

Představujeme: Kožní oddělení

Historie a současnost Kožního oddělení

Kožní oddělení za dobu své existence několikrát změnilo místo svého působení. První kožní oddělení jako takové vzniklo v roce 1945. Jednalo se původně o infekční pavilon postavený roku 1914 (dnes budova současného vedení). Celkový počet lůžek byl 55. Prvním primářem byl MUDr. František Frenzl (srpen 1945 – říjen 1947). První rekonstrukce byla provedena v letech 1954 a 1955, kdy byla navýšena kapacita lůžek na 68. V letech 1947–1991 se zde vystřídalo mnoho primářů: MUDr. Jan Materna, MUDr. Ptáčková Nečasová, MUDr. Josef Vrbovský, MUDr. Vjekoslav Fischer, MUDr. Jaroslav Horáček, MUDr. Leopold Mokráček, MUDr. Viktor Palouš, MUDr. Vladimír Hodáč a MUDr. Jitka Petříková.

Další rozsáhlá rekonstrukce byla zahájena 1. 6. 1993 a kožní oddělení muselo být dočasně přesunuto do dvou podlaží LDN v horním areálu nemocnice – šlo o 3. a 7. patro (60 lůžek), tentokrát pod vedením MUDr. Emilie Jakovljevičové (duben 1991 – březen 1996). Od 24. 11. 1994 bylo kožní oddělení přesunuto



Kožní oddělení (budova vpravo) – původně infekční pavilon postavený roku 1914 (dnes budova současného vedení)

zpět do zrekonstruované budovy. Do objektu se přestěhovala zbývající nemocniční pracoviště z polikliniky U Tří lvů (kožní nemoci z povolání, konziliární služby), v přízemí se zřídil zákrokový sálek a ze suterénu se sem přestěhovala venerologická laboratoř, které byl určen samostatný vchod na severní straně. Do ostatních prostor se chodilo z jižní strany. Celkový

počet lůžek byl snížen na 46. Další stěhování proběhlo v listopadu roku 2003, a to do dolního areálu, do bývalé vojenské nemocnice (32 lůžek). Většinu pacientů hospitalizovaných v těchto letech na kožním oddělení tvořili lidé s lupénkou, bércovými ulceracemi (vředy), herpes zoster (pásovým oparem) a v neposlední řadě i pacienti se sexuálně přenosnými chorobami.



Zrekonstruované kožní oddělení roku 1994



Kožní oddělení roku 2010, dolní areál nemocnice



Kolektiv Kožního oddělení

Poslední stěhování proběhlo v prosinci roku 2011, konkrétně do pavilonu O s celkovým počtem 20 lůžek.

Současné Kožní oddělení, vedené již od dubna 1996 prim. MUDr. Jiřím Horažďovským, se nachází v prvním patře pavilonu O. Celkový počet lůžek na tomto oddělení činí 24 – jedná se o deset standardních pokojů a dva izolační pokoje, které jsou určeny pro pacienty v izolačním režimu, například s diagnózou syfilis.

V přízemí pavilonu O se nachází ambulantní část. Jsou zde k dispozici dvě všeobecné a mnoho specializovaných ambulancí. Za rok 2021 bylo ambulantně ošetřeno 31 872 pacientů a hospitalizováno 429 pacientů. V roce 2022 bylo hospitalizováno 528 pacientů.

■ **MUDr. Olena Točíková**



Zleva: Hana Rajdlíková a MUDr. Olena Točíková



*prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
a vrchní sestra Bc. Pavla Dvořáková*



Kolektiv lůžkové části



Kolektiv ambulance



zleva: staniční sestra Hana Raddová, prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D. a vrchní sestra Bc. Pavla Dvořáková



*prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
a Marie Kurzová (recepce, sekretariát)*



Kolektiv lékařů

Ambulance biologické léčby

V ambulanci pracujeme s léky, které jsou biologické povahy, tedy syntetizovány přírodní cestou. Tyto léky se používají kromě dermatologie i v celé řadě dalších oborů, jmenovně revmatologii, gastroenterologii, onkologii a další. Používají se k léčbě onemocnění, která jsou zánětlivá a autoimunitní. Jedná se o cílenou léčbu, to znamená, že léky jsou schopny cíleně zablokovat rozvoj daného kožního onemocnění. Tato léčba je vyhrazena pro závažné formy onemocnění, které nereagují na konvenční léčbu, nebo konvenční léčba nemůže být podávána či musí být ukončena pro vedlejší/nežádoucí projevy. Jde o velmi nákladný druh léčby, pro jehož zahájení musí být splněna tzv. indikační kritéria, která je nutno striktně dodržet, aby

léčba mohla být hrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou pacienta.

Biologická léčba je indikována zejména u těchto onemocnění:

- Atopický ekzém
- Chronická kopřivka
- Hidradenitis suppurativa (chronické zánětlivé onemocnění žláz v oblastech podpaží, třísels, hýždí, pod prsy atp.)
- Psoriáza – lupénka

V naší ambulanci léčíme především dospělé pacienty, nicméně v některých případech je léčba vhodná i pro dětské pacienty. Léky se podávají ve formě podkožní aplikace stříkačkami nebo pery. Některé léky ze spektra tzv. *malých molekul*, *JAK inhibitorů* jsou užívány ve formě tablet.

Výhodou biologické léčby je především to, že ve srovnání s klasickou systémovou léčbou se při ní vyskytuje méně nežádoucích účinků a jde o léčbu bezpečnou i z dlouhodobého hlediska, kdy není nutno dávku navyšovat.

V naší ambulanci nyní léčíme asi 270 pacientů se všemi výše uvedenými diagnózami. S ohledem na další přidružená onemocnění spolupracujeme i s jinými odděleními nemocnice, a to zejména s Oddělením plicním a TBC, Gastroenterologickým oddělením, revmatologickou ambulancí Interního oddělení a s ohledem na pravidelné kontroly pacientů i s Laboratoří klinické chemie, hematologie a imunologie a Laboratoří klinické mikrobiologie. Kontroly pacientů probíhají nejčastěji čtvrtletně.



Zdravotní sestra Eva Jánská a prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.

Závěrem je třeba zdůraznit, že zavedení biologické léčby znamenalo převrat v léčbě nejen dermatologických onemocnění. Došlo k výrazně pozitivnímu zlepšení prognózy a výhledu pacientů do budoucna. Tato dlouhodobá léčba otevírá nové léčebné možnosti pro závažná imunitně podmíněná onemocnění, dříve v těžkých formách obtížně léčitelných. Vzhledem k pokroku ve vývoji nových léků se bude i nadále rozšiřovat spektrum onemocnění, která budeme moci v naší ambulanci léčit. Otázkou zůstává finanční náročnost biologické léčby, proto je tento typ léčby soustředován do tzv. center biologické léčby. Centrum pro Jihočeský region se nachází právě Nemocnici České Budějovice, a.s.

■ **MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.**
MUDr. Hana Janatová

Ambulance pro kožní nemoci z povolání a dermatologické alergologie

V ambulanci pro kožní nemoci z povolání a dermatologickou alergologii se vyšetřuje původ kontaktních alergických ekzémů za pomoci náplastových epikutánních testů. Epikutánní testy jsou standardní vyšetřovací metodou k průkazu kontaktní senzibilizace (přecitlivělosti) u dětí i dospělých. Mají dlouholetou historii (od roku 1895) a dosud nebyly nahrazeny spolehlivější laboratorní metodou. Princip metody spočívá v expozici malého okrsku kůže podezřívajícímu alergenu.

