

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ CELKOVÉHO ZDRAVOTNÍHO
STAVU PACIENTA NA KONCI REDUKČNÍ FÁZE LÉČBY
LYMFEDÉMU**
Diplomová práce

Autor: Petra Placatková

Vedoucí práce: MUDr. Petr Pták

Datum odevzdání práce: 23. 4. 2007

The Subjective Evaluation of a Patient's Overall Health State at the End of the Reduction Phase of Lymphedema Treatment

Lymphedema is a disease which has been treated in the Czech Republic only since 1992. The number of workplaces that are involved in treating Lymphedema is constantly growing but the number of patients with this disease unfortunately grows in the same way. Lymphedema is a disease that is curable but the patient can not always get completely over it. After the first reduction phase of therapy there is the maintenance phase which follows. That can last for the rest of the patient's life. Therefore active patient cooperation is essential and therapy can not succeed without it.

This graduation thesis was focused on the patient's subjective difficulties caused by Lymphedema. Surveyed corpus comprised of patients that were treated for Lymphedema at the Medipont Polyclinic in Ceske Budejovice between March 2006 and January 2007 and during this period the reduction phase of the Lymphedema therapy was completed for said patients. Based on researched literature, two hypotheses have been set. H1: "At the end of the Reduction Phase of Lymphedema therapy the overall health state of the patient is improved". H2: "Patients with good social background cope with their disease in a better way". The hypotheses have been tested with help of quantitative research – method of interrogation. Chosen technique was standardized discussion.

Informants rated limited movement, pain and mental stress caused by Lymphedema on graduated scale of 5 points. They evaluated health state before the therapy and at the end of its reduction phase. At the end of the reduction phase all three aspects have been improved. Thus the first hypothesis has been confirmed. However, the rating for mental stress showed less improvement than that of pain and limited movement. The social background turned out to play an important role. Patients with good social background rated mental stress before therapy and after finishing its reduction phase as evidently lower than patients with bad social background. 28.5% informants with bad social background sought the advice of a psychologist or

psychiatrist. Help of these experts was not needed by any patient with good social background. Thus also the second hypothesis has been confirmed.

Finally it was verified that at the end of reduction phase the overall health state of patient subjectively improved. Also, it was confirmed that social background has a big influence on patient psyche and therapy course. Therefore it is important to take this fact into account during the therapy. There is a larger risk that a patient with psychic disorders will not adhere to remedies. In that case therapy can not be successful. It is also important to encourage family members to help the patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta na konci redukční fáze léčby lymfedému“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

Podpis.....

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucímu diplomové práce MUDr. P. Ptákovi za cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Dále chci poděkovat svému zaměstnavateli, který mi umožnil zúčastnit se lymfologických kongresů, což mi rovněž pomohlo ve zpracování dané problematiky.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Mízní systém	10
1.1.2 Mízní cévy	11
1.1.3 Míza	11
1.1.4 Mízní uzliny	12
1.1.5 Tonzily	13
1.1.6 Slezina	13
1.1.7 Brzlík	14
1.1.8 Hlavní mízní kmeny	14
1.1.9 Mízní uzliny a povrchové kolektory horních a dolních končetin	15
1.2 Lymfologie	16
1.3 Lymfedém	16
1.3.1 Diagnostika	17
1.3.2 Diferenciální diagnostika	18
1.3.3. Etiologie	18
1.3.4 Epidemiologie	19
1.3.5 Klinický obraz	19
1.3.6 Komplikace	21
1.3.7 Léčba	23
1.3.7.1 Komplexní dekonjestivní fyzikální léčba	23
1.3.7.2 Farmakologická léčba	31
1.3.7.3 Chirurgická léčba	32
1.3.7.4 Lázeňská léčba	33
1.3.7.5 Psychoterapie	35
1.3.8 Prevence	38
1.3.9 Prognóza	41
1.3.10 Zdravotně sociální problematika lymfedému	41

1.4 Zdravotní stav	43
1.4.1 Kvalita života	43
1.4.2 Spolupráce pacienta	44
1.4.3 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	45
2 Cíle práce a hypotézy	47
2.1 Hypotéza 1	47
2.2 Hypotéza 2	47
3 Metodika	49
3.1 Použitá metodika výzkumu	49
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	49
3.3 Realizace výzkumu	49
3.4 Kazuistika 1	50
3.5 Kazuistika 2	51
4 Výsledky	53
4.1 Hodnocení zdravotního stavu pacienta	70
4.2 Sociální zázemí a psychický stav	72
5 Diskuse	74
6 Závěr	79
7 Seznam použitých zdrojů	80
8 Klíčová slova	85
9 Přílohy	

Úvod

Léčba lymfedému je v současné době velmi aktuální problematikou. Lymfedém se v naší republice léčí od roku 1992 a pracovišť zaměřených na jeho léčbu postupně přibývá. Přibývá však i pacientů s lymfedémem.

Již tři roky se jako fyzioterapeutka a zároveň lymfoterapeutka věnuji léčbě těchto pacientů. Lymfedém je onemocnění, které od svého vzniku provází člověka často po celý zbytek jeho života. Je to onemocnění léčitelné, ne vždy však vyléčitelné. Nemocné postihuje nejen fyzicky, ale i psychicky. Lymfedém, pokud je neléčený nebo léčený nesprávně vede k pracovní neschopnosti a trvalé invaliditě. Nemocní jsou mimo to ohroženi komplikacemi jako je např. erysipel nebo lymfangiosarkom.

Toto onemocnění podstatně narušuje kvalitu života nemocných. Nemocní si stěžují na sníženou pohyblivost, což je může omezovat v běžných denních činnostech. Dále poukazují na trvalý dyskomfort a někdy i bolestivost. Pro zvětšený objem končetiny mohou mít problémy s výběrem šatstva, obuvi. Často se vyskytují problémy se sociálním zařazením těchto pacientů.

Velice důležitá je compliance takovýchto nemocných. Je potřebné, aby pacient spolupracoval se zdravotnickým personálem a i doma podle jeho instrukcí o sebe pečoval. Jen tak je možné, aby zůstal sociálně i pracovně aktivní. Správnou léčbou a trvalou sebedečnou o postiženou končetinu nebo končetiny, lze totiž dosáhnout velmi dobrých výsledků.

Jak je z předchozích odstavců zřejmé, toto onemocnění přináší mnoho zdravotních, psychických i sociálních problémů. To bylo důvodem k tomu, abych si dané téma vybrala jako svou diplomovou práci. Chtěla jsem se nad tímto problémem zamyslet nejen ze svého zdravotnického hlediska, ale i z hlediska celkového pohledu pacienta na svůj stav, tedy z hlediska jeho subjektivního hodnocení zdravotního stavu.

První část diplomové práce zahrnuje anatomii a fyziologii lymfatického systému, vysvětluje, co je to lymfedém, jaké jsou jeho komplikace a podrobně se věnuje léčbě lymfedému. Opomenuta není ani prevence a prognóza. Samostatná podkapitola je

věnována zdravotně sociální problematice pacientů s lymfedémem a další podkapitola se věnuje zdravotnímu stavu, obzvláště kvalitě života.

Druhá část práce je již věnována konkrétnímu výzkumu. Pro ověření hypotéz byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika standardizovaný rozhovor. Standardizované rozhovory byly prováděny v období březen 2006 až leden 2007 na rehabilitačním oddělení ambulantní kliniky Medipont s.r.o. s pacienty, kteří se zde léčili pro lymfedém a zakončili redukční fázi léčby. Byly ověřovány dvě hypotézy. H1: „Na konci redukční fáze léčby lymfedému se subjektivně zlepšuje celkový zdravotní stav pacienta.“ H2: „Pacienti s dobrým sociálním zázemím snášejí průběh onemocnění lépe.“

Uvedený výzkum se zaměřuje na to, jak svůj zdravotní stav vnímá a hodnotí sám pacient. Toto subjektivní hodnocení se nemusí vždy shodovat s objektivním vyšetřením, jež provede lékař. V současné době se však dostává do popředí holistický přístup k pacientovi, což považuji za velmi přínosné.

1 Současný stav

Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu nádorových onemocnění, jež byla léčena operačně nebo ozařováním, roste i počet pacientů s lymfedémem. Při této léčbě dochází často k poškození mízních cév nebo mízních uzlin. Někdy je však pro přežití pacienta nebo staging nádoru vyjmutí mízních uzlin nezbytné a vyhnout se poškození mízních cév není možné.

Ještě v 80. letech minulého století byli takoví pacienti odmítáni s tím, že lymfedém je daň za jejich přežití a musí se s ním naučit žít. Neléčený lymfedém se však pro pacienta stává trvalým psychosociálním handicapem. Jeho léčbu proto nelze opomíjet. V současné době je již vyškolená dostatečná síť lymfoterapeutů, takže léčba je lépe dostupná **(51)**.

Elefantiáza (zvětšení končetin) byla známa již egyptským lékařům. 2 500 let př. n. l. byla popsána Indem Dranwantarem. O existenci mízních cév věděl již Hippokrates. „Cévy s bílou krví“ popisoval také Aristoteles. Tyto poznatky však upadly v zapomnění. Mízní cévy začal zkoumat až Gaspar Asellius (1581 – 1651) **(2)**.

Lymfedém byl vyčleněn jako samostatná klinická jednotka až v roce 1934. V roce 1967 byla založena německá společnost pro lymfologii. V naší republice byla 11. 3. 1992 založena Liga proti otokům, která sdružuje léčené pacienty. 14. 8. 1992 vznikla Česká lymfologická společnost. Její vznik inicioval prof. Bechyně, kromě toho založil v tehdejší ČSFR 32 lymfologických pracovišť. V tomtéž roce začaly probíhat školení v manuální lymfodrenáži.

1.1 Mízní systém

Pro uvědomění si problematiky lymfedému a jeho léčby je potřeba mít alespoň základní znalosti anatomie a fyziologie mízního systému. Mízní systém zahrnuje mízní cévy, mízu, lymfatické buňky, tkáně a orgány, mezi něž patří: mízní uzliny, roztroušené mízní uzlíky, tonsily, slezina a thymus **(15)**.

1.1.1 Mízní cévy

Mízní cévy se vyskytují téměř ve všech tkáních. Nebyly nalezeny pouze v avaskulárních strukturách jako jsou vlasy, nehty, epidermis, rohovka, sklivec, čočka, nervová tkáň, kostní dřev. Dále se nenachází uvnitř jaterních lalůčků (2).

Mízní vlasečnice (*vasa lymphocapillaria*) začínají slepě v mezibuněčných prostorech tkání. Mnohonásobným spojením vlasečnic o průměru 1 – 2 mm vznikají kapilární sítě (*rete lymphocapillare*), zajišťující oběh mízy v určitém tkáňovém okrsku nebo orgánu.

Ze sítí mízních kapilár se sbírají a vystupují *collectores lymphatici* – sběrné mízní cévy, které jsou obecně označovány také jako *vasa lymphatica*. *Vasa lymphatica* odvádějí lymfu ze sítí kapilár a vstupují do mízních uzlin (18).

Vasa lymphatica (kolektory) mají své charakteristické znaky. Jedním z nich jsou chlopně, jež jsou uspořádané ve dvojicích blízko nad sebou. Naplněné mají vzhled šňůrky korálků. Chlopně usměřují tok lymfy v mízních cévách jedním směrem. Pokud z patologických příčin průtok lymfy vážně, rozšíří se céva nad překážkou a chlopně svou usměrňovací funkci ztratí. Lymfa pak může protékat i retrográdně. Tím se vysvětlují některé atypické případy šíření infekce nebo nádoru.

Stěna mízních cév od kolektorů počínaje má tři vrstvy: intimu, medii a adventicii. V medii je hladká svalovina.

Mízní cévy, které vedou lymfu do mízní uzliny se nazývají *vasa afferentia*. K jedné uzlině jich přichází několik. Mízní céva, která z uzliny vychází a vede mízu dále se nazývá *vas efferens*. Ta vystupuje z hilu uzliny a většinou je pouze jedna.

Spojením *vasa efferentia* vznikají mízní kmeny (*trunci lymphatici*). Stavba jejich stěn má ve srovnání s větší žílou tenčí intimu a větší množství svaloviny.

Na mízních cévách se nacházejí bezmyelinová nervová vlákna a drobné krevní cévy.

1.1.2 Míza

Míza (*lymph*) vzniká přestupem tkáňového moku stěnou mízní kapiláry do jejího nitra. Celkové množství tkáňového moku zahrnuje tekutinu z krevních kapilár a

tekutinu produkovanou spolu s metabolity buňkami tkáně. Do mízy se ve střevě vstřebávají ve vodě rozpustné živné látky a ve formě nerozpustných kapének i ve vodě nerozpustné tuky. Tato lymfa se nazývá chylus.

Denně se vytvoří 2 – 3 litry mízy. Je bezbarvá nebo lehce zažloutlá. Chylus je bělavý. Obsah solí je v ní stejný jako v krvi, ale množství bílkovin je zde nižší. Míza obsahuje lymfocyty. V míze, která prošla mízní uzlinou je jich více.

Pohyb mízy v mízních cévách je závislý na: rychlosti tvorby mízy v sítích mízních kapilár, na smrštění stěn mízních cév, na pohybech svalstva v okolí mízních cév. Na pohyb mízy má dále vliv změna nitrobřišního tlaku, např. dýchání. Průtok mízy může být regulován také nervovou cestou.

Denně se vytvoří asi 2 litry mízy, ale může se jí vytvořit až 30 litrů. Toto množství tekutiny Földi nazývá břemenem mízního oběhu. Záleží pak na velikosti tohoto břemene a na transportní kapacitě mízního systému, aby bylo zachováno vnitřní prostředí intersticia a tím i orgánů. Za fyziologických podmínek je transportní kapacita mízního řečiště mnohonásobně větší než zmiňované břemeno. Mízní oběh má velkou funkční rezervu (2).

1.1.3 Mízní uzliny

Mízní uzliny (nodí lymphatici) jsou orgány ledvinovitého nebo vejčitého tvaru velké 1- 30 mm. Povrch mají hladký, barvu bílou až šedorůžovou.

Na povrchu uzliny je pouzdro, z něhož vycházejí dovnitř uzliny trámce a z nich dále odstupuje retikulum. V uzlině se dále nacházejí sinusy uzliny (prostory pro průtok lymfy), lymfatické uzlíky (soustředěné hlavně v periferii). Na obvodu uzliny je uložena kůra (cortex) (15).

Hilus mízní uzliny je místem vstupu tepny, jež ji vyživuje a místem výstupu žíly a vas efferens.

Okrsek, z něhož uzlina přijímá mízu se nazývá tributární oblast..

Regionální uzliny jsou tvořeny skupinou uzlin, jež přijímá mízu z určitého okrsku, tedy z určité tributární oblasti. Regionální uzliny většiny pánevních, břišních a hrudních orgánů leží v orgánových hilech, tedy v místech kde do orgánů vstupují cévy a

nervy, případně orgánové vývody. Tyto uzliny lze vyšetřit pouze speciálním vyšetřením, jako je např. CT, NMR, UZ.

Regionální uzliny horní končetiny jsou uloženy v podpažní jámě, regionální uzliny dolní končetiny pak v třísele. Obě skupiny uzlin jsou přístupné pohmatovému vyšetření **(18)**.

Funkce mizních uzlin je především filtrační, je důležitá pro čistotu lymfy. Míza vznikající v mizních kapilárách, prochází alespoň jednou mizní uzlinou, než se dostane do krevního oběhu. Uzliny jsou účinné filtry pro bakterie a částičky, jež se dostaly do eferentních lymfatických cest. Většina nádorových buněk se šíří právě přes lymfatické cesty, kde jsou přes lymfatické cesty odneseny do uzliny. Zde dochází k jejich usazení na retikulu a k jejich zadržení po určitou dobu. Toto zadržení je spojeno s jejich částečným zničením. Po určité době se však nádorové buňky pomnoží a dochází k jejich prostupu do dalších lymfatických cév a uzlin.

K ochraně organismu slouží imunobiologická funkce uzliny. Antigeny jsou zde vychytávány pomocí mikrofágů a dendritických buněk. Z jejich povrchu jsou předávány lymfocytům. B lymfocyty se zvětšují v nezralé imunoblasty, z nich vznikají plasmatické buňky a aktivované B lymfocyty. Plasmatické buňky putují ze zárodečného centra do dřeně uzliny a zde vytvářejí specifické protilátky proti danému typu antigenu. Úlohou aktivovaných B lymfocytů je rovněž syntéza protilátek. Pomocí eferentních cév se dostávají do lymfatického a krevního oběhu a jím poté do vaziva ve tkáních, kde se usazují. Nazývají se také paměťové buňky a při styku s daným antigenem vytvářejí rychle protilátky **(2)**.

1.1.4 Tonsily

Tonsily tvoří větší množství lymfatické tkáně, jež je nahromaděna ve sliznici. Představují imunologickou bariéru, kontrolující polykanou potravu (tonsila palatine, tonsila lingualis) a vdechovaný vzduch (tonsila pharyngea).

1.1.5 Slezina

Slezina (lien) je orgánem, v němž se vychytávají a destruuji opotřebované

červené krvinky a kde se v mízních uzlíčcích tvoří lymfocyty. Je největším lymfatickým orgánem zařazeným do krevní cirkulace. Představuje hlavní místo obrany proti toxinům (škodlivinám) a infekci vnikající do cirkulace.

Uvnitř je slezina vyplněna červenou a bílou pulpou. Bílá pulpa je nahromadění lymfatické tkáně. Červená pulpa je tvořena širokými cévami vyplněnými červenými krvinkami.

Ve fetálním období je slezina hemopoetickým orgánem, v němž se vytvářejí erythroblasty, myelocyty a megakaryocyty. U některých onemocnění krve dochází k perzistenci těchto buněk v červené pulpě. Slezina slouží jako rezervoár krve. Při fyzické námaze je schopna uvolnit do oběhu až 200 ml krve během jedné minuty.

1.1.6 Brzlík

Brzlík (thymus) je uložen za sternem. Jeho velikost a struktura se s věkem mění. Těsně po narození váží přibližně 16 g, do 2 – 3 let naroste asi na 37 g. Poté se postupně zmenšuje a kolem 50 roku váží asi 12 g.

Skládá se z pravého a levého laloku. Jeho struktura je tvořena buněčnou sítí. Oka sítě retikula jsou vyplněna lymfocyty, těch je v thymu tolik, že tvoří až 90% celého orgánu. Lymfocyty se tvoří v kostní dřeni a v brzlíku dozrávají. Poté se stávají součástí buněčné imunity, která tělo chrání hlavně před virovými infekcemi a vlastními buňkami, jež se vymkly kontrole a mohly by vytvořit nádor **(30)**.

1.1.7 Hlavní mízní kmeny

Hlavní mízní kmeny jsou dva: ductus thoracicus a ductus lymphaticus dexter.

Mízní cévy z dolní poloviny těla se v dutině břišní a pod bránicí spojují a ve výši mezi prvním a druhým obratlem bederním vzniká hrudní mízovod (ductus thoracicus). Začátek ductus thoracicus se nazývá cisterna chyli. Do cisterna chyli vstupují mízní kmeny, jejichž spojením vlastně ductus thoracicus vzniká. Jsou to: truncus lumbalis dexter et sinister a trunci intestinales **(15)**.

Hrudní mízovod odvádí mizu z obou dolních končetin, pánve, břicha, orgánů a stěny levé poloviny hrudníku, levé horní končetiny, levé poloviny hlavy a krku. Ústím

mízovodu je angulus venosus sinister, což je soutok vena jugularis interna sinistra a vena subclavia sinistra. Těsně před vústěním přijímá: truncus jugularis sinister, truncus subclavius sinister a truncus bronchomediastinalis sinister (15).

Ductus lymphaticus dexter odvádí mízu z pravé poloviny hlavy a krku, pravé horní končetiny, stěny a orgánů pravé poloviny hrudníku. Ústí do angulus venosus dexter. Těsně před vústěním ještě přijímá: truncus jugularis dexter, truncus subclavius dexter a truncus bronchomediastinalis dexter.

Ústí obou kmenů jsou velmi důležitá pro lymfoterapeuty a jsou jimi označována jako „terminus“.

1.1.8 Mízní uzliny a povrchové kolektory horních a dolních končetin

Pro léčbu lymfedému na horní končetině jsou důležité nodi lymphatici axillares, které mají podskupiny: nodi humerales laterales (tributární oblastí je volná horní končetina), nodi interpectores, nodi pectorales et paramammarii (tributární oblast – mamma a přilehlé úseky hrudní a břišní stěny), nodi subscapulares (tributární oblast – lopatková krajina a přilehlé okrsky zad a šíje).

