



# Kůže je zrcadlem našeho zdraví

Česká dermatovenerologie prošla během posledních dvou desetiletí zásadními proměnami. O jejich zhodnocení jsme požádali prof. MUDr. Janu Hercogovou, CSc., přednostku Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK a FN Na Bulovce. Ta je také prezidentkou letošního X. Světového kongresu dermatologie, jenž se koná ve dnech 20.–24. května v Praze.

**Na svůj obor se nemohu dívat jinak** než osobně... Promovala jsem v roce 1984 na tehdejší Pediatrické fakultě Univerzity Karlovy s tím, že se chci věnovat pediatrii jako moje matka. Protože jsem ale byla mimopražská a neměla jsem žádné známosti, nebylo to pro mě reálné, a tak jsem oslovila na základě inzerátu na děkanátu docentku Miladu Horákovou. Hledala totiž absolventa, který by jí pomohl učit mediky. Hned při prvním setkání se mě zeptala, zda mi bude má maminka hlídat děti, a jaký je můj zájem o obor, jenž postrádá tolik logiky! Vysvětlila mi, že kdybych byla její dcera, zaplatila by mi paní na hlídání, a že se věnuje flebologii, která má v porovnání s dermatologií mnohem jasnější příčiny, diagnostiku i léčbu. Až mnohem později, a vlastně dodnes, jí dávám za pravdu.

Klinika měla vlastní histologickou laboratoř, mykologickou laboratoř i laboratoř výzkumu kůže – tam však byl přístup pro obyčejného začátečníka jen za odměnu. Klinika měla nádhernou knihovnu, vybavenou množstvím starých odborných publikací, ale pamatuji si, že jedinou moderní učebnici „Braun-Falca“ měl pouze pan profesor u sebe na pracovním stole a prakticky ji nepůjčoval.

Třebaže vybavení kliniky bylo na tehdejší poměry špičkové a kromě ambulance všeobecné zde fungovala řada ambulancí specializovaných, léčba trvala často dlouho a spektrum nemocných bylo zcela odlišné od toho dnešního – nemocní byli hospitalizováni po dobu několika měsíců, nebylo výjimkou například i půl roku, často lůžková péče kožní suplovala lůžka následné péče či lůžka sociální. Pacienti s lupénkou se přijímali na měsíc, s bérčov-

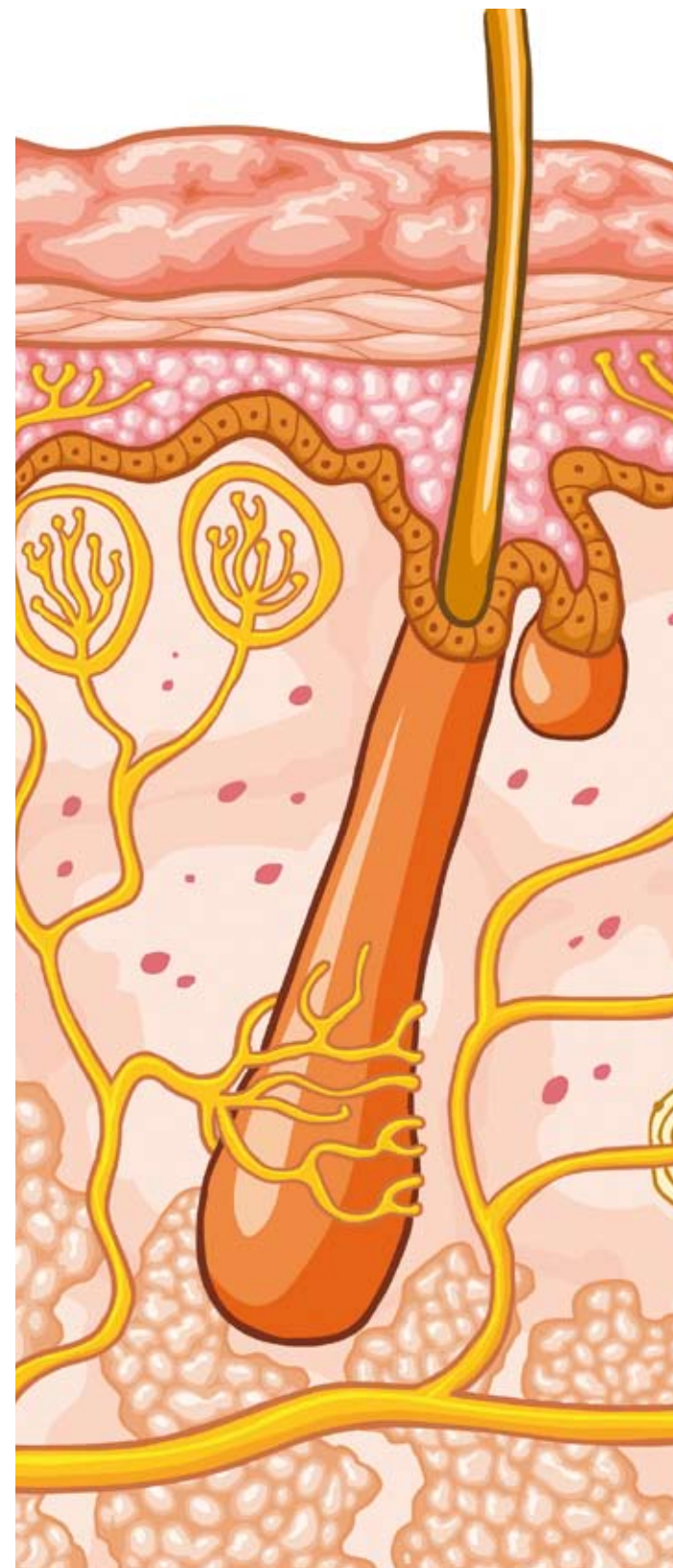
mi vědy i na několik měsíců. Základní učebnicí byla „bílá kniha“ dermatovenerologie, histologie docenta Trapla a první, co jsem si musela pořídít, byl notýsek pro magistraliter recepty.

