

POROVNÁNÍ KRÁTKODOBÉ DOMÁCÍ LÉČBY CIGNOLINEM S METODAMI UŽITÝMI ZA HOSPITALIZACE U PSORIÁZY

Pplk. MUDr. Vladislav KUTĚJ
Kožní oddělení vojenské nemocnice, Olomouc
(náčelník: pplk. MUDr. Vladislav Kutěj)

Chronický průběh lupénky má nepříznivý dopad na psychiku postižených jak pro snížení jejich společenského uplatnění, tak z důvodů časté hospitalizace a tím na určitou dobu vyřazení z pracovního procesu. Se zavedením terapie metodami PUVA, SUP a jejich variantami (3) odpadla nutnost hospitalizace, je však třeba prakticky denně docházet ambulantně, a to v průběhu pracovní doby. V zahraničí byla vybudována sanatoria pro psoriatické (6, 7, 11) s možností ošetření a rehabilitace v době osobního volna. U nás však žádné podobné zařízení v provozu není, proto se zkouší různé varianty dosud známých metod léčby lupénky s cílem o ošetření doma po práci. V posledních letech byly vyzkoušeny metody domácí léčby lupénky cignolinem v koncentracích promilových až 10% s dobou ošetřování od několika minut do dvou hodin (9, 12, 13).

Na našem pracovišti jsme porovnali metodu krátkodobého domácího ošetření lupénky cignolinem u psoriatických léčených v předchozích letech za hospitalizace Goeckermanovou metodou (4) či psoriasinem.

Materiál a metodika

- Při výběru psoriatických jsme si stanovili tato kritéria:
- opakovaná hospitalizace na našem oddělení pro chronický průběh psoriázy,
 - předchozí opakovaná léčba Goeckermanovou metodou či psoriasinem,
 - rozsah lupénky nesměl přesahovat 25 % kožního povrchu těla,
 - zkušebně byly zařazeny generalizované formy lupénky,
 - souhlas pacienta s prováděnou terapií.

Do souboru bylo zařazeno 38 mužů a 24 žen ve věku od 22–60 let s chronickým průběhem lupénky. Lokalizovanou formu (mapovitá ložiska nepřesahující 25 % kožního povrchu) mělo 34 mužů a 24 žen. Generalizovanou formu (postižení více než 80 % kožního povrchu) měli 4 muži. Goeckermanovou metodou bylo léčeno 13 mužů a 11 žen, psoriasinem 24 mužů a 14 žen.

Před zahájením domácí léčby lupénky cignolinem byli pacienti poučeni o nutnosti odložení oděvu po celou dobu působení léku a způsobu jeho aplikace. U generalizovaných forem byla léčba zahájena v nemocnici Cignolin byl vtírán přesně do psoriatických ložisek a po uplynutí stanovené doby byl setřen gázou směrem z periférie do centra. Po vykoupaní jsme postiženou kůži promastili ung. simplex. Byl-li povrch

ložisek pokryt šupinami, zahajovali jsme léčbu jejich odstraněním 10% kyselinou salicylovou a tuto dobu do počtu ošetřovacích dnů nezapočítávali. Poté následovala aplikace 1/4% cignolinu s 2% kyselinou salicylovou ve vazelině na jedno ložisko po dobu 1/2 hodiny. Jestliže byl lék snášen, zůstala terapie shodná pro všechna ložiska po jeden týden. Druhý týden byla zvýšena koncentrace cignolinu na 1/2 % a prodloužena doba působení na 1 hodinu. Další týden při dobré snášenlivosti preparátu byla zvýšena koncentrace cignolinu na 1% se zachováním doby působení. Takto bylo pokračováno až do odhojení či do srovnatelného stadia jako při léčbě Goeckermanovou metodou nebo psoriasinem za hospitalizace. Při lokalizaci v tríslech jsme ponechávali pouze 1/4% koncentraci cignolinu. Tam, kde cignolin způsobil erytém a pálení v ložisku či okolí, se jeho koncentrace nezvyšovala a jednorázově byla vetřena kortikosteroidní mast – Triamcinolon S.

Vlastní hodnocení jsme prováděli za 7, 14, 21, 28 a 35 dnů, dále pak v měsíčních intervalech až do recidivy onemocnění. Účinnost domácí léčby cignolinem jsme porovnávali s předchozí užitou metodou za hospitalizace:

- a) v počtu ošetřovacích dnů
- b) v době remise

Výsledky

Cignolin snášeli všichni nemocní, jen byli různě citliví na jeho koncentraci při vzniku erytému v psoriatickém ložisku a jeho okolí. Za týden aplikace došlo k oploštění ložisek a většinou k mírnému erytému v blízkém okolí, navíc diskrétní hnědočervené pigmentaci tamtéž. Za dva týdny již byl efekt terapie výrazný. Plocha psoriatických ložisek byla rozdělena na ostrůvky prominující nad ložisko, kde jakoby cignolin působil méně, zbytek byl v nivó kůže a jeho povrch byl lesklý. Zvýšila se pigmentace okolí ložiska, zánět však již výraznější nebyl. Ve 3. a 4. týdnu dochází k odhojení většiny ložisek.

