisky červené barvy, které mají různou velikost (od kapky až po rozsáhlé mapovité plochy). Ložiska jsou kryta stříbřitými šupinami, které se snadno odlučují. Nejčastější lokalizací ložisek jsou lokty, kolena, bérce, krajina bedro-křížová a vlasatá část hlavy. Jedná se o místa, kde se pokožka fyziologicky nejčastěji obnovuje a kde je pokožka vystavena střídavému tlaku. V případě, že dojde k intenzivnímu poškrábání, objeví se tečkovité krvácení. Někdy se může objevit světlý lem kolem ložisek (tzv. Woronoffova zóna). Po zhojení se v některých případech mohou

vyskytovat světlejší skvrny (psoriatický leukoderm), nebo pigmentové skvrny (hyperpigmentace), (NOVOTNÝ et al., 1995).

### **1.5.2 Kapkovitá (Gutátní) forma lupénky – psoriasis guttata**

Název pochází z latinského slova gutta což v překladu znamená kapka a kůže skutečně vypadá jako potřísněná kapkami červené barvy. Tato forma se vyskytuje nejčastěji u dětí a teenagerů, zejména po streptokokových infekcích a může být prvním příznakem, který nás přivede k podezření na lupénku. Projevuje se jako rozšířený, náhlý, často svědivý výsev (punktátní, gutátní), který vzniká často do 3 týdnů po streptokokové infekci. Při prvním výsevu se objeví naráz spousta malých kulatých teček, červené barvy. Zejména se vyskytuje na trupu, méně často na končetinách či ve vlasaté části hlavy. Spouštěcím mechanismem bývá nejčastěji bolest v krku nebo angína. Při včasné diagnostice se tato forma poměrně snadno léčí. K léčbě se využívá krém s dehtem, spolu s dehtovými olejovými koupelemi. Další možností je slunění na přirozeném slunci nebo krátká léčebná kúra ultrafialovými paprsky. Pokud se léčba zanedbá, může tato forma přejít v diskoidní formu lupénky, což je druh vulgární psoriázy, který se dělí podle tvaru a velikosti ložisek.

### **1.5.3 Inverzní forma lupénky - psoriasis inversa**

Jedná se o obrácenou formu lupénky, která postihuje kožní záhyby (pod prsy, mezi hýžděmi, v tříselech, v podpaží, za ušními boltci a kolem pupečního důlku). Ložiska mají podobný vzhled jako diskoidní forma lupénky (jsou zánětlivá a červená), avšak díky tření v těchto lokalizacích nebývají obvykle šupinatá. Povrch ložisek je vlhčí a je dráždivější. Často se vyskytuje u obézních pacientů a u nemocných s cukrovkou. Při této formě je nezbytné vyloučit účast kvasinek nebo plísní (NOVOTNÝ et al., 1995).

### **1.5.4 Pustulózní forma lupénky - psoriasis pustulosa**

Častější výskyt je u dospělých než u dětí. Vyskytuje se nejčastěji na dlaních a ploskách, jsou to puchýřky vyplněné hnisem, ale nejedná se o infekci. U těžkých forem onemocnění potřebují pacienti na čas hospitalizaci. Existují dvě pustulózní formy:

- Generalizovaná forma Zumbuschova typu – je vzácná, projevuje se drobnějšími pustulkami na velkých tělních plochách. Tato forma je silně dráždivá,

exudativní, často doprovázená celkovou schváceností, střídavou horečkou a svalovým oslabením. V některých případech může být postižená i sliznice dutiny ústní.

- Pustulózní forma Barberova typu – vyskytuje se častěji, její lokalizace je na dlaních (spíše směrem k zápěstí a malíkové straně) a dále na chodidlech (uprostřed chodidel někdy s přechodem na postranní části nohy a k patě). Ložiska jsou vcelku dobře ohraničena. Na červené chorobné ploše je nevýrazné šupení, ale jsou výsevy puchýřků až větších pustul, které zasychají v tmavé stroupky. Tato forma lupénky je v poslední době stále častější, ale příčina není dosud blíže známa. Za spouštěcí mechanismy bývají označovány tlakové momenty, současný alergický exém, kouření, některé složky potravy, požití látky nebo léky s obsahem lithia. Oproti mužům postihuje tato forma převážně ženy středního a vyššího věku (NOVOTNÝ et al., 1995).

### **1.5.5 Erythrodermická forma lupénky - psoriasis erythrodermica**

Jedná se o závažnou, dokonce život ohrožující formu lupénky, při níž je kůže červená a olupuje se, a proto je též označována jako dermatitis exfoliativa. Vyskytuje se u méně než 3 % případů psoriázy a postihuje celý či skoro celý povrch kůže. U pacienta dochází k ohrožení a poruše termoregulace, ztráty proteinů, minerálů a vody, infekcí, selhání oběhového systému apod. Může vzniknout přechodem z jiných forem psoriázy, ale stejně tak může být i jejím prvním projevem. V takových případech je těžké určit diagnózu a pokud není postižen celý povrch kůže, je vhodné pátrat po primárních chorobných změnách v okrajích. Příznakem mohou být typické změny nehtů a histologické vyšetření (BENÁKOVÁ et al., 2007).

## **1.6 Léčba lupénky**

Protože každý nemocný potřebuje individuální řešení, je základním principem léčby lupénky individualizovaná léčba. A to podle celkového zdravotního stavu, resp. komorbidit, priorit, subjektivních obtíží, věku, pohlaví, zaměstnání, osobnosti, inteligence, ale i dle dostupnosti, ekonomických faktorů. Principem zvládnutí léčby psoriázy je komplexnost, to znamená zařazení přístupu nejen medicínského a biologického, ale také psychologického, sociálního, důležitá je i edukace pacienta a jeho rodiny. V léčbě lupénky

je nezbytná vzájemná důvěra mezi lékařem a pacientem. Do komplexní léčby je kladen důraz na prevenci. Aby se léčbou dosáhlo co největšího efektu, musíme snižovat nebo odstraňovat provokační faktory.

K léčbě psoriázy se v dnešní době využívá léčba místní, světloléčba a léčba celková. Z toho poslední 2 zmiňované se aplikují zejména u těžších a závažnějších forem lupénky. Lokální léčbu lze využít přibližně u 70 % pacientů (jedná se o mírnou až středně těžkou psoriázu). U ostatních 30 % případů je zapotřebí použít fototerapii či léčbu systémovou, v tomto případě se jedná o středně těžkou až těžkou formu lupénky). Než se zvolí vhodný typ léčby musí se provést posouzení závažnosti, kde se hodnotí rozsah postižení, intenzita projevů, průběh onemocnění, ale také jak psoriáza ovlivňuje sociální a ekonomickou sféru a tím kvalitu života pacienta.

Podle lokalizace postižení, formy a daného stádia lupénky se zvolí příslušná diferencovaná léčba (to znamená, že každý lék je specifický a je nejúčinnější na dané části těla, při určité formě a stádiu psoriázy). V dnešní době se hojně využívá kombinovaný způsob léčby, důvodem je zvýšení účinnosti a eliminace nežádoucích účinků léčby.

Cíl léčby je jasný, dostat lupénku pod kontrolu, zamezit šíření postižení, dlouhodobě udržet chorobu v klidovém období a snižovat nežádoucí účinky a tím následně zlepšit kvalitu života pacienta.

Možnost postupu a výběru správné léčby:

- Hlavní a nejdůležitější je posouzení závažnosti lupénky (komplexně a systematicky zhodnotit závažnost choroby – rozsah, lokalizace, intenzita, průběh, sociální a ekonomický dopad na pacienta). Do posouzení řadíme:

Objektivní nález (forma psoriázy, rozsah, lokalizace, průběh a intenzita projevů).

Dopad na kvalitu života (hodnotíme pouze orientačně podle toho, co nám pacient sdělí, nebo můžeme aplikovat verifikovaný dotazník).

Odpověď na předchozí léčbu (pátráme po účinnosti, vyhledáváme příčiny neúspěchu léčby, možnost chyb při léčbě).

- Dále zvažujeme rizika a přínos léčby, ale také sledujeme finanční stránku léčby kvůli pacientovi.
- Stěžejním bodem je spolupráce pacienta (musí souhlasit a spolupracovat při léčbě), aby léčba měla správný efekt.
- Poté následuje konečné rozhodnutí a výběr nejvhodnějšího typu léčby.
- Praktické poučení k vybranému léku: Pacient musí být řádně informovaný o účincích léku o jeho vedlejších a nežádoucích účincích, musí dostat přesné instrukce k užívání léku a měl by vědět čeho chceme léčbou dosáhnout, jaký by měl být konečný efekt.
- Posledním a důležitým bodem je naplánovat a postupně plnit dlouhodobý léčebný plán (BENÁKOVÁ et al., 2007).