Mým prvním asistentem na lůžkové části byl primář Strejček, který mi opravdu vštípl základy kožního lékařství s interdisciplinárním nadhledem (asi právě proto, že to je náš nejvýznamnější flebolog). Po osmi měsících práce sekundární lékařky na lůžkové části jsem odešla na mateřskou dovolenou, z níž jsem se vrátila za dalších šestnáct měsíců na kožní kliniku Na Bulovce (tam se v mé nepřítomnosti přestěhovala katedra dermatovenerologie).

## Na Bulovce

Bulovecká klinika byla úplně jiná – ne tolik vybavením, opět to byla klinika se 105 lůžky, ambulancí, laboratoř histologickou

## Hlavní rozdíl *vídeňské* a *české* školy? V přístupu ke znalostem.



a mykologickou, operačním sálkem, fototerapií a terapeutickou ambulancí. Na Bulovce nebylo zvykem předávat zkušenosti. Pamatuji se, jak mně osobně ukazovala tehdejší přednostka profesorka Fadrhonicová, jak provést Tzanckův test a odlišit eczema herpeticatum Kaposi od kandidové infekce. To však byla spíše výjimka. Na Bulovce se pěstovala místo zdravé soutěživosti, kterou jsem poznala na 1. kožní klinice, nezdravá snaha nevynikat.

## Lymeská borelióza

Můj odborný osud „zpečtil“ profesor Havlík, vedoucí katedry infekčních nemocí, dermatovenerologie a epidemiologie, který mi určil téma kandidátské práce – lymeská borelióza. O této nemoci jsem nevěděla nic – poprvé jsem o ní četla v časopise 100+1 těsně po promoci a nevěřila jsem, že může existovat choroba, o které jsme se na fakultě neučili. Se zarputilostí sobě vlastní jsem se vrhla do studování kartoték obvodních dermatologů na Praze 8, začala jsem spolupracovat s obvodními epidemiology na sérologických testech zdravých osob, po nasbírání prvních pacientů jsem se zapojila do diskusí s dalšími členy „boreliové skupiny“, se specialisty dalších oborů, a začala jsem psát první články do českých odborných periodik. Tím jsem se definitivně stala pro kolegy málo přijatelná, protože jsem stále pracovala. Léčba nemocných na Bulovce byla prakticky stejná jako na předchozí klinice, jediným novým zaměřením pro mě byla tehdy korektivní dermatologie, na kterou jsme se všichni dívali se shovívavostí – že se hodí pro ty, co nemohou dělat „seriózní dermatologii“.

Pravý zlom ve vývoji dermatovenerologie nastal logicky až po sametové revoluci, ale začal jen velmi pozvolna. V říjnu 1989 jsem otěhotněla. Společenské změny včetně těch na vlastní klinice byly značně silné. Začátkem roku 1990 jsem si asi poprvé uvědomila, že v republice chybí v oboru profesori a docenti, protože nebyl nikdo na klinikách, kdo by chtěl naši kliniku po odchodu profesorky Fadrhonicové vést – a tak si dobře pamatuji na bojové porady s kolegy a obtelefonování dvou možných kandidátů z Prahy. Jsem pyšná na to, že jsem si sama vzpomněla na docenta Bartáka, který se poté přednostou stal a který mi později udělal nabídku, jež skutečně změnila můj profesní život – řekl mi o stipendiu Schwarzenbergovy nadace pro stáž na univerzitě ve Vídni.