Epikutánní testy

Každý rok vyšetříme v naší ambulanci epikutánními testy 250–300 pacientů. Pomocí těchto testů se určuje

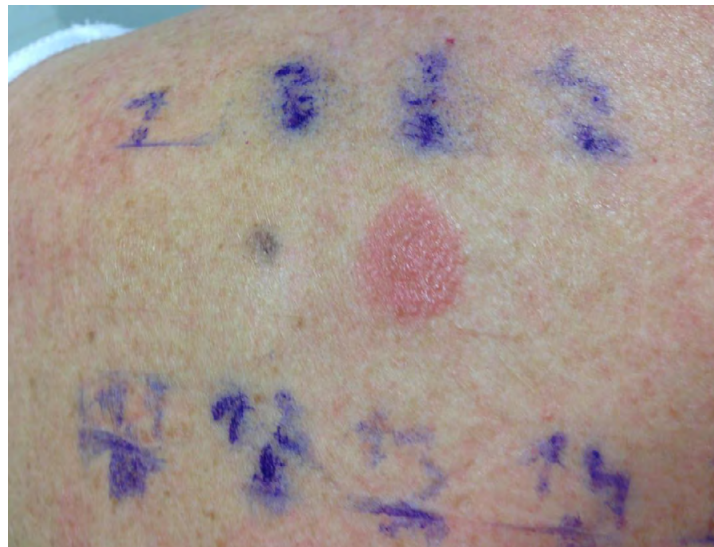
zdroj kontaktní alergie, tedy látky, na kterou je pacient přecitlivělý. Pacient je informován o této látce, dostane informační leták, a pokud se tomuto alergenu vyvaruje, je šance, že ekzémové potíže na kůži ustoupí. Testují se látky ze zevního prostředí, se kterými pacient přijde do styku. Obvykle se testuje kolem čtyřiceti látek. Jedná se o náplastové testy, nejde tedy o invazivní vyšetření. Testy se aplikují na záda a ponechají se 48 hodin, pak se sejmou a odečítají za 48 a 72 hodin.

Všem pacientům aplikujeme standardní evropskou sadu testů, která je stejná v celé Evropě a každý rok se aktualizuje podle statistických údajů nejčastějších alergenů. Je doporučena

European Environmental and Contact Dermatitis Research Group (EECDRG) a obsahuje standardizované nejčastěji se vyskytující kontaktní alergeny v evropských zemích (chrom, nikl, kobalt, součásti pryže, barviva, lepidla, kosmetické konzervanty, parfémy, formaldehyd a další). Dále aplikujeme sadu kosmetických konzervačních látek a testy s látkami, které jsou požadovány od jiných specialistů nebo jsou podezřelé. Spolupracujeme například se stomatology či ortopedy, kteří u pacientů s anamnestickým údajem o alergii na kovy požadují vyšetření sadou kovů a akrylátů před ortopedickou operací či před stomatologickým zákrokem. Dále je možno otestovat používané



Odečet testů po sejmutí náplastí



Pozitivní test



Kontaktní alergie po akrylátové nehtové modeláži

kosmetické výrobky, které si pacient přinese z domova, rukavice, čisticí prostředky a další materiály, které mohou alergický ekzém způsobovat.

Nejčastější kontaktní alergen způsobující ekzém je nikl. Je obsažen v bižuterii, součástech oděvů (zipy, knoflíky) a v mnoha předmětech denní potřeby (kliky, úchytky nábytku, obroučky brýlí). Může způsobovat nejčastěji mokravé projevy na ušních lalůčcích po náušnicích, ekzém po řetízku, prstýnku, ekzémy rukou.

U testovaných žen je pozitivní test s niklem asi ve dvaceti procentech. Dále je častá alergie na parafenylendiamin (součást barvy na vlasy) a také na akrylátové pryskyřice (nehtová modeláž) nebo na parfémy.

Vyšetření kožních nemocí z povolání

Pokud je podezření na kontaktní alergii na látky, které se vyskytují v pracovním prostředí, jsme povinni šetřit suspektní kožní chorobu z povolání. V této oblasti spolupracujeme se

zaměstnanci hygienické služby, konkrétně z oddělení hygieny práce, kam je zaslána žádost o hygienické šetření na pracovišti a odběr vzorků z práce. Vzorky z práce jsou pak na naši ambulanci pracovníkem hygieny dodány a po prostudování složení jednotlivých látek a předepsaném naředění testujeme náplastovými testy i látky z práce. Výsledky testování a celý případ následně konzultuji s panem primářem MUDr. Alešem Hejlkem z Oddělení pracovního lékařství a veškeré podklady a výsledky testů v kompletní zprávě



Alergie na tetování henou



Kontaktní alergie na rukavice (součásti pryže)



Kontaktní alergie na peruánský balzám (smrkové dřevo)



Kontaktní alergie na barvu na vlasy



Kontaktní alergie na diclofenac v náplasti

předávám na Oddělení pracovního lékařství k ohlášení kožní nemoci z povolání. Vyjma epikutánních testů zde provádíme testy alkalirezistence (přirozené odolnosti kožního povrchu vůči zevním vlivům), dermatografismu (reakce kůže na mechanické podráždění), vyšetření celkových a specifických IgE protilátek a další testy (prick testy, skarifikační). Velmi důležitá je podrobná anamnéza a také posouzení celé dokumentace pacienta od praktického lékaře.

Sporné případy mohou konzultovat na pravidelných setkáních pracovní skupiny pro šetření kožních nemocí z povolání na Kožní klinice VFN v Praze. Tato setkání se konají jednou za dva měsíce pod vedením doc. MUDr. Elišky Dastychové, CSc. Mezi kožní nemoci z povolání nejčastěji patří kontaktní alergické ekzémy, kontaktní iritační dermatitidy, onemocnění svrabem u zaměstnanců ve zdravotnictví, postižení trichofytózou (mykóza) u zaměstnanců v zemědělství či v živočišné výrobě. Nejčastější kontaktní alergie z práce jsou způsobeny

plastickými hmotami, lepidly, ropnými produkty (minerální oleje). Ve zdravotnictví se jedná o alergie na ochranné rukavice (latex, pryž) a čisticí či dezinfekční prostředky.

Počet hlášených kožních nemocí z povolání za jihočeský region je v průměru kolem dvaceti až třiceti za rok. Naše ambulance je v Jihočeském kraji jedinou spádovou ambulancí, kde se podezření na kožní nemoci z povolání vyšetřují. V této ambulanci pracuji od roku 2004. V předchozích letech se stejné problematice věnovala MUDr. Dana Šmejkalová, prim. MUDr. Jiří Horažďovský a mnoho let MUDr. Emilie Jakovljevičová (od roku 1965). Historie tohoto dermatologického podboru však sahá na našem pracovišti již do počátku 60. let minulého století, kdy zde působil velmi zkušený dermatolog MUDr. Hugo Paukert.

■ **MUDr. Hana Janatová**
Zástupce primáře



Zleva: zdravotní sestra Eva Jánská a zástupce primáře MUDr. Hana Janatová

Ambulance fototerapie

Ambulance fototerapie je určena pro pacienty indikované k fyzikální terapii světlem. Jedná se o aplikaci neionizujícího elektromagnetického záření na kůži. Světloléčba je nedílnou součástí dermatologické terapie. Nejčastěji je využíváno ultrafialové záření typu UVA nebo UVB, které je aplikováno buď po celém těle v ozařovací kabině, nebo lokálně, např. na dlaně a plosky či do kštice pomocí speciálního hřebenu. UVB – středněvlnné záření (290–320 nm) prochází přes pokožku až do horní vrstvy škráry, UVA – dlouhovlnné záření (320–400 nm) proniká do podkoží, kde je schopno ovlivňovat imunitní děje, reakce cév a pojiva. Pro svůj největší léčebný efekt je nejčastěji využíváno záření UVB 311 nm.

