

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Romana BÍNOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Informovanost veřejnosti o problematice melanomu kůže

Romana Bínová

**Bakalářská práce
2008**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana BÍNOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Informovanost veřejnosti o problematice melanomu kůže**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky prevence melanomu kůže.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

30 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ČIHÁK, R. Anatomie 3. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-140-2.
2. ETTLER, K. Fotoprotekce kůže Ochrana kůže před účinky ultrafialového záření. 1.vyd. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-463-2.
3. KRAJSOVÁ, I. Je opalování nebezpečné? Jsou pihy nebezpečné?. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-24-1.
4. KRAJSOVA, I.; BAUER, J. Kožní nádory prevence a včasná diagnostika. 1.vyd. Praha: Jessenius, 1994. ISBN 80-85800-13-6.
5. PIZINGER, K. Kožní pigmentové projevy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0616-4.
6. VOSMÍK, F.a kol. Dermatovenerologie. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-633-3.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. David Stuchlík
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

25. dubna 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

SOUHRN

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou melanomu kůže.

V teoretická části jsou základní údaje o anatomii a funkci kůže, o slunečním záření, jeho složkách a faktorech a fototypech lidské kůže. Navazuje část zabývající se samotným melanomem, kde naleznete základní informace i zajímavosti o tomto onemocnění, jeho diagnostice a léčbě. Závěr teoretické části se věnuje prevenci. Zaměřuje se na důležitost samovyšetření pokožky, na ochranu před UV zářením a na preventivní programy.

Praktická část se skládá z výzkumu a jeho následného vyhodnocení. Cílem mé práce je zjistit informovanost veřejnosti o tomto onemocnění a o jeho prevenci. Na závěr je shrnutí této problematiky.

KLÍČOVÁ SLOVA

anatomie kůže, ultrafialové záření, dermatoskopie, melanom, opalování, samovyšetření pokožky, Evropský den melanomu

TITLE

Public awareness of melanoma problems

ABSTRAKT

This Bachelor's thesis deals with problems of melanoma.

A theoretical part consists of basic data about anatomy and functions; further it contains data about the sun radiation, its components and factors affecting it, and about human skin photo types. A part dealing with melanoma follows, where basic information as well as interesting facts about this disease and its treatment can be found. The final part of the theoretical section deals with prevention. It focuses on the importance of self-examination of the complexion, protection against UV radiation, and preventive programs.

A practical part consists in the research and its follow-up evaluation. The objective of my work is to find out the public awareness of this disease and of its prevention. The end of the thesis contains a summary of this problem.

KEYWORDS

skin anatomy, ultraviolet radiation, dermatoscopy, melanoma, sunbathing, Self-examination of complexion, European day of melanoma

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat MUDr. Davidu Stuchlíkovi za cenné informace, odborné rady a trpělivost, s kterou vedl moji práci.

Poděkování patří také mojí rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

OBSAH

Úvod.....	9
Cíl práce	10

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie a fyziologie kůže.....	11
1.1 Anatomie kůže	11
1.1.1 Epidermis	11
1.1.2 Dermis.....	13
1.1.3 Tela subcutanea.....	13
1.2 Funkce kůže	13
2 Ultrafialové sluneční záření.....	14
2.1 Vlastnosti a druhy záření	14
2.2 Klimatologické faktory	14
2.3 Interakce slunečního záření s kůží	15
2.4 Kožní fototyp	16
3 Maligní melanom kůže.....	17
3.1 Úvod do problematiky maligního melanom	17
3.2 Definice.....	17
3.3 Epidemiologie	17
3.4 Etiologie a patogeneze	18
3.5 Klinický obraz.....	18
3.6 Typy melanomů	19
3.6.1 Melanom in situ	19
3.6.2 Melanom povrchově se šířící (SSM) a sekundárně modulární.....	19
3.6.3 Melanom modulární.....	19
3.6.4 Lentigo maligna a lentigo maligna melanom	20
3.6.5 Melanom akrolentigiózní.....	20
3.6.6 Melanom slizniční.....	20
3.6.7 Desmoplastický melanom.....	21
3.6.8 Vzácné varianty melanomu	21
3.7 Metastázy melanomu	21
3.8 Onemocnění připomínající melanom kůže a prekancerózy.....	21
3.9 Diagnostika melanomu kůže.....	22
3.9.1 Dermatoskopie	22
3.9.2 Histologie.....	23
3.9.3 Detekce sentinelových uzlin	23
3.10 Léčba.....	23
3.10.1 Chirurgická léčba.....	23
3.10.2 Další možnosti léčby.....	24
3.11 Prognóza melanomu kůže	25
3.12 Dispenzarizace melanomu	25