### 1.6.1 Místní léčba lupénky

Lokální ošetřování kůže je základním pilířem při léčení psoriázy. Asi u 80 % všech pacientů s lupénkou, které označujeme jako lehčí případy, vystačíme s pouhou zevní medikací, jako je léčebná koupel nebo fototerapie. Asi ve 20 % těžkých případech je kromě toho ještě indikována vnitřní terapie různé závažnosti, od sedativ a vitamínů až po cytostatika a imunosupresiva. Způsob léčby musí být téměř u každého pacienta individuální, a to podle stadia, formy, rozsahu a lokalizace psoriázy a také podle individuální tolerance. Neznamená, že jednomu to vyhovuje a že stejný efekt a tolerance vůči léčbě bude i u toho druhého. Dokonce u jednoho pacienta se v průběhu léčby může tolerance změnit. Lék má většinou skvělý efekt při první aplikaci, ale při recidivách nebo když se opakovaně využívá ztrácí na účinnosti. Aby se předešlo těmto komplikacím, je nezbytné léky střídat – tzv. rotační metoda.

Výběr léku se odvíjí od stadia, lokalizace, svědění a od toho, jak lék můžeme aplikovat (aplikační formy). Podle hloubky působení léku vybíráme mezi tekutými pudry, oleji, spreji, tinkturou, gelem, měkkou nebo tužší pastou, mastí, krémem. Léčbu můžeme podpořit dalšími přípravky – mýdla, šampóny, koupelové přísady. Následný obvaz podporuje účinek, zvyšuje hydrataci a vstřebávání. Velké chorobné plochy a akutní stavy se nezavazují, tato metoda se využívá hlavně při chronických stavech a to na končetiny

a do vlasů. Akutní stavy se musejí ošetřovat vícekrát denně. Před každým ošetřením se odstraňuje předchozí lék (umytím, setřením), někdy si musíme pomoci a použít rostlinný olej k odstranění léku (NOVOTNÝ, 2002).

V současné době se v České republice a ve světě využívají níže vypsaná zevní léčiva :

- **deriváty vitamínu D3** – jsou moderní léčiva, která jsou v ČR zastoupena dvěma preparáty (Daivonex a Curatoderm). Jedná se o masti, které se používají u středně těžké chronické ložiskové psoriázy. Neměly by se používat na citlivé partie těla (obličej, genitál, ohyby a místa vlhké zapářky), protože by mohlo dojít k podráždění. Používají se velmi opatrně a jen na doporučení lékaře (Daivonex se používá 2x denně a Curatoderm 1x denně). Masti se aplikují pouze na ložiska, poté je důležité si pečlivě umýt ruce. Důležité je dodržovat dávkování, jinak efekt není zaručen. Výhodou těchto mastí je, že nebarví a nepáchnou. Neměly by být používány krátce před sluněním či fototerapií, protože ultrafialové světlo je rozkládá.
- **deriváty vitamínu A (retinoidy)** – u nás se používá Tazorac, kdy se jedná o gel, který je dostupný ve dvou koncentracích (0,05 % a 0,1 %). Aplikuje se jedenkrát denně a používá se u středně těžké ložiskové psoriázy. Má podobné výhody jako deriváty vitamínu D3. Aplikuje se na méně rozsáhlé projevy, u citlivých partií těla je třeba zvýšené opatrnosti.
- **kortikosteroidy** – léky odvozené od hormonu kortizonu, který v těle vytváří kůra nadledvin. Mají na psoriázu nejsilnější protizánětlivé účinky, proto se nelze bez nich obejít. Kortikosteroidy se používají u všech forem psoriázy. Slabší a šetrnější kortikoidy kombinované s antibakteriálními a antimykotickými přísadami (např. Imacort, Pimafucort, u žen Linoladiol H N krém nebo v lékárně připravované krémy) se aplikují při léčbě psoriázy v citlivých partiích jako např. pod paží, v pupíku, tříselech, genitálu, okolo konečníku. Zde je třeba potlačit růst bakterií a kvasinek. Přestože nelze kortikosteroidy označit za jednoznačně škodlivé, nelze ani hovořit o tom, že by byly zcela neškodné. Je třeba rozlišovat, zda jsou kortikoidy určeny pro vnitřní užití (tablety, injekce – které mají podstatně větší riziko vzniku nežádoucích

účinků) anebo pro zevní užití (masti, krémy, atd.). Abychom byli ke své kůži a organismu co nejšetrnější a v co největší míře využili příznivých účinků těchto léků, je třeba se řídit těmito zásadami: aplikovat 1x denně (nejlépe na noc); aplikovat pouze na postižená místa – bodovitě; používat lék jen v nezbytně nutném množství; nikdy náhle nevysazovat léčbu, ale aplikaci postupně snižovat (nejprve ob den, pak ob dva dny, ob tři dny a takto postupně ustupovat – tzv. ústupová léčba); léčbu je vhodné kombinovat s dalšími účinnými antipsoriatickými léky; vyvarovat se samoléčitelství, používání mastí od příbuzných, známých atp..

- **cignolin** – jedná se o klasický a účinný lék, který je již prověřený. Je to synteticky vytvořená látka, odvozená od rostlinného výtažku chrysoarobinu, která se v léčbě chronické ložiskové psoriázy používá již téměř sto let. Výhodou tohoto léku je nízká cena a relativně nízké riziko jeho užívání, nevýhodou naopak barvení kůže a oblečení, dále zápach a riziko podráždění. Z tohoto důvodu se v ambulantní léčbě užívá jen zřídka, naproti tomu však je suverénním lékem v denních centrech a nemocnicích. Protože bylo prokázáno, že aplikace masti na 15 minut nebo i na 2 hodiny je stejně účinná jako by se užívala 24 hodin, není již potřeba setrvávat "v masti" celou noc jako v minulosti, ale postačí ho aplikovat formou minutové léčby. Obvykle se začíná s aplikací nižších koncentrací (které barví jen minimálně) a postupně se koncentrace zvyšuje dle tolerance a stavu kůže. Je důležité jej aplikovat pouze na postižená místa, neroztírat do okrajů a není vhodný na citlivé partie. Nikdy jej nenanášíme přímo prsty, ale užíváme k tomu kartáček, houbičku, špátli, apod. I tak je třeba si po aplikaci vždy umýt ruce, aby nedošlo k přenosu nemoci na jiná místa. Z důvodu zintenzivnění nežádoucího zbarvení je vhodnější smývatí vlažnější vodou a olejem než mýdlem. Největšího efektu léčby lze dosáhnout v kombinaci s následnou fototerapií, kdy se jedná o tzv. Ingramovu metodu, která má přes veškerý pokrok stále největší procento úspěšnosti v léčbě i délky remise, tedy období bez příznaků nemoci.
- **dehty** – jedná se o dva druhy a to buď klasický kamenouhelný dehet (pix lithantracis) nebo ichtamol, což je přírodní látka, která se získává suchou destilací ze sirnatých břidlic. Kromě šamponů se v hotových preparátech



nevyskytují. Byly nahrazeny většinou modernějšími preparáty, které nepáchnou a nešpiní. Uplatňují se zejména v denních centrech a nemocnicích, a to u mírných až středně těžkých či dráždivějších forem psoriázy, dále pak u dětí a v neposlední řadě obecně ke snížení spotřeby (a tím i rizik) kortikosteroidů. V kombinaci s fototerapií je známá a používaná jako Goeckermannova metoda (BENÁKOVÁ, 2003).

### 1.6.2 Celková (vnitřní) léčba lupénky

K celkové léčbě lupénky se využívají léky ve formě tablet, roztoku nebo injekcí. Jejich použití je možné vnitřně, celkově či systémově. Předepisují se jen u nejtěžších forem lupénky (generalizovaných, erythrodermických, pustulózních, kloubních), když na zevní léčbu a světloléčbu lupenkáři nereagují. Před celkovou léčbou a nasazením těchto preparátů se důkladně zvažuje poměr mezi rizikem a prospěchem léčby. Jelikož každá vnitřní léčba s sebou nese nežádoucí vedlejší účinky, tak je důležité, aby lékař než léky předepíše, udělal laboratorní a interní vyšetření pacienta, kde zjišťuje a následně zvažuje veškeré kontraindikace. V průběhu léčby je nutné i nadále provádět potřebné laboratorní kontroly. Proto je velice důležitá spolupráce pacienta a je zapotřebí striktně dodržet individuální přístup u každého případu (NOVOTNÝ et al., 1995).

V dnešní době jsou využívány a schváleny tyto léky:

- **acitretin** – jedná se o tzv. retinoid, tedy lék odvozený od vitamínu A. Řadí se mezi relativně nejbezpečnější léky na lupénku. Využívá se u rozsáhlé ložiskové psoriázy, erythrodermií, ale převážně u pustulózní formy lupénky. Používání acitretinu má určité zásady – velice důležitá je abstinence alkoholu, snížit tuky ve stravě a omezit fyzickou zátěž. Aby se acitretin dobře vstřebal, musí se užívat po jídle nebo zapít mlékem. Když se nedodrží tyto zásady je efekt na léčbu minimální. Nezbytné jsou laboratorní kontroly a to především jaterní testy a vyšetření krevních tuků. V těhotenství má teratogenní účinky na plod. Proto ženy v produktivním věku musí využívat spolehlivou antikoncepci a to nejen při jeho užívání, ale ještě 2 roky po jeho vysazení. Je výhodné acitretin používat se světloléčbou, neboť pak stačí nižší dávky acitretinu i UV záření, než když se každá metoda používá zvlášť.