Dále je třeba znát průběh povrchových kolektorů na horní končetině (příloha 1, obr. 1). Laterální kolektory začínají ze hřbetní strany palce a části třetího prstu, probíhají proximálně po laterální straně předloktí a paže. Část vstupuje do axilárních uzlin, část jde podél v. cephalica a nakonec končí také v axile. Mediální kolektory se sbírají ze hřbetní strany části 3. prstu až malíku, probíhají po dorsolaterální straně předloktí do loketní jamky, pak podél sulcu bicipitalis medialis, končí v axile. Přední kolektory se sbírají z mízních sítí dlaňové části prstů a dlaně, probíhají po dlaňové straně předloktí do loketní jamky, kde se přidávají k předchozím kolektorům.

Při léčbě lymfedému na dolních končetinách je důležité správné ošetření tříselných uzlin (nodi inguinales superficiales) (52).

K povrchovým mízním cévám dolní končetiny patří: mediální kolektory (skupina 10 - 15 mízních cév jdoucích z planty a z mediální poloviny hřbetu nohy podél v. saphena magna až na stehno, vstupují do tříselných uzlin), laterální kolektory (jdou z laterodistální části hřbetu nohy po laterální ploše bérce vzhůru, v kolenní krajíně

dopředu a mediálně, přidávají se k předchozím), zadní kolektory (jdou z oblasti paty a lateroproximální části hřbetu nohy, po zadní straně lýtku podél v. saphena parva do zákolenní jámy a přidávají se hlubokým mizním cévám) (15).

1.2 Lymfologie

Lymfologie se v současné době prohlubuje a rozšiřuje jak ve stávajících, tak i nových interdisciplinárních oblastech, jako je např. angiologie, onkologie, dermatologie, pediatrie, genetika, gynekologie, urologie a rehabilitace.

Mezi dva základní pilíře lymfologie se řadí lymfologie experimentální a lymfologie klinická.

Experimentální lymfologie se posouvá do molekulární, intermolekulární a submolekulární biomedicíny a genetiky. Zkoumá počáteční miznice, mizní proud, patologickou morfologii a biochemické reakce. Dále se zabývá „mechanickou“ koncepcí lymfedému jako syndromu (8). Významnou osobností věnující se experimentální lymfologii je prof. Eliška, který je v současné době i předsedou České lymfologické společnosti.

Klinická lymfologie se věnuje zejména diagnostice, léčbě, prevenci a legislativě. Významným diagnostikem, věnujícím se především lymfedému je u nás prof. Benda.

Perspektivy rozvoje lymfologie se týkají oblasti profilizace, experimentální lymfologie, individuálních léčebných programů, „samoléčby“, chirurgické léčby a legislativních opatření (8).

1.3 Lymfedém

Lymfedém je vysokoproteinový otok, který je způsobený zmenšenou transportní a proteolytickou kapacitou lymfatického systému v postižené oblasti. Důsledkem je hromadění proteinů a tekutiny v intersticiu s následnými chronickými reakcemi a fibrotizací. Sekundární lymfedémy např. u postmastektomických lymfedémů, jsou výsledkem extirpace mizních uzlin a přerušením mizních cév po chirurgickém výkonu nebo iradiaci a neschopnosti makrofágů odsunout abnormálně akumulované proteiny v intersticiu (2).

Protože lymfedém postihuje nejčastěji dolní a horní končetiny, lymfostáza se všemi svými negativními důsledky postihuje všechny struktury končetiny (kůži, vazivo, stěnu krevních cév, nervy, ligamenta, šlachy, svaly, klouby). Výsledkem je fibróza a skleróza kůže a podkožního vaziva, zhoršený metabolismus stěny krevních cév, edém a zhoršená funkce pohybového aparátu, která je ještě umocněna sníženou hybností končetiny v důsledku její zvětšené hmotnosti a objemu **(19)**.

1.3.1 Diagnostika

Stanovení včasné diagnózy je zásadní pro výsledný efekt léčby. Největší efekt je u otoků trvajících maximálně půl roku. Pokud otok trvá déle než rok, je jeho redukce podstatně pomalejší.

K diagnóze poruchy mízního oběhu je potřebné zhodnotit osobní a rodinnou anamnézu (zda měl někdo v rodině otoky, jaké pacient prodělal operace, jaké utrpěl úrazy, zda u něho proběhly nějaké infekce).

Dále se provádí základní interní vyšetření a fyzikální vyšetření končetin pomocí aspekte, palpace (zjišťuje se tuhost, měkkost), měření objemu a základní vyšetření k vyloučení systémových otoků. Specifický diagnostický význam se přisuzuje tzv. Stemmerovu znamení **(29)**. Jde o markantní ztlustění kůže a podkoží na hřbetu druhého prstu dolní končetiny (příloha 4, obr. 5).

Ze zobrazovacích metod lze použít lymfangioscintigrafii (příloha 2, obr.2.), sonografii, CT, MRI, bio-impedanci.

Lymfangioscintigrafie (LAS) patří k nejpřínosnějším vyšetřením. Umožňuje jak morfologické, tak i funkční vyšetření lymfatického systému. Lze ji provádět ve třech fázích. V první klidové, je sledován transport radionuklidu vleže (do 30 minut po aplikaci farmaka), ve druhé, pohybové fázi zapojuje pacient svalovou pumpu na ergometru nebo chůzí (od 30 do 60 minut po aplikaci farmaka). Ve třetí, pozdní fázi vyšetření (180 minut po aplikaci farmaka) lze sledovat eventuální městnání radiofarmaka v mízním řečišti končetin a jeho akumulaci v pánevní, lumbální a hrudní oblasti mízního systému. Získané snímky jsou vyhodnocovány kvalitativně i kvantitativně **(4)**.

1.3.2 Diferenciální diagnostika

Základem diferenciální diagnostiky lymfedému je vyloučení jiné příčiny otoku než je insuficience mízního systému.

Pokud edém postihuje pouze jednu končetinu, nemá příčinu v orgánovém onemocnění (srdce, ledviny, myxedém, apod.). Je-li otok spojen s prodloužením končetiny, může jít o Klippelův-Trenaunayův syndrom **(4)**.

Je třeba si uvědomit rozdíly mezi lymfedémem, lipedémem, flebedémem a celulitidou.

Při lymfedému bývá otok asymetrický, tkáň tuhá (příloha 3, obr. 3). Pokud jsou oteklé dolní končetiny, je otok i na nártách a prstech. Jako komplikace se může vyskytovat erysipel. Krevní podlitiny se zde nevyskytují, Stemmerovo znamení je pozitivní, kůže bledá. Otok není bolestivý.

Lipedém je symetrický, tkáň sulcovitá, erysipel se nevyskytuje, otoky dolních končetin nepostihují nártý. Postižený má pocit bolestivých, těžkých nohou, mohou se vyskytovat krevní podlitiny, Stemmerovo znamení je negativní.

Flebedém bývá symetrický (příloha 5, obr. 7). Dále bývá pocit těžkých nohou, dolní končetiny jsou oteklé s vyloučením nártů a prstů, krevní podlitiny se mohou vyskytovat. Příčinou flebedému je žilní nedostatečnost.

Při celulitidě (lipohypertrofii) se vyskytuje asymetrie, tuhá tkáň. Otoky bývají až v těžších stadiích, krevní podlitiny ne. Stemmerovo znamení je negativní. Bolest se může vyskytovat, na povrchu kůže jsou hrbolky, důlky, rýhy. Nejde o zánět kůže **(38)**.

Při náhlém objevení se lymfedému by mělo být samozřejmostí komplexní onkologické vyšetření zaměřené na možnou uzlinovou recidivu **(51)**.

1.3.3 Etiologie

Hlavními příčinami poruchy toku lymfy bývá vrozená abnormita lymfatického systému (primární lymfedém), dále zánět, chirurgický výkon, trauma, záření, nádorová infiltrace, těžké poškození žilního systému nebo paraziti. V těchto případech jde o lymfedém sekundární **(50)**.

1.3.4 Epidemiologie

Ročně je diagnostikováno 40 nových případů na 100 000 obyvatel s primárním lymfedémem. 10 miliónů lidí na světě trpí sekundárním lymfedémem a přibližně 90 miliónů lidí lymfedémem primárním (24).

Sekundární lymfedém vznikne u 10-40 % pacientů, kteří podstoupili komplexní léčbu nádorového onemocnění nebo radioterapii axilárních, pánevních nebo tříselných lymfatických uzlin (50).

Mezi nejčastější příčiny vzniku sekundárního lymfedému patří chirurgická a iradiační léčba karcinomu prsu. Výskyt lymfedému je po těchto výkonech asi 20 %. Incidence karcinomu prsu stále vzrůstá. V roce 1970 byla 42 na 100 000 tisíc obyvatel, v roce 2002 již 102,7 na 100 000 obyvatel. Důsledkem zvýšeného výskytu karcinomu prsu je vyšší výskyt postmastektomického lymfedému (16).

1.3.5 Klinický obraz

Lymfatický otok má zpočátku měkkou konzistenci, při palpaci je možno zanechat viditelný důlek. Později však dochází k fibrotizaci podkoží a otok se stává tužším. Typickým obrazem lymfedému je bledý, tužší otok.

Primární lymfedém začíná v distální části končetiny a postupuje centrálně. Pokud jde o dolní končetinu, bývá pozitivní Stemmerovo znamení. Primární lymfedém vzniká při hyperplázii lymfatických uzlin, při dysplázii lymfatických cest – hypoplázii či lymfektázii.

U primárního lymfedému není známa příčina vzniku. Většinou jde o lymfedém kongenitální. Některé typy tohoto lymfedému patří mezi kongenitální onemocnění např. Nonne-Milroy sy, Meige sy), často jsou spojeny s chromozomálními anomáliemi. Pokud primární lymfedém vznikne do 35 let života, nazývá se lymphoedema preacox, vznikne-li po 35. roce života, jde o lymphoedema tardum. Lymfedém se tedy může manifestovat po narození, ale může být i provokován infekcemi, traumaty, hormonálními změnami v pubertě, těhotenstvím nebo v menopauze (2).

Sekundární lymfedém začíná před překážkou a postupuje směrem k periférii. V důsledku špatné trofiky kůže dochází k jejímu zesílení a ovlivnění růstu ochlupení.

Na prstech dolních končetin může dojít k rozvoji bradavičnatých změn – verrucosis lymphostatica. Na kůži se mohou tvořit drobné puchýřky, které praskají a vedou k projevům lymphorrey – chyloderma.

Sekundární lymfedém může být způsoben obstrukcí proximálních lymfatických uzlin a kolektorů, špatným tokem lymfy nebo postižením míznic. Může k němu dojít velmi krátce po chirurgickém výkonu nebo v průběhu léčby zářením. Častěji se však objevuje i se zpožděním několika let v důsledku postupného snižování transportní kapacity lymfatického systému v postižené spádové oblasti (**28, 36, 51**).

Nejčastějšími lokalitami sekundárního lymfedému jsou: horní končetiny a stěna hrudní v souvislosti s lymfadenektomií nebo ozářením axily v rámci léčby nádorů prsu, dolní končetiny v souvislosti s pánevní lymfadenektomií nebo ozářením malé pánve v souvislosti s léčbou gynekologických nádorů, nádorů prostaty a konečníku. Další lokalitou je obličej a krk v souvislosti s blokovými lymfadenektomiemi nebo ozářením pro tumory v oblasti hlavy a krku. Lymfedém však může vzniknout i jako následek exstirpací jednotlivých uzlin prováděných z banálních důvodů (**51**).

Sekundární lymfedém může být nejen pooperační nebo poiradiační, jak již bylo uvedeno, ale také pozánětlivý, parazitární a potraumatický. Může také docházet k otokům smíšené etiologie, jako je např. flebolymfedém, lipolymfedém a myxedém.

Maligní sekundární lymfedém je způsobený útlakem nebo invazí primárního tumoru nebo metastáz do mizního systému (**19**). Bolest při maligním lymfedému může být zásadním parametrem snižujícím kvalitu života nemocného i při pokročilém nádorovém onemocnění.

Maligní lymfedém je jediný stav, kdy je možno k rychlému zmenšení objemu končetiny použít diuretika. Bolestivost postižených měkkých tkání je tak velká, že nepřichází v úvahu použití jakékoli komprese (manuální, přístrojová lymfodrenáž, bandáže). Hlavním cílem je zde tlumit bolest (**46**).

Zvláštní jednotkou poruchy lymfatické drenáže je arteficiální lymfedém. Jeho příčinou může být účelové jednání nebo psychické onemocnění pacienta, který si sám zaškrcuje končetinu s cílem vyvolat otok. Někdy lze nalézt strangulační rýhu. Léčba tohoto lymfedému spočívá v odstranění primární příčiny (příčiny sebepoškození).

Pokud již došlo k organickému poškození, postupuje se dále jako u lymfedému chronického.

Lymfedém lze z klinického hlediska rozdělit do čtyřech stadií:

0. stadium – latentní lymfedém, je stav, kdy ještě k manifestaci otoku nedochází, ale lymfatická drenáž je již narušena. Pacient mívá pouze subjektivní potíže, jako je bolest, pocit napětí, tlaku a otoku. Pokud jde o postižení končetiny, může na ní pozorovat větší únavnost oproti zdravé straně.

1. stadium – reverzibilní lymfedém, zde je lymfatická drenáž v rovnovážném stavu s kapilární filtrací. Při převážení kapilární filtrace a přetížení lymfatické transportní kapacity dochází dočasně ke vzniku viditelného otoku. Postižená končetina bývá večer diskrétně prosáklá, toto prosáknutí však do rána zmizí.

2. stadium – irreverzibilní lymfedém je charakterizován trvalým otokem, protože dochází k trvalému přetížení dysfunkčního lymfatického systému. Edém je tuhý, bledý, špatně stlačitelný. Kůže je ztlustělá s ložisky hyperkeratózy, podkoží s projevy fibrózy různého stupně. Hybnost příslušné krajiny či končetiny je omezena.

3. stadium se nazývá **elefantiáza**. Pro ni je typický monstrózní edém, zcela fibrotické podkoží a úplné omezení hybnosti příslušných kloubů (**19, 46**).

1.3.6 Komplikace

Komplikacemi lymfedému může být erysipel, nekrotizující dermohypodermální infekce, mykóza, lymfatická píštěl (lymphorea), ulcerace, ekzematizace nebo lymfangiosarkom (**50**).

Erysipel je infekční onemocnění kůže a horních partií podkoží. Jeho původcem je *Streptokokus pyogenes*. Inkubační doba trvá několik hodin až dva dny. Infekce vzniká v místě porušení kožní bariéry a šíří se lymfatickými cestami. Následně dochází k rozvoji kožní symptomatologie. V prodromální fázi se může vyskytovat třesavka, zimnice, febrilie, zvracení. V období manifestace pociťuje nemocný napětí a bolestivost kůže, dochází k následnému otoku a erytému, který je ohraničen od okolí (vytváří jazykovité výběžky). Erysipel se léčí intravenózně penicilinem po dobu 2 – 4 dnů, u

pacientů s lymfedémem 10 dnů. Poté se aplikuje depotní penicilin (Pendepon, Retarpen) po dobu 6 měsíců. Při recidivách se používá i celoživotní aplikace depotního penicilinu. Při přecitlivělosti lze použít klindamicin, erytromicin nebo cefalosporiny. U lymfedematiků se může s bandáží pokračovat až po ústupu horečky. Lymfodrenáž lze provádět až po přeléčení, začíná se uvolňováním proximálních partií.

Nekrotizující dermohypodermální infekce je akutní infekční onemocnění kůže a hlubších partií podkoží. Původcem může být *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Klinický obraz je v prodromální fázi obdobný jako u erysipelu. Erytém je neostře ohraničen, tvoří se nekrózy a flegmony. Z léků lze použít: penicilin, cefalosporiny, makrolidy, chinoliny nebo sulfonamidy.

Mykózu nohou (*tinea pedum*) vyvolávají dermatofyty. Původcem je *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*. Projevuje se zhruběním kůže, výskytem puchýřků. Mykóza nejčastěji začíná mezi třetím a čtvrtým prstem a přechází do dalších prstů. Dále dochází k maceraci kůže, erozím a ragádám. Je riziko rozvoje sekundárních bakteriálních infekcí. Mykóza se často vyskytuje ve vlhkém a teplém prostředí, při zvýšené potivosti, u nemocných s lymfedémem, s chronickou žilní insuficiencí. Léčí se lokálními antimykotiky nebo celkovými antimykotiky, provádí se dezinfekce obuvi a další hygienická opatření. Prevencí je redukce otoku, péče o kůži, hygiena, ošetření drobných oděrek.

U chronického lymfedému se mohou na prstech vyskytovat shluky drobných bradavičnatých útvarů - *verruccosis lymphostatica* (příloha 5, obr. 6).

Někdy lze pozorovat na kůži drobné puchýřky – *chyloderma* (příloha 5, obr. 6), které praskají a vedou k projevům *lymphorrhoe* (29). Lymfatická píštěl (*lymphorrea*) může vzniknout při velkém nebo náhle vzniklém přetlaku lymfy v postižené oblasti.

Stewart-Treves syndrom se může vyvinout u pacientů s mnohaletým lymfedémem. Jde o *lymfangiosarkom*, který se projevuje tmavě fialovými uzlíky uloženými v kůži a podkoží (51).

Obecně lze komplikace lymfedému shrnout takto:

- Dermatologické komplikace (byly podrobně popsány v předchozích odstavcích).
- Ortopedické komplikace: syndrom zmrzlého ramene, vertebrogenní obtíže.

- Neurologické komplikace: parestzie, parézy, vertebrogenní obtíže.
- Onkologické komplikace: recidiva základního onemocnění, lymfangiosarkom.
- Psychické a sociální komplikace: deprese, úzkost, partnerské problémy, sexuologické problémy (19).

1.3.7 Léčba

Léčba lymfedému se provádí na vybraných pracovištích. Mohou ji vykonávat lékaři - lymfologové s atestací v některém základním oboru, kteří absolvovali certifikované specializované kurzy s komisionální zkouškou a dostatečnou praxí. Dále tuto léčbu vykonávají lymfoterapeuté – zdravotničtí pracovníci se středním a vyšším vzděláním (rehabilitačním, ošetrovatelským), kteří absolvovali certifikovaný specializovaný kurz s komisionální zkouškou a pracují pod vedením lékaře-lymfologa (19).

K úspěšné léčbě je však nezbytná také spolupráce pacienta, případně i jeho partnera (10).

Přístup k problematice lymfedému musí být holistický, nelze rozebírat jednotlivé části programu a odděleně je používat. Nutná je spolupráce i s ostatními specialisty, jako jsou internisté, angiologové, onkologové, pediatři a psychologové (2).

Komplexní léčba lymfedému se skládá z komplexní dekongestivní fyzikální terapie, podpůrné terapie (farmakoterapie, psychoterapie), chirurgické léčby a léčby komplikací lymfedému (19).

1.3.7.1 Komplexní dekongestivní fyzikální léčba

Podle Földiho má komplexní fyzikální léčba dvě fáze. První fáze probíhá za hospitalizace pacienta nebo ambulantně a trvá čtyři až šest týdnů. Tato fáze je **fází redukční**. V ní se snažíme o co největší zredukování otoku. Pacient je denně ošetřován manuální, případně i přístrojovou lymfodrenáží po dobu 1 – 2 hodin. Poté je aplikována vícevrstevná komprese a pacient cvičí. Během této fáze probíhá rovněž edukace pacienta ve všech léčebných aktivitách, případně lze zaškolit rodinné příslušníky (5).

Po stabilizaci stavu nastupuje **fáze udržovací**. Pro nemocné s primárním lymfedémem je tato fáze celoživotní, protože se jedná o vrozené narušení mízního systému. U pacientů se sekundárním lymfedémem závisí délka této terapie na etiologii otoku, včasné diagnostice a rozsahu postižení. U sekundárního lymfedému může udržovací fáze léčby trvat několik měsíců až celoživotně. V této fázi o sebe pacient pečuje v domácím prostředí a chodí pravidelně na kontroly **(31)**. Pokud by u pacienta došlo ke zhoršení klinického stavu, je nutné redukční fázi opakovat a následně pokračovat v udržovací léčbě **(19)**.

Komplexní léčba lymfedému je tvořena čtyřmi hlavními terapeutickými postupy: manuální mízní drenáží, přístrojovou mízní drenáží, kompresivní bandáží a cvičením. Tyto postupy by na sebe měly navazovat v uvedeném pořadí.