4	Prevence	26
4.1	Prevence melanomu kůže obecně	26
4.2	Samovyšetření pokožky	26
4.3	Včasně chirurgické odstranění melanomu	27
4.4	Prevence při opalování.....	27
4.4.1	Používáním opalovacího krému s UV filtrem	28
4.4.2	Opalování dětí.....	29
4.4.3	Ochrana očí	29
4.4.4	Vhodné oblečení	29
4.4.5	Samoopalovací krémy a solária	29
4.5	Informovanost a edukace veřejnosti	30

PRAKTICKÁ ČÁST

Hypotézy.....	31
Metodika výzkumu.....	32
Výzkum	33
Diskuze	56
Závěr	58
Literatura	59
Seznam příloh	60

Úvod

V posledních desetiletích výskyt melanomu kůže strmě stoupá. Tento trend je patrný nejen v České republice, ale i po celém světě. Závažnost tohoto onemocnění je dána především jeho vysokou agresivitou růstu s časnou tvorbou metastáz. Příčin vzniku melanomu je celá řada od genetické predispozice po oslabení imunitního systému až k nadměrnému vystavování pokožky slunečnímu záření.

Díky zvýšenému výskytu melanomu kůže došlo i k potřebě rozvoje diagnostických léčebných a preventivních postupů. Například samotná diagnostika kůže je velmi obtížná. Melanom kůže má totiž několik klinických typů, které se mohou objevit kdekoliv na pokožce a sliznicích těla, ale i pod nehty nebo v oku, kde jsou obzvláště obtížně odhalitelné. Proto byla vyvinuta řada postupů, klasifikací a vyšetření k usnadnění diagnostiky. Jde například o novou AJCC klasifikaci, nebo o digitální dermatoskopii. Stejný rozvoj jako diagnostika zaznamenala i léčba, i když nejúčinnějším řešením časných stádií melanomu je stále chirurgické odstranění. V pozdějších stádiích tohoto onemocnění došlo v posledních letech k snížení radikality chirurgických zásahů díky detekci sentinelových uzlin a k rozvoji léčby interferonem α .

Melanom kůže je velkým problémem, protože postihuje stále mladší jedince, a pokud se objeví až v pozdních stádiích je jeho léčba velmi obtížná, někdy jen paliativní. Proto je stále větší snaha o rozvoj prevence. Ta by měla podchytit jednak časná stadia tohoto onemocnění, jednak zlepšit všeobecné povědomí o tomto onemocnění.

Cíl práce

- Zjistit jaké znalosti má veřejnost o melanomu kůže.
- Zjistit, jak jsou lidé informováni o prevenci tohoto onemocnění.
- Upozornit na tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

Motto: „Žádný člověk by nemusel na melanom zemřít“

(prof. Ackerman)

1 Anatomie a fyziologie kůže

1.1 Anatomie kůže

Kůže je plošný orgán tvořící zevní povrch organismu. Vytvořila se ze zárodečných listů ektodermu a mezodermu. Svým uspořádáním umožňuje elasticitu a změny tvaru. Kůže dospělého člověka má rozlohu asi 1,6-1,8m² a tloušťku od 0,5 mm do 4 mm. Hmotnost kůže dosahuje asi 3 kg, pokud je ale přítomen tukový polštář, může se hmotnost zvýšit až na 20 kg.

Barva kůže závisí na tloušťce, hustotě prokrvení a na množství pigmentu. Pigment se nachází v hlubších vrstvách epidermis. Jeho množství ovlivňuje lokalizace a mění se s věkem.

Reliéf kůže je charakterizován vkleslinami a vyvýšeninami. Ty tvoří ohybové rýhy, vrásky a hmatové lišty na dlaních. Kůže se skládá ze tří základních částí: epidermis, dermis a tela subcutanea. Patří sem také mazové žlázy, potní žlázy i vlasy a nehty. (1, 2)

1.1.1 Epidermis

Je povrchová vrstva tvořená epitelem vrstevnatým dlaždicovým, který je ektodermového původu. V mezibuněčných prostorech obsahuje tkáňový mok, důležitý pro výživu a transport látek. Spodní hranice epidermis je zvlněná, a tvoří kuželovité výběžky. Epidermis má vrstvy:

Stratum germinativum, neboli vrstva zárodečná, obsahující stratum basale, ve které dochází k dělení buněk, a stratum spinosum, kde se buňky oplošťují. Další vrstvou směrem k povrchu je stratum granulosum, zde je proces rohovatění nejintenzivnější. Buňky dále postupují k povrchu kůže, diferencují se a po ztrátě jádra se mění v stratum lucidum. Ta přechází do stratum corneum, která je již tvořena plně zrohovatělými buňkami, tedy bezjadernými keratinocyty. Nejpovrchnější vrstva těchto buněk se postupně rozděluje a odlučuje.