- **cyklosporin A** – patří mezi imunosupresiva (látky blokující nadměrné nebo odchýlné imunitní reakce). Jedná se o nejnovější lék, pocházející ze speciálního druhu hub. Uplatňuje se k rychlému, krátkému zvládnutí nemoci hlavně u těžké, akutní, rozsáhlé psoriázy. Jsou nezbytné laboratorní kontroly zejména ledvinných testů a krevního tlaku. Mezi rizikové skupiny patří pacienti nad 50 let, muži s obezitou, případně vysoké dávky a dlouhodobé užívání. Při užití tohoto léku se pacienti nesmí vystavovat slunci ani docházet na fototerapii (hrozí riziko kožních nádorů) a užívat některé léky. Při dlouhodobém nepřerušovaném užívání dochází k nevratnému poškození ledvin (za maximum je považována doba 1 – 2 roky).
- **Metotrexat** (antimetabolit) – jedná se o lék, který blokuje růst buněk a má i protizánětlivé účinky. Jeho uplatnění je hlavně u psoriázy se současným kloubním postižením. Tablety se užívají nalačno! Je nezbytné provádět laboratorní kontroly, zejména jaterních testů a krevního obrazu. Je bezpodmínečně nutné dodržovat abstinenci alkoholu. Při užití tohoto léku není vhodné, aby se pacient slunil či docházel na fototerapii a užíval některé léky (BENÁKOVÁ, 2003).

### 1.6.3 Fototerapie

U psoriázy je přirozené slunění známou léčebnou metodou již od nepaměti (helioterapie). Neviditelná, ultrafialová část slunečního záření má na psoriázu léčebné účinky a dodnes se využívá u přímořské, lázeňské a vysokohorské léčby, stejně tak individuálně.

Světloléčba (ozařování ultrafialovým světlem – UV) se podle vlnové délky rozlišuje na UVA, UVB a UVC spektrum, přitom UV zářiče mohou obsahovat všechna spektra. U psoriázy je nejúčinnější UV spektrum. Samotné UVA spektrum je účinné v kombinaci s fotosenzibilizátory (tzv. PUVA). UVC spektrum je vysoce škodlivé na kůži a na oči, proto se pro léčbu nepoužívá. Máme různé typy zářičů, k celotělovým patří paravany, kabiny, jednostranná či oboustranná lehátka, na malé oblasti jsou to CUP na nehty, ozařovací "hřeben" na kštici, malé zářiče na ozařování plosek a dlaní. Výše jmenované zářiče jsou u nás dostupné, jak v nemocnicích tak i v léčebných centrech a sanatoriích. Ke světlo léčbě se přistupuje v případech, kdy zevní léčba má malý efekt

a rozsah postižení je nad 30 % povrchu kůže. U pacientů s psoriázou vede světloléčba vede ke zhojení či zlepšení u 80-90 %. Nejlépe reaguje u formy ložiskové. U menšího rozsahu postižení kůže se obvykle ozařování neprovádí, neboť UV zářením je zbytečně zatěžována i nepostižená kůže. Doba trvání světloléčby u středně těžké psoriázy představuje 25 - 35 léčebných sezeních, u těžké psoriázy 25 – 45 léčebných sezeních. Zpočátku se dochází častěji (4 až 5x týdně), po dosažení účinné dávky UV záření a též efektu (3x týdně). Celkově po dobu 2 maximálně 3 měsíců. Další ozařování nad dobu větší 3 měsíce nemá smysl. A to nejen z bezpečnostních důvodů, ale též pro to, že další zlepšování nelze očekávat, neboť za tu dobu si kůže může vytvořit ochranné mechanismy, již zabraňují průniku ultrafialového světla. Po takové kůře je vhodná 2 až 3 měsíce přestávka. Zpravidla se světloléčba provádí 2x za rok.

Vystavování nadměrnému UV záření je pro lidskou kůži již z principu nepříznivé (stárnutí kůže, vznik kožních nádorů, snížení kožní imunity). Pro člověka má však UV světlo i příznivé účinky, kromě kosmetického efektu je to i syntéza potřebného D vitamínu a léčebný účinek u psoriázy a dalších kožních chorob (BENÁKOVÁ, 2003).

- **UVB světloléčba** - protože je v léčbě lupénky neúčinnější, využívá světloléčba UV světla s UVB spektra. Na proti dřívějšímu užití širokospektrých UVB nebo SUP zářičů je v současné době neúčinnější a nejmodernější tzv. úzkospektré UVB o vlnové délce 311 nm. Ke zvýšení účinnosti ultrafialového světla se UVB fototerapie kombinuje s léčebnými olejovými a solnými koupelemi, jež se nazývají balneofototerapie. Zvýšení účinnosti také napomáhá kombinace zevní léčby cignolinem (Ingramova metoda) nebo s dehtem (Goeckermannova metoda) stejně jako kombinace s deriváty vitamínu D a retinoidy.
- **PUVA světloléčba** - využívá tzv. psoralenů pocházejících z rostlinných extraktů, tedy látek, které zvyšují citlivost kůže vůči UV záření v kombinaci s UV světlem. PUVA patří mezi neúčinnější metody světloléčby u psoriázy. Nejčastější užití psoralenů je ve formě tablet, už méně častěji ve formě krému, potíracího roztoku či fóliové koupele. Protože má PUVA určitá rizika (trávicí obtíže, stárnutí kůže až riziko vzniku kožní rakoviny, šedý zákal atp.), užívá se jen u rozsáhlých, těžkých forem jež nereagují na UVB světloléčbu či zevní léčbu. Tato metoda není vhodná pro děti a těhotné ženy a z bezpečnostních důvodů jí nelze kombinovat s dehty.

- **foliová balneofototerapie** – Je to technika používaná pro tzv. koupelovou PUVA fototerapii, která se používá ke koupelové aplikaci psoralenu. Aby se pacient vyhnul rizikům a nežádoucím účinkům ve srovnání s psoraleny, užívanými v tabletách uzavře se pacient do plastického vaku s roztokem psoralenu. Poté následuje klasické UVA ozáření. Jedná se o účinnou metodu, která je však velmi pracná a drahá, proto se používá pouze na kožních klinikách, zejména v Německu (BENÁKOVÁ, 2003).

#### 1.6.4 Alternativy v léčbě lupénky

V dnešní době se využívá řada alternativních metod při léčbě lupénky. Jsou to metody, které nám pomáhají při klasické (lékařské) léčbě psoriázy. Výhodou alternativ je minimální riziko nežádoucích účinků a určitý efekt alespoň ten psychoterapeutický je zaručen (NOVOTNÝ et al., 1995).

Alternativní léčebné metody chápeme jako nekonvenční metody, jež spočívají v rukou lidových léčitelů, ale i některých lékařů. Léčitele lze přitom rozdělit do 2 skupin. Jedna skupina léčitelů má dobrý úmysl, nepodvádí a nejde pouze za penězi, má své přesvědčení, opírají se o empirické poznání a vzdělávají se. Druhá skupina léčitelů však bohužel tyto vlastnosti postrádá a zajímá je hlavně finanční zisk.

Protože jsou psoriatici nespokojeni s dosavadními výsledky jejich léčby, hledají novou naději v alternativních léčebných metodách. Z toho důvodu chtějí vyzkoušet všechny možnosti, jiní očekávají trvalé vyléčení. Mezi nejžádanější způsoby alternativní léčby u psoriaticů lze na první místo řadit byliny, dietní rady, homeopatii a v neposlední řadě různé fyzikální či psychické procedury.

U alternativní medicíny opírající se pouze o empirické poznání chybí vědecké či teoretické poznání, i když v případech některých procedur, nelze pominout určité racionální účinky (NOVOTNÝ, 2002).

Mezi alternativní způsoby léčby řadíme relaxační a reflexní techniky, akupresuru, akupunkturu, masáže, jógu, dietní terapii, klimatoterapii. Mezi další alternativní léčebné metody patří fytotherapie. Jedná se o léčbu bylinami v čajové, mast'ové nebo koupelové formě. Další alternativní metodou při léčbě psoriázy je dieta, kterou lze podobně jako u bylin rozdělit na lékařsky ověřené a převážně alternativní. Rozdíly jsou minimální.

Obecně lze z lékařského hlediska vyzdvihnout dietu nízkokalorickou a bezalkoholickou. Speciálně je pak třeba zdůraznit rybí tuk, který obsahuje dlouhořetězcové mastné kyseliny. Často se do alternativní medicíny řadí také akupunktura, která se u nás již vytratila z rukou léčitelů a přešla do rukou lékařů jež musejí projít speciálním školením. Slušné výsledky u psoriázy se dosahují hlavně u svědivých neurogenních a kloubních forem psoriázy. Nově se vedle klasických jehliček se uplatňuje laserová a elektrická akupunktura, slabší je pak akupresura. Akupunktur body se obecně nacházejí v průběhu podélné linie na celém těle.

Jako další alternativní metody uvádím například indickou ayurvedu, hypnoterapii, kineziologii, pití kobyliho mléka, léčbu vlastní močí, zevní přípravky z kozího mléka, éterické oleje, koupele v pekařském droždí, propolys, žen – šen, pití oleje ze žraločích jater, živou a mrtvou vodu, lokální přípravek ze žraločí chrupavky, olizování ložisek psem, potírání krémem na boty nebo pastou na podlahu, okusování ložisek malými rybičkami (Garra Rufa) v tureckých lázních Sivas v Kangalu ve střední Anatolii.