Fototerapie může být dále kombinována s léčebnými postříky, potíráním zvláčňujícími i léčebnými mastmi či celkovým užíváním tablet (např. Neotigason). Naši pacienti mohou absolvovat všechny výše zmíněné možnosti léčby přímo v naší ambulanci, případně i během hospitalizace na našem oddělení. Přesnou indikaci fototerapie určuje buď lékař kožního oddělení, nebo příslušný ambulantní specialista. Mezi nejčastější onemocněními léčená pomocí fototerapie patří psoriáza (lupénka), atopický ekzém a hyperkeratotické ekzémy, lichen, alopecia areata (okrsková plešatost), kožní T-lymfomy, různé druhy pruritu (svědění), některé fotodermatózy, vitiligo. Kontraindikacemi fototerapie jsou nejčastěji akutní zhoršení

konkrétního onemocnění (např. u atopického ekzému), akutní infekce (kožní i celková), přecitlivělost na UV záření, kožní onemocnění zhoršující se slunečním zářením (např. lupus), kožní prekancerózy a nádory, onkologická onemocnění a další. Opatrnost je nutná při užívání některých léků. Před zahájením fototerapie je proto pacient vždy vyšetřen lékařem v ambulanci fototerapie, který s ním podrobně projde jeho anamnézu a zhodnotí případná rizika.

Vzhledem k našemu podnebí je ambulance fototerapie v provozu od září nejdéle do června, s maximální vytižeností v zimních měsících. Léčebná schémata jsou individuální u každé diagnózy i pacienta (záleží zejména

na fototypu a toleranci UV záření), nejčastěji pacienti navštíví ambulanci fototerapie za jednu sezónu cca 20–30×, zpočátku častěji (ideálně 3–4× týdně), následně při udržovací terapii cca 1–2× týdně. Fototerapie je aplikována erudovanou sestrou a pacienti v pravidelných intervalech kontroluje lékař. V posledních letech průměrně za jednu sezónu ošetříme okolo 160 pacientů, což znamená cca 3700 návštěv.



■ **MUDr. Anna Rosolová**

Zleva: MUDr. Anna Rosolová a zdravotní sestra Petra Holomelová

Ambulance – poradna pro pigmentová znaménka a kožní nádory

V ambulanci – poradně pro pigmentové névy a prevence melanomu provádíme vyšetření kožních pigmentových névů (laicky znamének) a kožních nádorů benigních (nejčastěji seboroické veruky, dermatofibromy, fibromy) i maligních (melanom, bazocelulární a spincelulární karcinom). V užším slova smyslu se jedná o rutinní kontroly névů celého kožního povrchu, indikace k chirurgickému odstranění, indikace ke sledování podezřelých znamének digitálním dermatoskopem, drobné terapeutické zákroky pomocí tekutého dusíku či ručního elektrokauteru (přístroj používající se k odstranění benigních lézí) a v neposlední řadě také dispensární kontroly u pacientů po předchozí excizi maligního kožního tumoru. Vyšetření provádíme ručním a digitálním dermatoskopem.

Ruční dermatoskop je základní nástroj běžných rutinních kontrol. Jedná se o optické zvětšovací zařízení, které prosvítí vrstvy kůže nepolarizovaným (svrchní vrstvy kůže) a polarizovaným (hlubší vrstvy kůže) světlem a zvětší vyšetřované projevy,



MUDr. Eduard Paulát

zpravidla 10× až 20×. Odhalí nám tím různé dermatoskopické struktury – pigmentovou síť, pigmentové tečky, globule, bezstrukturální okrsky rozličných barev, cévy různých tvarů (větvené, glomerulární, tečkovité, lineární nepravidelné...), eroze, skvamy, lesklé bílé linky, milia like cysts a mnohé

další. Pravidelnost a rozložení těchto struktur ve vyšetřovaném projevu nám ho následně pomohou správně diagnostikovat, odlišit nález benigní od maligního a určit další postup.

Digitální dermatoskop je zařízení, které nám umožňuje vyšetření



Digitální dermatoskop

s mnohonásobně větším zvětšením (až 70×) a vysokou kvalitou obrazu. Pokud se zdá vyšetřovaný projev v ručním dermatoskopu podezřelý, je možné prohlédnout ho s mnohem detailnějším zvětšením dermatoskopem digitálním a lépe tak prozkoumat dané struktury. Dalším velkým plusem digitálního dermatoskopu je možnost pořizování fotografií a jejich archivace. Vybrané névy jsou uloženy do databáze a porovnávány při tzv. follow-up kontrolách po třech, šesti, devíti či dvanácti měsících – dle indikace lékaře. Obrázky uložené při minulých návštěvách se pak porovnávají s aktuálním obrazem a hodnotí se, je-li nález stacionární, nebo se v určeném časovém úseku struktury mění. Pokud má změna struktur maligní charakter, névus je indikován k vyříznutí (excizi).

Typickým pacientem zařazeným do databáze digitálního dermatoskopu

je pacient se syndromem dysplastických névů. U takového člověka většina névů kožního povrchu dermatoskopicky vykazuje atypii struktur. Tito pacienti jsou při pravidelných kontrolách sledováni, jejich névy v určených časových intervalech porovnávány a k chirurgickému odstranění jsou indikovány pouze ty, které vykazují maligní změny. Předchází se tím zbytečným excizím, po kterých pacienti končí s jizvami po vyříznutí histologicky benigních névů. V minulém roce jsme digitálním dermatoskopem takto provedli 291 vyšetření.

Ambulance – poradna pro pigmentové névy a prevence melanomu funguje s návazností na náš zákrový sálek, kde provádíme chirurgické odstranění indikovaných znamének. Ta se následně odesílají k histologickému vyšetření, kde se potvrdí či vyvrátí malignita daného projevu. Pacienti s projevy



Vyšetření ručním dermatoskopem

na obličeji a projevy většího průměru vyžadujícími složitější chirurgický zákrok jsou odesíláni k vyříznutí na Oddělení plastické chirurgie naší nemocnice. Dále také pracujeme v návaznosti na dermatoonkologický tým Onkologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., kde odborní lékaři Onkologického a Kožního oddělení rozhodují o terapeutickém postupu u pacientů s maligním melanomem.

Maligní kožní nádory si v Česku pravidelně drží přední příčky v incidenci onkologických diagnóz, proto je preventivní vyšetření znamének u indikovaných pacientů nesmírně důležité a doporučujeme ho minimálně jednou ročně. U pacientů s diagnózou maligního melanomu v minulosti potom 1× za 6 měsíců.

■ **MUDr. Eduard Paulát**

Ambulance pro hojení chronických ran

Další ze specializovaných ambulancí je ambulance pro hojení chronických ran. Zde se věnujeme péči o chronické rány vzniklé zejména v terénu otoku dolních končetin. Většinou se jedná o otoky smíšeného původu – chronická žilní insuficience, posttrombotický syndrom, ischemická choroba dolních končetin v kombinaci s interní příčinou otoků (nemoci srdce, ledvin). Zvláštní skupinou jsou pak pacienti s cukrovkou, většinou 2. typu, u něhož se mohou vyskytnout komplikace spojené s postižením oběhového a nervového systému, tzv. diabetická noha. Mezi spektrum našich pacientů taktéž patří pacienti po prodělaných bakteriálních onemocněních kůže bérću (erysipel neboli růže), provádíme edukaci pacientů v péči o kůži a meziprstí, radíme, jak eliminovat vzniklý

pozánětlivý lymfatický otok nebo jak se vyvarovat mykotických infekcí a jak správně pečovat o kůži chodidel. Dále se věnujeme pacientům s chronickými ranami vzniklými systémovými chorobami pojiva, jako jsou systémová sklerodermie, lupus erytematoses aj., či s defekty vzniklými na podkladu neuropatických onemocnění (např. Thénevard syndrom). Taktéž do péče přebíráme pacienty s poúrazovými otevřenými ranami, kteří již podstoupili na úrazové ambulanci předchozí ošetření – např. vypuštění krevního výronu, abscesu aj. Dále provádíme edukaci pacientů s lymfatickým otokem dolních končetin v péči o tento mnohdy velmi rozsáhlý bradavičnatý, mokvající terén, vysoce rizikový z důvodu bakteriální superinfekce.