Někteří autoři uvádějí ještě vrstvu stratum disjunctum, odlučující se vrstva. (2)

Buňky Epidermis:

Keratinocyty tvoří základní stavební kameny kůže. Jejich specifické spojení jim jednak umožňuje posun do vyšších vrstev, jednak ochranu organismu před zevními faktory.

Melanocyty pocházejí z neurální lišty a jsou uloženy ve stratum basale, nalezneme je však i v horním epitelu vlasového folikulu. Mají dendritické výběžky, co vysílají mezibuněčnými prostory až do stratum spinosum. Melanocyty jsou v kůži pravidelně uspořádány, ale nejvíce jich je v často obnažených oblastech pokožky. Z melanocytů vznikají submikroskopická tělíska – melanosomy, ty postupují k povrchu kůže, zvětšují se, dozrávají a hromadí hnědý pigment melanin. Potom přecházejí do okolních keranocytů. Každý melanocyt zásobí asi 30 keranocytů. Všechny melanocyty obsahují tyrozinázu a vytváří melanin, ale jen kožní melanocyty ho mohou předat dalším buňkám. Melanin můžeme rozdělit na tři typy: Na eumelaniny, ty jsou tmavohnědé až černé a nerozpustné. Dále feomelaniny, které jsou červené, žluté. Třetí typ trichromy, mají intenzivně červenou barvu. Někteří autoři jako (3) je nezmiňují. Rasové rozdíly v barvě kůže jsou dány rozdílnou aktivitou, nikoliv počtem melanocytů. Melanocyty jsou schopny bránit kůži před UV zářením. (4)

Langerhansovy buňky jsou uloženy suprabazálně ve stratum spinosum. Jako imunokomponenty zprostředkovávají přihojování transplantátů a způsobují alergické reakce.

Merkelovy buňky jsou řídké rozmístěné smyslové buňky.

Mezi deriváty epidermis patří i ochlupení: primární, narůstající již ve fetálním období. Sekundární, kam patří například vlasy, řasy a obočí. A terciální, objevující se v pubertě. I nehty vznikly přeměnou epidermis. Jsou tvořeny z rohové ploténky na dorsální straně prstů. Skládají se z těla, kořene, bočních okrajů, nehtového valu, volného okraje a nehtového lůžka.

Nedílnou součástí kůže jsou i žlázy, které dělíme na mazové a potní. Mezi mazové žlázy patří: holokrinní, připojené k pochvám chlupů, jejich sekretem je kožní maz. Zvláštním typem mazových žláz jsou glandulae tarsales, uloženy na očních víčkách. Mezi potní žlázy patří: glandulae suboriferae, rozmístěné po celé kůži a produkující jen tekutinu. A glandulae sudoriferae apocrinae neboli velké potní žlázy. Pot produkují s příměsí sekretu a působí typický zápach. Představitelé: glandulae axillares, ciliares, ceruminosae, a další. (1)

1.1.2 Dermis

Dermis, neboli corium, je složeno z vaziva, které má kolagenní, retikulární a elastická vlákna. Kolagenní vlákna jsou spletená do snopců. Její tloušťka činí asi 0,5-2,5 mm. Dermis má vrstvy pars papillaris a pars reticularis. Někteří autoři jako (5) uvádějí ještě třetí, pars subpapillaris, kterou nalezneme mezi nimi.