Různé alternativní způsoby léčby vymýšlejí charizmatičtí nebo náboženští léčitelé a holističtí léčitelé, parapsychologové, bitronici a psychotronici.

Lze se ztotožnit s kompromisním názorem, že alternativní medicínu je třeba regulovat než ji zcela zamítat, protože pacientům s psoriázou nelze upřít víru a naději v trvalé vyléčení, tak jako nelze zakázat náboženství (NOVOTNÝ, 2002).

## **1.7 Prognóza lupénky**

Prognóza u psoriázy (předpověď průběhu) je nejistá, nevyzpytatelná a je závislá na různých faktorech. Obecně platí, že prognóza je tím horší čím dříve se v životě psoriáza projeví. Větší sklon k projevům je též v případech, kde je evidentní rodinná zátěž. Trpí-li zjevnou psoriázou jeden z rodičů je pravděpodobnost postižení u dětí 25 %, trpí-li psoriázou oba rodiče, je pravděpodobnost postižení jejich dětí 75 %. Přesto že mají ložiska psoriázy sklon k chronickému průběhu, existují naopak případy, u kterých může psoriáza samovolně a bez léčení ustoupit. Jedná se však o vzácnější případy, řekněme u 20 % postižených (NOVOTNÝ et al., 1995).

## 2 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s lupénkou

Ošetrovatelská péče v oboru dermatologie odpovídá poskytované péči v ostatních interních oborech. Můžeme říci, že dermatologie je hraničním interním oborem (ZÁHEJSKÝ et al., 1994).

Pacient s lupénkou je hospitalizovaný a léčený na standardní ošetrovatelské jednotce na kožním oddělení. Vzhledem k tomu, že většina lupenkářů jsou soběstační lidé, nevyžadují speciální pozornost.

U přijatého pacienta se ošetrovatelský personál zaměřuje na povrch kůže. Jsou sledovány ložiska lupénky. Hodnotí se velikost ložisek, barva, svědění a jejich lokalizace. Dále se jednou denně měří fyziologické funkce, hodnotí se hydratace pacienta. Pacient má po celou dobu hospitalizace šetřící dietu.

Nejdůležitější je hygienická péče o tělo. Musí se dodržovat přesné ordinace lékaře. Hygiena v akutní fázi choroby se zaměřuje na nepostížené oblasti těla. Ke sprchování těla se používají přípravky, které vhodně upravují pH kůže a vytvářejí kožní film (bariéru) na kůži. Všechny přípravky různé formy (masti, gely, koupele) se používají podle návodu či doporučení lékaře. Na vlasy se aplikují přípravky s dehtem, mořskými řasami, mořskou solí, kokosovým olejem. Tyto preparáty se nechávají 20 minut působit, poté se důkladně smývají.

V akutní fázi onemocnění pacient dodržuje klid na lůžku, neměl by být zatěžován.

Důležité je přesné dodržování a správná aplikace léčby.

### Aplikace zevní terapie

Při této zevní terapii je následující postup: V první řadě se používají dehtové preparáty, kortikoidové masti a v závěru se využívá fototerapie.

Nejdříve se odstraňují šupiny pomocí koupelí. Dalším krokem je aplikace mastí, které působí přímo na ložiska. Používají se ochranné pomůcky (rukavice, zástěra nebo plášť). Před každou další aplikací se zbytky předchozí masti musí odstranit pomocí suchého mulu následné dočištění je teplou vodou (NOVÁKOVÁ, 2011).

## Balneoterapie

Léčebné koupele jsou pořád v oblibě. V současné době se neustále k léčbě využívá síra, ale už v menší míře než tomu bylo před několika lety.

Goeckermannova metoda léčení lupenky představuje dehtové pasty, UV záření, aby UV záření pronikalo snadněji, tak se kůže rozmáčí v koupeli.

Lázeňská léčba kombinuje koupelové, klimatické a dietetické terapie. U nás lze využít lázně Lipová a lázně Smrdáky (jódsírové lázně). Jde o popudovou a slupovací léčbu lupénky.

Přímořská léčba nevede ke zhojení onemocnění, ale velice dobře ovlivňuje tedy zlepšuje klinický stav, prodlužuje bezpříznakové období. Využívá se oblast Jadrana, Černého a Mrtvého moře. Při odjezdu nesmí být lupenkář ve fázi akutního zhoršení (ZÁHEJSKÝ et al., 1994).

### 3 Ošetrovatelský proces u pacienta s lupénkou

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> H. K.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> /	<b>Věk:</b> 57
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> /	
<b>Adresa příbuzných:</b> /	
<b>RČ:</b> /	<b>Číslo pojišťovny:</b> 205
<b>Vzdělání:</b> středoškolské	<b>Zaměstnání:</b> OSVČ
<b>Stav:</b> rozvedená	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 25.03. 2013	<b>Typ přijetí:</b> terapeutický
<b>Oddělení:</b> kožní	<b>Ošetřující lékař:</b> /

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Zhoršil se mi stav lupénky, po chřipce.“

#### Medicínská diagnóza hlavní:

Psoriasis vulgaris: chronicko – stacionární forma s exacerbací po prodělané bronchitis acuta.

#### Medicínské diagnózy vedlejší:

Tonsilektomie v 18 letech

Hepatopatie dle USG vyšetření

Hyperglykemie nalačno – určeno ke sledování

Osteoporóza na substituci



## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK:</b> 130/80	<b>Výška:</b> 168 cm
<b>P:</b> 86	<b>Hmotnost:</b> 71 kg
<b>D:</b> klidná eupnoe	<b>BMI:</b> 25.6
<b>TT:</b> bez teploty	<b>Pohyblivost:</b> zcela soběstačná
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> /

### Nynější onemocnění:

Psoriasis vulgaris.

### Informační zdroje:

Pohovor s pacientkou, pohovor s rodinou od pacientky, zdravotnická dokumentace a zdravotnický personál.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

**Matka:** 80 let, zdr. potíže souvisí s věkem, stp. TEP kyčelního kloubu, potíže s páteří.

**Otec:** zemřel ve 39 letech, IM, onemocnění ledvin.

**Sourozenci:** bratr zemřel v 54 letech na Ca tlustého střeva.

**Děti:** 2 děti, zdraví.

Výskyt lupenky v rodině – 0

### Osobní anamnéza

**Překonané a chronické onemocnění:** běžné dětské nemoci, v dětství opakovaně angíny, st.p. tonsilektomii – poté výsev lupenky v 18 letech, mírná osteoporóza.

**Hospitalizace a operace:** hospitalizovaná opakovaně kvůli lupence, operace – tonsilektomie.

**Úrazy:** ve školním věku.

**Transfúze:** 0

**Očkování:** běžně povinná.

#### **Léková anamnéza**

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Caltrate	tbl.	plus	1 – 0 – 0	minerál, Vápník

#### **Alergologická anamnéza**

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** 0

#### **ABÚZY**

**Alkohol:** příležitostně víno.

**Kouření:** 6 cigaret denně.

**Káva:** 1 – 2x za den.

**Léky:** 0

**Jiné drogy:** 0

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
<p>Menarché: ve 14 letech            Cyklus: pravidelný            Trvání: /            Intenzita , bolesti: bez potíží            PM: /            A: 0            UPT: 1x            Antikoncepce: nebrala            Menopauza: před 2 lety            Potíže klimakteria: občasné noční pocení            v oblasti krku a dekoltu</p> <p>Samovyšetřování prsou: neprovádí, chodí            do mamocentra            Poslední gynekologická prohlídka: podzim            2012</p>	<p>Překonané urologické onemocnění:</p> <p>Poslední návštěva u urologa:            Samovyšetřování varlat:</p>

### Sociální anamnéza

**Stav:** rozvedená.

**Bytové podmínky:** žije sama v paneláku.

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** Vztahy v rodině jsou dobré, bez konfliktní.

**mimo rodiny:** Vztahy mimo rodinu jsou bez problémů, dobré.

**Záliby:** čtení, cestování, hudba, sport

**Volnočasové aktivity:** sebevzdělávání – studuje anglický jazyk

## Pracovní anamnéza

**Vzdělání:** středoškolské.

**Pracovní zařazení:** OSVČ, manažer v cestovní kanceláři.

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** 11 let.

**Vztahy na pracovišti:** bez konfliktů a bez problémů.

**Ekonomické podmínky:** dobré.

## Spirituální anamnéza

**Religiozní praktiky:** Pacientka je nevěřící.

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 09.04.2013

Popis fyzického stavu		
<i>Systém</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě nebolí, jen občas trpím na bolest krční oblasti, trapéz.“	Hlava pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, sklery anikterické, dutina ústní klidná, zuby vlastní.  Krk – štítnice nezvětšená, uzliny klidné, nezvětšené, náplň krčních žil v normě.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Dýchá se mi dobře, bez potíží.“	Hrudník symetrický.  Plíce – dýchání sklípkové, čisté bez patologických šelestů.
<b>Srdcově-cévní systém</b>	„Se srdcem nemám žádné problémy.“	Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez patologického šelestu. Tlak 130/85 torrů, puls dobře hmatný. Dolní končetiny bez otoků.