Manuální mízní drenáž je jemná manuální technika, která zvyšuje resorpci intersticiální tekutiny – lymfy. Provádí se malým tlakem 30-40 mm Hg, tlak nesmí vyvolat bolest. Charakter hmatu je kruhovitý, velkoplošný i maloplošný, frekvence hmatů je pomalá. Délka působení tlaku při jednotlivých hmatech je od 1 do 4 sekund. Cílem této techniky je podpořit odtok mízní tekutiny z tkání, nesmí však podpořit přítok krve do postižené oblasti. Každý hmat opakujeme 5-7krát. Pokud bychom ho opakovali vícekrát nebo bychom použili tlak větší, došlo by k přechodnému klidu lymfomotoriky, který by byl následován zvýšenou filtrací a zhoršenou resorpcí. Při špatně prováděné lymfodrenáži, např. při použití příliš vysokého tlaku, dochází u zdravého člověka již po deseti minutách k poškození mízních cév.. U člověka s postiženým mízním systémem podstatně dříve - po třech minutách **(2)**.

Při manuální drenáži ošetřujeme nejdříve centrální oblasti, které musíme vyprázdnit. Ať potřebujeme ošetřit kteroukoliv část těla, musíme nejdříve provést bazální ošetření krční oblasti. Zde je totiž konečný úsek lymfatického systému, z něhož je míza dále transportována do venózního systému. Principem lymfatické drenáže je přesouvání lymfy z distálních úseků do již uvolněných proximálních. Při porušení této zásady bychom mohli vytvořit edém v oblasti, která dosud postižena nebyla.

V případě, že je porušen odtok z určité oblasti, může jít o vrozeně insuficietní mízní systém nebo je úsek mízního řečiště neprůchodný sekundárně, snažíme se odvést lymfu stávajícími nebo preformovanými spojkami do tributárních kolektorů a uzlin končetiny, jež není postižená. Hmaty při lymfodrenáži pak musí být individuálně přizpůsobeny (22).

Při manuální mízní drenáži používáme několik typů hmatů, které jsou podle příslušné ošetřované oblasti modifikovány tak, abychom co nejúčinněji posunuli lymfu do již ošetřené proximální oblasti.

Stojící kruhy – zde využíváme posunu kůže oproti spodině. Maximum tlaku je směrem k srdci, směrem od srdce se vracíme bez tlaku. Při pumpovacím hmatu vychází pohyb terapeuta ze zápěstí a používá jednu nebo obě ruce. Pomocí vypuzovacího hmatu lze ošetřovat spodní plochy končetin. Otáčivý hmat se využívá v oblastech, kde je potřeba ošetřit velké plochy. Kombinovaný hmat je kombinací hmatu pumpovacího a stojícího kruhu. Pokud jsou již v podkoží fibrotické změny, používají se také antifibrotické hmaty (22).

Manuální lymfodrenáž trvá 60-90 minut. Mohou u ní nastat průvodní projevy, jako je zvýšená žízeň, pocení, sucho v ústech, časté močení nebo častější stolice (26).

Absolutní kontraindikace manuální lymfodrenáže:

- akutní bakteriální nebo virové onemocnění (erysipel, lymfangitis, hnisavá rána)
- maligní onemocnění, které ještě nebylo léčeno nebo kde hrozí relaps

Relativní kontraindikace:

- pravo i levostranná srdeční insuficience, asthma cardiale
- chronické stadium asthma bronchiale či chronická bronchitis
- hyperthyreóza
- hypotonie

Kontraindikace pro místní ošetření:

- akutní žilní onemocnění s trombózou nebo zánětem

- krvácivé kožní naevy
- alergické a ekzematózní onemocnění
- syndrom karotického sinu

Relativní kontraindikace při intenzivním ošetření břicha:

- těhotenství, menstruace, zánětlivé onemocnění
 - spastická obstrukce
 - colitis ulcerosa
 - nejasné břišní obtíže včetně vředové choroby žaludku, duodena a žlučnickové obtíže
- (2)

Přístrojová lymfodrenáž je ve své podstatě simulace manuální mízní drenáže. Přístrojová mízní drenáž (přístrojová lymfodrenáž) může buď navazovat na drenáž manuální nebo by jí mělo předcházet minimálně ošetření krční oblasti a regionálních mízních uzlin (29).

V současné době bývá v České republice nejčastěji používán přístroj Lymfoven, který je od českého výrobce. Tento přístroj lze naprogramovat pomocí čipových karet tak, aby byla co nejlépe napodobena drenáž manuální. K přístroji lze připojit buď návleky na horní nebo dolní končetiny. Návleky mají dvanáct komor, které se v požadovaném pořadí nafukují naprogramovaným tlakem.

Pokud by před přístrojovým ošetřením nedošlo k manuálnímu ošetření regionálních uzlin, hrozí při použití návleků na dolní končetiny vznik lymfedému genitálu. Při použití návleků na horní končetiny, pak vznik lymfedému prsu. Před touto skutečností lékaři často varují. K takovýmto nezodpovědným procedurám totiž často dochází v kosmetických salonech, kde se k léčbě celulitidy využívá právě přístrojová lymfodrenáž.

Přístrojovou lymfodrenáž si může správně edukovaný pacient v rámci udržovací léčby provádět denně doma. K takovéto léčbě se používají jednodušší sedmikomorové přístroje, které jsou předem naprogramované a mají blokové nastavení tlaku tak, aby nešel zvýšit nad 60 mm Hg, což by mohlo pacienta poškodit.

Kontraindikace přístrojové lymfodrenáže jsou obdobné jako u lymfodrenáže manuální.

Kompresivní bandáž je pro úspěšnou léčbu nezbytná. Na rozdíl od lymfatické drenáže, která je pro pacienta spíše příjemná, kompresivní bandáž vnímá často jako omezující. Zpočátku ji aplikuje lymfoterapeut, pacient se však musí naučit provádět ji sám.

V redukční fázi léčby lymfedému je potřeba aplikovat zesílenou vícevrstevnou bandáž (příloha 6, obr. 8). Systém bandážování ve více vrstvách (multilayered bandage system) je v současné době stále více používán. Čím více vrstev kompresivního obinadla je aplikováno, tím vyšší je pod bandáží tlak **(42)**.

Kompresi začínáme aplikací obinadel na jednotlivé prsty. Na končetinu navlékáme elastický tubulární obvaz, dále ji ovineme měkkým polstrovacím obinadlem. Na místa s větší fibrotizací a otokem přikládáme polstrování z pěnové hmoty - inlaye, které zde pomohou zesílit tlak. Na závěr použijeme kompresivní obinadla s krátkým tahem. Na horní končetinu je jejich spotřeba 4 – 5 kusů, na končetinu dolní 9 – 12 **(27)**. Kompresivní obinadla s krátkým tahem mají malý klidový tlak, ale velký tlak pracovní, na rozdíl od elastických, jejichž vlastnosti jsou přesně opačné. Elastická obinadla jsou tedy pro tuto léčbu naprosto nevhodná. V období redukce bývá tato bandáž ponechána celodenně s výjimkou provádění manuální nebo přístrojové lymfodrenáže a hygieny **(41)**.

Tlak pod bandáží (sub-bandage pressure) závisí na tažnosti obinadla, zakřivení a obvodu končetiny, na technice bandáže a počtu vrstev obinadla **(42)**.

Obinadla s ultra krátkým tahem mají tažnost 30%, obinadla s krátkým tahem 40-90%.

Správná bandáž musí mít tzv. graduovanou kompresi. To znamená že tlak obinadla se s proximálním směrem snižuje. Tohoto efektu dosáhneme hustějšími otočkami obinadla na distální části končetiny. Při postupu směrem proximálním se hustota otoček snižuje (příloha 7, obr. 9 a příloha 8, obr. 10).

Po skončení redukční fáze léčby dostává pacient kompresivní punčochy nebo pažní návleky. V této indikaci bývá používána II. nebo III. kompresivní třída těchto výrobků. Zde je velmi důležité, aby měl pacient správnou velikost potřebného výrobku. Je potřeba změřit obvody patřičných částí těla. Pokud se byť jen jeden rozměr neshoduje s konfekčním rozměrem uvedeným v tabulce velikostí, je nutné objednat výrobek přímo na míru. Po šesti měsících má pacient nárok na předepsání nového kompresivního návleku nebo punčochy **(33)**.

V současné době je na trhu dostatečný počet firem nabízejících potřebný obvazový materiál. Kompresivní obinadla může pacient získat na lékařský předpis. Tubulární a polstrovací obinadla pojišťovna nehradí, ale v současné době jsou cenově dostupná.

Rovněž kompresivní výrobky, jako jsou kompresivní punčochy a pažní návleky se přizpůsobují požadavkům pacientů, např. při alergii může pacient dostat návlek s bavlněným vnitřkem. Zejména ženy oceňují nové estetičtější materiály. Nárok na takový výrobek má pacient vždy za půl roku a je hrazen pojišťovnou buď zcela nebo s malým doplatkem.

Je však potřeba si uvědomit, že kompresivní punčocha není přizpůsobena k tomu, aby stav končetiny normalizovala, ale pouze k tomu, aby dosažený stav udržovala **(2)**.

Absolutní kontraindikací zevní komprese je: dekompenzovaná srdeční insuficience, septická flebitida a phlegmasia coerulea dolens.

Mezi relativní kontraindikace patří: ischemická choroba dolních končetin s hodnotou periferních tlaků pod 80 mm Hg, periferní neuropatie (při diabetes mellitus), nesnášenlivost materiálu a onemocnění kůže (macerace, madidace, lymphorrhoea) **(42)**.

Cvičení je další nezbytnou součástí komplexní dekongestivní terapie. Pacienti v období redukční fáze léčby cvičí dvakrát denně, minimálně 15 minut. Zpočátku pod dohledem fyzioterapeutky.

Cvičí se s přiloženou kompresivní bandáží, což má vliv na správný tok lymfy. Svalové kontrakce při zevní kompresi stlačují a uvolňují kůži a podkoží, čímž významně přispívají k odvádění městnající se lymfy **(38)**.

Každý cvik se provádí 5-10krát za sebou, vždy s krátkou přestávkou, asi 2-3 minuty. Cvičí se často v elevaci končetin. Pohyby se provádějí pomalu. Cvičit začíná vždy zdravá končetina nebo obě končetiny současně. Pohyby se provádí v plném rozsahu příslušných kloubů.

Cvičení je potřeba prokládat hlubokým břišním a hrudním dýcháním, abychom podpořili odtok lymfy směrem ke krční oblasti. Dále je potřeba naučit nemocného účelovému dýchání. Je to cesta, jak vědomě změnit dechovou formu tak, aby dýchání pacienta bylo správné **(2)**.

Při dechové terapii se ošetřující snaží nemocného naučit účelově dýchat. Pacient se učí uvědomovat si své dýchání. Pomocí kontaktu ruky a verbální informace získává informace o pohybu hrudníku v oblasti ventrální, laterální a lumbosakrální. Pacient se uvědoměle koncentruje na dech, vnímá teplotu dechu. Při vdechu vnímá chlad vzduchu, při výdechu jeho teplo. Těmito a některými dalšími návyky lze vytvořit optimalizaci pro efektivnost manuální lymfodrenáže v oblasti hrudníku **(2)**.

Bez komprese je možné cvičení pouze ve vodě. Pomalé cvičení v bazénu s hypotermní vodou je pro lymfedematiky velmi vhodné. V rámci aquaterapie se provádí chůze ve vodě, vodní jogging, plavání a speciální cvičení. Cvičení ve vodě by mělo být prováděno na výšku hrudníku, kdy se tělesná váha redukuje na 90%. To je výhodné zejména pro pacienty, kteří svou končetinu nemohou unést. To, že ve vodě jim jde pohyb lépe, má kladný vliv nejen po stránce fyzické, ale zejména i po stránce psychické, kdy je významný pocit uvolnění.

U hospitalizovaných pacientek s lymfedémem horních končetin, vzniklým sekundárně po ablaci prsu je možné využívat procházek za pomoci lyžařských hůlek.

Ve cvičení je třeba pokračovat i v období udržovací fáze léčby v rámci self-managementu **(5)**.

Self-management (samoléčba) je nezbytným předpokladem úspěšné léčby. Pacient se učí pečovat o postiženou končetinu již během redukční fáze léčby a musí v ní pokračovat po celý zbytek života.

Je potřeba, aby nosil vhodné oblečení, obuv, kompresivní bandáž. U pacientek po ablaci je důležité, aby nosily vhodnou epitézu (nesmí zatěžovat svou hmotností), podprsenka musí mít správnou velikost a nesmí škrtit. Na postižené končetině nenosit hodinky, prsteny, ani jiné ozdobné předměty.

Péče o kůži je nezbytnou součástí self-managementu. Kůži je potřeba zvláčňovat pleťovými mléky a krémy s nízkým pH, protože suchá kůže s poškozenou kožní bariérou je predispozičním faktorem pro vstup infekce. Používat se mají taková mléka a krémy, po kterých nedojde k alergizaci kůže. Při péči o nehty je potřeba se vyvarovat poraněním lůžka nehtů nebo kůže.

Není rovněž vhodné koupat se v horké vodě nebo používat horkou sprchu, saunu, solarium. Došlo by totiž k násilnému překrvení se ztíženým transportem lymfy u postižené končetiny. Pacient se má dále vyvarovat slunění postižené končetiny, nesmí se do ní aplikovat intravenózní injekce a obstríky (2).

Je nezbytné dávat zvýšený pozor při domácích pracích, pozor na pořezání, popálení postižené končetiny. Mírné zatěžování končetiny je vhodné. Oproti tomu nadměrné zatížení končetiny vede ke zvýšenému překrvení a zvyšuje se lymfatická zátěž. Škodlivá je práce v horkém prostředí (trouba na pečení, svařování).

Rovněž by měl pacient dodržovat pitný režim. V rámci výživy je důležité udržovat přiměřenou hmotnost, jíst dostatek ovoce a zeleniny. Není vhodný alkohol, protože po jeho konzumaci dochází ke zvýšení prokrvení.

Nevhodné jsou silové sporty a sporty, které ohrožují zraněním. Vhodné je naopak plavání, tanec, lehká turistika, jízda na kole (8, 34).

V rámci úspěšné léčby je potřebná spolupráce mezi pacientem, lymfoterapeutem a lékařem. Je potřeba si uvědomit, že každý člověk je individuální bytost a nemusí pro něho platit vše, co platí pro jiného.

Fyzikální léčba lymfedému zahrnuje nejen manuální lymfodrenáž, ale také např. ultrazvuk nebo magnetoterapii. Tyto procedury se aplikují přímo na končetinu s lymfedémem.

Výsledky ultrazvukové terapie jsou v účincích srovnatelné s výsledky lymfodrenáže. Ultrazvuk také zmírňuje bolesti v postižených oblastech a zlepšuje pohyblivost končetiny **(2)**.

Magnetoterapie má účinky analgetické, vasodilatační, protiedematózní a hojivé. Bechyně však uvádí, že tato terapie výrazně redukcí lymfedému neovlivňuje a někdy selhává úplně **(2)**.

Někdy pacient s lymfedémem potřebuje fyzikální léčbu z důvodu jiného onemocnění. Mezi procedury, které se u něho mohou použít, ale pouze na oblasti vzdálené od lymfedému patří: elektrostimulace, laser, diadinamik, galvanická lázeň, klasická masáž. Procedury, které se u lymfedematika použít nesmějí vůbec, jsou takové, které mají celkový tepelný účinek (peloidní zábal, slatinový obklad, parafinový obklad, horká koupel, sauna, horkovzdušná lázeň, solarium, solux). Tyto procedury nejsou vhodné, protože zahřátí organismu zatěžuje krevní a lymfatický oběh **(53)**.

1.3.7.2 Farmakologická léčba

Cílem farmakoterapie lymfedému je:

- zvýšení transportní kapacity lymfatického systému
- proteolýza intersticiálně deponovaných bílkovin
- proteolýza precipitátů v lymfatických cévách
- zlepšení reologických vlastností tekutin
- zvýšení žilního návratu
- prevence a terapie komplikací **(46)**

V rámci farmakologické léčby jsou používány tyto skupiny léků: venofarmaka (flavonoidy nebo kumariny) a enzymové přípravky (proteinázy, hydrolázy, flavonoidy)

Používané kombinace venofarmak: Detralex, Cyklo3Fort, Endotelon. Používané kombinace enzymových přípravků: Wobenzym tbl., Phlogenzym tbl. **(46)**.

Detralex působí na žilní návrat, normalizuje kapilární permeabilitu, zvyšuje kapilární rezistenci, zvyšuje rychlost odtoku lymfy z lymfedému, snižuje poločas koloidu, zlepšuje diskomfort pacientů s lymfedémem.

Proteinázy jsou léky bez závažnějších nežádoucích účinků, je možno je použít i u dětí. Jejich význam stoupá zejména u sekundárních lymfedémů, kde bezprostředně po operaci, při radioterapii nebo při metastatickém postižení není možno zahájit komplexní dekongestivní léčbu (Complex Dekongestiv Therapy) (49). Vliv proteináz na lymfedém spočívá v účinku proteolytickém (dochází k lýze lymfatických zátek a k obnově průchodnosti lymfatických cest), antiedematóznímu a edémoprotektivnímu, analgetickému a reologickému. Díky těmto účinkům dochází ke zlepšení stavu otoku, tedy ke zmenšení objemu končetiny, ke změkčení otoku a ke snížení počtu zánětlivých průvodních komplikací. Významná je i subjektivní úleva pacienta, který často pociťuje zmenšení pocitu tíhy v končetině, zmírnění parestezií, bolestivosti. Rovněž dochází ke zlepšení funkce postižené končetiny (40, 48).

Dříve bývala pacientům s lymfedémem předepisována diuretika. Bylo ale zjištěno, že mají pouze krátkodobý efekt. Po přechodném zmenšení objemu končetiny, však docházelo ke zvýšení otoku, protože příčinou lymfedému není snížení vylučování vody a vápníku ledvinami, ale městnání makromolekulárních látek a jimi osmoticky poutané vody ve tkáni (2, 31).

1.3.7.3 Chirurgická léčba

Indikací k chirurgické léčbě jsou stavy, kdy i přes intenzivně vedenou komplexní dekongestivní terapii porucha lymfatické drenáže progreduje a vede k chronickým změnám měkkých tkání s následným zvětšením jejich objemu v důsledku lipohypertrofie a pozdější fibróze.

Chirurgická léčba může být buď kauzální: derivační a rekonstrukční nebo symptomatická: liposukce, resekční výkony a debulking (19).

Kauzální léčba – jde o mikrochirurgické výkony prováděné pod mikroskopem. Jejich cílem je přemostění porušených lymfatických cest jinou lymfatickou cévou, žílou nebo transplantátem, a to tak, aby lymfa mohla opět odtékat z oblasti pod překážkou.

Tento způsob operace má dobré výsledky zejména u pacientů, u kterých se operace provedla v časném stadiu rozvoje sekundárního lymfedému.

Symptomatické výkony řeší následky chronického lymfedému tím, že redukují objem měkkých tkání postižených lipohypertrofií. Jde o nejstarší typy operací. Po operaci následuje okamžité přiložení komprese a to ještě před probuzením z anestezie. Podmínkou pro dosažení dlouhodobého dobrého výsledku léčby je trvalé používání kompresivních pomůcek.

Liposukce je odsátí lipohypertrofické podkožní tkáně kovovou kanylou o průměru několika milimetrů zavedenou do místa odsávání. V současné době je liposukce nejefektivnějším způsobem chirurgické léčby u pacientek s chronickým sekundárním lymfedémem horní končetiny provázeným lipohypertrofií **(46, 47)**. Odsátí lipohypertrofické epifasiální tkáně lze ale jen v přísně indikovaných případech.

Resekční výkony jsou zákroky, při nichž dochází k odstranění měkkých, podkožně uložených tkání včetně kůže, které jsou postižené lipo-fibrohypertrofií. Cílem je redukovat objem. Pokud jsou ošetřována lokalizovaná ložiska, může po resekci následovat primární sutura kůže. V případě rozsáhlého postižení končetiny byly prováděny resekce celého kožního krytu a podkoží až na fascii s primárním krytím přeneseným kožním transplantátem nebo štěpem původně snesené tkáně **(46)**.

Indikací k resekčnímu výkonu je např. lymfedém genitálu, kde se tento výkon jeví jako nejefektivnější **(6)**.