## Cesty do Vídně

Neváhala jsem příliš dlouho a navzdory faktu, že dceři bylo 13 měsíců a syn šel do první třídy, jezdila jsem každý týden tři čtvrtě roku na kožní kliniku profesora Klause Wolffa. Vídeňská kožní klinika byla vždy centrem evropské dermatologie a profesor Wolff patří mezi její hlavní protagonisty, autory světových kožních učebnic a vizionáře. Přirozený respekt kolegů a obdiv pacientů se nedal přehlédnout. Promyšlená organizace práce, nevídané vybavení nejmodernějšími přístroji, z nichž některé byly např. na klinice vyvinuty (digitální dermatoskop), a také jiné jsem předtím u nás

## Místo *zdravé soutěživosti* se pěstovala nezdravá snaha nevynikat

Mým prvním působištěm byla kolébka české dermatovenerologie – 1. kožní klinika Všeobecné nemocnice na Karlově náměstí, kde jsem nastoupila právě v den inaugurace nového přednosty – profesora Záruby. Ten si mě změřil pohledem a pravil, že se mnou nastupuje další kolega z naší fakulty, „ale že ten měl červený diplom“, a určil, že přejdu na detašované pracoviště kožní kliniky v Apolinářské ulici. Tehdy jsem ani nehlesla, dnes bych hrdě pravila, že jsem měla červený diplom také! U Apolináře bylo 60 lůžek kožních, první patro bylo zavřeným oddělením venerologickým. V druhé části kliniky v komplexu Emauzského kláštera bylo dalších 50 lůžek. Tam bylo také centrum kliniky, kde se odehrávala i klinická předvádění složitých pacientů. Jednou týdně byli zváni před kolektiv všech lékařů, často je doprovázeli jejich ošetřující obvodní kožní lékaři.



## Každý by měl vědět, že kůže

ni bylo a zda bychom mohli některé mé zkušenosti využít pro naše pacienty. A tak jsem se po rozčarování nad nezájmem a vyřešením otázky odchodu k farmaceutické firmě rozhodla, že jediným řešením je stát se šéfkou kliniky a zkušenosti potom sama uplatnit.

### V čele kliniky

Podářilo se mi to zbytečně brzy, v 35 letech, kdy jsem místo velkých plánů nejprve musela řešit hromadné odchody dermatologů do soukromých praxí. Za šťastné jsem považovala ojedinělou možnost naplánování nového vybavení kliniky v Motole, kam jsem se s klinikou přestěhovala v roce 1998. Za šest let po návratu z Vídně jsem mohla poprvé pracovat na špičkově vybavené klinice, kde chyběly v porovnání se světem jen vysokovýkonné lasery a vlastní histologická laboratoř.

Motolskou kliniku navštívily desítky přednostů evropských kožních pracovišť a všichni pěli chválu – ale jak dlouho? Po pěti letech byla tato moderní klinika rozprášena, z původních prostor a vybavení zbylo jen torzo a pedagogové se stěhovali zpět na Bulovku. Kožní pavilon na Bulovce naštěstí prošel generální opravou budovy, ale nikoli vnitřních prostor. Na stěnách chodeb visely ještě informační tabulky, které jsem sama psala před mnoha lety na svém počítači, za pět let se ani nevymalovalo, přístroje byly původní a klinika přišla o polovinu patra, kde měla dříve posluchárnu. Opět bylo třeba se vzchopit, ale nebylo to vůbec lehké. Návrat do horšího vždy bolí. Místo fungujících přístrojů, moderního nábytku a prostor byla všude jen šed a zničené vybavení. Začali jsme nejprve s rekonstrukcí pěti pater, postupně vyměňovali staré vybavení a přístroje za nové. Nyní je prakticky vše hotovo.

### Novinky v diagnostice

A jak můžeme našim nemocným lépe pomáhat díky vymoženostem dnešní doby? V diagnostice je nejvýznamnějším pomocníkem digitální dermatoskop, s jehož pomocí lze přesněji diagnostikovat pigmentové kožní léze, digitalizovat je a porovnávat vývoj

změn v čase. Nicméně i tento na první pohled dokonalý přístroj v rukou nedermatologa je zdrojem jenom většího počtu chybných diagnóz, neumí totiž nahradit zkušenost dermatologa – klinika.