<b>Břicho a GIT</b>	„Stolici mám pravidelnou, jinak břicho mě nebolí.“	Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. Patologická rezistence nehmatná. Játra, slezina a pankreas v normě, nezvětšené.
<b>Močově pohlavní systém</b>	„S močením problémy nemám, jen při velké námaze neudržím kapky moči.“	Genitál ženský, tapotment bilaterálně negativní, mírná námahová inkontinence v začátcích, používá hygienické pomůcky – vložky.
<b>Kostrově svalový systém</b>	„S pohybem problém nemám, jen občas mě bolí klouby.“	Hrubá i jemná motorika v pořádku, pohyblivost v normě, svalový aparát v pořádku. Kosterní aparát-počínající osteoporóza kompenzovaná léky.
<b>Nervově smyslový systém</b>	„Nosím brýle na blízko, jinak žádné problémy nemám.“	Neurologicky v pořádku, při vědomí, plně orientovaná, sluch v pořádku.
<b>Endokrinní systém</b>	„Nemám žádný problém.“	Pacientka bez projevů endokrinních poruch.
<b>Imunologický systém</b>	„Dříve jsem byla často nachlazená, dnes už méně.“	Lymfatické uzliny v pořádku, dříve časté infekty horních i dolních cest dýchacích. Alergie neguje.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Mám lupénku od 18 let, jinak asi nic.“	Turgor normální, bez cyanózy, otoky nejsou patrné, ochlupení správné, vlasy dlouhé a upravené. Nehty nelze hodnotit – nalakované. Pigmentace bez patologie. Lokty, boky, hýždě a DKK geografická ložiska růžovočervené barvy, místy stříbřité šupiny, v obličeji drobná, hladká ložiska, za ušima zašupení, v týle nánosy stříbřitých šupin. Auspitz + Koebner

## Aktivity denního života

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Jím pravidelně 5x denně, jím všechno, nejsem vybíravá.“	Pacientka nemá žádné omezení ve stravování.
	<b>V nemocnici</b>	„Nemám žádné výtky ke stravování, vaří dobře.“	Pacientka převážně sní celé porce. Verbalizuje dostatečnost a spokojenost s nemocniční stravou. Dieta č. 3 – racionální.
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Snažím se střídat pití, piji kávu, minerálky a občas čaj. Za den vypiji asi 2 litry.“	S pitným režimem nemá problémy.
	<b>V nemocnici</b>	„Snažím se dodržovat pitný režim, čaj mi chutná, je to příjemná změna, tady vypiji přes 2 litry denně.“	Nestěžuje si, čaj ji chutná. Denně vypije 2,5 litrů.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Nemám žádné větší problémy, pro jistotu nosím vložky.“	Nemá problémy s močením.
	<b>V nemocnici</b>	„Nemám problémy, tady nenosím vložky.“	Nejsou zaznamenány žádné problémy s vyprazdňováním močového měchýře.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Stolici mám pravidelně každý den.“	Nemá problémy s vyprazdňováním stolice.
	<b>V nemocnici</b>	„Bez potíží, stolici mám pravidelnou.“	Defekace bez potíží, každý den.

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Nemám problémy s usínáním ani se spaním, spím 6 hodin denně.“	Spaní je bez problémů.
	<b>V nemocnici</b>	„Hůře se mi usíná a často se budím, spí se mi hůře než doma.“	Spánek je nekvalitní, pacientka je ráno unavená.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Doma se věnuji čtení, domácím pracím a připravuji se na počítači do práce.“	Pacientka je stále aktivní, vyhledává si činnosti.
	<b>V nemocnici</b>	„Trochu se nudím, je mi to dlouhé, ale občas čtu a dívám se na TV.“	Pacientka často chodí po chodbách, dívá se na TV, nemusí dodržovat žádný klidový režim.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„O vše se postarám sama.“	Pacienta hygienu zvládá sama.
	<b>V nemocnici</b>	„Stejně jako doma, o vlastní hygienu a péči se starám sama, ale když se mi zhorší stav, tak potřebuji pomoci s mytím hlavy.“	Pacienta částečně zvládá hygienu bez pomoci, je soběstačná, jen občas potřebuje dopomoc při mytí hlavy.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Jsem samostatná.“	Pacientka je samostatná, všechny věci si zajišťuje sama.
	<b>V nemocnici</b>	„Tak jako doma...jsem samostatná.“	Pacienta je plně samostatná a soběstačná.

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
<b>Vědomí</b>	„Dobré.“	Při vědomí.	
<b>Orientace</b>	„Jsem orientovaná.“	Pacientka je plně orientovaná, v čase, prostoru, osobě i situaci.	
<b>Nálada</b>	„Jak kdy, střídá se. Ale teď zrovna asi dobrá.“	Dobře naladěna.	
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Vše si pamatuji.“	Bez poruchy.
	<b>Novopaměť</b>	„Vše si pamatuji.“	Bez poruchy.
<b>Myšlení</b>	„Myslí mi to dobře.“	Logické, myšlenky a slovní vyjádření na sebe navazuje.	
<b>Temperament</b>	„Jsem přátelská.“	Sangvinik a extrovert.	
<b>Sebehodnocení</b>	„Příznivé, jsem spokojená sama se sebou.“	Pacientka se hodnotila kladně.	
<b>Vnímání zdraví</b>	„Nikdy nebudu úplně zdravá, ale už jsem se svým onemocněním smířena.“	Pacientka akceptuje svoji nemoc.	
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Už s tím nemám žádný problém, s lupénkou jsem se naučila žít, ale občas mě to trápí.“	Pacientka má občas utrápený výraz v obličeji, obavy z budoucna.	
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Beru to reálně, tak jak to je, snažím se o sebe pečovat.“	Pacienta je klidná, vyrovnaná, s onemocněním je ztotožněná.	
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Reakce je dobrá, znám to tady,	Pacientka je hospitalizovaná opakovaně a nemá s tím	



		jsem tady opakovaně.“	problémy.
<b>Adaptace na onemocnění</b>		„Jsem s tím smířená, mé onemocnění mi nečiní žádné problémy.“	Velice dobrá, pacientka se již přizpůsobila.
<b>Projevy a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	<b>jistoty (úzkost,</b>	„Nic takového nepociťuji, jsem v pohodě, ale občas mám chmurné myšlenky a pocity.“	Pacientka je převážně vyrovnaná, ale někdy má strach a obavy z nových léčebných postupů.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>		„V této nemocnici jsem opakovaně a nemám žádné výtky, jsem spokojená.“	Pacienta verbalizuje spokojenost s hospitalizací a péčí v této nemocnici.

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„S komunikací nemám problém.“	Pacientka komunikuje velice dobře, bez problémů.
	<b>Neverbální</b>	„Nevím.“	Pacientka využívá i tuto komunikaci, která je v souladu s verbálním projevem.

<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Něco málo vím.“	Pacientka má nedostatečné informace.
	<b>O diagnost. metodách</b>	„To co potřebuji vím.“	Pacientka má neúplné informace.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Dietu žádnou nemám a léčbu dodržuji podle lékařů, ale nejsem si jistá, vlastně toho moc nevím.“	Pacientka není dostatečně informovaná o různých typech léčby.
	<b>O délce hospitalizace</b>	„To vím vždy dopředu, vždy mám cyklus 21 dní.“	Hospitalizace je známa a délka obhájena hned při nástupu. Pacientka verbalizuje pochopení, je informovaná.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	dcera	Žena 57 let.
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	matka	Pacientka je matkou, babičkou ještě ne.
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami)</b>	kamarádka, spolupracovnice	Pacientka chápe situaci i hospitalizaci a je plně adaptovaná.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

**Ordinovaná vyšetření: 0**

**Výsledky: 0**

### Konzervativní léčba:

**Dieta:** 3      **Pohybový režim:** K1 – plně soběstačná.

**RHB:** Dnes poprvé na krční oblast, kvůli dřívější a stále trvající bolesti trapézu.

**Výživa:** Beze změny.

### Medikamentózní léčba:

- **Per os:**            Caltrate plus tbl. 1-0-0  
                          Bonviva 150 mg tbl. 1/ měsíc  
                          Lagosa tbl. 1-0-1  
                          Zolpinox tbl. 0-0-0-1 dle potřeby
- **Intra venózní:** 0
- **Per rectum:** 0
- **Jiná:** Masti:

**Kštica:** Dehtový šampón pondělí a čtvrtek ráno; Flucinar s ligorem ráno

**Obličej:** Locoid lipocream 0,1% ráno a večer (mazat i uši); Ambiderman ráno a večer k promazání

**Tělo:** Balneum hermal ráno; Cutilan s 1/3 slunečnicového oleje sup. v poledne k promazání; Pix mast 5% ráno expozice 2 hodiny; Dexamethazon 5% večer na bérce a podkolení

### Chirurgická léčba: 0

## SITUAČNÍ ANALÝZA

57letá pacientka hospitalizovaná dne 25. 3. 2013 na kožní oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, z důvodu exacerbace psoriasis vulgaris. Progrese několik měsíců, prodělala virózu a bronchitidu. Lupenkou trpí od 18 let. Šestnáctý den hospitalizace jsou projevy lupenky potlačené a zaléčené. Jinak pacientka bez potíží, dýchání sklípkové, puls pravidelný a hmatný. Krevní tlak 130/80. Dolní končetiny bez otoků a viditelných změn. Pacientka je bez teploty, dodržuje pitný a stravovací režim. Pohyblivost a motorika je neomezena. Hygienickou péči si zajišťuje sama. Pacientka je plně soběstačná při všech činnostech. Spánek má přerušovaný, je nervózní, komunikativní. Při léčbě spolupracuje.