Pars papillaris obsahuje síť vláken, vazivové buňky a síť kapilár. Pars reticularis je hlubší vrstva a obsahuje svazky kolagenních fibril a menší množství buněk. Tato stavba kůže umožňuje její tažnost. V dermis nalezneme i hladké svalstvo tvořící dvě struktury. První jsou vzpřimovače chlupů tvořící tzv. „husí kůži“. Druhou skupinou jsou síť buněk v hlubších vrstvách dermis. V dermis se nachází i cévní zásobené kůže. Inervaci kůže zajišťují somatosensitivními vlákna - přijímající signály dotyku, bolesti, tepla a chladu. Nalezneme zde i receptory pro prokrvení a činnost potních žláz. (1)

1.1.3 Tela subcutanea

Tvoří spojovací článek mezi dermis a fascií nebo periostem. Obsahuje vazivové pruhy – retinacula cuti. V místě těchto pruhů jsou mírné vklesliny a není zde tak velký tukový polštář jako v okolní tkáni. Dále je tela subcutanea prorostlá lalůčky tuku – panniculus adiposus. Jejich velikost závisí na somatickém typu, výživě a hormonech. Rozložení tukových polštářů se liší podle pohlaví a mění se s věkem. (1)

1.2 Funkce kůže

Kůže plní řadu důležitých úkolů: Ochranu proti vlivům vnějšího prostředí, především mechanickou, díky své pružnosti, pevnosti a nesmáčenlivosti. Dále chemickou, mikrobiologickou, imunologickou. Důležitá je také ochrana před ultrafialovým zářením, na níž se podílí především rohová vrstva a melanin. Díky své stavbě a dalším mechanismům je důležitým regulátorem homeostázy pro svou schopnost termoregulace a regulace vodní a elektrolytové rovnováhy. Další funkce, která však s předchozími souvisí, je exkrece (detoxikační), protože kůže je schopná odbourávat některé léky, toxiny. Kůže představuje i bohaté energetické rezervy. Také je samozřejmě velmi důležitým orgánem cití-hmatu. Nesmíme opomenout ani tvorbu vitamínu D. V neposlední řadě má kůže schopnost ovládat mimické svaly, a tak se podílet na psychice. (1, 2, 5)

2 Ultrafialové sluneční záření

2.1 Vlastnosti a druhy záření

V posledních letech stoupá výskyt melanomu kůže. Tento jev je přičítán především zvýšenému působení ultrafialového záření (dále UV), považovaného za hlavní ovlivnitelnou příčinu jeho vzniku.

UV záření dopadající na zemský povrch je druh elektromagnetické radiace. Energie elektromagnetického záření je přímo úměrná frekvenci a nepřímo úměrná vlnové délce. Důležité je zmínit se o iradiaci, která vyjadřuje množství energie záření, dopadající na plochu za jednotku času a dávce záření, což je celkové množství energie dopadlé na ozářenou plochu. Měření záření se zabývá obor dozimetrie a měřicí přístroje jsou fotometry, radiometry.

Přirozený zdroj elektromagnetického záření je slunce, které vyzařuje široké spektrum vlnových délek. Ty jsou ale při průchodu atmosférou filtrovány, proto na pokožku dopadá především ultrafialové 100-400 nm, viditelné 400-760 nm a infračervené záření 760-3000 nm.

Nejdůležitější je ultrafialové záření, které se dále dělí na pásma podle vlnové délky: UVA- prochází atmosférou a způsobuje přímo zhnědnutí kůže (320-400 nm) UVB - způsobuje spálení kůže, s odstupem vyvolá zhnědnutí (290-320nm), UVC- nebezpečné životu na zemi, neprochází atmosférou (100-290 nm). (6) Rozpětí vlnových délek se mezi jednotlivými autory liší. (7, 8, 9)

2.2 Klimatologické faktory

Tyto faktory pozměňují účinek slunečního záření, jeho intenzitu, spektrální rozsah a následně jeho působení na pokožku.

Jedním z nich je výška slunce. Při velké výšce slunce dopadají paprsky na zemi s větší intenzitou, než když je slunce při obzoru. Poloha slunce na obzoru se mění během dne (maximum je mezi 11h a 14 až 15h), během roku (rozdíl působení UV mezi letním a zimním obdobím jsou značné), ale také v závislosti na zeměpisné šířce.

Dalším faktorem je nadmořská výška. Intenzita UV záření roste s nadmořskou výškou, protože množství absorbujících látek v atmosféře klesá.

UV záření ovlivňuje i rozptyl v atmosféře, který je způsoben molekulami plynů a pevných látek na záření. Na zemském povrchu je poměr přímé a rozptýlené UV radiace 1:1.

Mezi klimatologické faktory řadíme také oblačnost a zákal, největší intenzita UV záření je za jasné oblohy. Zeslabující vliv mají i kouřové a pachové částičky vzduchu.

Dalším faktorem je odraz záření od zemského povrchu, kdy část se absorbuje zemským povrchem, nezanedbatelná množství je však odražena zpět do atmosféry. Například čerstvý sníh odráží asi 80%, písek odráží naproti tomu 25%.