Debulking je resekce lokalizovaných oblastí měkkých tkání včetně kůže postižených lipohypertrofií. Nejčastěji se provádí na dolních končetinách.

Chirurgickou léčbu zajišťují specializovaná pracoviště, např. chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol.

Předmětem soudobého výzkumu je genová terapie **(24)**.

1.3.7.4 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba je komplexní lékařsky vedený postup používající přírodní léčivé zdroje, doplněný fyzikální a pohybovou terapií, léčebnou výživou, pokračováním nutné medikamentózní terapie, psychoterapie a zdravotní výchovy.

Právní úpravou, která stanovuje základní principy poskytování lázeňské péče pojištěncům zdravotní pojišťovny je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (**56**).

Lázeňská péče komplexní navazuje na péči ústavní nebo na soustavnou péči ambulantní. Je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění a čerpá se v době pracovní neschopnosti.

Lázeňská péče příspěvková je určena pro léčbu chronických onemocnění. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny pouze léčebné úkony. Ubytování a stravu si hradí klient.

Při lázeňské péči za přímou platbu si veškerou péči hradí sám klient.

Lázeňská péče se poskytuje na základě doporučení ošetřujícího lékaře a po schválení příslušným revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Léčebný pobyt trvá nejčastěji 21 nebo 28 dní. Může být prodloužen ošetřujícím lékařem v lázních (**12**).

Nemocní s primárním i sekundárním lymfedémem jakéhokoliv původu mohou volit lázeňské místo dle indikace II/9, ale pouze jako léčbu příspěvkovou. Pacienti se sekundárním lymfedémem mohou být přijati ke komplexní léčbě do lázní (tedy bezplatně) dle indikace I/1 do dvou let po ukončené onkologické léčbě.

Kontraindikací lázeňské léčby jsou: infekční onemocnění, bacilonosičství, oběhové selhání, stavy po hluboké trombóze do třech měsíců, krvácení všeho druhu, epilepsie (jen s doporučením neurologa), aktivní ataky psychóz, závislost na alkoholu a jiných látkách, inkontinence, těhotenství. U onkologicky nemocných je kontraindikací lázeňské léčby recidiva, metastáza, kachexie (**53**).

Lázeňská léčba probíhá v souladu se zásadami moderní balneoterapie. Cílem léčby je kromě ovlivnění základního onemocnění i zmírnění vedlejších následků onkologické, chirurgické a iradiační léčby, návrat jedince k původnímu způsobu života, k návratu do zaměstnání.

Lázeňská léčba:

- zlepšuje kvalitu života
- zvyšuje fyzickou kondici
- zvyšuje adaptibilitu organismu

- zlepšuje psychiku pacienta
- má edukační význam
- jde o psychosociální rehabilitaci

U pacientů s lymfedémem se v lázních provádí lymfodrenáže (manuální a přístrojové), a to většinou denně včetně sobot a nedělí, bandážování, cvičení, vodoléčba (cvičení v bazénu, chůze ve vodě, plavání) (53).

Pacient si v lázních odpočine od běžných denních starostí, zajímá se více o své zdraví. Pacient zde získá informace o správné životosprávě a o léčebných postupech. Součástí léčby bývá autogenní trénink, nácvik relaxace a joga.

Pacienti s lymfedémem se mohou léčit např. na těchto lázeňských místech: Františkovy Lázně, Karlova studánka, Karlovy Vary, Luhačovice, Mariánské Lázně, Běloves, Darkov, Hodonín, Konstantinovy Lázně, Libverda, Poděbrady, Teplice.

1.3.7.5 Psychoterapie

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejenom pouze nepřítomnost choroby nebo poruchy funkce. V současné době se preferuje multidimenzionální holistická koncepce člověka jako bio-eko-psycho-sociální jednoty. Zdraví je celostní a systémová záležitost. Je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu, osobnosti člověka a jeho životního prostředí. Nelze tedy léčit onemocnění jen ze somatického pohledu. V současné době se pomalu začíná dostávat do popředí i psychoterapie (3, 25).

Psychoterapii lze v obecné rovině definovat jako léčebné postupy využívající psychologických prostředků. Pouhé vlídné zacházení nebo rozhovor lékaře s pacientem nelze chápat jako psychoterapii. Slušné a vlídné zacházení je nedílnou součástí klinické práce a nespecifické psychoterapeutické působení může mít významné pozitivní dopady, ale liší se od systematické psychoterapie v pravém smyslu slova.

Psychoterapii může poskytovat buď kvalifikovaný terapeut nebo sám somatický lékař jako svou další odbornost po absolvování terapeutického výcviku.

U nemocných s lymfedémem se dobře osvědčil Schulzeho autogenní trénink. Jde o psychoterapeutickou metodu, jež se s úspěchem používá po celém světě. Při této metodě se využívá navození pocitu tíže, tepla, soustředění se na dýchání a činnost srdce. Na rozdíl od hypnózy, kdy je člověk podřízen příkazům hypnotizujícího, je u autogenního tréninku možno ovlivňovat sebe sama tzv. autosugescí. Tato metoda ovlivňuje nejen psychiku, ale i vegetativní tělesné funkce, tedy srdce, cévy i vnitřní orgány (2).

Pacienti s lymfedémem vnímají změnu tělesného schématu, prožívání této změny lze přirovnat k prožívání v období puberty, kdy okolí nepřikládá změnám takový význam, jako postižený jedinec, který je může vnímat katastroficky.

Velké psychické problémy mohou nastat obzvláště v době, kdy se dozví, že jde o trvalé postižení mízního systému a jeho udržovací terapie nikdy nekončí. Je potřeba se pozastavit nad řadou několika hledisek. Jedním z nich je věk pacienta. Pacient má své plány, tužby, životní cíle, kterých chce dosáhnout. Nemoc toto vše významně narušuje. Dochází k totálnímu psychickému postižení pacienta. Je zasažena celá oblast jeho psychiky, bortí se jeho plány a nadchází krize. Je rozdíl, jestli jde o pacienta staršího, který již má mnohé životní cíle splněny nebo třeba o adolescenta, který má přímou konfrontaci s okolím a budoucností (2).

Kübler-Rossová rozlišuje několik stadií, ke kterým dojde u nemocného po sdělení, že pacient trpí nevy léčitelným onemocněním. Prvním stadiem je šok. Nemocný si říká: „Proč se to stalo právě mně?“

Pak následuje popření a stažení se do izolace. Při fenoménu popření nepopírá pacient jen svůj zdravotní stav (jako třeba u infarktu myokardu). Pacient s lymfedémem popírá možnost svého podílu na léčbě (10).

Dále následuje období zloby a hněvu. Pacient často obrací svůj hněv proti ošetřujícímu personálu: „Vy jste to zanedbali.“ Pro zdravotníky je důležité, aby o této problematice věděli a nebrali si tyto výtky osobně. Další období bývá nazýváno jako smlouvání. „Kéž se dočkám maturity své dcery.“ Poté následuje fáze deprese. Po ní dochází k fázi akceptace pravdy a nastolení důstojného klidu, naštěstí jen méně často dojde k pocitu rezignace a zoufalství. Před tím je potřeba pacienta uchránit. Pacient

nesmí zůstat se svou pravdou sám. Potřebuje nejen pomoc rodiny, ale i pomoc odbornou, např. psychoterapii **(21)**.

Pro správnou komunikaci s nemocným je potřebné umět mu naslouchat a kromě naslouchání umět vnímat i jeho neverbální projevy. Umět na tyto neverbální projevy přiměřeně reagovat, empaticky jim rozumět a odpovídat takovým způsobem, aby pacientovi bylo zřejmé, že byl správně pochopen **(10)**.

Pro pacienta s lymfedémem je důležité, aby byl sociálně a profesně aktivní, jinak u něho hrozí nástup deprese. Pacient, který propadne depresi, zklamání a svou perspektivu vzdá, dodržuje požadovaný režim hůře a někdy na svou účast v terapii zcela rezignuje. Nestará se pak o svou postiženou končetinu a tím se uzavírá bludný kruh zhoršování jeho obtíží **(5)**.

Pokud u pacienta dojde k nástupu deprese, lze všem, kterým na něm záleží (zdravotníci, rodina, blízcí přátelé) doporučit několik zásad:

Uvědomte si své vlastní pocity, které ve vás pacient svým chováním vyvolává (nejistotu, úzkost, strach, zlost, pocit bezmoci, soucit, ohrožení) a ujistěte sami sebe, že na tyto pocity máte nárok. Důležité je, jak s nimi naložíte.

Nenechte se zbavit odvahy, ani když pacient reaguje na všechny kladné podněty depresivně. Vaší povinností, stejně jako pacientovou, je nepříznivé období vydržet, ne je překonávat.

I když je to pro vás náročné, neponechávejte nemocného v sociální izolaci. Pokud nemá nemocný příležitost s někým být, měl by mít určitý časový program.

Vymezte si na rozhovor s nemocným dostatečný čas, ponechte mu dostatek času a možnosti vyjádřit se.

Zaujměte k nemocnému empatické (nikoli soucitné) stanovisko. Nebudete ho tedy litovat ani nepřiměřeně ochraňovat. Tím byste ho mohli zbavit posledních zbytků sebejistoty a samostatnosti.

Je potřeba vědět, že depresivní pacienti nemají přílišné pochopení pro humor, může je zraňovat.

Nekritizujte nemocného za to, že nezvládá vše tak, jako dříve. Vyvolávalo by to v něm pocity viny a nedostačivosti.

Naučte se pomáhat hledat nemocnému jeho vlastní řešení problémů a nenabízejte překotně řešení svoje.

Berte vážně pacientovy stížnosti a nebagatelizujte je. Na druhé straně poskytněte nemocnému uklidňující ujištění.

Poskytněte nemocnému realistickou naději. Korigujte jeho depresivní myšlenky.

Apelovat na „silnou vůli“ pacienta je nejen nesmysl, ale přímo krutost. On nemá dost síly, aby svoji vůli zmobilizoval a nevyhovění vašemu požadavku považuje za další důkaz svého selhání (11).

Velmi důležité je včlenění lymfedematika opět do běžného života. Je potřeba, aby se se svým onemocněním naučil žít a aby našel smysl svého života.

Aby si mohli pacienti o svých problémech popovídat s ostatními, trpícími stejným onemocněním existují telekonference, kdy si může i 50 pacientů současně naslouchat a vyměňovat si své zkušenosti a názory (5).

Dále existují různá sdružení, jako je „Liga proti rakovině“ nebo „Liga proti otokům“, kterou založil lymfolog Miroslav Bechyně v roce 1992. „Liga proti otokům“ je občanské sdružení, které sdružuje lymfedematické pacienty a jedná s potřebnými zdravotnicko-sociálními složkami, tak aby byly prosazeny zájmy těchto pacientů (9).

1.3.8 Prevence

Primární prevence (snaží se o to, aby onemocnění vůbec nevzniklo), je možná pouze u lymfedému sekundárního. Preventivní úsilí začíná již při provádění různých diagnostických a léčebných chirurgických výkonů, snahou o maximální šetření mízní struktury před poškozením (zejména v onkologických případech) (7).

Prevence primárního lymfedému spočívá v aktivním vyhledávání pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou s cílem odhalení případné latentního stadia lymfedému. Jde tedy o prevenci sekundární.

V rámci sekundární prevence se snažíme zabránit dalšímu rozvoji již vzniklé nemoci. Jejím cílem je provést včasnou diagnózu a rychlou a účinnou léčbu, aby se zlepšilo klientovo fungování doma, v zaměstnání i ve společnosti (1).

U lymfedému je důležité, aby byl podchycen již v latentním stadiu. Proto je vhodné provést lymfoscintigrafii u dětí lymfedematického rodiče. Primární lymfedém, podmíněný vývojevou poruchou vykazuje asi ve 40 % familiární výskyt. Rizikové jsou rodinní příslušníci ženského pohlaví (maminka, dcera, vnučka) (7). V případě pozitivního nálezu jsou doporučována preventivní režimová opatření (pohybová aktivita, celková terapie hlavně v jarních a letních měsících, podpurná komprese).

Terciální prevence se zaměřuje na odstranění nebo alespoň zmírnění následků chorob a na snahu co nejvýrazněji zkrátit chorobný stav. Jejím úkolem je zabránit handicapu. Cílem je zlepšit kvalitu života postiženého (44).

Zde je důležité, aby pacient důsledně dodržoval denní režim, čímž se vyhne komplikacím, jako je např. erysipel. Je třeba dodržovat několik důležitých zásad:

1. Vyhýbat se teplotním extrémům:

- saunování
- horká sprcha
- cestování v horkém nebo chladném klimatu
- popálení při vaření

2. Vyhýbat se infekcím:

- poškrábání, pokousání domácími zvířaty
- bodnutí hmyzem
- manikúra, pedikúra
- akupunktura
- pořezání

3. Vyhýbat se tupým poraněním:

- zvedání těžkých předmětů

- tenis, golf
- manžety tonometrů
- těsné ošacení, obzvláště těsné podprsenky
- těžké epitézy
- prsteny, náramkové hodinky, náramky

4. Všeobecná opatření:

- zdravá výživa - omezit solení, smažená jídla, jíst dostatek čerstvého ovoce a zeleniny
- nepít alkohol, nekouřit
- předcházet obezitě
- úzkostlivá čistota
- pečlivá péče o kůži a nehty
- spát s vysoko uloženou, zabandážovanou postiženou končetinou
- sport – chůze, plavání, doporučené cvičení
- používat hypoalergenní mýdla
- při zhoršení lymfedému navštívit lékaře
- včas léčit infekce
- nenosit boty s vysokým podpatkem
- při cestování ukládat končetinu ve zvýšené poloze **(27)**

Při správně prováděné léčbě je pacient schopen chodit do zaměstnání i účastnit se společenského života.

Zvláštní kapitolou je prevence lymfedému u pacientek s karcinomem prsu. Lze ji rozdělit na tři etapy **(29)**. První etapa zahrnuje období před operací, operaci a časné pooperační období. Před operací by měla být provedena lymfoscintigrafie. Při operaci by měl být volen šetrný postup a je třeba se vyvarovat poškození deltopektorálního svazku. Po operaci je potřeba chránit deltopektorální svazek před RTG zářením, rovněž je důležitá včasná rehabilitace. Ve druhé etapě je nezbytná edukace pacienta (např. vyvarovat se poranění na postižené končetině, nesmí ji vystavovat slunci). Ve třetím stadiu jde o omezení progresu již rozvinutého lymfedému **(23, 29)**.

1.3.9 Prognóza

Prognóza lymfedému závisí na mnoha faktorech. Mezi nejdůležitější patří včasná diagnostika a včasné zahájení léčby. Ta by měla být zahájena do půl roku od vzniku otoku, dokud ještě nedojde k rozvoji vazivových změn. Velký vliv na prognózu má rovněž to, aby panovala důvěra a spolupráce mezi pacientem, lymfoterapeutem a lékařem. Dále záleží na stupni poškození lymfatického systému, typu a etiologii lymfedému. Dosavadní zkušenosti potvrzují, že při dodržování správného léčebného režimu dojde u většiny pacientů dosažení změknutí otoku a jeho redukci, u nemocných se sekundárním lymfedémem až jeho vymizení **(19, 32)**.

Po přerušení léčby však u většiny nemocných dochází postupně k návratu do původního stavu

Efekt léčby závisí také na příčině vzniku otoku. Prognóza je horší u pacientů, kterým byly odstraněny uzliny pro karcinom prsu nebo tumor v oblasti pánve a u otoků po iradiační léčbě. Velmi dobrá je prognóza u otoků potraumatických.

V ojedinělých případech může dojít v různém časovém horizontu k vymizení klinických známek otoku, v některých případech i k úplné normalizaci funkce lymfatického systému **(19, 39)**.

1.3.10 Zdravotně sociální problematika lymfedému

Světová zdravotnická organizace zařadila v roce 2001 lymfedém do seznamu progredujících, handicapujících onemocnění, způsobujících disabilitu pacientů.

Stát je povinen umožnit nemocným zdravotně sociální zabezpečení, dostupnost léčby a její úhradu, což je rovněž podmínka a předpoklad sociální politiky Evropské unie. Cílem je optimalizace kvality života nemocných **(8)**.

Mezinárodní lymfologická společnost (ISL) je mezinárodním garantem a partnerem v úsilí o dosažení potřebných legislativních úprav.

Léčba lymfedému je hrazena zdravotní pojišťovnou za předpokladu, že je vedena dle medicínských standardů a kontrolována odborným lékařem a je prováděna na smluvním pracovišti pojišťovny. Pokud pacient nespolupracuje, je to důvodem

k ukončení úhrady léčby. Některé speciální pomůcky a léky jsou poskytovány za příplatek **(8)**.

Lymfedém může být důvodem k pracovní neschopnosti, a to v případech náhlého vzniku a nárůstu otoku, dále po dobu redukční fáze léčby prováděné za hospitalizace a při akutních komplikacích, jako je např. růže. O pracovní neschopnosti rozhoduje ošetřující lékař.

Podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění se dočasnou pracovní neschopností rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v tomto zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. Dále pokud pojištěnci neumožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zvláštního právního předpisu, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání, nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti **(55)**.

„V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda se pracovní schopnost pojištěnce obnovila. Za stabilizovaný se pro účely tohoto zákona považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovního omezení **(55)**.“

V některých případech může být lymfedém důvodem k invalidnímu důchodu. Jde o pokročilé případy, kdy ani správně vedená léčba nebyla úspěšná, dále pokud lymfedém podmiňuje opakovaně dlouhodobou pracovní neschopnost, omezuje-li výrazně pohyblivost nemocného, jeho soběstačnost a je-li invalidizace trvalá. To, že pacient získá invalidní důchod, může mít na něho i negativní dopad. Tato situace může vést k jeho psychosociální izolaci a snížení kvality života **(8)**.

1.4 Zdravotní stav

Cílem moderní medicíny je u každého jedince udržet zdraví nebo napomáhat tomu, aby bylo dosaženo nejvyššího stupně dobrého zdravotního stavu, jaký je u daného jedince možný. Strategie, která má posílit a zachovat zdraví a podporovat zdravý životní styl se nazývá salutogeneze. Salutogeneze se zaměřuje na potlačování nežádoucích návyků, snížení rizikových faktorů chorob, posilování specifické i nespecifické odolnosti organismu. Zaměřuje se rovněž na zvyšování jeho funkčních rezerv (43).

Je však potřeba vědět, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav ze svého pohledu, tedy subjektivně. To, co někdo považuje za banální, může pro někoho být velkým problémem.

1.4.1 Kvalita života

Často se v souvislosti se zdravotním stavem hovoří o kvalitě života. Tento termín je pojímán různě, různými institucemi a pracovišti. Kvalita života může být subjektivně vnímanou kvalitou života pacienta na aplikovanou léčebnou nebo diagnostickou techniku. V současné době je takto respektována a využívá se jako jeden ze základních parametrů hodnocení účinnosti léčby. Předpokladem je využívání validních dotazníků určených pro sledování kvality, jako je např. dotazník SF36 (43).

V průběhu 20. století se postupně začalo stále zřetelněji ukazovat, že změny ve zdravotním stavu pacienta, jak při jeho zhoršení, tak při jeho zlepšení (např. v důsledku léčebného zákroku, rehabilitace), je potřeba vyjadřovat v širším zorném úhlu, nežli jsou jen údaje o změnách jeho fyzického stavu. Těmito otázkami se zabývá právě problematika kvality života (35).

V roce 1993 navrhla Světová zdravotnická organizace definici kvality života. Podle ní se termínem kvalita života vyjadřuje individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům (jeho životnímu zaměření a směřování). Kvalita života v tomto pojetí zahrnuje jak stav jeho tělesného zdraví, tak i jeho psychický stav, míru jeho svobody a nezávislosti na okolí, jeho sociální přesvědčení a víru. Toto vše je chápáno ve vztahu k prostředí, v němž žije.

Během let se objevily řady pokusů o zachycení stavu těžce nemocných pacientů.

Patří sem např. tyto metody:

- QWS – Quality of Well-Being Scale (Patrick, Bush, Chen)
- HRQoL – Health Related Quality of Life (Patrick a Erickson)
- SIP –Sickness Impact Profile
- NHP – Nottingham Health Profile
- DDRS – Distress and Disability Rating Scale (Rossera)
- APACHE II.

K nejčastěji používaným systémům sloužícím k zaznamenávání kvality života patří Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta – QoL (quality of life of the patient). Podle něho jsou kritérii kvality života pacienta jeho pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace pacienta s okolím a vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou **(35)**.