Porovnání ošetřovací doby nutné k odhojení či srovnatelné fáze odhojení lupénky u jednotlivých forem léčby ukazuje tabulka 1.

U generalizované formy ve 3 případech snášeli pacienti všechny koncentrace cignolinu. U zbylého jsme zůstali při aplikaci 1/4% cignolinu pro vznik lehkého erytému, který však nebyl překážkou při jeho dalším podávání.

Srovnání doby remise mezi domácím ošetřením cignolinem a předchozími metodami užitými za hospitalizace ukazuje tabulka 2.

Tab. 1

Porovnání délky ošetrovací doby u jednotlivých terapeutických metod ve dnech

Terapeutická metoda	Doba ošetření ve dnech	
	lokalizovaná forma	generalizovaná forma
Goeckermanova metoda	24,2	/
Psoriasin mast	26,8	37,0
Cignolin	29,1	38,4

Tab. 2

Porovnání doby remise mezi domácí léčbou cignolinem a terapeutickými metodami užitými za hospitalizace u psoriaticů

Terapeutická metoda za hospitalizace	Doba remise		
	shodná	delší do 1 měsíce	delší do 5 měsíců
Goeckermanova metoda	12	10	2
Psoriasin mast lokalizovaná f.	20	10	4
Psoriasin mast generalizovaná f.	4 shodná v rozmezí 14 dnů	/	/

Diskuse a závěr

Cílem naší práce bylo srovnat účinnost domácí léčby cignolinem s předchozí terapií za hospitalizace. Při stanovování kritérií vhodnosti k domácí léčbě jsme vycházeli z ankety a připomínek pacientů, dále pak z vlastního pozorování při zkušební terapii. Vedle chronického průběhu onemocnění bylo třeba zvolit vhodný rozsah kožního postižení lupénkou. Z ankety vyplynulo, že domácí ošetření jsou ochotni podstoupit psoriatici s menším rozsahem klinických projevů lokalizovaných tak, že by si ošetření mohli provádět sami. Tam, kde byl rozsah postižení větší a byla nutnost ošetření druhou osobou, raději volili nemocniční pobyt. Abychom měli možnost srovnání i u generalizovaných forem onemocnění, podařilo se nám zařadit do souboru 4 psoriatické, jejichž rozsah postižení kůže byl 80 % a více. Zde jsme léčbu zahajovali za hospitalizace a teprve po souhlasu pacienta ponechávali v domácím ošetření.

Vhodnou koncentraci k terapii cignolinem jsme získali předchozím vyzkoušením. Od doporučených promilových koncentrací (1,2,9) jsme upustili pro je-

jich malou účinnost ve zvoleném časovém údobí, pozorovanou jak lékařem, tak pacientem, což považujeme za důležité. Vysvětlujeme si to chronickým průběhem onemocnění a poměrně krátkou dobou aplikace cignolinu (do 1 hodiny), kterou jsme museli zvolit na základě připomínek nemocných. Při koncentraci 2,5 % a 5 % docházelo k podráždění okrajů psoriatických ložisek a blízkého okolí, navíc k výraznější pigmentaci. Abychom nemuseli provádět specifický výběr mezi pacienty, raději jsme od těchto koncentrací upustili.

Při volbě délky aplikace jsme vycházeli z práce Schaefera (10), který potvrzuje dostatečnou vstřebatelnost cignolinu do psoriatických ložisek za 30–100 minut. Nejzazší doba vyplynula z ochoty nemocných.

Do cignolinu jsme přidávali 2% kyselinu salicylovou ke zvýraznění jeho účinku a urychlení jeho penetrace do epidermis (5). Navíc se předpokládá i jeho stabilizace.

Od kombinace s ozářením UV paprsky jsme upustili na základě údajů Štorka a Reshada (8, 13).

Při takto zvolených podmínkách byli pacienti poučeni jak o způsobu vlastní aplikace cignolinu, tak o nebezpečí vyplývajícím z nesprávné aplikace (těžko odstranitelné skvrny na ložním a osobním prádle, zbarvení a poškození umělých hmot a emailových náterů).

Srovnáme-li výsledky domácí terapie cignolinem s Goeckermanovou metodou, užitou v předchozích letech, vychází průměrná ošetrovací doba u domácí léčby asi o 5 dnů delší. Mezi léčbou cignolinem a psoriasinem prakticky rozdíl nebyl jak u forem lokalizovaných, tak generalizovaných.