### Vývoj v léčbě

V léčbě by se hlavní změna dala pojmenovat hegemonií imunologie. Nejen do onkologie, revmatologie, gastroenterologie, ale i do dermatologie vstoupila léčba pomocí monoklonálních protilátek a fúzních proteinů, které se užívají nyní v léčbě lupénky, ale které brzy proniknou i do léčby dalších dermatóz. Z dermatovenerologie se tak rázem stal obor drahý, který je nutné zvažovat



neviděla, histologická laboratoř a pracovna s mikroskopem pro pět spolupozorovatelů, neuvěřitelně vybavená knihovna, imunologické laboratoře, kde jsem poprvé viděla ve zkumavce DNA...

Hlavní rozdíl vídeňské a české školy byl ale v přístupu ke znalostem, k jejich aplikaci v denní praxi. Poprvé při výuce rakouských mediků jsem si uvědomila zásluhou profesora Wolffa, jak i pro mě do té doby nelogický obor dermatologie může být zábavný. Jak je třeba dívat se na kůži, jak rozeznávat eflorescence a podle jejich charakteru vést diferenciální diagnostickou rozvahu, jak chápat souvislosti, na které jsem buď svou hloupostí do té doby nepřišla, nebo na které mě nikdo z mých kolegů učitelů neupozornil. Byl to pro mě vlastně šok – můj jediný pocit byl, že jsem se u nás nic nenaučila, a to jsem byla již atestovaný dermatolog. Měla jsem jen

## Byl to šok: ten pocit, že jsem se u nás nic nenaučila...

dvě možnosti a zvažovala opravdu obě – odejít z oboru k farmaceutické firmě (to jsem skoro zkusila), nebo začít znovu.

Ve Vídni jsem zvolila druhou variantu. Prvním krokem bylo proniknout do základů histopatologie, jež je důležitou součástí pohledu na nemoci kůže, ale kterou kromě povinné sady preparátů k atestaci na mě nikdo v Čechách nechtěl. Začala jsem chodit denně na histologické vizity profesora Konráda a opisovat učebnici, na kterou jsem neměla. Později mi ale jeden místní kolega daroval svou starou. Dalším šokem, který bych již dnes očekávala, byla po mém návratu reakce okolí, kolegů z kliniky, ale i přednosty kliniky. Nikdo se mě totiž (a to dodnes) nezeptal, jaké to ve Víd-

## odráží naše zdraví fyzické i psychické

v ekonomice celých nemocničních celků, neboť tato léčba stojí kolem půl milionu korun ročně na jednoho pacienta – na druhé straně dokáže zcela změnit kvalitu života našich nemocných.

Imunomodulační léky jsou však i v topické podobě, jsou užívány jednak v léčbě atopické dermatitidy a jednak při nechirurgické léčbě kožních nádorů. U ekzému tak máme konečně od 50. let minulého století alternativu ke kortikosteroidům, s jejichž následky v podobě mj. atrofie kůže se setkáváme denně ve svých praxích. Topické imunomodulátory takrolimus a pimekrolimus působí s podobně dobrým efektem u zánětlivých neinfekčních dermatóz jako kortikosteroidy, ale dlouhodobě nemají atrofogenní účinek. Je jen škoda, že povědomí o těchto léčích je stále v lékařské veřej-

## Dermatovenerologie je moderní, dynamický obor

nosti malé a pacienti jsou zbytečně vystavováni riziku dlouhodobých nevratných změn kůže jen proto, že např. kolegové upřednostňují plnění svých limitů před dobrem pro své nemocné.

Dalším imunomodulátorem, který změnil přístup k léčbě nejprve genitálních bradavic (condylomata acuminata), je imiquimod. Je výbornou ambulantní alternativou v léčbě povrchových kožních karcinomů – spinocelulárního karcinomu in situ (tj. aktinická keratóza, m. Bowen) a povrchových bazocelulárních karcinomů. Místo chirurgického zákroku je tak místní aplikací krému po dobu 6–16 týdnů možné zhojit tenký kožní zhoubný nádor. Hlavní výhodou je možnost aplikace u mnohočetných nádorů.