Dané způsoby hodnocení kvality života druhými lidmi podávají určité informace o celkovém stavu pacienta. Často však vyjadřují značné rozdíly v tom, jak kvalitu života hodnotil lékař a jak ji hodnotí sám pacient. Proto se hledají stále nové cesty k zachycení měnící se kvality života.

1.4.2 Spolupráce pacienta

Moderní pojetí vztahu lékař – pacient zdůrazňuje v současné době nutnost spolupráce a aktivního podílu pacienta na zlepšování a udržování svého zdravotního stavu. Autonomie pacienta se může stát zdrojem nedorozumění, kterému je třeba předcházet, než posléze dodatečně řešit. Nepsané dohody (implicitní) je vhodné nahradit dohodami psanými (explicitními). Toto je obzvláště důležité u chronických onemocnění s trvalým handicapem. Je potřeba vymezit podíl lékaře a pacienta na společném postupu a minimalizovat tak nedorozumění a zklamání vyplývající na jedné straně z nerealistických očekávání a na straně druhé z nežádoucí pasivity. Proto je vhodné sepsat s pacientem před zahájením léčby terapeutickou smlouvu. Jejím tématem je problematika týkající se zdravotního stavu pacienta a způsob jeho řešení **(11)**.

Terapeutická smlouva by měla obsahovat, jaké změny chce pacient dosáhnout. Dále pak vyjádření, zda je to reálné. Je důležité požadovanou změnu konkrétně specifikovat. Dále je třeba vědět, jaké úsilí bude tato změna pacienta stát, co bude muset pro ni udělat, čeho se bude muset zříci. Pacient si musí uvědomit, zda je schopen to zvládnout, zda to není příliš mnoho. Pacient by měl vědět, kdo mu v tom pomůže. Je třeba vyjmenovat nejméně pět činností, které musí udělat, aby bylo možno splnit stanovený cíl. Dále je potřeba vybrat jednu z těchto aktivit, kterou pacient začne **(11)**.

1.4.3 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Pokud se zabýváme zdravotním stavem, je ještě potřeba zmínit se o pojmu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS).

Tento termín je definován v zákoně č. 155/1995 Sb. v §28. „Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok **(54)**.“

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je termín důležitý pro přiznávání částečné a plné invalidity. Dalším důležitým termínem je pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti.

„Pro účely posouzení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce (§38 odst. 3 zákona) se touto schopností rozumí schopnost pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem **(45)**.“

Nemocný má nárok na částečný invalidní důchod, jestliže se stal částečně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění nebo se stal částečně invalidním následkem pracovního úrazu.

Částečnou invaliditou se zabývá zákon č. 155/1995 Sb., § 44. „Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné schopnosti nejméně o 33 %. Ustanovení § 39 odst. 2 platí zde obdobně. Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanoví prováděcí předpis. Pojištěnec je částečně invalidní též tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné

životní podmínky. Okruh zdravotních postižení značně ztěžujících obecné životní podmínky stanoví prováděcí předpis (54).“

Podmínky nároku na plný invalidní důchod jsou uvedeny v tomtéž zákoně. Pojištěnec má nárok na plný invalidní důchod, jestliže se stal plně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku plné invalidity podmínky nároku na starobní důchod podle § 29, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo se stal plně invalidním následkem pracovního úrazu.

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek (45, 54).

Posuzování zdravotního stavu za účelem přiznání dávek a služeb sociálního zabezpečení provádějí lékaři Lékařské posudkové služby (LPS). Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů vychází lékaři v rámci zjišťovacích a kontrolních prohlídek z lékařských zpráv a posudků, které vypracovali odborní lékaři o zdravotním stavu občanů. Zjišťovací prohlídka se uskutečňuje v převážné většině případů na podkladě žádosti o dávku či službu, kterou podává občan u příslušného orgánu sociálního zabezpečení. Kontrolní lékařskou prohlídku uskutečňuje orgán sociálního zabezpečení v době určené v předchozím posudku lékaře LPS. Intervaly kontrolních lékařských prohlídek nejsou právní normou přesně stanoveny, rozhodujícím hlediskem pro stanovení termínu kontrolní lékařské prohlídky je předpoklad možné změny zdravotního stavu posuzovaného.

Žádost o příspěvek na péči o osobu blízkou se od 1. ledna 2007 podává na místně příslušném obecním úřadu obce s rozšířenou působností. Zdravotní stav za účelem zjištění stupně závislosti fyzické osoby posuzuje v řízení o přiznání příspěvku na péči posudková služba úřadů práce.

2 Cíle práce a hypotéz

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku nemocných s lymfedémem. Práce byla zaměřena na to, jak situaci vnímá sám nemocný. S pacienty s lymfedémem se autorka setkává na svém pracovišti a v rámci své profese se věnuje jejich léčbě a vyšetřování, jež zahrnuje měření obvodů postižených končetin a měření rozsahu kloubní pohyblivosti. Vyšetření se provádí na počátku a skončení redukční fáze léčby. Může tedy porovnat efekt léčby z objektivního hlediska. Jak se však na konci této fáze léčby cítí sám pacient? Subjektivní hledisko hodnocení léčby považuje za velmi důležité a proto byl její výzkum zaměřen tímto směrem.

Práce se dále zabývá tím, jaký má vliv sociální zázemí na psychický stav pacienta s lymfedémem.

Dílním cílem práce bylo zvýšit informovanost o daném onemocnění a jeho problematice. Informovanost pacientů a lékařů o něm se sice zvyšuje, ale stále ještě není optimální.

Na základě stanovených cílů, prostudované literatury a vlastních zkušeností autorky byly stanoveny následující hypotézy.

2.1 Hypotéza 1

Lymfedém je onemocnění léčitelné, ne vždy však vyléčitelné. Na konci redukční fáze léčby má pacient otok menší, často může mít postižená končetina stejný obvod jako končetina zdravá. Pacient se však o ni bude muset nadále starat a pomáhat tak míznímu systému v jeho porušené funkci. Autorka se však domnívá, že i když pacient není vyléčen, cítí se na konci této fáze léčby lépe, než před jejím zahájením. Proto hypotéza 1 zní: „Na konci redukční fáze léčby lymfedému se subjektivně zlepšuje celkový zdravotní stav pacienta.“

2.2 Hypotéza 2

Protože s každým pacientem během léčby stráví autorka poměrně dost času, dozvídá se od něho o jeho nejrůznějších problémech. Někteří pacienti mají dobré

rodinné zázemí, rodinní příslušníci ho na léčbu dovážejí, zajímají se o něho, pomáhají mu s navlékáním kompresivních návleků. Jiní však takové štěstí nemají. Životní partner jim pomáhat nechce nebo již žádného nemají. Někteří chodí do zaměstnání, které jim přináší určité uspokojení a jiní jsou naopak v invalidním nebo starobním důchodu a mohou tak postrádat určité naplnění svého života. Má vliv sociální prostředí na vnímání svého onemocnění pacientem? Zvládají ho lidé s dobrým rodinným zázemím lépe? Autorka chtěla mezi těmito dvěma aspekty nalézt souvislost, a proto druhá hypotéza zní: „Pacienti s dobrým sociálním zázemím snášejí průběh onemocnění lépe.“

3 Metodika

3.1 Použitá metodika výzkumu

Hypotézy byly ověřovány pomocí kvantitativního výzkumu. Autorka použila metodu dotazování a jako techniku zvolila standardizovaný (strukturovaný) rozhovor.

Standardizovaný rozhovor byl zvolen z důvodu vyšší návratnosti (než má např. dotazník), aby byl zajištěn dostatečný počet respondentů, jež byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Rozhovor rovněž klade menší nároky na iniciativu respondenta a je obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky (17).

Kvantitativní výzkum byl zvolen z potřeby komplexnějšího a všeobecnějšího pohledu na zvolenou problematiku.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Charakteristika souboru: zkoumaný soubor tvořili pacienti, kteří se léčili pro lymfedém na rehabilitačním oddělení ambulantní kliniky Medipont s.r.o. v Českých Budějovicích a dokončili redukční fázi léčby lymfedému v období březen 2006 až leden 2007.

Toto poměrně dlouhé trvání výzkumu bylo zvoleno z důvodu dosažení dostatečného počtu respondentů a dále z časové náročnosti prováděných rozhovorů.

3.3 Realizace výzkumu

Po prostudování odborné literatury byl sestaven standardizovaný rozhovor. Rozhovor obsahoval 20 otázek. Bylo použito jak otázek uzavřených, tak i otevřených a polootevřených tak, aby respondenti měli možnost se k problému co nejlépe vyjádřit a bylo tak dosaženo co nejpřesnějších odpovědí.

Prvních pět otázek tvořily otázky identifikační. U otázky věk bylo použito dodatečné kategorizace. U šesté až jedenácté otázky bylo použito škálování. Šlo v nich o subjektivní hodnocení hybnosti, bolesti a psychické zátěže před zahájením léčby a po skončení její redukční fáze. Další otázkou se autorka taktně snažila zjistit, zda respondenti využívají pomoc psychologa nebo psychiatra. Posledních osm otázek bylo

zaměřeno na sociální aspekty respondentů: jejich sociální zázemí, způsob bydlení, změnu životního stylu, změnu zaměstnání, pracovní schopnost.

Rozhovory s respondenty prováděla sama autorka. Z větší části šlo o pacienty, s nimiž měla možnost v rámci léčby pracovat. Ani jeden z pacientů rozhovor neodmítl. Respondenti velice rádi odpovídali na otázky a svěřovali se se svými problémy.

Rozhovory byly prováděny v období od března roku 2006 do ledna roku 2007. Toto poměrně dlouhé období bylo zvoleno z důvodu zajištění co největšího počtu respondentů na uvedeném pracovišti. V únoru 2007 byly rozhovory zpracovány a vyhodnoceny. Každý respondent byl číselně označen, aby bylo možné zpětně posuzovat vztahy mezi sociálním zázemím a psychickým stavem a dále potřebou léčby u psychologa nebo psychiatra.

Pro dokreslení problematiky a pro možnost srovnání s objektivním zdravotním stavem jsou uvedeny rovněž dvě kazuistiky. Jde o kazuistiky pacientek, jež byly zařazeny do kvantitativního výzkumu.

3.4 Kazuistika 1

Pacientka M. H., věk 22 let. V posledních letech pozorovala zejména v létě nebolestivé prosáknutí prstů a nártu levé dolní končetiny, které spontánně ustupovalo. Od prosince 2005 došlo bez předchozího poranění v periférii levé dolní končetiny, zánětlivé afekce kloubu, šlachové či žilní, bez statického přetížení levé dolní končetiny k progresi nebolestivého otoku s lokalizací od prstů po přednoží levé dolní končetiny, který nemizel ani po nočním odpočinku. Pacientka se obtížně vešla do bot. V periférii bylo mírně zvýšeno cití tepla.

Pacientka byla kardiopulmonálně kompenzovaná, menstruaci má pravidelně, hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Váhově je stabilní. Rekreačně sportuje.

Pracovní anamnéza: pacientka studuje vysokou školu. Rodinná anamnéza: matka má nekomplikované varixy.

Objektivní nález: jde o normosthenní pacientku, v klidu na lůžku jsou obě dolní končetiny homogenně prokrvené, akra chladná, na počátku vyšetření výrazně opocená, bez ložisek akrocyanosy. Objem levé dolní končetiny od nadkolení po lýtko je větší

oproti druhé dolní končetině o 0,5 cm, hlezno o 1,5 cm a nárt o 2 cm. Pacientka má nebolestivý otok prstů, nártu a levého přednoží, bez ložiskové kožní hyperemie, bez kožních trofických změn. Hybnost kloubní je bez omezení.

Byl diagnostikován primární lymfedém v periférii levé dolní končetiny s progresí projevů lymfostázy od prosince 2005. Léčbu lymfedému zahájila v červnu 2006 na rehabilitačním oddělení ambulantní kliniky Medipont v Českých Budějovicích. Redukční fáze léčby trvala jeden měsíc. Pacientka ji skončila v červenci 2006. V této době byla subjektivně i objektivně zlepšena. Úbytek objemu hlezna činil 1 cm. Byla zahájena udržovací fáze léčby. Pacientka si provádí autolympfodrenáž, nosí kompresivní bandáž a cvičí. Jedenkrát měsíčně dochází na rehabilitační oddělení na manuální a přístrojovou lymfodrenáž.

3.5 Kazuistika 2

Pacientka M. V., věk 66 let. V lednu 2006 byla odeslána praktickým lékařem na rehabilitační oddělení ambulantní kliniky Medipont pro lymfedém. Byla po exstirpaci melanomu na předloktí pravé ruky bez žádné další onkologické léčby. Před dvěma lety prodělala operaci, totální endoprotézu pravého kolenního kloubu, následně proběhla flebotromboza. Dále měla bohatou léčbu interní. Trpí revmatoidní artritidou, 15 let je léčena Prednisonem.

Otoky se nevyskytovaly pouze na dolních končetinách, ale i na končetinách horních. Na dolních končetinách bylo pozitivní Stemmerovo znamení, otok byl více vyjádřen na levé dolní končetině.

Byl diagnostikován primární lymfedém v kombinaci se sekundárním lymfedémem po totální endoprotéze kolenního kloubu a po proběhlé flebotromboze. Pacientce byl předepsán Detralex.

Redukční fáze léčby lymfedému byla zahájena na uvedeném oddělení v lednu 2006 a skončila v březnu téhož roku. Při kontrole u lékaře v polovině této léčby byl otok měkký, těstovitý, úbytek v průměru o 2 cm, pacientka byla subjektivně i objektivně zlepšena. Při kontrole v březnu bylo rovněž zjištěno zlepšení. Objem pravého nártu se zmenšil o 1,5 cm, hlezna o 3 cm a objem lýtky o 3,5 cm oproti výchozímu stavu. Na

levé končetině došlo k těmto změnám: nárt – úbytek o 1 cm, hlezno – o 3,5 cm, lýtko – o 2,5 cm.

Pacientka nyní pokračuje v udržovací fázi léčby, provádí autolymfodrenáž, nosí kompresivní punčochové kalhoty a cvičí. Jedenkrát měsíčně dochází k manuální a přístrojové lymfodrenáži na rehabilitační oddělení.

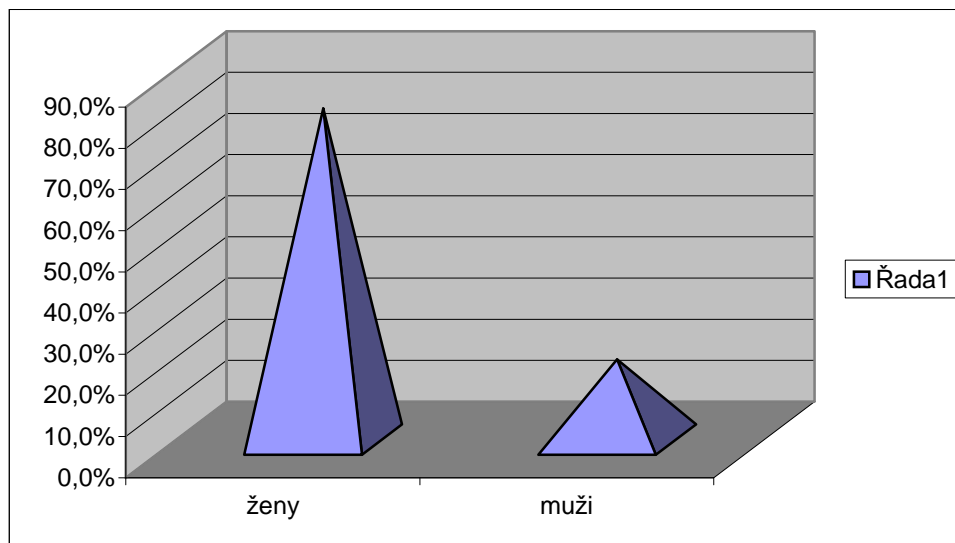
4 Výsledky

Ze 41 oslovených respondentů se výzkumu zúčastnilo všech 41. Na otázku č. 14 odpovídali pouze zaměstnaní respondenti, kterých bylo 21 (51,2%).

Otázka č. 1:

Graf č. 1 znázorňuje rozložení žen a mužů ve zkoumaném souboru. Odpovídalo 33 (80,5%) žen a 8 (19,5%) mužů.

Graf 1: Rozdělení celkového souboru podle pohlaví

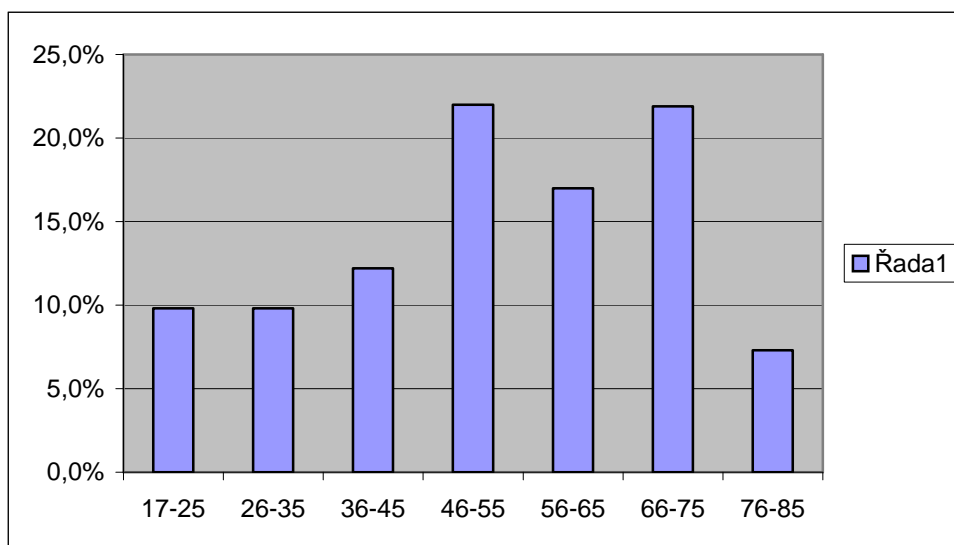


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2

Graf č. 2 znázorňuje rozdělení respondentů podle věku. Ve věku 17-25 let byli 4 (9,8%), ve věku 26-35 4 (9,8%), ve věku 36-45 4 (9,8%), ve věku 36-45 5 (12,2%), ve věku 46-55 9 (22,0%), ve věku 56-65 7 (17,0%), ve věku 66-75 9 (21,9%) a ve věku 76-85 3 (7,3%) respondenti.

Graf 1: Rozdělení respondentů podle věku

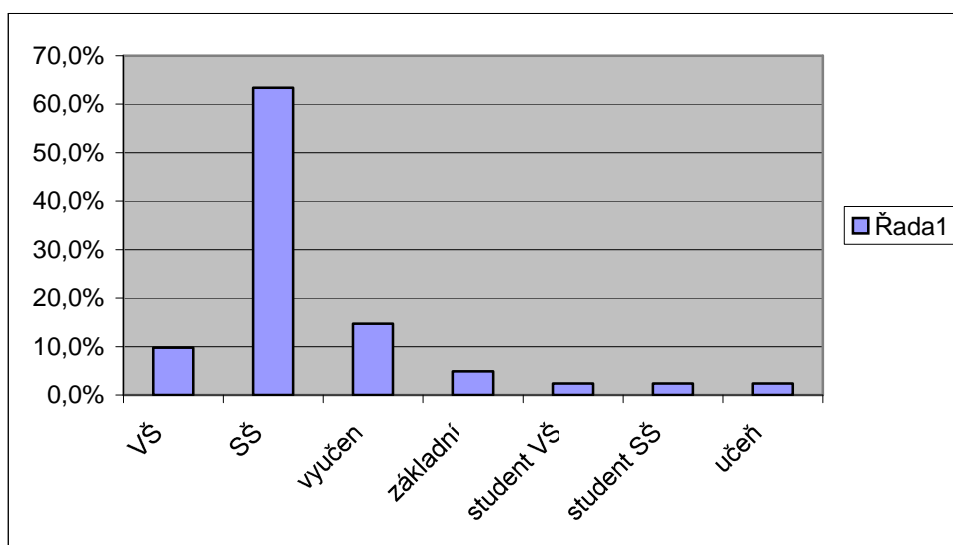


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3

Rozdělení respondentů podle vzdělání znázorňuje graf č. 3. 4 (9,8%) respondenti měli vysokoškolské vzdělání. Nejvíce dotázaných mělo vzdělání středoškolské a to 26 (63,4%), odborné vzdělání bez maturity 6 (14,7%), základní vzdělání 2 (4,9%), zbývající respondenti ještě studovali: 1 (2,4%) na vysoké škole, 1 (2,4%) na střední škole a 1 (2,4%) v učebním oboru.