Důležitou úlohu má i ozón, který v atmosféře tvoří 2 vrstvy. Dolní vrstva je složena podstatnou částí městským smogem a není zdraví prospěšná. Vrchní vrstva se rozkládá v stratosféře a odfiltrovává podstatnou část UV záření, tak chrání život na zemi. Tloušťku této vrstvy ovlivňuje slunečním záření, vzdušným prouděním a ročními obdobími.(6, 9)

2.3 Interakce slunečního záření s kůží

Aby došlo k biologickému účinku záření s kůží, musí se energie do kůže absorbovat. Při dopadu záření na kůži je část odražena zpět do prostředí. Pohlcené záření prochází vrstvami pokožky, zpětně se lomí, nebo proniká dále, dokud není zcela pohlceno. Záření s určitou vlnovou délkou absorbuje látka chromofor, mající klíčovou úlohu při fotochemických a fyto biologických dějích. Na nich se podílí DNA, bílkoviny, melanin a další. Reakce kůže závisí na absorpci vlnových délek, na které jsou citlivé živé buňky. Účinky UV záření můžeme dělit na časné (například opálení), a pozdní (tedy stárnutí kůže).

Z jiného úhlu pohledu má UV záření na pokožku pozitivní a negativní vlivy:

Pozitivní vliv UV záření – již při malých dávkách dochází k přeměně vit. D v kůži. Můžeme sem zařadit i vliv na psychiku, protože mnoho opálených lidí si připadá atraktivní.

Negativní vliv většího množství UV záření – vyvolá poškození:

Erytémové reakce (radiačně podmíněný zánět) – je nejnapadnější akutní kožní odpověď na UV ozáření. Je spojen s lokálním zvýšením teploty, bolestí, otokem a erytémem. Pozdní stádia této reakce mohou být doprovázeny olupováním kůže.

Pigmentace – dochází k zvýšení pigmentace a to ve dvou etapách, tedy v časné, která začíná při opálení a trvá krátce. Jde o přeměnu již přítomného melaninu v kůži. Pozdní ztmavnutí je způsobeno novotvorbou melaninu a je patrná asi po 72h, vydrží individuálně.

Subakutní změny po UV ozáření – jde o patologickou citlivost kůže na UV záření neboli fotosenzitivitu. Do této skupiny patří i fotofoxicita, fotoalergická reakce a imunosupresivní účinek UV záření, který může být příčinou karcinogeneze.

Chronické změny kůže po UV ozáření – nejčastějším následkem dlouhodobého ozáření kůže je její stárnutí (z naakumulovaného poškození koria) a změna kožní tloušťky neboli keratinace (vyvolaná zvýšeným mitotickým dělením). Dále zhrubnutí, ztráta pružnosti, tvorba

pigmentových skvrn a vrásek. Nejzávažnější následkem je karcinogeneze. Prokázalo se, že kožní nádory se objevují častěji na místech vystavených UV záření, než na krytých.

Poškození očí – při nadměrném působení UV záření může nastat akutní stav tzv. „Sněžná slepota“, a při dlouhodobém působení k vážnému poškození zraku.

UV záření a léky – některé léky ovlivňují interakci kůže s UV zářením. Jde hlavně o antibiotika, antihypertenziva a imunosupresiva. (6, 7, 9)

2.4 Kožní fototyp

Podle reakce kůže na ozáření, intenzity pigmentace kůže, vlasů a barvy očí jsou stanoveny varianty kožních fototypů. Ty jsou nápomocny při volbě vhodné ochrany před UV zářením.

Fototypy:

- 1, Vždy se spálí, nikdy se neopálí. Jsou to lidé se světlou kůží, světlými nebo rezatými vlasy a modrýma očima. Tato skupina lidí je nejvíce ohrožena UV zářením (keltský typ).
- 2, Obvykle se spálí, někdy se opálí. Tito lidé mívají světlou kůži, plavé vlasy, někdy pihy a modré, nebo zelenošedé oči (Evropan se světlou pleť).
- 3, Někdy se spálí, vždy opálí. Tito lidé mají snědou kůži, tmavé vlasy, hnědé oči (Evropan s tmavou pleť)
- 4, Nerudne, pigmentuje velmi dobře, olivová pleť, tmavé vlasy (středomořský typ).
- 5, Hnědá rasa (Arabové).
- 6, Černá rasa (Černoši).