### **Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit**

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Poškozená kožní integrita z důvodu nadměrného rohovatění projevující se stříbřitými šupinami na kůži.
2. Deficitní znalost z důvodu nedostatečné orientace v možnostech léčby projevující se častými dotazy, nejistotou a nervozitou.
3. Porušený obraz těla z důvodu základního onemocnění projevující se skrýváním těla a částečnou sociální izolací.
4. Porušený spánek z důvodu svědění a změny prostředí projevující se častým buzením.
5. Neefektivní odolnost z důvodu poruchy imunitního systému projevující se exacerbací ložisek lupenky.
6. Poškozená sociální interakce z důvodu chronického onemocnění kůže a časté hospitalizace projevující se obtížemi ve společenských situacích.
7. Oslabené přizpůsobení z důvodu stresu a obav z budoucnosti projevující se nervozitou, nejistotou, potlačením změn zdravotního stavu.

**Potenciální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity.
2. Riziko osamělosti z důvodu častých hospitalizací.

**Sesterská diagnóza:**

Poškozená kožní integrita z důvodu nadměrného rohovatění projevující se stříbřitými šupinami na kůži.

**Cíl:** Zmírnění kožních projevů.

Hojení kožních změn bude probíhat bez komplikací.

**Priorita:** Střední

**Výsledné kritéria:**

Pacientka zná důvody stříbřitých šupin na kůži do 4 hodin.

Pacientka dokáže popsat hygienickou péči o své tělo do 2 dnů.

Pacientka jeví známky zlepšení šupení do 2 týdnů.

Pacientka pečuje a dodržuje hygienu změněné kůže do 2 dnů.

**Plán intervencí:**

Sleduj v pravidelných intervalech stav pokožky – sestra.

Edukuj pacientku o správné hygieně postižených míst na těle – sestra.

Zajisti pomoc při hygienické péči – sestra.

Udržuj lůžko v suchu a čistotě – sestra, ošetrovatelka.

Kontroluj dodržování hygienických zásad – sestra.

Informuj pacientku o příčinách změny kůže – sestra, lékař.

Předcházej komplikacím při léčbě změn kožní integrity – sestra.

Plán sestavila: Lopourová Veronika

### **Realizace:**

Pacientka má při každé hygieně dostatek pomůcek, možnost využít dopomoci personálu. Pacientka je vždy při změně stavu kožní integrity informována o způsobech a postupech při hygienické péči. Pacientka má každý den vyměněno ložní prádlo. Stav kůže a její celistvost je kontrolována denně.

### **Hodnocení po 4 hodinách:**

Pacientka zná příčiny stříbřitých šupin na kůži.

Pacientka si není jistá v osobní hygieně.

Pacientka nejeví známky zlepšení šupení.

### **Hodnocení 2. den:**

Pacientka zná důvody stříbřitých šupin na kůži.

Pacientka chápe důležitost hygienické péče a snaží se zvládnout hygienu o své tělo, ale má problémy s mytím hlavy.

Stav pokožky se zatím nezlepšil.

### **Hodnocení po 2 týdnech:**

Pacientka částečně zvládá základní hygienickou péči o své tělo, využívá připravené pomůcky, při mytí hlavy vyžaduje dopomoc.

Pacientka dodržuje hygienické zásady – každý den si mění pyžamo, větrá na pokoji.

Projevy šupení se po léčbě zmírnily.

**Cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.**

**Sesterská diagnóza:**

Deficitní znalost z důvodu nedostatečné orientace v možnostech léčby projevující se častými dotazy, nejistotou a nervozitou.

**Cíl:** Pacientka má dostatek informací o možnostech léčby.

**Priorita:** Střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka jeví zájem o nové poznatky v léčbě do konce hospitalizace.

Pacientka zná aktuální možnosti léčby svého onemocnění do 1 týdne.

Pacientka spolupracuje při léčbě svého onemocnění do 4 dnů.

Pacientka je klidná a nejeví známky nejistoty do konce hospitalizace.

Pacientka má zájem o nové informace o svém onemocnění během celé hospitalizace.

**Plán intervencí:**

Zjistí zda má pacientka dostatek informací – sestra.

Sleduj jest – li pacientka dodržuje předepsanou léčbu – sestra.

Všímej si zda pacientka spolupracuje s ošetřujícím personálem – sestra.

Edukuj pacientku o důležitosti spolupráce při léčbě – sestra.

Sleduj nonverbální projevy pacientky – sestra.

Všímej si chování a nálady pacientky – sestra.

Zajisti konzultaci s lékařem o aktuální léčbě a dalších možnostech léčby – sestra.

Plán sestavila: Lopourová veronika

**Realizace:**

Pacientka je informována o léčebných procedurách, které by měla absolvovat v nejbližších dnech. Pacientku navštívila sestra, která vede edukační pohovory. Pacientce byl umožněn rozhovor s ošetřujícím lékařem. Každý den se sledují nonverbální projevy pacientky a hodnotí se její nálada.

**Hodnocení 1. den:**

Pacientka je klidná, snaží se spolupracovat s personálem.

Pacientka nemá zájem o nové informace týkající se její léčby.

**Hodnocení 2. den:**

Pacientka spolupracuje s personálem.

Pacientka má zájem získat nové poznatky a informace o léčbě svého onemocnění.

**Hodnocení po 1 týdnu:**

Pacientka je klidná, vyrovnaná, spolupracuje s personálem a zná možnosti léčby. Zajímá se o novinky v léčbě jejího onemocnění.

**Cíl byl splněn částečně, proto je důležité v naplánovaných intervencích i nadále pokračovat.**

**Sesterská diagnóza:**

Porušený obraz těla z důvodu lupénky projevující se skrýváním postižených částí těla a částečnou sociální izolací.

**Cíl:** Pacientka nebude v sociální izolaci.

Pacientka bude akceptovat sama sebe.

**Priorita:** Střední



### **Výsledná kritéria:**

Pacientka chápe tělesné změny kůže do 1 týdne.

Pacientka zná a dokáže vyjmenovat základní péči o kůži do 2 dnů.

Pacientka bez problémů mluví o svém těle do konce hospitalizace.

Pacientka navazuje kontakty ve společnosti (zatím mezi pacienty) do konce hospitalizace.

### **Plán intervencí:**

Zjistí reakci pacientky na změnu vzhledu kůže – sestra.

Hovoř s pacientkou o jejím těle – sestra.

Povzbuzuj pacientku v péči o své tělo – sestra.

Nabídní pacientce rozhovor s psychologem – sestra.

Sleduj zda pacientka navazuje kontakty s ostatními pacienty na oddělení – sestra.

Doporuč pacientce seznámení s ostatními pacienty se stejnými problémy – sestra.

Plán sestavila: Lopourová Veronika

### **Realizace:**

Každý den se s pacientkou hovoří o jejích pocitech, o péči o tělo. Na pacientku se dohlíží při osobní hygieně a péči o tělo. Pacientka je zapojována mezi ostatní pacienty se stejnými zdravotními problémy. Pohovor s psychologem pacientka zatím odmítá.

### **Hodnocení 1.den:**

Pacientka částečně zvládá péči o své tělo. Zatím nedokáže otevřeně hovořit o svém onemocnění. Snaží se navazovat kontakty s ostatními pacienty.

**Hodnocení 2. den:**

Pacientka zvládá péči o své tělo bez problémů, ale zatím není schopna otevřeně hovořit o svém onemocnění. S ostatními pacienty komunikuje bez potíží.

**Hodnocení za 1 týden:**

Pacientka zvládá péči o své tělo a dokáže otevřeně hovořit o svém onemocnění.

**Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích není potřeba nadále pokračovat.**

**Sesterská diagnóza:**

Porušený spánek z důvodu svědění a změny prostředí projevující se častým buzením.

**Cíl:** Pacientka bude po probuzení odpočatá.

**Priorita:** Střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka má nepřerušované spaní do 2 dnů.

Pacientka ví, jak si zlepšit a upravit podmínky pro spánek do 2 dnů.

Pacientka nejeví známky únavy po dobu hospitalizace.

**Plán intervencí:**

Sleduj délku a kvalitu spánku – sestra.

Zajisti dodržování zvyklostí před spánkem – sestra.

Zajisti klidné a tiché prostředí – sestra.

Doporuč omezení příjmu tekutin po 18 hodině – sestra.

Zajisti čisté ložní prádlo – sestra, ošetřovatelka.

Plán sestavila: Lopourová Veronika

**Realizace:**

Každý den před spaním má pacientka čisté ložní prádlo.

Je kladen důraz na klidné a tiché prostředí.

Ve večerních hodinách omezen u pacienty příjem tekutin.