Graf č. 3: Rozdělení respondentů podle vzdělání

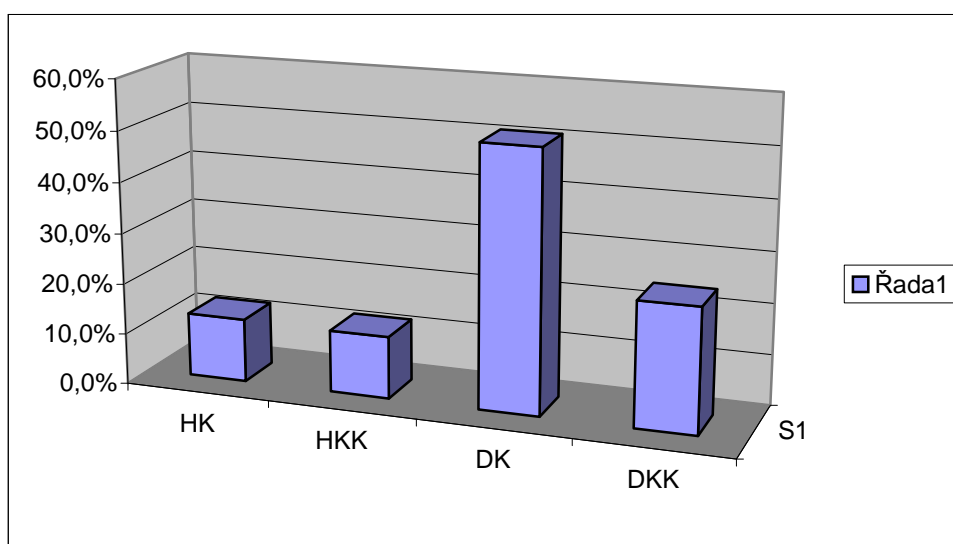


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4

Rozdělení respondentů podle lokalizace onemocnění je znázorněno na grafu č. 4. 5 (12,2%) dotázaných mělo lymfedém jedné horní končetiny, 5 (12,2%) lymfedém obou horních končetin, 21 (51,2%) lymfedém jedné dolní končetiny a 10 (24,4%) obou dolních končetin. Nejvíce respondentů mělo tedy lymfedém jedné dolní končetiny.

Graf č.4: Rozdělení respondentů podle lokalizace onemocnění



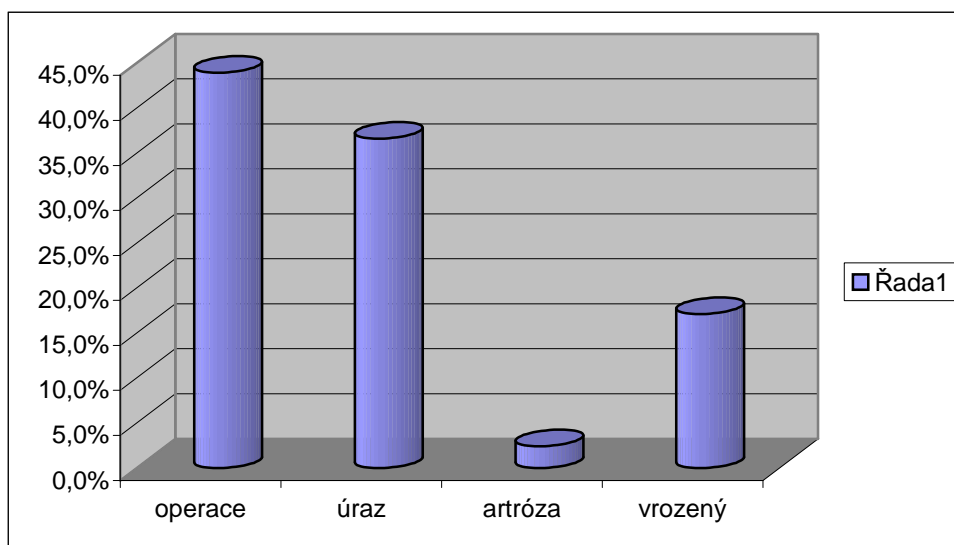
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5

Graf č. 5 znázorňuje rozdělení respondentů podle příčiny vzniku onemocnění.

U 18 (43,9%) dotázaných vznikl lymfedém po operaci, u 15 (36,6%) vznikl po úrazu, u 1 (2,4%) vznikl v důsledku artrózy a u 7 (17,1%) šlo o vrozené onemocnění. Nejvyšší zastoupení měli pacienti s lymfedémem vzniklým po operaci.

Graf č. 5: Rozdělení respondentů podle příčiny vzniku onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6

Subjektivní hodnocení omezené hybnosti před začátkem léčby znázorňuje tabulka č. 1. Hybnost byla hodnocena na škále od 1 do 5 (žádné až velké omezení hybnosti). Hodnotu 1 označilo 9 (12,2%) respondentů, hodnotu 2 2 (4,9%), 3 15 (36,6%), 4 12 (29,3%) a hodnotu 5 7 (17,1%).

Tabulka č.1: Subjektivní hodnocení omezené hybnosti před zahájením léčby

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	12,2%	4,9%	36,6%	29,3%	17,1%

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádné omezení hybnosti) po 5 (velké omezení hybnosti)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7

Subjektivní hodnocení omezené hybnosti po skončení redukční fáze léčby je znázorněno v tabulce č. 2. Hybnost byla opět hodnocena na škále od 1 do 5 (žádné až velké omezení hybnosti). 14 (34,1%) respondentů označilo hodnotu 1, 23 (56,1%) dotázaných označilo hodnotu 2 a 4 (9,8%) hodnotu 3. Hodnotu 4 ani 5 neoznačil žádný z dotázaných.

Tabulka č. 2: Subjektivní hodnocení omezené hybnosti po skončení redukční fáze léčby

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	34,1	56,1%	9,8%		

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádné omezení hybnosti) po 5 (velké omezení hybnosti)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8

Tabulka č. 3 znázorňuje subjektivní hodnocení bolesti před začátkem léčby. Bolest hodnotili respondenti na škále od 1 do 5 (žádná až velká bolest). Hodnotu 1 označili 2 (4,9%) respondenti, hodnotu 2 8 (19,5%), 3 14 (34,1%), 4 9 (22,0%) a 5 8 (19,5%) dotázaných.

Tabulka č. 3: Subjektivní hodnocení bolesti před zahájením léčby

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	4,9%	19,5%	34,1%	22,0%	19,5%

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná bolest) po 5 (velká bolest)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9

Tabulka č. 4 znázorňuje subjektivní hodnocení bolesti na konci redukční fáze léčby lymfedému. Zde bylo provedeno hodnocení opět stejným způsobem, jako u předchozí otázky: respondenti svou bolest hodnotili na škále od 1 do 5 (žádná až velká bolest). Hodnotu 1, tedy žádnou bolest zde označilo 14 (34,1%) respondentů, 2 20 (48,1%), 3 5 (12,2%), 4 2 (4,9%), hodnotu 5 neoznačil žádný z respondentů.

Tabulka č. 4: Subjektivní hodnocení bolesti na konci redukční fáze léčby lymfedému

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	34,1%	48,9%	12,7%	4,9%	

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná bolest) po 5 (velká bolest)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10

Subjektivní hodnocení psychické zátěže vyvolané v důsledku vzniku lymfedému tak, jak ji vnímali respondenti před začátkem léčby, lze vyčíst z tabulky č. 5. Psychická zátěž vyvolaná onemocněním byla hodnocena na škále od 1 do 5 (žádná až velká psychická zátěž). Hodnotu 1 označili 4 (9,7%) dotázaní, 2 7 (17,1%), 3 9 (22,0%), 4 12 (29,2%) a hodnotu 5, tedy velkou psychickou zátěž 12 (29,2%) dotázaných.

Tabulka č. 5: Hodnocení psychické zátěže vyvolané onemocněním před zahájením léčby

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	9,7%	17,1%	22,0%	22,0%	29,2%

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná psychická zátěž) po 5 (velká psychická zátěž)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11

Jak respondenti hodnotili intenzitu psychické zátěže vyvolané lymfedémem po skončení redukční fáze léčby lymfedému, je zřejmé z tabulky č. 6. Hodnocení bylo provedeno opět stejným způsobem jako u předchozí otázky, tedy na škále od 1 do 5 (žádná až velká psychická zátěž). Hodnotu 1 zde označilo 14 (34,1%), 2 16 (39%), 3 5 (12,2%), 4 4 (9,7%) a hodnotu 5 (4,9%).

Tabulka č. 6: Hodnocení psychické zátěže vyvolané onemocněním po skončení redukční fáze léčby

	1	2	3	4	5
Počet pacientů	34,1%	39,0%	12,2%	9,7%	4,9%

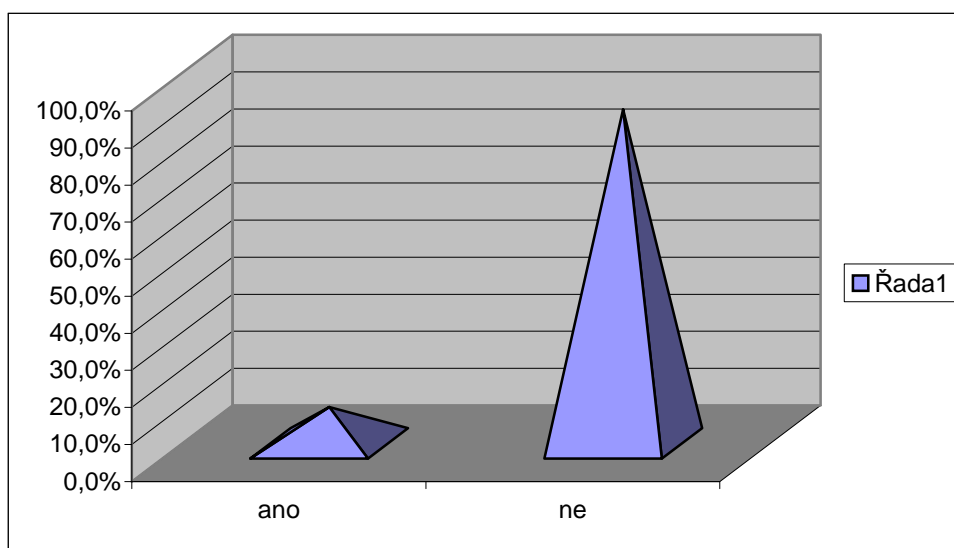
Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná psychická zátěž) po 5 (velká psychická zátěž)

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12

Graf č. 6 znázorňuje rozdělení respondentů podle toho, zda vyhledali pro psychické problémy způsobené onemocněním pomoc psychologa nebo psychiatra. Na tuto otázku odpověděli 4 (9,8%) respondenti kladně a 37 (90,2%) respondentů záporně.

Graf č. 6: Rozdělení respondentů podle potřeby vyhledat odborníka (psychologa nebo psychiatra)



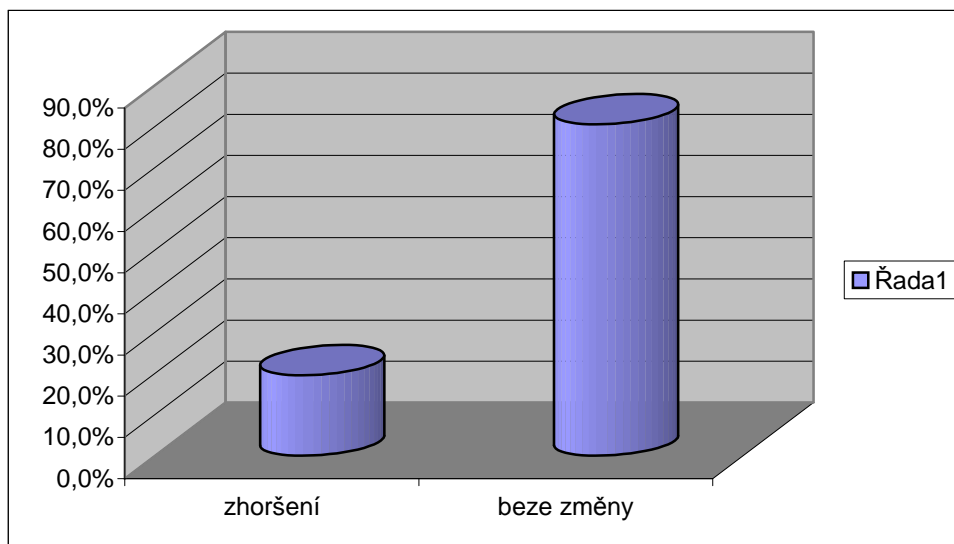
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13

Graf č. 7 znázorňuje rozdělení respondentů podle toho, zda u nich vlivem lymfedému došlo ke změně ekonomické situace.

Ke zhoršení ekonomické situace z důvodu onemocnění došlo u 8 (19,5%) respondentů. Změnu své ekonomické situace nezaznamenalo 33 (80,5%) dotázaných.

Graf č. 7: Rozdělení respondentů podle změny ekonomické situace vyvolané onemocněním



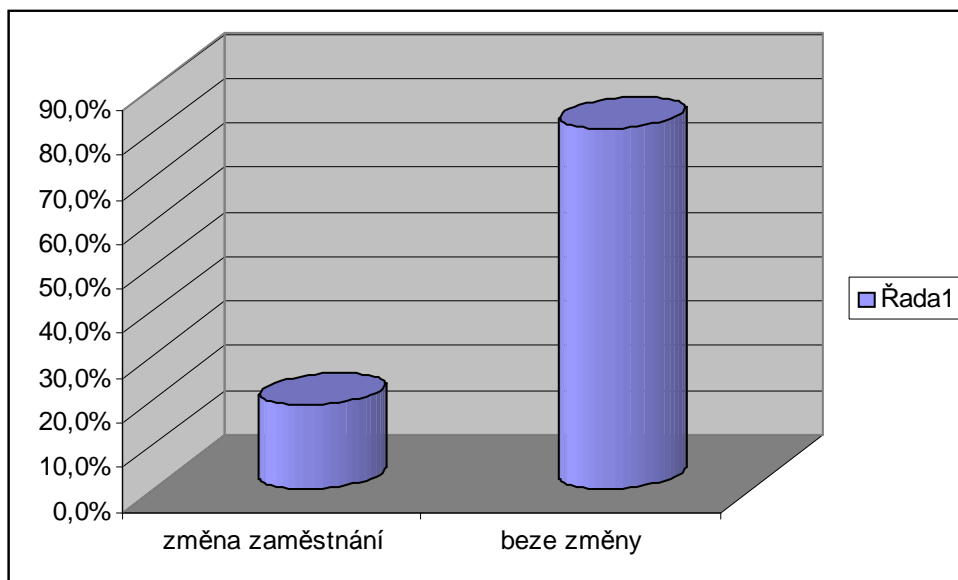
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14

Na tuto otázku odpovídali pouze zaměstnaní respondenti, kterých bylo ve zkoumaném souboru 21 (51,2%). Jejím cílem bylo zjistit, kolik z nich bylo nuceno vlivem lymfedému změnit zaměstnání.

Zaměstnání museli změnit 4 (19,0%) respondenti, ostatních 17 (81,0) mohlo zůstat ve stávajícím zaměstnání. Vyhodnocení této otázky znázorňuje graf č. 8.

Graf č. 8: Rozdělení respondentů podle nutnosti změny zaměstnání (vlivem lymfedému)
N=21



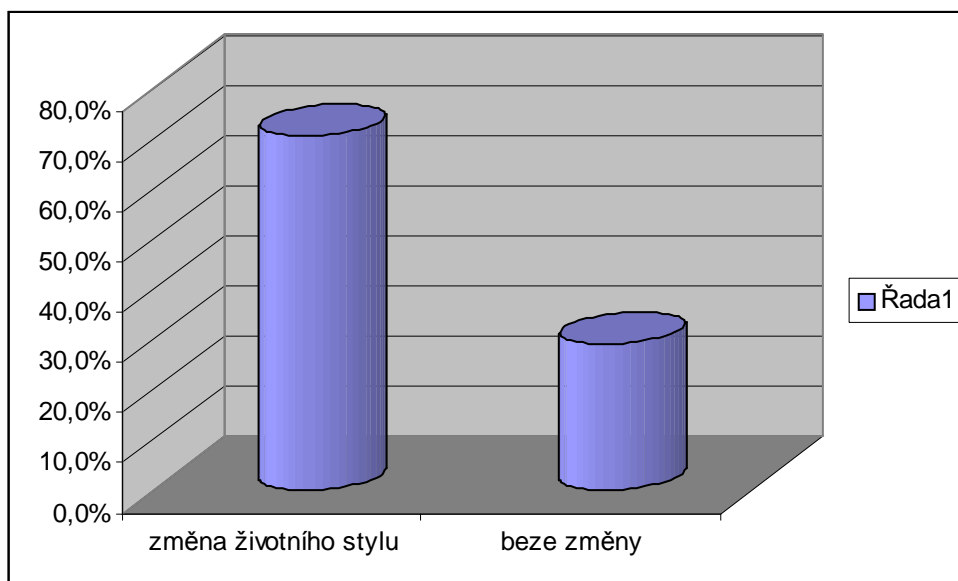
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15

Otázkou č. 15 bylo zjišťováno, zda vlivem lymfedému došlo u respondentů ke změně životního stylu. Vyhodnocení této otázky je znázorněno na grafu č. 9.

Ke změně životního stylu došlo u 29 (70,7%) respondentů. Životní styl naopak nezměnilo 12 (29,3%) respondentů.

Graf č. 9: Rozdělení respondentů podle změny životního stylu vynucené lymfedémem

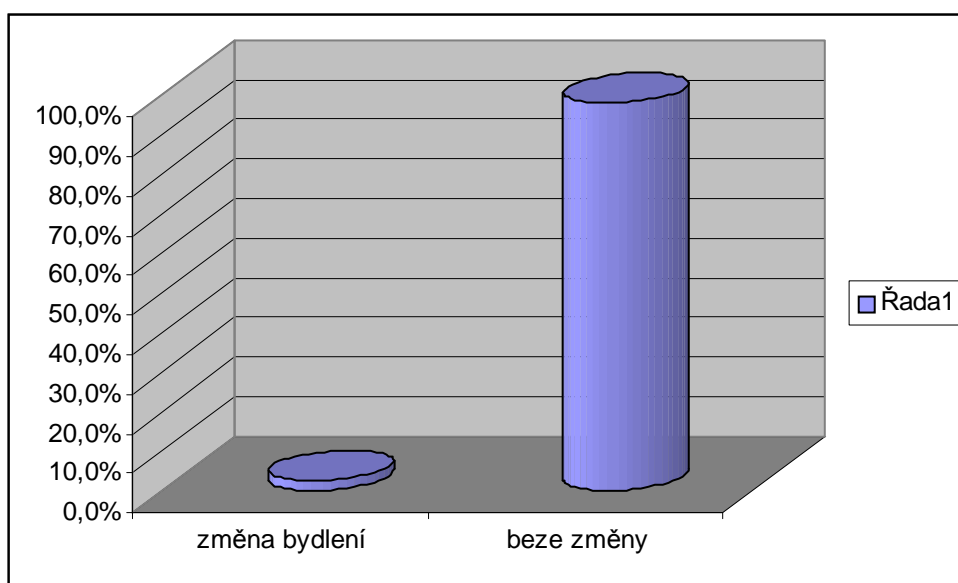


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16

Pomocí této otázky bylo zjišťováno, zda některý z respondentů musel kvůli lymfedému změnit bydlení. K této změně byl nucen 1 (2,4%) respondent. 40 (97,6%) respondentů mohlo zůstat ve stávajících bytech. Situaci znázorňuje graf č. 10.