Druhým sledovaným ukazatelem byla doba remise onemocnění. Zde jsme chtěli srovnat období bez klinických projevů lupénky mezi domácí léčbou cignolinem a metodami užitými za hospitalizace. Z tabulky 2 vyplývá, že Goeckermanova metoda a léčba psoriasinem měly dobu odhojení delší. Vedle shodných dob největší část spadá do doby remise delší o jeden měsíc, což nepovažujeme za rozdíl příliš velký. Podstatný rozdíl byl pouze u dvou pacientů léčených Goeckermanovou metodou a 4 léčených psoriasinem. Proč tomu tak bylo se nepodařilo vysvětlit.

Mezi pohlavími nebyl statisticky významný rozdíl jak v délce hojení, tak v době remise.

Potvrdili jsme si, že při stanovených kritériích je tento způsob domácí léčby lupénky cignolinem srovnatelný svou účinností s Goeckermanovou metodou a léčbou psoriasinem užívaných při hospitalizaci. Nespornou výhodou je možnost nepřetržité práce při zachování společenského uplatnění. U většího postižení je užití této metody rovněž možné, vyžaduje však ochotu druhé osoby k ošetření a poměrně větší nároky na čas potřebný k natření a setření cignolinu. Nepříjemným účinkem cignolinu je jeho pigmentace na okrajích ložisek, přetrvávající delší dobu po ukončení terapie. Velmi dobře se osvědčila krátkodobá

aplikace Triamcinolon S ung. při větším zánětu. Jeho delší podávání jsme úmyslně vyloučili, abychom neovlivnili porovnání účinnosti cignolinu. Alergickou či toxickou reakci jsme neprokázali.

Souhrn

V práci je porovnávána metoda krátkodobé domácí léčby lupénky cignolinem s metodami užitými v předchozích letech za hospitalizace (Goeckermanova metoda, Psoriasin ung.). Účinnost domácí terapie byla srovnatelná jak co do doby ošetřování, tak v délce remise. U lokalizovaných forem je možné její užití bez omezení, u generalizovaných postižení záleží na ochotě spolupráce druhé osoby při ošetřování. V obou případech umožňuje plnou pracovní schopnost.

Literatura

1. ARENBERGER, P. – DEDKOVÁ, J. – ZÁRUBA, F.: Retrospektivní studie nemocných hospitalizovaných s psoriásou. Čs. dermat., 62, 1987, č. 3, s. 161–167.
2. BRUN, P. – JUHLIN, L. – SCHALLA, W.: Short contact anthralin therapy of psoriasis with and without UV-UV-irradiation and maintenance schedule to prevent relapses. Acta dermat. venerol. (Stockh.), 64, 1984, č. 2, s. 174–176.
3. HORÁČEK, J.: Tendence současné fototerapie v oblasti ultrafialového záření. Čs. Dermat., 55, 1980, č. 3, s. 163–171.
4. KOUDELKOVÁ, V. – JELÍNKOVÁ, R. – DANDA, J. – ROZSÍVALOVÁ, V.: Zkušenosti s léčbou lupénky Goeckermanovou metodou. Čs. Dermat., 56, 1981, č. 2, s. 115–118.
5. LABOHÝ, P.: Cignolin v terapii lupénky. Ref. Výběr z Dermatovenerol. Sv. 26, 1984, č. 2, s. 133–134.
6. LARKÖ, O. – SWANBECK, G.: Psoriasis treatment and a day-care centre: clinical aspects and an attempt at a cost-benefit analysis. Acta dermat. venerol. (Stockh.), 62, 1982, č. 5, s. 413–418.
7. NOVOTNÝ, F.: Zpráva o Mezinárodní konferenci o psoriáze ve Švédsku. Čs. Dermat., 59, 1984, č. 1, s. 59–61.
8. RESHAD, U. – BARTH, J. H. – DARLEY, C. R.: Does UV-A potentiate „short contact“ dithranol therapy? Brit. J. Dermat., 111, 1984, č. 2, s. 155–158.
9. RUNNE, U. – KUNZE, J. – MEFFERT, H.: Die „Minuten-Therapie“ der Psoriasis mit Cignolin-einewirksame Behandlungsmethode für die dermatologische Fachpraxis. Derm. Mschr., 169, 1983, č. 7, s. 478–480.
10. SCHAEFER, F. – FARBER, E. M. – GOLDBERG, L.: Limited application period for dithranol in psoriasis. Brit. J. Dermat., 102, 1980, č. 5, s. 571–573.
11. SCHRÖPL, K.: Mezinárodní konference o psoriáze. Ref. Výběr Dermatoven. Sv. 26, 1984, č. 2, s. 149–155.
12. SCHWARTZ, T. – GSCHNAIT, F.: Anthralin minute entire skin treatment. A new outpatient therapy for psoriasis. Arch. Dermat., 121, 1985, č. 12, s. 1512–1515.
13. ŠTORK, J. – VOSMÍK, F.: Zkušenosti s krátkodobou (minutovou) léčbou psoriázy Cignolinem. Čs. Dermat., 59, 1984, č. 2, s. 85–88.

Klíčová slova: Psoriáza; Domácí terapie cignolinem; Výběr pacientů; Metodika léčby; Výsledky.