Jsou dodržovány zvyklosti před spánkem.

**Hodnocení 1. den:**

Pacientka se 4x za noc vzbudila.

Pacientka je po probuzení unavená.

Pacientka se snaží spolupracovat.

**Hodnocení 2. den:**

Pacientka se vzbudila pouze 1 za noc.

Pacientka je ráno svěží a odpočatá.

Pacientka plně spolupracuje.

**Cíl byl splněn, nadále není potřeba pokračovat v naplánovaných intervencích.**

**Celkové hodnocení**

Po 14 dnech hospitalizace na kožním oddělení je pacientka vyrovnaná a svůj zdravotní stav chápe.

U dvou aktuálních diagnóz, které byly naplánovány byl cíl splněn. Následující dva cíle byly splněny částečně, proto se musí pokračovat v naplánovaných intervencích, tyto cíle jsou dlouhodobé.

Průběh hospitalizace neprovázely žádné komplikace, zvolená léčba se jeví jako účinná. Pacientka po dobu hospitalizace spolupracovala s ošetrovatelským personálem.

Pacientka je plně informována o svém onemocnění. Celkovou hospitalizaci hodnotí kladně.

## 4 Doporučení pro praxi

Lupénka je onemocnění nevléčitelné a na pohled zřetelné, proto je důležitá psychická podpora od rodiny i zdravotníků. Nesmíme opomenout hygienu a její dodržování nejen v nemocnici, ale i v domácím prostředí. Následující doporučení vycházejí z výše uvedených poznatků.

### **Doporučení pro pacienta:**

- Dodržuj doporučení lékařů a sester.
- Aplikuj léčbu podle pokynů lékaře.
- Spolupracuj s ošetřovatelským týmem.
- Aktivně se zajímej o svoji nemoc.
- Otevřeně sděľuj svoje problémy.
- Dodržuj hygienické zásady.
- Dbej na čistotu lůžkovin.
- Udržuj čistotu prostředí.
- Buď stále pozitivní.
- Zapoj se do společenského života.
- Hledej oporu v rodině, u příbuzných a kamarádů.
- Kontaktuj lidi se stejným onemocněním.

### **Doporučení pro rodinu:**

- Neodstrkuj nemocného.
- Pomáhej nemocnému a podporuj ho.

- Mluv s nemocným o jeho nemoci a pocitech.
- Dopomož nemocnému s hygienickými zásadami (často větrat, umývat podlahu)
- Pozitivně nemocného motivuj.
- Udržuj pravidelný kontakt nemocného se společností.
- Ukaž nemocnému, jak je důležitý.

**Doporučení pro zdravotníky:**

- Empaticky komunikuj s nemocným.
- Edukuj nemocného i jeho rodinu.
- Respektuj intimitu nemocného.
- Pomáhej pacientovi při aplikaci zevní terapie.
- Motivuj pacienta a získej si ho pro spolupráci.
- Doporuč pacientovi alternativní způsoby léčby.
- Mluv s pacientem o jeho nemoci a pocitech.
- Zapoj rodinu.

## **Závěr**

Bakalářské práce se zabývala ošetrovatelským procesem u pacienta s lupénkou. Lupénka je hojně rozšířená, nevyléčitelná kožní choroba, která negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. V současné době je lupénka považována za chorobu civilizační. Proto je lupénka stále zkoumána, dále se vyvíjejí nové léky a preparáty.

Bakalářská práce byla rozdělena na 2 části. V první části jsem se zabývala lupénkou jako chorobou z medicínského pohledu – příčiny nemoci, diagnostika, léčba, prevence a prognóza. Druhá, stěžejní část práce byla věnována ošetrovatelskému procesu. Z aktuálního posouzení pacienta jsem vytvořila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Bakalářská práce obsahuje mnoho poznatků o tomto onemocnění, proto by mohla sloužit jako zdroj informací nejen pro samotné pacienty a jejich rodiny, ale i pro zdravotníky a veřejnost.

## Seznam použité literatury

1. ARENBERGER, Petr. *Dermatologie : eikosanoidy u psoriázy*. Vyd. 1. Praha : Czechopress Agency, 1999. 79 s. ISBN 80-902632-0-8.
2. ARENBERGER, Petr. *Mediátory v kůži*. Vyd. 1. Praha : Czechopress Agency, 2001. 87 s. ISBN 80-902632-3-2.
3. BENÁKOVÁ, Nina. *Lupénka v otázkách a odpovědích: příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 2003. 128 s. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-392-X.
4. BENÁKOVÁ, Nina et al. *Psoriáza nejen pro praxi*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5.
5. BORSKÁ, Lenka a kol. *Přínosy a rizika Goeckermanovy léčby psoriázy*. Brno: MSD, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7392-160-6.
6. BOWER, H. *Lupenka*. Frýdek-Místek: ALPRESS, s. r. o, 1998. 143 s. ISBN 80-7218-148-3.
7. KOPECKÝ, M., CICHÁ, M. *Somatologie pro učitele*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 263 s. ISBN 80-244-1072-9.
8. LUŽNÁ, Dagmar a VRÁNOVÁ, Dagmar. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel II*. Olomouc: ANAG, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7263-421-7.
9. MOSKALYKOVÁ, Miloslava. *Diety při onemocnění lupénkou : recepty, rady lékaře*. Praha : Sdružení MAC, 1998. 32 s. ISBN 80-86015-35-1.
10. NIEDNER, Roland. *Kožní choroby : obrazový atlas*. Vyd. 2. Praha : Triton, 2010. 407 s. ISBN 80-7387-206-9.
11. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
12. NOVOTNÝ, František. *Jak žít s lupénkou*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1995. 160 s. ISBN 80-901776-3-8.
13. PAGANO, John O. A. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 295 s. ISBN 978-80-7387-556-5.



14. SNELLMAN, Erna. *Heliotherapy of psoriasis : an experimental and clinical study*. Helsinki : Social Insurance Institution, 1993. 114 s. ISBN 951-669-365-2.
15. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2506-2.
16. SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 2.vyd. Brno: Tribun EU, 280 s. ISBN 80-263-0001-4.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 284 s. ISBN 80-247-1148-5.
18. ŠTOLFA, Jiří a kol. *Psoriatická artritida a psoriáza: [etiologie, patogeneze, diagnostika, moderní léčba]*. Praha: Maxdorf, 2007. 164 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-120-2.
19. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie / Jiří Štork et al*. 1. vyd. Praha : Galén : Karolinum, 2008. 502 s. ISBN: 978-80-7262-371-6 (Galén : váz.) ISBN: 978-80-246-1360-4.
20. TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
21. ZÁHEJSKÝ, J. a kol. *Speciální ošetrovatelská péče o dospělé na dermatovenerologickém oddělení*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 179 s. ISBN 80-7013-161-6.

### **Internetové zdroje**

1. Lupénka a její příznaky [online]. Medixa.org. [cit. 15.04.2013]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/priznaky/lupenka-a-jeji-priznaky>

## Články

1. BENÁKOVÁ, Nina, 2011. *Phototherapy of psoriasis in the era of biologics: still in.* Acta dermatovenerologica Croatica, Roč. 19, č. 3, s. 195-205, ISSN 1330-027X.

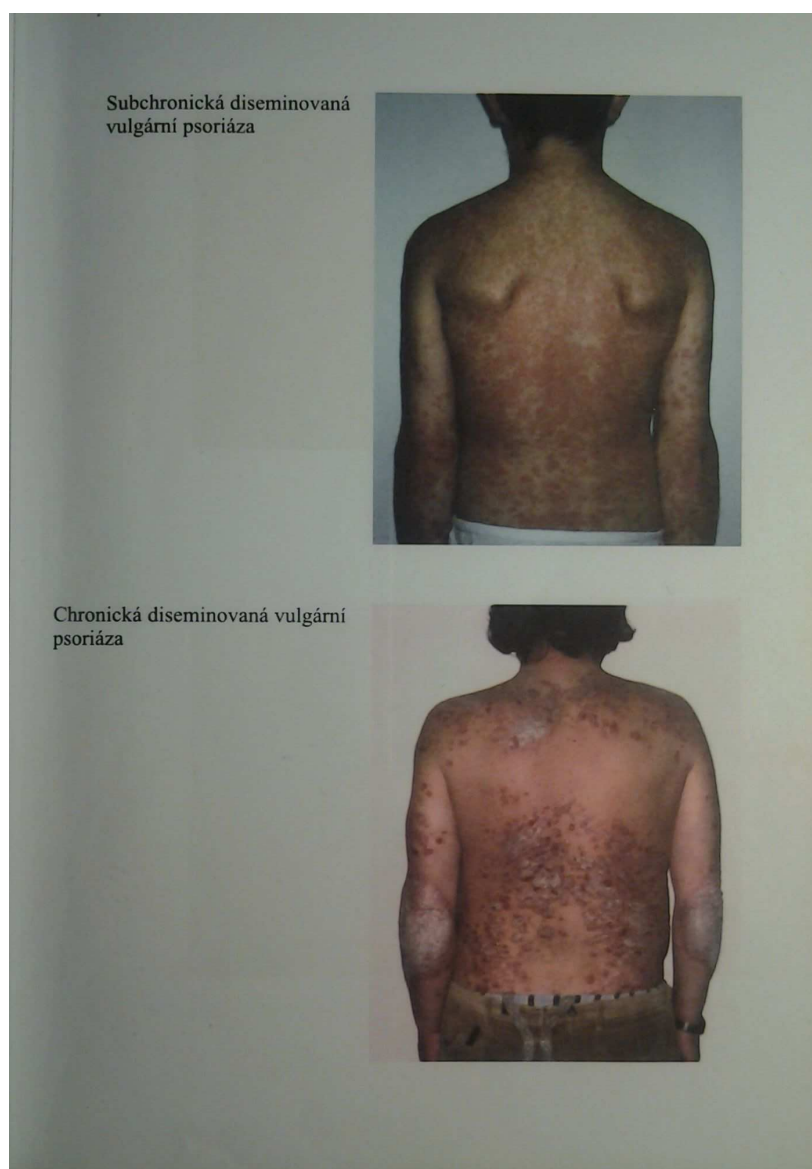
Dostupné na z: <http://adc.mef.hr/index.php/adc/article/view/666/539>

2. AKSAMÍTOVÁ, Helena, 2012. *Biologická léčba psoriázy a psoriatické artritidy.* Acta medicinae, roč. 1, Kazuistiky, s. 30-33. ISSN: 1805-398X.