Graf. č. 10: Rozdělení respondentů podle nutnosti změnit bydlení



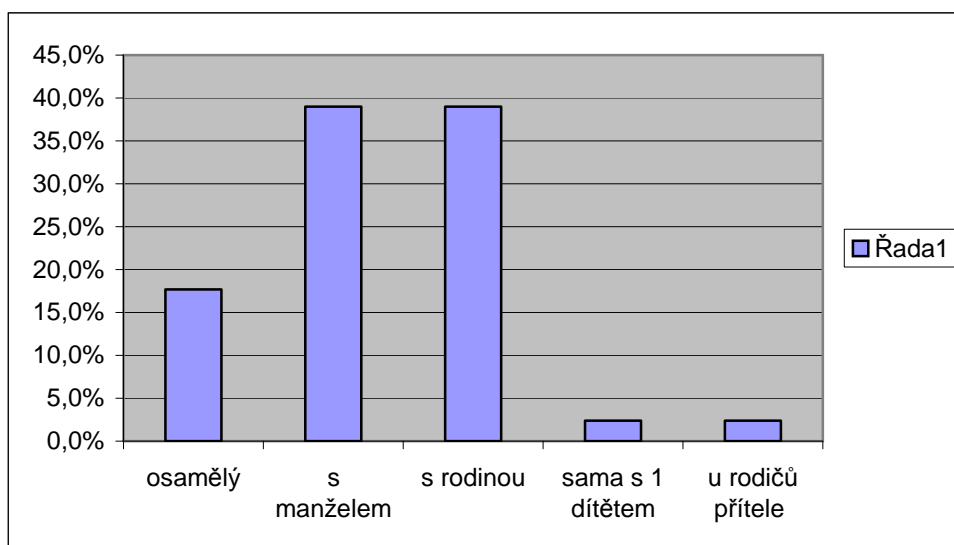
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17

Graf č. 11 znázorňuje rozvrstvení respondentů podle toho, s kým žijí v domácnosti.

7 (17,1%) respondentů žije osaměle, 16 (39,9%) s manželem nebo manželkou, 16 (39,9%) žije s rodinou, 1 (2,4 %) bez manžela s 1 dítětem, 1 (2,4%) u přítelových rodičů.

Graf č.11: Rozvrstvení respondentů podle toho, s kým žijí v domácnosti



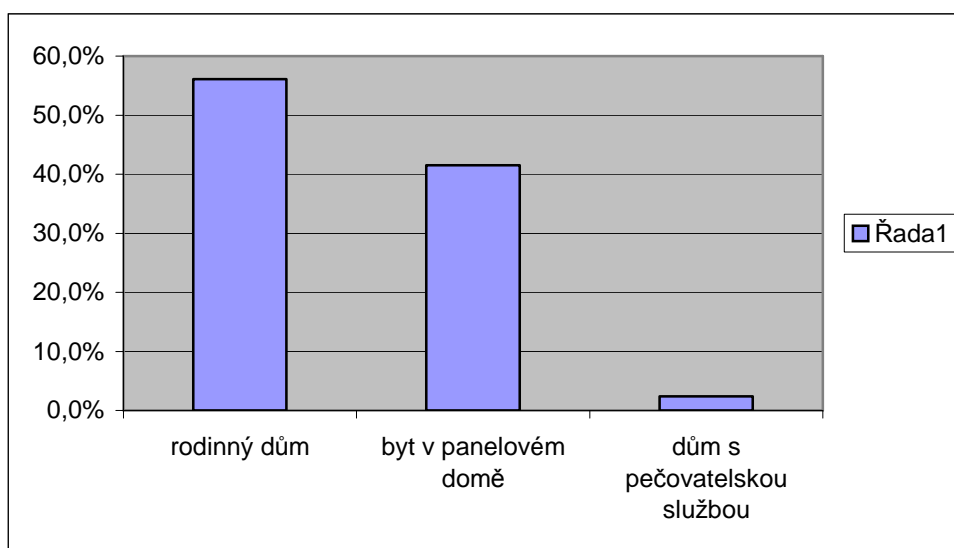
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18

Pomocí otázky č. 18 bylo zjišťováno, jakým způsobem respondenti bydlí.

23 (56,1%) dotázaných bydlí v rodinném domě, 17 (41,5%) v bytě v panelovém domě a 1 (2,4%) v domě s pečovatelskou službou. Tuto problematiku zachycuje graf č. 12.

Graf č. 12: Rozdělení respondentů podle způsobu bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

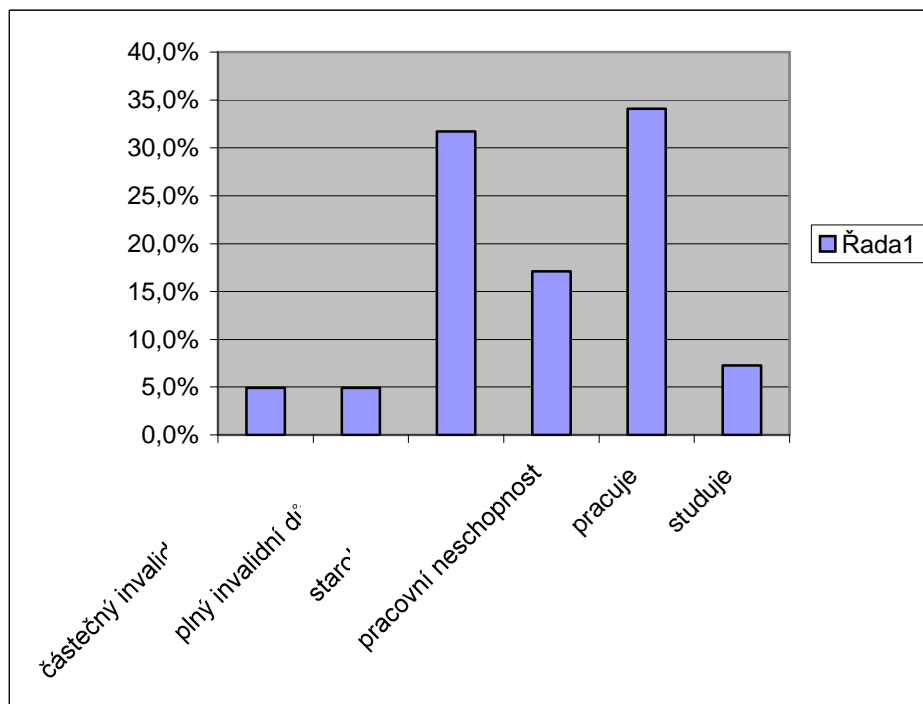
Otázka č. 19

Rozdělení respondentů podle pracovního stavu zobrazuje graf č. 13.

2 (4,9%) respondenti jsou v částečném invalidním důchodu a nepracují, 2 (4,9%) jsou v plném invalidním důchodu a nepracují, 13 (31,7%) je ve starobním důchodu, 7 (17,1%) v pracovní neschopnosti, 14 (34,1%) pracuje, 3 (7,3%) respondenti studují.

Nejvyšší zastoupení měli tedy pracující respondenti, o něco méně bylo respondentů ve starobním důchodu.

Graf č. 13: Rozdělení respondentů podle pracovního stavu



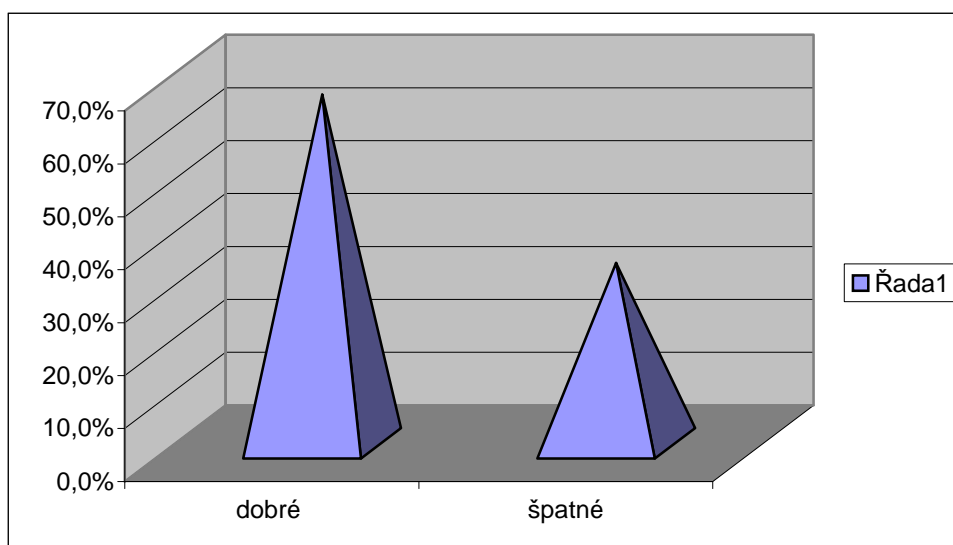
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20

Otázkou č. 20 bylo zjišťováno, zda respondenti považují své sociální zázemí za dobré nebo špatné.

27 (65,9%) respondentů považuje své sociální zázemí za dobré a 14 (34,1%) respondentů odpovědělo, že jejich sociální zázemí je špatné. Tuto skutečnost vidíme na grafu č. 14.

Graf č.14: Rozdělení respondentů podle sociálního zázemí



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1 Hodnocení zdravotního stavu pacienta

Hodnocení omezené hybnosti

Tabulka č. 7 porovnává na pětibodové škále, jak hodnotili respondenti míru omezení hybnosti před zahájením léčby a po skončení její redukční fáze. Z tabulky je patrné zlepšení stavu po skončení redukční fáze léčby. Hodnota 4 a 5 zůstala nevyplněna. Nejvíce respondentů 23 (56,1%) označilo hodnotu 2.

Tabulka č. 7: Hodnocení omezení hybnosti před léčbou a na konci redukční fáze léčby

	1	2	3	4	5
před léčbou	12,2%	4,9%	36,6%	29,3%	17,1%
na konci redukční fáze	34,1%	56,1%	9,8%		

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádné omezení hybnosti) po 5 (velké omezení hybnosti)

Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení bolesti

Tabulka č. 8 porovnává hodnocení intenzity bolesti před zahájením léčby a po skončení její redukční fáze. Zde je rovněž patrné zlepšení. Po skončení redukční fáze léčby žádný z respondentů neoznačil hodnotu 5 a opět nejvíce dotázaných označilo hodnotu 2 a to 20 (48,9%).

Tabulka č. 8: Hodnocení intenzity bolesti před léčbou a po skončení redukční fáze léčby

	1	2	3	4	5
před léčbou	4,9%	19,5%	34,1%	22,1%	19,5%
na konci redukční fáze	34,1%	48,9%	12,1%	4,9%	

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná bolest) po 5 (velká bolest)

Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení psychické zátěže

Hodnocení psychické zátěže z důvodu onemocnění před léčbou a po skončení redukční fáze léčby je zřejmé z tabulky č. 9.

Zde je rovněž patrné zlepšení, i když jsou i po skončení redukční fáze označeny všechny hodnoty pětibodové škály. Nejvíce respondentů, 16 (39,0%) označilo na konci redukční fáze léčby lymfedému hodnotu 2. Hodnotu 5, velkou psychickou zátěž označilo nejméně dotázaných, a to 2 (4,9%).

Tabulka č. 9: Hodnocení psychické zátěže před léčbou a po skončení redukční fáze léčby

	1	2	3	4	5
před léčbou	9,7%	17,1%	22,0%	22,0%	29,2%
na konci redukční fáze	34,1%	39,0%	12,2%	9,7%	4,9%

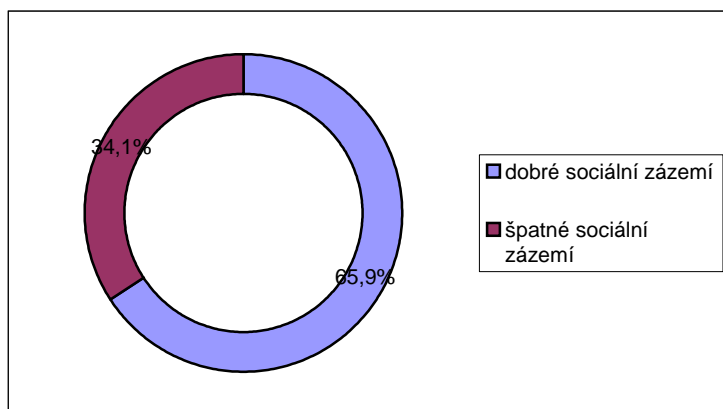
Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná psychická zátěž) po 5 (velká psychická zátěž)

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Sociální zázemí a psychický stav

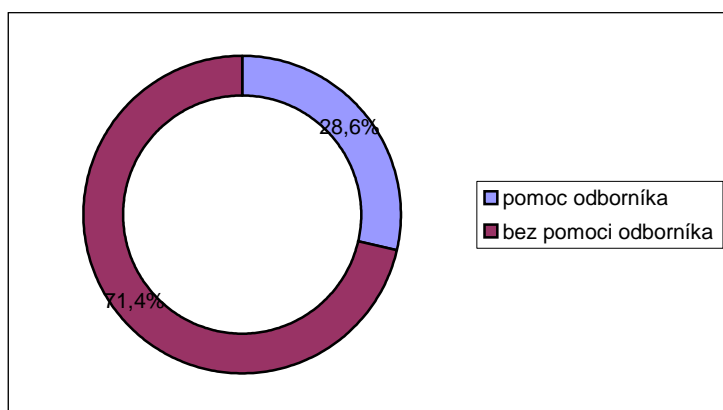
Graf č.15 znázorňuje rozdělení respondentů podle toho, jaké mají sociální zázemí. Graf č. 16 znázorňuje rozdělení respondentů podle toho, zda potřebovali kvůli svému onemocnění pomoc odborníka (psychologa nebo psychiatra). Posuzování zde byli pouze pacienti se špatným sociálním zázemím, kterých bylo 14. Z tohoto počtu pomoc odborníka potřebovali 4 (28, 5%).

Graf. č.15: Rozdělení respondentů podle sociálního zázemí N=41



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 Rozdělení pacientů se špatným sociálním zázemím podle potřeby léčby u psychologa nebo psychiatra N=14



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 10 porovnává rozdíly v hodnocení psychické zátěže z důvodu onemocnění před léčbou a na konci její redukční fáze u dvou skupin pacientů.

První skupinu tvořili respondenti s dobrým sociálním zázemím a druhou respondenti, kteří své sociální zázemí hodnotili jako špatné. Je patrné, že pacienti se špatným sociálním zázemím hodnotili psychickou zátěž způsobenou onemocněním vyššími hodnotami než pacienti s dobrým sociálním zázemím. Tuto skutečnost můžeme pozorovat jak před zahájením léčby, tak i po skončení její redukční fáze.

Skupina s dobrým sociálním zázemím před zahájením léčby nejčastěji označila hodnotu 3 a 4, kdežto druhá skupina nejčastěji volila nejvyšší hodnotu 5, a to v 64,3%.

Na konci redukční fáze léčby skupina s dobrým sociálním zázemím volila nejčastěji hodnotu 1, kdy respondenti nepociťovali žádnou psychickou zátěž. Hodnotu 1 označilo 48,2%, tedy téměř polovina. Skupina respondentů se špatným sociálním zázemím označila všech pět hodnot. Převažovaly hodnoty 2, 3 a 4.

Tabulka č. 10: Hodnocení psychické zátěže u respondentů s dobrým a špatným sociálním zázemím před léčbou a na konci redukční fáze léčby

		1	2	3	4	5
před léčbou	dobré sociální zázemí	14,8%	22,2%	26,0%	26,0%	11,1%
	špatné sociální zázemí		7,1%	14,3%	14,3%	64,3%
na konci redukční fáze	dobré sociální zázemí	48,2%	44,4%	3,7%		3,7%
	špatné sociální zázemí	7,1%	28,6%	28,6%	28,6%	7,1%

Pozn.: Hodnoceno na škále od 1 (žádná psychická zátěž) po 5 (velká psychická zátěž)

Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuse

Člověk je bytost biopsychosociální a tato diplomová práce se zabývá subjektivním hodnocením zdravotního stavu pacienta. První hypotéza je tedy zaměřena na hodnocení biologického a psychického stavu samotným pacientem. Druhá hypotéza je zaměřena na stránku sociální resp. na sociální zázemí pacienta a jeho vliv na psychiku.

Při rozhovorech v rámci předvýzkumu bylo zjištěno, že pacienti s lymfedémem si v rámci svého zdravotního stavu nejčastěji stěžují na pocit těžké končetiny, bolest, omezenou hybnost a na psychickou zátěž.

Jak uvádí Wald, ve druhém stadiu – ireverzibilním lymfedému dochází k omezení hybnosti (46). Pacienti si však na omezení hybnosti mohou stěžovat již ve stadiu prvním (50). Pacienti hodnotili omezení hybnosti na škále od 1 do 5, kdy hodnota 1 znamenala žádné omezení a hodnota 5 velké. Před začátkem léčby označilo hodnotu 5 17,1% pacientů. Po skončení redukční fáze léčby žádný z pacientů neoznačil hodnotu 5, dokonce ani 4. 3 označilo 9,8 % pacientů (tab. 7). Z toho vyplývá, že na konci redukční fáze léčby lymfedému se zlepšuje hybnost pacienta nejen objektivně, ale i subjektivně.

Navrátilová a Wald uvádějí, že pacienti mívají pocit těžké končetiny (31, 50). Hýblerová říká, že může docházet k bolestem v důsledku útlaku nervových pletení (24). Bolest je však příznakem subjektivním a bylo až překvapivé, jak velkou bolest pacienti pociťují. Pacienti hodnotili bolest na škále od jedné do pěti (tab. 8) Hodnota 1 označovala žádnou bolest a hodnota 5 velkou. Bolest před začátkem léčby označilo hodnotou 5 19,5 % pacientů. Po skončení redukční fáze léčby neoznačil hodnotu 5 žádný z pacientů, hodnotu 4 označilo 4,9 % respondentů. 34,1% pacientů bylo zcela bez bolesti, oproti výchozím 4,9 %. I zde je tedy zřejmé zlepšení.

Lymfedém má rovněž negativní dopad na psychiku. Zejména, když se pacient dozví, že jde o trvalé postižení lymfatického systému, jak uvádí Bechyně (2). Ženy mají problémy s pěkným oblékáním, protože pokud nosí návlek na horní končetině, je vidět. Někdy mají potíže se sháněním dobře padnoucího oblečení, konfekční nesedí. Podobně

je to i s konfekční obuví. Ženám často vadí z estetického hlediska i kompresivní punčochy, třebaže ty jsou dnes již velmi podobné klasickým silonovým. Problémy vyvstávají zejména v létě, za horkého počasí.

Psychiku rovněž ovlivňuje vynucená změna životního stylu. 70,7% respondentů uvedlo, že vlivem lymfedému muselo změnit životní styl. Nejčastěji se to týkalo provozování turistiky (v té míře, jak byli zvyklí), různých sportů a ženy musely změnit styl oblékání.

Také snížená aktivita doma i v zaměstnání negativně ovlivňuje psychiku. 9,8% respondentů uvedlo, že byli nuceni kvůli lymfedému změnit své zaměstnání. 17,1% nemocných bylo v pracovní neschopnosti. Vlivem onemocnění se omezují sociální interakce a partnerské vztahy. Pacient může trpět úzkostí nebo depresí různé hloubky. Vyskytují se i souběžné psychické poruchy (10).

Bendová říká, že pacient s lymfedémem, který propadne depresi, zklamání a svou perspektivu vzdá, dodržuje pak požadovaný režim hůře. Někdy na svou účast na terapii zcela rezignuje. Nestará se pak o postiženou končetinu a tím se uzavírá bludný kruh zhoršování obtíží (10).

Ideální je, pokud může pacient vykonávat své zaměstnání. Jak říkal Sigmund Freud: „Práce je nejsilnější lidské pojítko s realitou.“ Nezaměstnanost kontakt s realitou oslabuje, negativně ovlivňuje schopnost jedince uspokojovat své potřeby a má závažný negativní dopad na duševní a tělesné zdraví (20).

Křížová uvádí, že moderní medicína stále více pracuje s aktivní úlohou nemocného. V případě civilizačních onemocnění hraje prožívání obrovskou roli, jehož interference s tělesnou složkou je stále neprobádána (35).

Psychickou zátěž, kterou respondentům způsobuje lymfedém, označovali tito rovněž na škále (tab. 9). Před začátkem léčby označilo hodnotou 5 29,2% respondentů. Na konci redukční fáze léčby tuto hodnotu označilo 4,9%. I zde tedy došlo ke zlepšení.

Hypotéza 1: „Na konci redukční fáze léčby lymfedému se subjektivně zlepšuje celkový zdravotní stav pacienta,“ byla tedy potvrzena. Zlepšila se hybnost, snížila bolest a zlepšil se psychický stav.

Psychický stav se z uvedených tří zkoumaných hledisek zlepšil nejméně. Zde se totiž významně uplatňuje to, jaké má pacient sociální zázemí. Baštecká udává, že výzkumy opakovaně potvrzují, že dostupnost sociální opory pomáhá k adaptaci na chronickou nemoc. Přínos sociální opory byl prokázán u pacientů s rakovinou, revmatoidní artritidou, diabetem, poraněním páteře a AIDS. Předpokládá se, že sociální opora posiluje pacientovy vlastní strategie na zvládnání nemoci (1). Vhodné je také podporovat rodiny, aby se dokázaly dobře vyrovnat s chronickou nemocí svého člena, rovněž je prospěšné podporování vzniku svépomocných skupin.