Pacienty učíme, jakým způsobem podporovat přirozené fáze hojení rány, tj. jak ránu vyčistit, vytvořit adekvátní vlhké prostředí pro hojení rány, jak pečovat o okraje rány, eliminovat časté střídání různých druhů lokálních léčiv z důvodu rizika rozvoje kontaktní přecitlivělosti. K dispozici pro úspěšné hojení ran máme léta osvědčená léčiva individuálně připravovaná v ústavní nemocniční lékárně. Obsahují např. antibiotika (*tetracyklin, chloramfenikol*), antiseptika (*cloroxin, povidonum iodatum*), látky se zklidňujícím a vysušujícím účinkem (zinek, talek), látky s hojivým účinkem pro podporu tvorby nové podkožní tkáně a kůže (rybí tuk, kyselina boritá). Dále užíváme přípravky moderního vlhkého hojení, které jsou vyráběny hromadně a jsou dostupné v obchodech se zdravotnickými potřebami.

Na trhu působí mnoho firem vyrábějících tyto přípravky, a proto se na našem oddělení často konají semináře pro lékaře a sestry, kde jsou vždy nové krycí materiály předváděny. Jejich největší výhodou je možnost ponechání krytí 3–7 dnů, podle charakteru materiálu a rány, a tím i eliminace rizika kontaktní přecitlivělosti a zmírnění bolestivosti při převazech. Jedná se o materiály nepřilnavé, nebo naopak vyráběné z řas pro nasávání sekretu z rány, z biokeramických materiálů, s obsahem medicijního medu nebo uhlí, se vznikajícím ozónem, se stříbrem, někdy s nesteroidními antiflogistiky – ibuprofenem a mnoha dalších. Nevýhodou preparátů moderního hojení je bezesporu cena, v tomto případě žádáme o plnou nebo alespoň částečnou úhradu revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny, u které je pacient pojištěn.



Zleva: MUDr. Helena Kubáňová a zdravotní sestra Vendula Kefurtová, DiS.

K jednomu z našich nejdůležitějších úkolů patří naučit pacienty, kteří si provádí převazy sami, nebo jejich rodinné příslušníky, jak přikládat elastické obinadlo pro optimální a účinnou kompresi bérců k eliminaci otoku a podkožní tekutiny, a tím i urychlení hojení bércových vředů a předcházení vzniku nových. Pacientům špatně mobilním, polymorbidním (tj. majícím více nemocí) doporučujeme cestou praktického lékaře zařízení domácí převazové služby a určíme frekvenci těchto převazů. Z celkové léčby indikujeme pacientům léky na podporu cévní stěny a hojení bércového vředu. Taktéž indikujeme dlouhodobé užívání antibiotik pro opakované záněty zdraví ohrožujících infekcí bérců – např. injekce depotního penicilinu každé 3–4 týdny.

V případě akutně vzniklých infekcí okolní kůže či zhoršení ulcerací např. povlakem, hnisanou sekrecí – bakteriálním zánětem indikujeme péči za hospitalizace (tj. na našem lůžkovém oddělení) k podávání celkových antibiotik. Dále indikujeme pacientům s vhodným typem ulcerací plánovanou hospitalizaci k aplikaci lokální podtlakové terapie – tj. nasazení pumpy, která soustavně nasává přebytečnou tkáňovou tekutinu



Rozsáhlé vředy smíšené etiologie před a během léčby

z vředu, k infúzím medikamentu na podporu stěny a roztažení cév. Dále pacienty doporučujeme k hojení v hyperbarické komoře – léčba za podpory vysokého tlaku a kyslíku, zejména pro pacienty s vředy vzniklými na základě špatně průchodných cév nebo se systémovými chorobami pojiva. Stejně jako v jakémkoli jiném odvětví medicíny, i zde spolupracujeme se specialisty jak z interních oborů, zejména angiology (cévními specialisty



Bércový vřed žilní etiologie před a po léčbě

diagnostikujícími pomocí zobrazovacích metod onemocnění žil a tepen), tak s cévními chirurgy, léčícími žíly operativními otevřenými či miniinvazivními zákroky (např. laserově, chemickým ošetřením či ošetřením ultrazvukem...).

■ **MUDr. Helena Kubáňová**

Venerologická ambulance

Venerologická ambulance se zabývá pohlavně přenosnými infekcemi, jinak řečeno STIs (= sexually transmitted infections).

Provádíme laboratorní vyšetření, léčbu a dispenzarizaci (= aktivní pravidelné sledování osob s rizikovým faktorem) pacientů s STI.

Mezi nejčastější STI, se kterými se v naší ambulanci setkáváme, patří syfilis, kapavka, chlamydiové, ureaplasmové a mykoplasmové infekce, genitální opary, HPV a s nimi spojené genitální bradavice.

Za rok 2021 jsme diagnostikovali 30 případů kapavky, z nichž bylo 23 mužů a 7 žen. Nových případů

syfilidy bylo diagnostikováno 12, z toho 9 mužů a 3 ženy.

Vybavení ordinace vychází z vyhláskové normy. Zahrnuje gynekologický vyšetřovací stůl, termostat na kultivační média a mikroskop. Pomocí mikroskopu můžeme přímo v ordinaci vyšetřit odebraný materiál z močové trubice či z děložního čípku, což má význam

zejména v diagnostice kapavky, kdy v mikroskopu pozorujeme diplokoky *Neisseria gonorrhoeae*.

Mezi laboratorní vyšetření patří odběry krve, kdy vyšetřujeme sérologii syfilidy, HIV a hepatitidy.

jsou i močové obtíže, také z močové trubice. Provádíme PCR stěry na suchou štětku, které zpracovává Oddělení lékařské genetiky, či stěry na kultivační transportní medium a mikroskopická sklíčka, která poté zpracovává Oddělení mikrobiologie, virologie a parazitologie.



Zleva: MUDr. Miloslava Macasová a vrchní sestra Bc. Pavla Dvořáková

Dále provádíme venerologické stěry, vyšetřujeme muže i ženy. Stěry se provádí v závislosti na tom, s jakým problémem pacient přichází – jedná se o stěry z močové trubice, děložního čípku, konečníku a krku. U mužů se většinou jedná o nepříjemné pocity v oblasti močové trubice, pálení, řezání při močení nebo výtok. Stěr u mužů provádíme nejčastěji z ústí močové trubice, ideálně by měl být muž 2–3 hodiny nevymočen, aby případné bakterie zůstaly uchyceny na slizniční stěně a nebyly vyplaveny močí. Ženy většinou přichází s výtoky, pálením v oblasti genitálu, bolestmi podbřišku či bolestmi při pohlavním styku. U žen provádíme ve většině případů stěr z děložního čípku, popřípadě pokud

Pokud je nákaza prokázána, nastavujeme příslušnou antibiotickou léčbu. Ideálně by měli být léčeni všichni sexuální partneři a poučení o nutnosti sexuální abstinence až do kontrolního stěru, který se provádí v závislosti na použité vyšetřovací metodě, v praxi v odstupu 3–6 týdnů po dokončení antibiotické léčby.

Dále se často setkáváme s HPV infekcí (= lidský papillomavirus), která postihuje ženy i muže. Dělíme ho do dvou hlavních tříd: 1. vysoce rizikové – HPV 16, 18 – ty potencují maligní (zhoubný, nádorový) zvrát buněk a 2. nízké rizikové – HPV 6, 11, které způsobují benigní (nezhoubné) léze, tj. klasické a genitální bradavice. HPV

typizací můžeme zjistit, zda je v těle přítomna infekce HPV. Pozitivní nález však nutně neznamená, že pacient jistě onemocní HPV chorobou, a ani negativní nález neznamená, že je pacient zcela bez rizika. Pokud má již pacient projev v podobě genitálních bradavic, možností řešení je několik. Nejčastěji používáme metodu aplikace tekutého dusíku přímo na postižené místo. Aplikace se provádí v odstupu jednoho týdne, v několika cyklech v závislosti na rozsahu postižení a léčebné odpovědi. Další možností je místní aplikace krému s imunomodulátorem *imiquimodem*, který však není hrazen ze zdravotního pojištění pro tuto indikaci. Léčbu si tedy musí hradit pacient z vlastních finančních zdrojů. Výhodou však je, že aplikace se provádí 3× týdně v pohodlí domova. Pokud není u pacienta žádná odpověď na konzervativní léčbu, přistupujeme k chirurgickému odstranění.