U nás se nejčastěji vyskytují první 4 typy, proto většina autorů neuvádí všech 6 fototypů. Nejrizikovější skupinou pro vznik melanomu jsou lidé, kteří se snadno spálí, nikdy se neopálí a přitom se špatně chrání před UV zářením. (3, 6, 10)

3 Maligní melanom kůže

3.1 Úvod do problematiky maligního melanomu

Maligní melanom provází lidstvo již od nepaměti. První zmínky o něm podal již Hippokrates v 5. století př.n.l. V roce 1787 byla o melanomu publikována první světová odborná zmínka. U nás je první zmínka o melanomu z roku 1858.

Maligní melanom (dále jen melanom) je kožní pigmentový projev, který patří mezi primární melanocytové maligní onemocnění. Primární kožní nádory patří mezi nejčastější nádorová onemocnění, melanom je na rozdíl od jiných onemocnění v této skupině vzácnější. Na druhou stranu má nejvyšší úmrtnost a vysokou agresivitu růstu. Proto se mu věnuje stále více pozornosti. Ta je zaměřena na prevenci vzniku a časný záchyt. Zdokonalují se i vyšetřovací a léčebné metody, které by zmírnily následky a prodloužily život nemocných.

(4, 8, 10)

3.2 Definice

Melanom je jeden z nejzhoubnějších nádorů vůbec. Vzniká invazivní neoplastickou proliferací melanocytů v kůži, konjunktivách a vzácně i v oku, kde se vyskytují melanocyty. Melanocyty však nalezneme i v močovém měchýři, gastrointestinálním traktu, plicích, ováriích i žlučníku, proto i zde může vzácně docházet k jejich malignímu zvratu. (2)

3.3 Epidemiologie

Incidence melanomu v posledních desetiletích strmě stoupá prakticky po celém světě. Největší nárůst nových případů je u bělochů v oblastech: Austrálie, Nového Zélandu. V Evropě je nárůst incidence 5–8 % ročně. V ČR je trend obdobný, viz. příloha A. Melanom je onemocnění středního věku, takže největší počet nemocných je ve věkové skupině 30–40 let a druhá vlna nárůstu je mezi 55–70 rokem. Například u dětí je tento nádor vzácný. Dříve se uvádělo, že je melanom častější u žen než u mužů. Nejnovější poznatky však ukazují, že se rozdíl mezi pohlavími stírají, někde mizí zcela. (10, 4)

Mortalita na melanom je vysoká, naštěstí však nekopíruje vzestup incidence, ale má setrvalý charakter. Na rozdíl od incidence, která je, jak už bylo řečeno u mužů i žen stejná, je mortalita v ČR vyšší u mužů. Hlavně proto, že muži přicházejí v pozdějších stádiích nemoci. (10)

3.4 Etiologie a patogeneze

Všeobecně se dá říci, že etiologie je neznámá. Existují však rizikové faktory, které mají významný podíl na jeho vzniku. Mezi nejčastější patří:

Pozitivní rodinná anamnéza melanomu při jeho familiárním výskytu. Dále vrozená onemocnění kůže, například xeroderma pigmentosum, které má dvatisícekrát vyšší riziko vzniku melanomu. Rizikové jsou i velká množství melanocytových afekcí (dysplastické névy a jiné přednádorové projevy) na kůži. Z genetického hlediska jsou rizikové chromozomální aberace a fototyp kůže. Svojí roli hraje také funkčnost imunitního systému, věk a etnický původ. Rizikové je samozřejmě i působení UV záření na kůži, hlavně v dětství, což bylo potvrzeno i mnoha epidemiologickými studiemi. Důležitou úlohu hraje především: celková dávka záření, typ expozice a četnost spálení kůže. S tím bezprostředně souvisí i životní styl.

Melanom začíná mutací, která není účinně organismem opravena. Tak se spustí kaskáda dějů vedoucí k vzniku patologických melanocytů, které se dále nekontrolovatelně množí. Růst nádoru probíhá ve dvou rovinách: 1- horizontálně, kdy melanocyty pronikají jen do vyšších vrstev epidermis a 2- vertikálně, kdy melanocyty proniknou do dermis a zde se dále množí. Melanom je nádor mající velký sklon k metastazování, protože melanocyty v melanocytových afekcích nejsou vzájemně fixovány, a tak se mohou uvolňovat do okolí. U většiny nemocných vzniká melanom ve zdravé pokožce (asi ve dvou třetinách) z melanocytové afekce (v jedné třetině případů), proto by neměl ujít pozornosti, přesto se to často stává. (4, 5, 10)

3.5 Klinický obraz

Melanom se může objevit kdekoliv na pokožce těla. Reakce organismu na tento proces se může projevit jako lymfohistiocytární infiltrát, ale i jako vazivová přeměna.