Bechyně také uznává, že sociální zázemí v rodině má velký vliv na zdravotní stav pacienta. Dále uvádí, že důležité je i pochopení pacienta lékařem a dobrá spolupráce s ním (2).

V rámci výzkumu byl zkoumán vliv sociálního zázemí na psychický stav nemocných. Byla porovnávána skupina pacientů s dobrým sociálním zázemím se skupinou, která uvedla, že její sociální zázemí dobré není.

Respondentů s dobrým sociálním zázemím bylo 65,9%, se špatným 34,1%. Respondenti, kteří uvedli, že jejich sociální zázemí je špatné byli např. krátce po ztrátě životního partnera nebo byl těžce nemocný. Vyložený nezáměr ze strany rodiny respondenti neuváděli. Je možné, že se ho ostýchali přiznat.

Odpověď, zda sociální zázemí je dobré, nebylo pro respondenty vždy lehké a jednoznačné. Např. jedna respondentka měla pro okolí dobré sociální zázemí, ale ona sama ho tak nevnímala. Její dcera, která měla tři děti si ji vzala domů z domova důchodců a dobře se o ni starala. Respondentka ale ztratila kontakt se svými vrstevníky. Většinu času trávila ve svém pokoji, ven se bála pro špatnou pohyblivost, takže nemohla navazovat kontakty nové. Navíc jí vadila hlučná vnučata, jejichž chování jí připadalo nepřijatelné.

Další z pacientek, která uvedla, že má špatné sociální zázemí žila sama se svou dvanáctiletou dcerou v domě plném Romů, z nichž měla strach.

Rovněž život slečny v domě přítelových rodičů byl vnímán jako špatné sociální zázemí. Tato pacientka měla ještě další chronické onemocnění, kvůli kterému byla

v plném invalidním důchodu. Sužoval ji pocit, že ji přítelova matka považuje za simulantku, která jí v domácnosti nechce pomáhat.

Přesto, že šlo o výzkum kvantitativní, díky zvolené metodě rozhovoru se autorka od pacientů dozvěděla různé výše uvedené příběhy týkající se jejich sociálního zázemí, které, jak doufá budou pro tento výzkum přínosem.

Jak uvádí Křížová, je nepochybné, že mnoho jemných detailů není možné v dotazníkovém šetření postihnout a že bude nutno kombinovat tradiční kvantitativní techniky s rozhovory a jinými doplňujícími zdroji empirických dat. Jsou rovněž jisté rozdíly mezi občany České republiky a mezi názory obyvatel západních zemí. Analýzy zdravotního chování ukazují, že tendence „unikat do zdraví“ a to i ze sociálních důvodů“ je v českých zemích mimořádně rozšířená (35).

U skupiny respondentů se špatným sociálním zázemím byla porovnávána psychická zátěž před léčbou a po skončení její redukční fáze pomocí škály od jedné do pěti. Tito respondenti označili hodnotu 5, tedy velkou psychickou zátěž, v 64,3% (podrobněji tab. č.10). Po skončení redukční fáze hodnotu 5 označilo 7,1%.

U skupiny respondentů s dobrým sociálním zázemím bylo procento velké psychické zátěže výrazně nižší. Před začátkem léčby hodnotu 5 označilo 11,1% respondentů a po skončení její redukční fáze 3,7%.

Dále bylo posuzováno, zda některý z nich z důvodů psychických potíží plynoucích z uvedeného onemocnění potřebuje nebo potřeboval pomoc psychologa nebo psychiatra. Ze skupiny s dobrým sociálním zázemím to nebyl ani jeden respondent, z druhé skupiny potřebovalo pomoc psychologa nebo psychiatra 28,6% dotázaných.

Hypotéza 2: „Pacienti s dobrým sociálním zázemím snášejí průběh onemocnění lépe,“ byla tedy rovněž potvrzena.

Z identifikačních otázek je dále zřejmé, že na rehabilitačním oddělení se v uvedeném období pro lymfedém léčilo výrazně více žen než mužů. Žen bylo 80,5% a mužů 19,5%. Schmidtová a Průša uvádějí, že primární lymfedém se vyskytuje častěji u žen (37, 38). Navrátilová udává dědičnost tohoto onemocnění, které se přenáší z matky na dceru (32).

Pokud se podíváme na věk respondentů, nejvíce jich bylo ve věku 46-55 let. To souvisí také s příčinou vzniku onemocnění. Na rehabilitačním oddělení ambulantní kliniky Medipont se totiž léčí nejčastěji pacienti se sekundárním lymfedémem. Ženy v období přechodu mají často osteoporosu a jsou proto náchylnější ke vzniku zlomenin, rovněž je u nich vyšší výskyt rakoviny prsu, a proto je i vyšší výskyt pacientek s lymfedémem po operaci prsu. Respondentů po operacích bylo 43,9%. Většinou šlo o pacienty po frakturách řešených operativně a dále šlo o pacientky po ablacích prsu. Respondentů po úrazu, jež nebyl řešen operativně bylo 36.6%. Nejčastější lokalizací lymfedému ve zkoumaném souboru byla jedna dolní končetina.

Medicína se až doposud zabývala přednostně organickou stránkou chorob **(35)**. Součástí léčby a uzdravování se však stává to, jak se nemocný dokáže se svým onemocněním vyrovnat, jak jej dokáže zakomponovat do svého běžného života.

V léčbě lymfedematika je mimořádně důležitá spolupráce a důvěra mezi pacientem, lymfologem a lymfoterapeutem **(2)**. Důležité je zapojit do péče o nemocného i jeho rodinu, neboť její podpora je pro zdárný vývoj léčby velice důležitá.

6 Závěr

Léčba lymfedému je náročná nejen pro lymfology a lymfoterapeuty, ale nejvíce nároků klade na samotného pacienta a jeho rodinu. Pokud je však léčba správně vedena, má velmi dobré výsledky. Pacient se zlepšuje nejen objektivně, ale jak bylo výzkumem zjištěno, zlepšuje se i subjektivně. Může se lépe pohybovat, snižuje se bolest a jiné nepříjemné pocity v oblasti postižené končetiny.

Zlepšuje se i psychický stav nemocného. Udržení dobrého psychického stavu je důležité pro pokračování v léčbě, která může být i celoživotní. Na udržení dobrého psychického stavu má vliv zejména sociální zázemí, což rovněž potvrzuje provedený výzkum.

Byla tedy potvrzena hypotéza H 1: „Na konci redukční fáze léčby lymfedému se subjektivně zlepšuje celkový zdravotní stav pacienta“ i hypotéza H 2: „Pacienti s dobrým sociálním zázemím snášejí průběh onemocnění lépe.“

Lymfedém se v České republice léčí od roku 1992, informovanost o jeho příčinách, vzniku a správně vedené léčbě se stále zvyšuje. Stále však není dostatečná.

Touto diplomovou prací jsem chtěla nejen upozornit na to, jak je důležité brát na zřetel pocity nemocných, ale i zvýšit celkovou informovanost o dané problematice. Sekundárním lymfedémem může onemocnět každý a není na škodu vědět, že je potřebné začít s léčbou co nejdříve. Neinformovaní pacienti situaci často podceňují. Pokud se s léčbou nezačne včas, změny mohou být nevratné.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BAŠTECKÁ, Bohumila., et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- 2) BECHYNĚ, Miroslav – BECHYŇOVÁ, Růžena. *Mízní otok – lymfedém: komplexní terapie*. 1.vyd. Praha: Phlebomedica, 1997. 315 s. ISBN 80-9012981-1.
- 3) BENDA, Karel. *Co je lymfedém a význam lymfodrenáže* [online]. [cit. 2006-08-15]. URL: <http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=904|1107|1108§se|IdDoc=609>.
- 4) BENDA, Karel. *Moderní diagnostické zobrazování lymfedému*. XXXI. Angiologické dny 2006 s mezinárodní účastí, Praha 23. – 25. 2. 2006.
- 5) BENDA, Karel. *Moderní trendy v komplementárních, alternativních nebo podpůrných metodách léčby periferních lymfedémů*. XXXI. Angiologické dny 2006 s mezinárodní účastí, Praha 23. – 25. 2006.
- 6) BENDA, Karel – NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. Lymfedém končetin – co by měl vědět praktický lékař. *Praktický lékař*, leden 2005, roč. 84, č 1, s. 35 – 39. ISSN 0032-6739.
- 7) BENDA, Karel. Lymfedém končetin – co má vědět pacient. *Praktická flebologie*, 2004, roč. 13, č 4, s. 136 – 138. ISSN 1210-3411.
- 8) BENDA, Karel. Lymfologie v roce 2004 – jaké jsou perspektivy? *Praktická flebologie*, 2004, roč. 13, č 3, s. 104 – 105. ISSN 1210-3411.
- 9) BENDA, Karel. Lymfolog MUDr. Miroslav Bechyně, CSc. zemřel... *Praktická flebologie*, 2004, roč. 13, č 3, s. 106. ISSN 1210-3411.
- 10) BENDO VÁ, Marcela. *Úzkost a deprese jako faktor komplikující léčbu sekundárního lymfedému* [online]. [cit. 2007-01-02]. URL: <http://www.lirtaps.cz/konf_abst_bendova.htm>.
- 11) BENDO VÁ, Marcela. *Terapeutická smlouva*. Lymfo´ 2004, Brno 8. – 9. 10. 2004.
- 12) BRET YŠOVÁ, Dagmar. Zdravotní péče plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění. *BONUS INFO oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví*, 2004, č 2, s. 9.

13) BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. ©1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004.

URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>>.

<<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.

14) BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004.

URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>.

<<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.

15) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 172 – 204. ISBN 80-247-1132-X.

16) DANEŠ, Jan., et al. Screening karcinomu prsu. *Postgraduální medicína*, 2006, roč. 8, č 1, s. 83 – 88. ISSN 1212-4184.

17) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1998. s. 141. ISBN 80-7184-141-2.

18) DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Ilustroval Ivan Helekal. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. s. 203 – 208. ISBN 80-86297-05-5.

19) ELIŠKA, Oldřich., et al. Lymfedém: standard léčebného plánu. *Interna*, srpen 2006, roč. 17, 12 s.

20) HÁLA, Jaroslav. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4.

21) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

22) HOUDOVÁ, Hana. Terapie lymfedému. *Interní medicína pro praxi*, 2005, roč. 7, č 6, s. 318. ISSN 1212-7299.

23) HOUDOVÁ, Hana. *Pokročilý lymfedém horní končetiny po mastektomii – možnosti a výsledky léčby*. *Lympho´* 2004, Brno 8. - 9. 10. 2004.

24) HÝBLEROVÁ, Kateřina. *Lymfedém* [online]. [cit. 2005-12-13].

URL: <<http://www.ordinace.cz/clanek/lymfedem>>.

25) KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie zdraví pro učitele a vychovatele* [online]. [cit. 2005-11-12].

URL: <http://www.ped.muni.cz/wpsy/koh_ps_zdrav_.htm>.

26) KŘÍŽOVÁ, Pavla. *Manuální lymfodrenáž* [online]. [cit. 2006-08-24].

URL: <http://www.komunikuj.cz/manualni_lymfodrenaz.php>.

27) *Kompresivní terapie*. Lohman-Rauscher, reklamní materiál, 52 s.

28) LUDWIG, Malte. *Das Lymphödem* [online]. [cit. 2006-10-07].

URL: <<http://www3.lifeline.de/yavivo/Erkrankungen/Lymphoedem/index.html>>.

29) *Lymfedém a jeho léčba*. 1. dermatovenerologická klinika FN U sv. Anny, Brno, reklamní materiál, 18. s.

30) MAJOR, David. Lymfatický systém: detektivní kancelář číhající na vetřelce. *Moje zdraví*, září 2005, roč. 3, s. 10 – 13.

31) NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. *Lymfedém a možnosti jeho terapeutického ovlivnění* [online]. [cit. 2006-08-12].

URL: <<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0701/med0724.html>>.

32) NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. *Lymfedém v dětském věku* [online]. [cit. 2006-05-01].

URL: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/04/03.pdf>>.

33) NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. *Zevní komprese v komplexní dekongestivní terapii lymfedému*. Lympho´2005, Praha 14. – 15. 10. 2005.

34) O'BRIEN, James., et al. Léčba otoků. *Medicína po promoci*, 2005, roč. 6, č 7, s. 31 – 37. ISSN 1212-9445.

35) PAYNE, Jan., et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

36) PETRÁKOVÁ, Katarína – VYZULA, Rostislav. *Zhoubný nádor prsu* [online]. [cit. 2006-05-08].

URL: <http://www.linkos.cz/pacienti/prso_clanek.php?t3=1>.

37) PRŮŠA, Jiří – KONEČNÁ, Lenka. *Lymfedém* [online]. [cit. 2006-08-05].

URL: <<http://www.zdravcentra.cz/index.php?act=k-10&did=194&kategorie=0&pageangiO6.html>>.

- 38) SCHMIDTOVÁ, Alice – HUBELOVÁ, Erika. *Celulitida*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004. 75 s. ISBN 80-247-0983-X.
- 39) ŠEBEK, Tomáš. *Bolesti při nádorových onemocněních* [online]. [cit. 2006-08-20]. URL: <<http://lekarny.zdravcentra.cz/index.php?act=k-10&did=981&kategorie=0>>.
- 40) ŠEBKOVÁ, Veronika. *Wobenzym a Phlogenzym v léčbě onemocnění cév* [online]. [cit. 2006-08-06]. URL: <http://www.avicena.cz/clanky/Srdce_a_cevy/srdce56.htm>.
- 41) ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Novinky v kompresní léčbě*. XXXI. Angiologické dny 2006 s mezinárodní účastí, Praha 23. – 25. 2. 2006.
- 42) ŠVESTKOVÁ, Sabina. Význam kompresivní terapie. *Praktická flebologie*, 2003, roč. 12, č 1, s. 12 – 14. ISSN 1210-3411.
- 43) VELEMÍNSKÝ, Miloš., et al. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7040-642-9.
- 44) VURM, Vladimír., et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- 45) Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.
- 46) WALD, Martin. *Lymfedém: lymfatický otok* [online]. [cit. 2007-02-03]. URL: <<http://www.lymfedem.cz/>>.
- 47) WALD, Martin. *Liposukce u sekundárního lymfedému horní končetiny*. Lympho´2005, Praha 14. - 15. 10. 2005.
- 48) WALD, Martin. V Salvadoru se diskutovalo o proteázách v léčbě lymfedému. *Sanquis*, 2005, č 45, s.32 – 33.
- 49) WALD, Martin. *Příčiny chronické bolesti u postmastektomického syndromu*. Lympho´ 2004, Brno 8. – 9. 10. 2004.
- 50) WALD, Martin. Diagnóza a léčba lymfedému. *Interní medicína pro praxi*, 2003, roč. 5, č 8, s. 415 – 417. ISSN 1212-7299.
- 51) WALD, Martin. Sekundární lymfedém po onkochirurgické terapii. *Interní medicína pro praxi*, 2002, roč. 4, č 5, s. 210 – 214. ISSN 1212-7299.
- 52) WITTNEROVÁ, Milena. *Autolymfodrenáž* [online]. [cit. 2006-08-05].

URL: <<http://www.arcus-oc.org/download/bulletin113.pdf>>.

53) WITTNEROVÁ, Milena. *Uhličitá terapie a lymfedém*. Lympho´ 2005, Praha 14. – 15. 10. 2005.

54) Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění.

55) Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

56) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

8 Klíčová slova

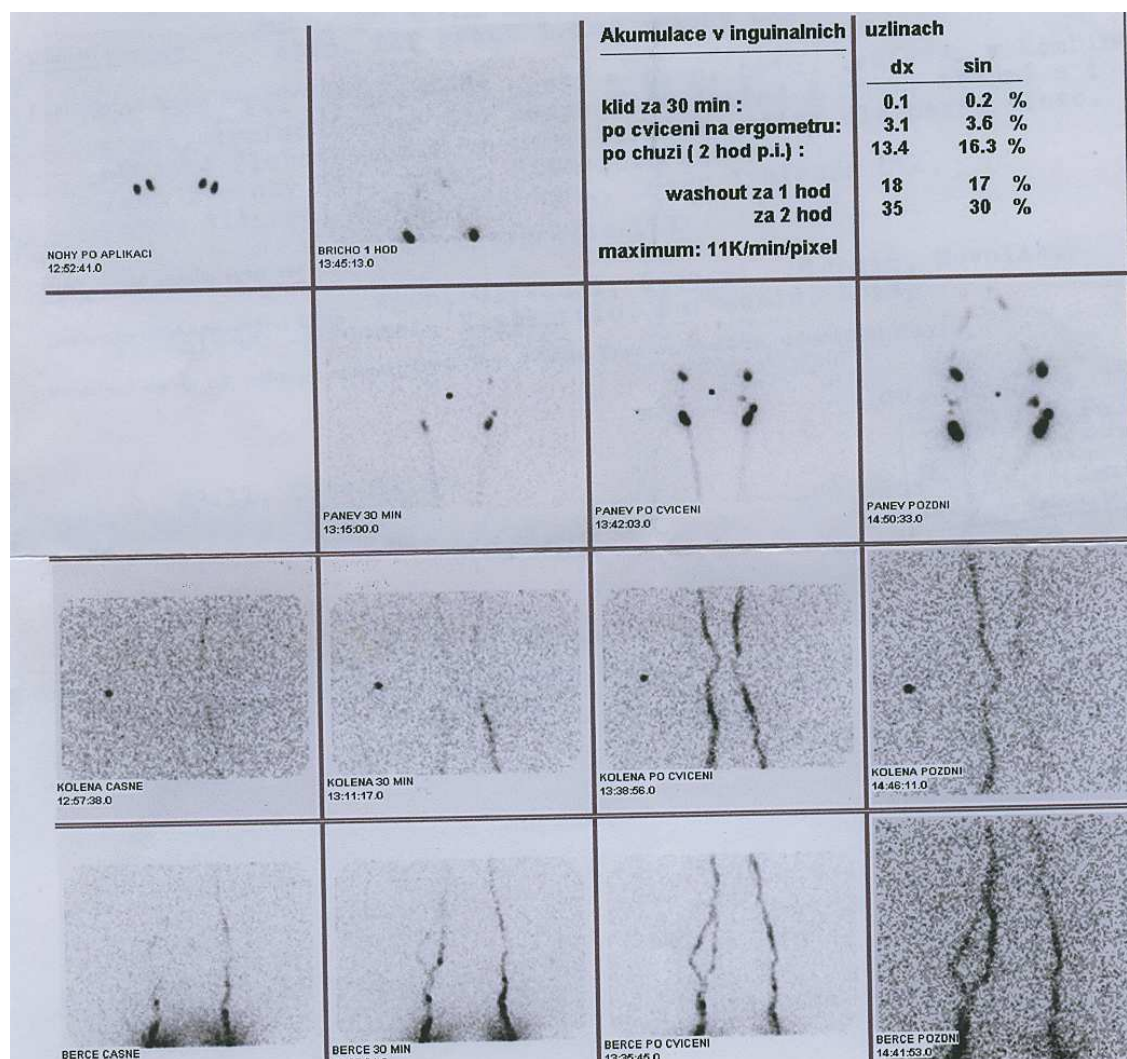
- mízní systém
- lymfedém
- lymfodrenáž
- kompresivní bandáž
- komplexní dekongestivní léčba
- redukční fáze léčby
- udržovací fáze léčby
- sociální zázemí

Obr. 1. Povrchový lymfatický systém



Zdroj: (46)

Obr. 2. Lymfoscintigrafie dolních končetin



Zdroj: interní – součást karty pacientky zařazené do výzkumu

Obr. 3. Lymfedém dolní končetiny



Zdroj: (24)

Obr. 4. Chyloderma se zánětlivou reakcí



Zdroj: (29)

Obr. 5. Stemmerovo znamení



Zdroj: (29)

Obr. 6. Verrucosis lymphostatica



Zdroj: (29)

Obr. 7. Flebedém



Zdroj: (29)

Obr.8. Bandážování dolní končetiny



Zdroj: (27)

Obr. 9. Bandáž horní končetiny



Zdroj: (27)

Obr. 10. Bandáž dolní končetiny



Zdroj: (27)