Při průkazu některé z klasických pohlavních chorob, jako jsou syfilis, kapavka, *ulcus molle*, *lymfogranuloma venereum* a *granuloma inguinale*, provádíme ze zákona povinné „hlášení pohlavní nemoci“, kde jsou vyplněna epidemiologická data, údaje o sexuálním chování, časový průběh, diagnostika, léčba onemocnění atd. Všechny tyto údaje jsou anonymní. Toto hlášení se odesílá na příslušnou krajskou hygienickou stanici. Dále se provádí depistážní šetření, které znamená zjištění a kontaktování ohrožených osob. Pokud je pacient nespolupracující a depistážní šetření není úspěšné, kontaktuje se hygienická stanice, která tyto osoby aktivně vyhledá nebo eventuálně vyzve ke spolupráci Policii ČR.

Prevenčí STI je především nepromiskuitní chování, chráněný pohlavní styk a v případě HPV infekce také očkování.

■ MUDr. Miloslava Macasová

Kožní zákrovový sál

Kožní zákrovový sál je nedílnou součástí ambulantního traktu Kožního oddělení. Jedná se o prostor vybavený k provádění drobnějších dermatochirurgických výkonů. Naprostá většina je provedena z lékařské indikace, tedy proto, že konkrétní kožní projev představuje riziko pro zdraví pacienta nebo by jím při setrvání mohl být do budoucna. Minoritou jsou zákroky z indikace kosmetické, na výslovné přání pacienta, a proto plně hrazené ošetřovaným.

Rutinně řešíme odstranění benigních (nezhoubných) kožních lézí – melanocytových névů (znamének), seboroických verruk (stařeckých bradavic), hemangiomů (červených teček), podkožních cyst, měkkých fibromů (papilomů), molusek, dále nejčastějšího maligního (zhoubného) kožního nádoru – bazocelulárního karcinomu ve vybraných lokalizacích.

Méně často se jedná o spinocelulární karcinom či maligní melanom. Důvodem je nutnost odstranění nádoru s lemem makroskopicky zdravé tkáně, jehož šíře se odvíjí od konkrétního typu tumoru (nádoru). V případě, že je primární nádor velký, umístěný v oblastech s minimální posunlivostí kůže či oblastech anatomicky složitějších (okolí očí, nosu, úst a uší), často nelze vznikající defekt uzavřít přímým sešitím jeho okrajů a chirurgický výkon vyžaduje využití kožního štěpu či místního laloku. V těchto případech se obracíme na Oddělení plastické chirurgie. Výkonu na našem zákrovovém sálu vždy předchází objednání po vyšetření dermatologem (provedeném na našem oddělení či spádovým lékařem).



Zleva: zdravotní sestra Bc. Kateřina Köszegeiová, MUDr. Veronika Vodičková a zdravotní sestra Pavlína Chrástková

Spektrum výkonů a způsob provedení

Excize (vyříznutí) je nejčastějším typem ošetření na našem zákrovovém sálu. Může se jednat o excizi terapeutickou či diagnostickou. V případě terapeutické excize se jedná o kompletní odstranění léze jako léčebné metody s nejnižším rizikem návratu. Její rozsah je tak logicky závislý na velikosti léze. Excizi diagnostickou volíme tehdy, potřebujeme-li upřesnit nebo stanovit diagnózu, sledovat průběh kožní choroby nebo její odezvu na zavedenou léčbu. V tomto případě je zpravidla odebrána menší část kůže k mikroskopickému vyšetření (do 1 cm). Výkon může být proveden klasicky chirurgickým nožem (skalpelem) či speciálním rotačním nožem (průbojníkem, štancnou), který si lze představit jako drobné ostré kruhové

vykrajovátko průměru 2–22 mm. Výkon bývá ukončen suturou (zašitím rány).

Abraze (seškrábnutí) může být taktéž provedena jako metoda terapeutická či diagnostická. Jako terapeutická je volena přednostně u nezhoubných kožních lézí, např. pro chronické mechanické dráždění, či z kosmetické indikace, neboť zde není jistota kompletního odstranění, a tedy existuje riziko recidivy (znovuobjevení) původního projevu. Diagnostická abraze má taktéž svá úskalí, zejména pro riziko potrhání vzorku, nemožnost spolehlivě hodnotit spodinu léze. Výkon je proveden ostrou lžičkou či kyretou různých průměrů a ošetřená plocha se ponechává ke spontánnímu hojení bez šití. Tuto metodu využíváme například pro odstranění stařeckých bradavic, molusek aj.



Průběh excize suspektního melanocytového névu – nákres řezu, provedení, sutura

Vysokofrekvenční elektrochirurgie je metodou, kdy využíváme elektrický proud. Ten se při kontaktu s tkání mění na teplo a způsobuje její tepelné poškození. V závislosti na intenzitě proudu můžeme tkáň řezat (elektrotomie) či koagulovat (elektrokoagulace). Podle plánovaného výkonu také volíme vyhovující koncovky nástroje. Elektrotomii využíváme nejčastěji k odstranění stopkatých, vlajících kožních lézí. Typicky se jedná o kožní výčlipky v podpaží, na krku nebo v tříslech (měkké fibromy/papilomy). Elektrokoagulace de facto umožňuje spečení tkáně, její hlubší destrukci, využíváme ji např. ke spálení tzv. červených teček. Přístroj využíváme hojně taktéž při potřebě zastavit krvácení, naopak nesmíme jej vzhledem k průchodu elektrického proudu použít u osob s implantovaným

kardiostimulátorem. V tomto případě volíme možnost elektrokoagulační. Ošetřená nešitá plocha nekrvácí a za několik dní až týdnů přerůstá novou plnohodnotnou kůží.

Elektrokoagulační představuje termodestrukci pomocí rozžhavené kovové kličky.

V naprosté většině případů jsou popsané výkony prováděny v lokální anestezii. Přednostně anestezii infiltrační, kdy je tekuté anestetikum injekčně vpraveno do kůže, méně často topické (povrchové), kdy je aplikováno anestetikum na kůži ve formě spreje, krému či gelu.

Průběh ošetření

Předem objednaný pacient je před vstupem na zákrokový sálek vyzván k prostudování a podpisu

informovaného souhlasu s konkrétním výkonem. Následně vstupuje do předsálí, odkládá v kabině oděv tak, aby projev indikovaný k (chirurgickému) ošetření byl přehledně přístupný a nehrozilo potřísnění oděvu, obuv odkládá vždy.

Následuje prostor pro rozhovor lékaře a pacienta, zodpovězení veškerých dotazů, upřesnění postupu u plánovaného výkonu, odběr základní anamnézy, vyloučení či upřesnění případných alergií a získání informace o přítomnosti kardiostimulátoru.

Je-li odstraněná tkáň odesílána k histologickému (mikroskopickému) vyšetření, měla by vždy být inkriminovaná solitární (osamocená) léze znovu prohlédnuta ručním dermatoskopem a změřena.

V případě diagnostické excize pak prohlížíme celý kožní povrch a volíme nejvhodnější místo pro odběr vzorku. Objektivní nález ideálně popisujeme i do dokumentace a snažíme se tak mimo jiné podat co nejdětalnější informace histopatologovi, který bude vzorek následně vyšetřovat mikroskopem.

Pacient se po určení lokalizace výkonu polohuje na operační lůžko a převážně v lokální anestezii je zákrok po přípravě operačního pole proveden. V závislosti na zákroku uzavíráme vzniklý defekt přímou suturou či ponecháváme hojit spontánně. Odstraněná tkáň je v naprosté většině případů odeslána k histopatologickému vyšetření. Spolupracujeme s Patologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a.s., a Biopstickou laboratoří, a.s., v Plzni.

Na toto pracoviště odesíláme materiál vždy v případě, kdy požadujeme tzv. imunofluorescenční vyšetření, tedy hledání patologií s využitím fluorescenčního světla (podezření na puchýřnaté choroby, onemocnění pojivové tkáně, vaskulitidy, porfyrie aj.).