Hlavní projevy, které jsou možným projevem melanomu:

Změna velikosti – drobné ložisko se začíná zvětšovat.

Změna barvy – dochází ke skvrnitosti, nebo významnému ztmavení ložiska.

Změna okrajů a tvaru – ložisko se může šířit nepravidelnými výběžky a zářezy.

Změny pocitů – ložisko začíná svědit.

Změny povrchu – rovné ložisko se začíná šupit a zvedat nad okolí.

Ztráta pigmentu – u některých nemocných dochází k vymizení pigmentace z různých částí těla a v různě velkých ložiscích. Tento projev se považuje za prognosticky příznivý rys.

Regrese – tento projev se charakteristicky vyskytuje u melanomů, hlavně u lentigo maligna melanomu a jde o prohlednutí a zesvětlení až částečné vymizení melanomového ložiska.

Ulcerace – v pokročilých stádiích nádoru vzrůstá tendence k poškození kožního krytu a vzniku vředu. Tento projev je často doprovázen krvácením.

Tloušťka nádoru – bude popsána v prognóze melanomu.

Lokalizace nádoru – nejčastěji na hrudníku u mužů a dolních končetinách u žen. (4, 8)

3.6 Typy melanomů

3.6.1 Melanom in situ

Tento melanom není samostatnou klinickou jednotkou, ale první fází vývoje melanomu. Melanom in situ se objevuje jen v epidermis, takže nádorové melanocyty nepřecházejí přes bazální membránu do dermis. Melanocyty se rozšiřují jen horizontálně.

Klinicky se melanom in situ projeví jako plochá skvrna několik milimetrů veliká a trvale se zvětšující, s hladkým povrchem v různých odstínech hnědé a nepřesnými okraji vyskytující se kdekoliv na kůži. V této fázi melanom většinou nečiní obtíže, a pokud není odstraněn, přechází do dalších klinických stádií.

3.6.2 Melanom povrchově se šířící (SSM) a sekundárně modulární

Jde o nejčastější formu melanomu objevující se v mladším a středním věku (30 -50 let).

Klinicky se projeví nejčastěji jako 1–3 cm veliká, vyvýšená, hladká a ostře ohraničená skvrna. Její barva se pohybuje od tmavohnědé k černé v odstínech až do modra. Tento nádor se nejčastěji vyskytuje na zádech u mužů a dolních končetinách u žen. Začíná jako malá tečka, která několik měsíců a let roste. Nejprve horizontálně a následně se vyvyšuje. Dokud je melanom plošný a nevyvyšuje se, nemá schopnost metastazovat, pokud se chirurgicky odstraní v této fázi, znamená to úplné vyléčení. Pokud se neodstraní, dojde k vertikálnímu růstu (sekundárně modulární melanom), začíná být agresivní a objevují se krvácení a ulcerace. Matoucí jsou spontánní regrese nebo amelanotická forma, která je ale vzácná.

3.6.3 Melanom modulární

Je druhou nejčastější formou melanomu. U tohoto melanomu dominuje vertikální růst.

Klinicky se zezáčátku projeví jako malá hnědá ploška, měnící se v papulu a dále ve vyvýšený polokulovitý uzlík kdekoliv na kůži. Ten rychle roste až do velikosti několika

centimetrů, jeho barva je sytě hnědá až černá. Povrch melanomu je hladký, postupně se však může objevit nehojící se mokvání a ulcerace po poranění. Obvykle se brzy objeví metastázy.

3.6.4 Lentigo maligna a lentigo maligna melanom

Jsou to dvě vývojové fáze jednoho typu melanomu. Lentigo maligna je považován za prekancerózu a až po přechodu v lentigo maligna melanom za maligní nádor.

Lentigo maligna je nestejněměrné, drobné a pomalu rostoucí ložisko, které je rozmanitě, ale spíše světle hnědě pigmentované. Zvětšuje se, je nestejněměrně pigmentované. Vyskytuje se na místech často vystavených UV záření. Pokud se neodstraní, přechází do další formy.

Lentigo maligna melanom představuje již zcela vyvinutý melanom v daném ložisku. Vyvine se postupem let z předchozí formy přechodem ve vertikální růst. Možné výhledy v ložisku ukazují na regresi. Tento melanom se objevuje nejčastěji na obličeji a rukách, je častější u žen než mužů a objevuje se v pozdějším věku (kolem 60 let).