## **Seznam příloh**

Příloha A – Fotografie	I
Příloha B – Rešerš z vědecké knihovny Olomouc	IX

## Příloha A



Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 1 – Psoriasis vulgaris



Psoriáza na čele



Psoriatická erythrodermie

Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 2 – Erythrodermická lupénka



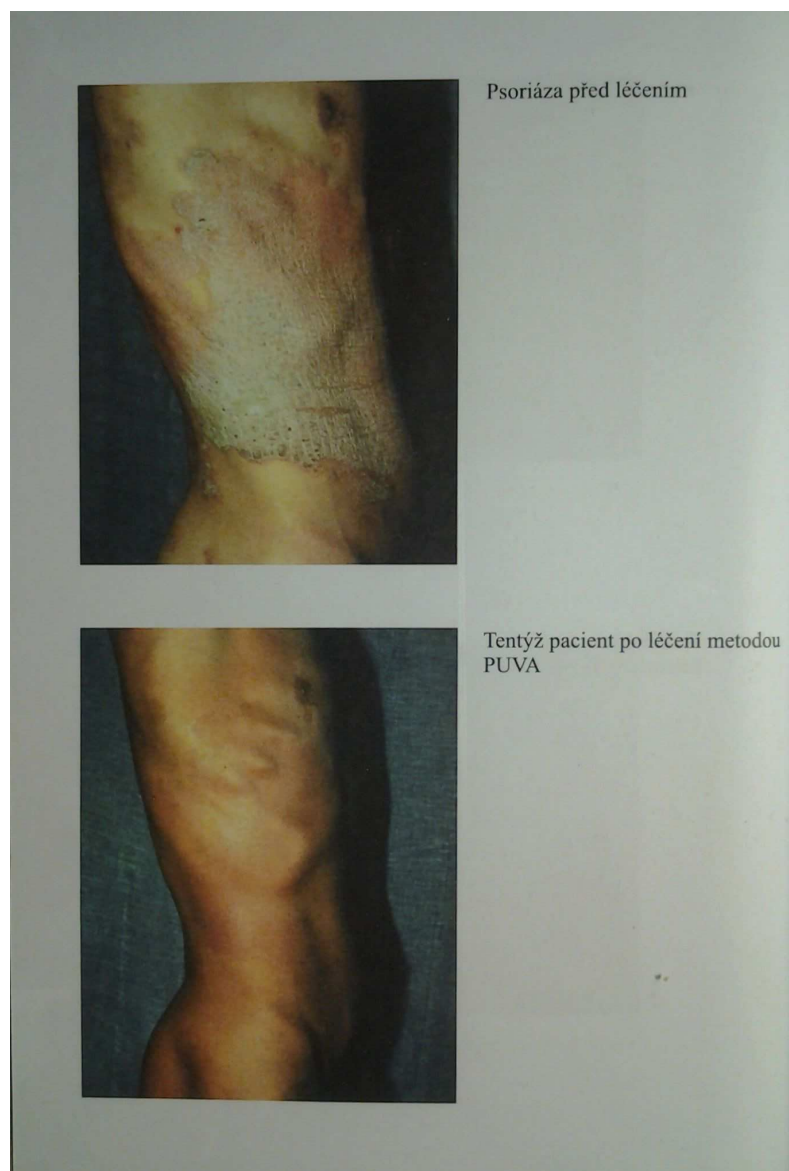
Psoriatické nehty



Psoriatické nehty

Zdroj: Novotný , 2002

Obrázek 3 – Psoriatické nehty



Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 4 – Lupenka před a po léčbě

Psoriáza před léčním



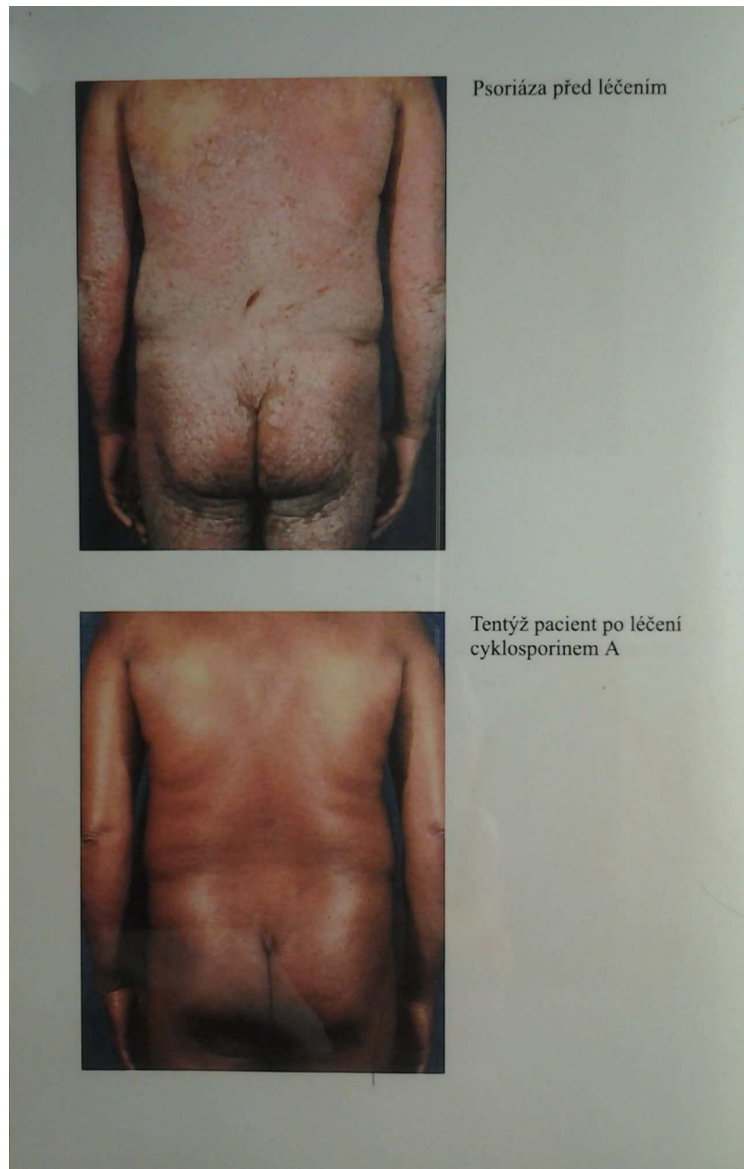
Tentýž pacient po léční metotrexátem



Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 5 – Lupenka před a po léčbě





Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 6 – Lupenka před a po léčbě

Generalizovaná pustulózní psoriáza Zumbuschova typu  
– detail



Inverzní psoriáza u diabetičky

Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 7 – Inverzní psoriáza



Plantární pustulózní psoriáza  
Barberova typu



Plantární hyperkeratotická psoriáza

Zdroj: Novotný, 2002

Obrázek 8 – Plantární lupénka

## Příloha B

Vědecká knihovna v Olomouci  
Bezručova 3, pošt. schr. 9  
Informační služby  
779 11 Olomouc  
e-mail: [is@vkol.cz](mailto:is@vkol.cz)

tel. : 585 205 333  
fax : 585 220 615

**Bibliografický soupis**  
**č. RE 742/2012**

## LUPÉNKA

**Počet záznamů:** 100 (17 knihy, 83 článků)  
**Časové rozmezí:** 1993-2012  
**Datum:** 10.5.2013  
**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina  
**Zpracovala:** Mgr. L. Krátká

**1.1 Druh literatury:** knihy (1993-2011), články (2010-2012)

### 1.2 Zdroje:

- katalogy VKOL
- databáze Národní knihovny ČR (<http://aleph.nkp.cz/F/>)
  - ANL
  - SKČ
- CD ROM Bibliographica medica čechoslovaca
- Academic Search Complete (EBSCO)

**Klíčová slova:** lupénka ; psoriáza ; psoriasis

**MDT:** 616.517

**KONSPEKT:** 616 - Patologie. Klinická medicína [14]