Převaz a kontrolu indikujeme v případech rozsáhlejších ran nebo pokud operujeme v lokalizacích s komplikovaným hojením – např. ramena, bérce. Ve většině případů zvládá po naší edukaci pacient další péči doma sám a návštěva u nás je plánována ke kontrole zhojení, vyjmutí stehů a předání výsledku histologie. Zpravidla za 10–14 dní.

V závislosti na výsledku histologického vyšetření stanovujeme další postup. Jedná-li se o nezhoubný kompletně odstraněný projev, doporučujeme běžnou preventivní kontrolu kůže 1× za rok. Pokud není odstranění kompletní a jedná se o lézi, která představuje pro pacienta riziko, je volena takzvaná reexcize neboli odstranění stávající jizvy a rozšíření bezpečnostního lemu.



Kožní zákrovový sál

V případě kompletní excize zhoubného nádoru může být dalším postupem pouze časná kontrola dermatologem nebo doplnění některých zobrazovacích metod k vyloučení rozšíření onemocnění – metastazování (do lymfatických uzlin a jiných orgánů). V případech prognosticky méně příznivých (zejména maligní melanom s rizikem metastazování) následuje většinou další konzultace a návrh léčby v melanomovém týmu spadajícím pod Onkologické oddělení (probíhá každou středu, pacient je předem objednan).

Provoz

Jen u málokoho z nás při detailním vyšetření kůže, největšího orgánu lidského těla, nenalezneme afekci zasluhující odstranění. Množství pacientů indikovaných lékaři různých specializací k chirurgickému ošetření je

opravdu nemalé, jejich počty soustavně narůstají. Ačkoli je naší snahou maximální využití zákrovového sálu, jeho provoz je závislý na personálním obsazení oddělení a není proto v chodu denně. Objednací doby se standardně pohybují kolem 2 měsíců i déle.

Nevystavujte se aktivně slunečnímu záření, které je jednou z hlavních příčin vzniku zhoubných kožních nádorů (nejčastějších zhoubných nádorů na světě vůbec). Využívejte relativně jednoduchých a dostupných prostředků k ochraně proti němu, ať už se jedná o oděv, či kosmetiku s ochranným UV faktorem. Myslete, prosím, na svoji kůži a věnujte jí patřičnou pozornost, v případě změn se včas objednejte k vyšetření.

■ **MUDr. Veronika Vodičková**

Centrum lymfologie a lymfoterapie

Centrum lymfologie a lymfoterapie se zabývá diagnostikou a léčbou otoků horních i dolních končetin se zaměřením na cévní a lymfatický systém. Léčbu vede lékař lymfolog specialista a terapii provádějí vyškolení certifikovaní lymfoterapeuti.

Lymfedém je nebolestivý bledý otok, který je zpočátku měkký, později tuhý. Jedná se o chronické onemocnění, často celoživotní, s tendencí k postupnému zhoršování. Není-li včas a správně léčen, vede k nezvratným změnám a komplikacím.

Příčiny lymfedému

- důsledek špatných funkcí lymfatického systému, který zodpovídá za odvádění přebytečné tekutiny, bakterií, alergenů a toxinů
- poškození lymfatického systému operací, ozařováním, zánětem, infekcí, úrazem či nádorovým onemocněním: nejčastěji po operaci prsu a po gynekologických nádorech

Otok postihuje nejčastěji horní a dolní končetiny. Lokalizován může být i na obličeji, genitálu a méně často na ostatních částech těla.

Diagnostika lymfedému

Diagnostika lymfedému spočívá v podrobné anamnéze včetně rodinné anamnézy a klinickém vyšetření. V nejasných případech nebo k monitorování efektu léčby se používá lymfoscintigrafické vyšetření.

Léčba lymfedému

Léčba lymfedému je komplexní, dlouhodobá a probíhá ve specializovaných centrech. Často bývá celoživotní záležitostí.

Základní součástí léčby je:

- lymfatická drenáž – manuální nebo přístrojová



Zleva: MUDr. Gabriela Beranová, zdravotní sestry Petra Holomelová a Pavlína Chrástková

- komprese – obinadly nebo kompresivními pomůckami, lymfotaping
- podpurná pohybová a dechová cvičení
- péče o kůži a režimová opatření

Fáze léčby lymfedému

První fází je redukce otoku, kdy pacient dochází na léčbu po dobu zpravidla 4–6 týdnů. Tato fáze zahrnuje manuální lymfodrenáž, přístrojovou lymfodrenáž a bandáže. Jedno ošetření trvá 1–2 hodiny a provádí je vyškolená sestra – lymfoterapeut. Pacient potřebuje starší punčochové kalhoty či prubanový návlek a obvazový materiál pro bandáže. Často probíhá za hospitalizace.

Druhá fáze léčby je dlouhodobá (trvalá) a zahrnuje lymfodrenáž, kompresi obinadly nebo návleky, cvičení a polohování.

Komprese

Komprese je nezbytnou součástí léčby. Bandáž se provádí krátkotahnými obinadly a přikládá se ráno, dříve než pacient vstane z postele. Přes noc se ponechává vícevrstevná bandáž, jinak se na noc postižená končetina nechává volně nebo se používá speciální mobidermová bandáž či návlek.

Na místa s obtížnou aplikací komprese používáme lymfotaping (speciální náplasti).

Kompresivní pomůcky (punčochy, punčochové kalhoty, návleky) se využívají ve druhé fázi léčby po stabilizaci otoku. Kompresivní pomůcku je třeba použít ráno, na noc se nechává postižená končetina volná.

Pohybová a dechová cvičení

Podpurná dechová a pohybová cvičení jsou velmi důležitou složkou léčby. Pacienti by měli cvičit denně, zásadně s kompresí.

Hygienická a režimová opatření

Nedílnou součástí péče o lymfedémem postiženou část těla je hygiena kůže a úprava životního stylu. Péče zahrnuje promazávání kůže neдрáždívními tělovými mléky a krémy. Při ošetřování nehtů je důležité neporanit nehtové lůžko a okolní kůži. Drobná poranění na kůži včetně míst po poštipání hmyzem je nutné dezinfikovat. Důležitá je péče o meziprstní prostory, případně léčba meziprstní plísňe. Nezbytná je i prevence obezity.

Manuální lymfodrenáž (MLD)

Jedná se o jemnou manuální techniku speciálních plošných a spirálovitých hmatů, které se provádí malým tlakem na kůži (masáž nesmí bolet). Tato masáž pomáhá vstřebávání a transportu lymfy do výše uložených lymfatických uzlin a je vždy zakončena kompresivní terapií nebo lymfotapingem. Provádí ji speciálně vyškolený lymfoterapeut, celkem 10–20 sezení dle doporučení lékaře lymfologa. Délka masáže je 50–70 minut.

Nejčastější indikace manuální lymfodrenáže jsou:

- lymfedém
- flebedém (lymfatický otok v kombinaci s nefunkčním žilním systémem)
- otoky žilního původu
- celulitida



Manuální lymfodrenážní terapie

Přístrojová lymfodrenáž (PLD)

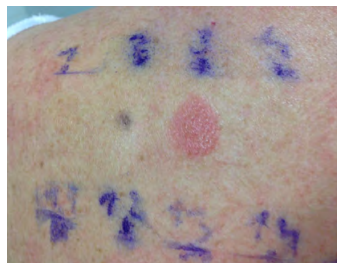
Musí navazovat na předchozí manuální ošetření, minimálně jí musí předcházet uvolnění spádových lymfatických uzlin a základní ošetření krku, jinak může dojít ke komplikacím v důsledku městnání otoku.

Provádí se pomocí programovatelného přístroje (tzv. Lymfoven) a speciálních návleků na horní a dolní končetiny. Návleky se pomocí hadiček připojují k přístroji a jsou rozděleny na jednotlivé komory, které se v určitém pořadí nafukují a působí na podkoží pod určitým tlakem.

Délka trvání procedury je cca 45–50 minut v počtu 10–20 sezení.