Další novou eventualitou v místní léčbě tenkých karcinomů kůže je delta-aminolevulová kyselina v krému, který se aplikuje na dobu 3 hodin v okluzi, a po této době je místo ozářeno viditelným světlem o vlnové délce 630 nm. Následkem je vznik singletního kyslíku a destrukce nádorových nebo zánětlivých buněk. Tato tzv. fotodynamická terapie se začíná stále více využívat i v kosmetické dermatologii – např. u pacientů s těžkou formou akné, kteří nemohou být léčeni retinoidy celkově, ale i při ošetřování vrásek atd. Retinoidy jsou další skupinkou léků, které před čtvrt stoletím prakticky nebyly užívány. Dnes není vůbec důvod, aby nemocní právě i s nejtěžšími formami akné měli tvář trvale deformovanou jizvami – a to, co nezvládnou celkové retinoidy, lze dále vylepšit vysokovýkonnými lasery. Místní retinoidy se také staly základem topické terapie akné, místní deriváty vitamínu D jsou naopak základem a lékem první volby u chronické lupénky.

### Místní terapie a nové přístroje

V oblasti místní terapie je zřetelný odklon od magisteraliter léků směrem ke specialitám, třebaže i ty jsou dodnes využívány s úspěchem. Poměrně málo změn se událo v antibiotické lokální léčbě, máme sice recentně nové preparáty, ale je jich stále málo. Přítomná rezistence bakteriálních kmenů např. opět u akné a příbuzných nemocí roste.

Z přístrojů, které dnes využíváme v léčbě kožních nemocí, dozruly největší vývoj lasery, světelné zdroje a fototerapeutické přístroje. Lasery, jejichž historie v dermatologii začala v 80. letech, jsou k dispozici k léčbě cévních, pigmentových lézí, k odstranění tetovází, k ablaci kůže a jejímu vybrušování. A nejedná se jen o lasery invazivní, tj. ty, které porušují povrch kůže, ale vývoj jde hlavně směrem k neinvazivnímu přístupu za cenu menšího efektu.

To, co jsme určitě před pětadvaceti lety neznali, jsou další přístupy k léčbě vrásek – implantáty a aplikace botulotoxinu. Ještě před patnácti lety se mi zdálo, že se řada dermatologů snaží naučit přístup plastických chirurgů a sama je provádět (např. blefaroplastiky), dnes si myslím, že je vidět spíš opačný trend – pokud má

dermatolog praxi sám, bez přítomnosti chirurga, orientuje se více na neinvazivní přístupy řešení kosmetických vad.

### Nemoci přibývá

Spektrum kožních nemocí se za poslední dvě desetiletí změnilo – nemoci, které jsme znali jen z učebnic, najednou vidíme denně. Do této skupiny určitě patří pohlavně přenášené choroby, jmenovitě syfilis. Pamatuji si, jak při příjmu pacienta se sekundární syfilidou nás volal kolega Trýzna z venerologického uzavřeného oddělení u Apolináře, ať se jdeme podívat na syfilitickou roseolu – dnes nám pacienti s touto diagnózou včetně časných stadií leží na klinice běžně. Tuberkulóza, která prakticky neexistovala, se minimálně stává potenciálním problémem v léčbě našich nemocných imunosupresiv, zejména biologieky namířenými proti TNF-alfa.

Novým fenoménem je problematika methicilin-rezistentních kmenů *S. aureus*. Obecným trendem je nárůst kožních zhoubných nádorů, a to na celém světě. U některých klasických kožních chorob se nově popisují i souvislosti s dalšími vnitřními chorobami.

Dnes tedy určitě umíme léčit a vyléčit řadu stavů, které byly dříve neléčitelné. Máme šetrnější metody a řešíme více problémů z pohledu kosmetického a z pohledu kvality života nemocných. Místo léčby na lůžku je i na klinikách těžiště terapie ambulantní. V diagnostice máme nové pomocníky, ale přesto je stále hlavní dovedností dermatovenerologa jeho zkušenost. A k té se lze dopracovat jen trvalým studiem a pokorou.

Dermatovenerologie je moderní, dynamicky se rozvíjející interdisciplinární obor, přičemž podstatou nově zavedených léčebných postupů je poznání etiopatogeneze řady nemocí. To, co dermatovenerologii schází u nás, je její renomé mezi laickou veřejností. Každý člověk by měl vědět, jak pečovat o svou kůži, kdy jít ke kožnímu lékaři a kdy si „kvůli kožní nemoci“ nechat zkontrolovat svůj celkový zdravotní stav. Protože kůže není jen obal, je to zrcadlo našeho zdraví fyzického i psychického. ■ [dermatology@fnb.cz](mailto:dermatology@fnb.cz), [www.dermanet.cz](http://www.dermanet.cz), [www.icd2009.com](http://www.icd2009.com), [www.dermatology.cz](http://www.dermatology.cz)