Nejčastější indikace přístrojové lymfodrenáže:

- lymfedém
- chronické otoky žilního původu při křečových žilách, tzv. flebolymfedém
- otoky při zánětech kloubů
- otoky končetin po cévní mozkové příhodě
- otoky po traumatu, po sundání sádry, pooperační otoky
- prevence trombózy před a po operacích
- kosmetické indikace: celulitida, tvarování postavy



Lymfodrenážní terapii nelze provádět při akutním zánětu žil, zánětu kůže v ošetřované oblasti, při akutním bakteriálním či virovém onemocnění spojeném se zvýšenou teplotou, u otoků způsobených onemocněním srdce, jater a ledvin, při bolestech břicha, u pacientů s léčeným onkologickým onemocněním a v těhotenství.

Závěr:

Lymfedém je závažné postupně progredující onemocnění, které zatěžuje pacienty po celý život. Postižení lymfedémem je v určitém smyslu nevyléčitelné.

Neznamená to ale, že je neléčitelné. Základem léčby je komplexní terapie (lymfodrenážní léčba, kompresivní léčba), jako podpůrná léčba slouží preparáty ze skupiny venofarmak: nejčastěji používané jsou Cyclo 3 forte, Detralex, Venoruton, Wobenzym.

Včasná diagnostika a zahájení léčby lymfedému jsou velmi důležité, neboť zvyšují úspěšnost terapie, snižují rizika komplikací lymfedému a výrazně zlepšují kvalitu života pacientů.

■ **MUDr. Gabriela Beranová**

Přístrojová lymfodrenážní terapie



Ambulance dětské dermatovenerologie

Dětská dermatologie je relativně úzká medicínská specializace zabývající se kožními onemocněními u dětí od narození do ukončeného 19. roku

života. Výrazně se liší od dospělé dermatovenerologie (lékařský obor zabývající se léčbou a diagnostikou onemocnění kůže a pohlavně

přenosných nemocí) a v systému péče o pacienty s kožními onemocněními má své nezastupitelné místo.



Zleva: MUDr. Eliška Staňková a zdravotní sestra Isabela Michalcová

Dětská dermatologie má letitou tradici nejen v Evropě, ale také v Severní a Jižní Americe. V roce 1973 byla v Mexiku založena Mezinárodní společnost dětské dermatologie (International Society of Pediatric Dermatology, ISPD). Evropská společnost dětské dermatologie (European Society for Pediatric Dermatology, ESPD) byla založena v Bruselu v roce 1983. Právě tato společnost je pro dětskou dermatologii v Evropě hlavním zdrojem nejnovějších informací v oboru. Pořádá pravidelné kongresy, vydává odborné časopisy a aktualizované učebnice dětské dermatologie.

18. července 1953 bylo v tehdejším Československu otevřeno první pracoviště dětské dermatologie v Dětské nemocnici v Černých Polích v Brně. Jedná se o druhé nejstarší dětské kožní pracoviště v Evropě (po Miláně), které zorganizovalo

první sjezd dětské dermatologie v roce 1961. V současné době je Dětské kožní oddělení v Brně doškolovacím centrem oboru dětské dermatologie, pořádá předatestační stáže pediatriů (dětských lékařů), dermatovenerologů a dětských dermatologů. Jako jediné pracoviště dětské dermatologie v republice disponuje vlastní lůžkovou částí. Kromě běžné ambulantní péče provádí superkonziliární a konzultační činnost pro nejzávažnější případy. V roce 1996 byla, opět v Brně, založena Sekce dětské dermatologie (SDD) České dermatovenerologické společnosti, která pravidelně pořádá odborné kongresy a semináře.

Specializované dětské kožní ambulance se nacházejí v již zmíněné FN Brno, dále FN Motol, VFN Praha, FN Královské Vinohrady, v nemocnici Na Bulovce, FN Plzeň, FN Hradec Králové, FN Ostrava, v EUC Klinice Ústí nad Labem, s.r.o., a od listopadu roku 2017 i v naší Nemocnici České Budějovice, a.s.

V ambulanci všeobecného dermatologa představuje dětský pacient pouze cca 5–10% nemocných. Jelikož dítě není malý dospělý, má dětská



En coup de sabre
(forma lineární sklerodermie – chronické zánětlivé onemocnění kůže doprovázené zmnožením pojivové tkáně)



Psoriasis capilliti
(lupénka vlasové oblasti)

dermatologie své nezastupitelné místo. Spektrům a klinickým obrazem se kožní onemocnění u dětí zcela liší od nemocí dospělých. Díky rychlému přibývání poznatků o etiopatogenezi, diagnostice vrozených kožních nemocí, znalostem z pediatrie a farmakologie může dětský dermatolog léčit za použití přípravků s minimálním zdravotním rizikem a maximálním efektem, což je důležité zejména u dětí v novorozeneckém a kojeneckém věku.

Mezi nejčastější kožní nemoci dětského věku patří jednoznačně atopická dermatitida. Toto onemocnění se velmi liší v různých věkových kategoriích – vzhledem, reaktivitou kůže, průběhem, ale i léčbou. Z dalších běžných kožních onemocnění lze jmenovat akné, kopřivky a jiné alergické reakce, kožní infekce (bakteriální, virové). Specifické jsou kožní nemoci u novorozenců, kdy je nutné včasné odlišení závažných stavů potenciálně ohrožujících život novorozence od banálních přechodných vyrážek tohoto věku (někdy probíhajících velmi dramaticky, ale s výbornou prognózou). Dále se v naší dětské ambulanci setkáváme s vrozenými névy, vitiligem (bílé skvrny na kůži a sliznicích) či jinými poruchami pigmentace, vrozenými cévními malformacemi, hemangiomy (nezhoubné nádorky na kůži), autoimunitními nemocemi a různými typy vypadávání vlasů.

Ze vzácných nemocí dětské dermatologie bych uvedla *neurofibromatózu*, *tuberózní sklerózu*, poruchy rohování (*ichtyózy*, *palmoplantární keratózy*), poruchy soudržnosti kůže (*epidermolysis bullosa congenita*, tzv. nemoc motýlích křídel), vrozené choroby vlasů, nehtů a mnohé další.



Cutis marmorata telangiectatica congenita



Scabies (svrab)

Vzhledem ke stoupajícímu počtu onemocnění *syphilis* nelze opominout i počet prováděných konziliárních vyšetření u novorozenců matek s diagnózou *syphilis*.

Od listopadu roku 2017 se nachází ambulance dětské dermatologie také v naší Nemocnici České Budějovice, a.s. Jedná se o jedinou ambulanci tohoto zaměření v celém jihočeském regionu. Minimálně dvakrát týdně poskytuje ambulantní péči pro děti do ukončeného 19. roku života v celém spektru kožních nemocí novorozeneckého, kojeneckého a dětského věku. Dětským pacientům můžeme poskytnout fyzikálně léčebné metody – kryoterapii tekutým dusíkem, lokální i celotělovou fototerapii. Dále nabízíme vyšetření digitálním dermatoskopem. Pokud je spolupráce s dětským pacientem obtížná, provádíme v lokální anestezii (zncitlivění) jak probatorní diagnostické excize (chirurgický odběr malého okrsku kůže, který se následně mikroskopicky vyšetřuje k určení charakteru onemocnění), tak totální excize. V rámci mezioborové spolupráce spolupracujeme se specializovanými ambulancemi v naší nemocnici, a to ambulancí dětské alergologie a imunologie, revmatologie, neurologie, hematologie, kardiologie, gastroenterologie, dětské chirurgie a plastické chirurgie. V rámci diagnostiky vrozených onemocnění je nezastupitelná spolupráce s Oddělením lékařské genetiky. Tímto bych chtěla velmi poděkovat všem kolegům z vyjmenovaných oddělení, se kterými spolupracuji.

Složitější případy řeším v rámci konzultací s dermatologickými odděleními pro děti ve FN Motol a FN Brno.

Dětská dermatologie je obor velmi pestrý, zajímavý, ale také náročný. Jedná se o obor s velkou zodpovědností,



Incontinentia pigmenti – fáze hyperpigmentace

neboť chybná diagnostika a nevhodná terapie mohou, především u nejmladších pacientů, způsobit nenapravitelné škody.

Osobně je pro mě výzvou a zároveň velkým uspokojením vidět usměvavé obličejové mých spokojených malých pacientů a jejich rodin.

Jak už jsem zmínila, mezi nejčastější kožní onemocnění, která řeším ve své ambulanci, patří jednoznačně atopická dermatitida, proto bych se o ní stručně zmínila.

Atopická dermatitida je silně svědivé zánětlivé neinfekční onemocnění kůže s chronickým průběhem. V populaci dochází k nárůstu výskytu (5–20 %), nejvyšší počet výskytů je u dětí do 2 let. Onemocnění většinou začíná v dětském věku, může však propuknout kdykoliv. Často je součástí jiných atopických onemocnění – senná rýma, astma, potravinové alergie, alergie na léky, migréna. Může být prvním projevem atopické dispozice, jež vede k rozvoji těchto onemocnění, a následně dochází k tzv. atopickému pochodu. Jedná se o společensky závažné onemocnění postihující nejen dítě, ale celou rodinu. Těžká forma vede k významnému snížení kvality života v celé rodině.

Příčina atopické dermatitidy je velmi složitá, podílí se na ní vlivy vnitřního i vnějšího prostředí. Důležitou roli hraje genetická predispozice, porucha regulace imunitního systému, snížená ochranná funkce kožní bariéry a nepříznivé vlivy vnějšího prostředí. Kombinací těchto faktorů dochází ke snížení odolnosti tukové vrstvy kožní bariéry, nedostatečné hydrataci a zvýšené suchosti kůže. Ta se stává méně odolnou proti působení spouštěcích faktorů, mezi něž patří stres, dráždivé látky (konzervanty, detergenty, parfémy...), viry a bakterie (v rámci akutních infekcí) a alergenů (inhalační – roztoči, z domácích zvířat, kontaktní a potravinové). Porucha regulace imunitního systému vede k přetrvávání zánětu i v kůži bez lézí a ke zvýšené citlivosti na vnější spouštěče akutní fáze.

Prvním a zřetelným projevem onemocnění je svědění. Ostatní projevy jsou variabilní a mění se s věkem. Existují tři formy – kojenecká, dětská a mladistvých, dospělých. Kojenecká forma začíná mezi 2. a 6. měsícem věku. Postižen je především obličej, a to oboustranně tváře, kde se vyskytují silně svědivé papulky (pupínky), občas i puchýřky. Dochází k mokvání a povrch se pokrývá stroupky a šupinami. Nález se může šířit na celý obličej, trup i končetiny. Na vlasaté části hlavy se objevují mastné šupiny bílé barvy. Často dochází k bakteriální superinfekci ložisek. Dítě je neklidné, plačtivé, pro svědění špatně spí. Průběh onemocnění je nepředvídatelný co do rozsahu a dalšího vývoje. Dermatitida se může během druhého roku života zcela zhojit nebo plynule přejít do další vývojové fáze. Dětská forma nastává v období mezi 3. a 10. rokem. Nejčastěji bývají postiženy ohybové partie končetin: loketní a podkolenní jamky, krk, zápěstí, nártý a často i prsty rukou a nohou. Mohou vznikat i změny na nehtech. Klinicky je kůže zhrubělá, místy s výraznými hlubokými



Atopická dermatitida – akutní exacerbace

kožními rýhami. Při akutním zhoršení kůže zčervená, jsou přítomny papulky, exkoriace (oděrky) po škrábání projevů. Kůže obličej je bledá, ve srovnání s kůží ostatního těla. Naopak kůže očních víček bývá tmavší a zhrubělá a dochází ke zdvojení záhybu pod očima. Přelomovým momentem pro průběh je věk začátku školní docházky či puberty, kdy se průběh zmírňuje nebo nastává dlouhodobá až celoživotní remise (vymizení), a to v 75 % případů.

Dospělá forma se může vyskytnout jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve ekzémem netrpěli. Obvykle však předchází kojenecká a dětská forma choroby či astma. Projevy se vyskytují nejčastěji na obličeji, krku, horní části hrudníku, na ramenou, nad velkými klouby končetin a na rukou. Může být postižena i kůže na křtci, vyskytuje se výrazné svědění, šupení, vlasy jsou suché a řídké. Svědění u dospělých je intenzivnější.

Dále velmi často u dětí i dospělých existují formy atopické dermatitidy, které se objevují jen na jedné části těla, tzv. frustní (neúplné) formy atopické dermatitidy, a jsou svým charakterem dosti odlišné od typických projevů – pityriasis alba (neostře ohraničené, bělavé skvrny s mírným olupováním, vyskytující se na obličeji a končetinách), keratosis pilaris (drobné, zhrubělé papulky na zevních plochách paží,



Atopická dermatitida

na hýždích, předních plochách stehna a u dětí i na tvářích), projevy v okolí očí, v podobě popraskaných rtů a ústních koutků. Dále i v oblasti bradavek, bříšek prstů rukou a nohou či ušních boltců.

Cílem léčby je omezit závažné příznaky onemocnění, předcházet recidivám a omezit jejich počet. Zlepšit kvalitu života dítěte, a tím i celé rodiny a zabránit přechodu do atopického onemocnění respiračního ústrojí.

Léčbu zahajujeme řádnou edukací pacienta a rodiny o podstatě onemocnění ve srozumitelné podobě, poučení o možných spouštěcích faktorech a možnostech léčby. Velmi důležitá je eliminace spouštěcích faktorů.

Pilířem léčby je lokální terapie, s níž si vystačíme u většiny pacientů. Lze využít také fyzikální léčbu a v těžších případech nastupuje léčba celková.

Lokální léčba zahrnuje denní očistu kůže za účelem odstranění zbytků mastí, snižuje množství stafylokoků na kůži. K dispozici máme zvláčňující mycí gel, syndety („mycí emoliencia“) nebo antiseptická mýdla. Dále emoliencia a olejové koupele, které pomáhají zlepšit bariérovou funkci kůže, lipidový kožní plášť, hydratují, mají protisvědčivý

a protizánětlivý účinek a snižují spotřebu léčebných preparátů. Používají se denně, a to i v období klidu. Aplikují se celoplošně. Výběr je velmi individuální, je třeba jej přizpůsobit i ročnímu období. Jako zlatý standard při akutním vzplanutí nebo při tzv. proaktivní léčbě (intervalová, víkendová) se doporučují lokální kortikosteroidy. Vybíráme dostatečně účinný, ale i bezpečný preparát. K dispozici máme čtyři třídy různých silných lokálních kortikosteroidů. V každé třídě existují halogenové i nehalogenové přípravky. Důležitá je znalost správné techniky aplikace. Je třeba zohlednit věk, sílu kortikoidu, lokalizaci a závažnost atopické dermatitidy.

Mezi léčebné a nekortikosteroidní preparáty patří topické imunomodulátory, které mají také protizánětlivý účinek, jedná se o novou generaci lokálních imunosupresiv (tlumící činnost imunitního systému). Doporučují se při zhoršení atopické dermatitidy nebo proaktivně i řadu měsíců. Nově lze tento preparát doporučit již od 3 měsíců věku dítěte.

Fyzikální terapie ve formě světloléčby s využitím UVA nebo UVB záření je snášena individuálně a je limitována věkem dítěte, resp. jeho spoluprací.

Celkovou léčbu doporučujeme při komplikacích. Antibiotika při bakteriální infekci, antivirotika při herpetické infekci. Svědění tlumíme antihistaminiky.

Při těžkých formách atopické dermatitidy neovlivnitelných lokální léčbou podáváme cyklosporin A, méně často methotrexát nebo krátkodobě kortikosteroidy.

Nově pro nejtěžší formy atopické dermatitidy nereagující na terapii popsanou výše je možnost podávat biologickou terapii. Tuto velmi efektivní terapii lze indikovat i v naší ambulanci dětské dermatologie.

■ **MUDr. Eliška Staňková**