3.6.5 Melanom akrolentigiózní

Tato forma melanomu je odlišná jen svou lokalizací na akrolentigiózních oblastech těla, tedy tam, kde nejsou vlasové folikuly. Tento typ je častější u černé a asijské rasy než u bílé.

Klinicky se projeví jako rostoucí nestejně hnědá nepravidelná skvrna, šířící se hlavně horizontálně (může však prorůst do spodních vrstev). Tato skvrna může často uniknout pozornosti, protože nečiní obtíž. Akrolentigiózní typ se vyskytuje na dlaních, ploskách, prstech a nehtových lůžcích. Tato forma postihuje spíše starší pacienty a u nás je vzácná. Rizikové jsou formy rostoucí pod nehtem, kde jsou obtížně diagnostikované. Tím je charakteristický například subungulární melanom, jehož lokalizace je spjata s nehtovým lůžkem.

3.6.6 Melanom slizniční

Primárně slizniční melanomy je třeba odlišit od slizničních metastáz. Tento typ je u nás vzácný. Jeho lokalizace je nejčastěji na sliznici ústní, nosní, genitálu a anu.

Klinicky se projeví jako ložisko bez významných atypií, začínající činit obtíže až při vertikálním růstu. I zde se setkáváme s amelanotickou formou, stěžující diagnostiku.

3.6.7 Desmoplastický melanom

Desmoplastické změny se mohou sekundárně objevit u všech již jmenovaných typů. Primární desmoplastický melanom je stav, kdy dochází díky vřetenovitým melanocytům, k napodobování vazivové tkáně. Objevuje se nejčastěji na hlavě a krku a je velmi vzácný.

3.6.8 Vzácné varianty melanomu

Tyto formy nemají typický vzhled a prokážeme je hlavně histologicky. Patří sem: névoidní melanom, polyploidní melanom, maligní modrý névus a další.

Melanom může být také atypický nepřítomností pigmentu, melanom amelanotický. Jeho barva je do červena, nebo imituje normální barvu kůže. Stanovení diagnózy podle klinického obrazu je zde prakticky nemožné a prokáže se také pouze histologicky.

Atypický je i melanom oční, kde je postižena spojivka, nebo živnatka.

Většina autorů neuvádí všechny typy melanomů, ale jen ty nejčastější. Někteří autoři zase spojují akrolenginózní a slizniční melanom do jednoho typu. Fotky melanomů naleznete viz. příloha B. Rozdělení podle typů jsem čerpala hlavně z (10) a dále (4, 8)

3.7 Metastázy melanomu

Melanom může metastazovat kamkoli do organismu. Nejčastější lokalizace jsou do kůže a podkoží, uzlin, plic, jater a do kostí. Doba přežití pacienta s metastázami je individuální, ale většinou se pohybuje okolo 6–9 měsíců. Metastázy se mohou projevit kachexií, artritidami, nočním pocením a dalšími příznaky. Metastázy můžeme rozdělit na lokální, ty jsou v bezprostřední blízkosti primárního nádoru, dále na lokoregionální, které jsou v blízkých uzlinách a vzdálené, které se objevují v orgánových soustavách. (10)

3.8 Onemocnění připomínající melanom kůže a prekancerózy

Pigmentových kožních projevů, které jsou podobné nebo zaměnitelné s melanomem kůže, je celá řada. Proto uvádím několik nejčastějších:

Melanocytární névy - můžeme je zařadit mezi benigní kožní léze, vzniklé místním zmnožením a přeměnou melanocytu. Jde o nejčastější pigmentové projevy. Névy považujeme v hojném počtu za ukazatel rizika vzniku melanomu u daného jedince. Névy můžeme rozdělit

do několika skupin, uvádím nejčastější: kongenitální, získané, dysplastické (považované za rizikový faktor až prekancerózu melanomu) a další.

Další zaměnitelná onemocnění: solární keratom, verruca seborrhoica a jiné. (4,10)

3.9 Diagnostika melanomu kůže

Díky snadné dostupnosti kůže ke klinickým vyšetřením, by se mohlo zdát, že odhalení patologických změn nebude problém. Bohužel tomu tak není. Díky neznalosti přichází totiž řada pacientů až v pozdních stádiích onemocnění, nebo se bojí a k lékaři raději nejdou vůbec.

Diagnostika melanomu kůže se opírá o sběr anamnézy. Pacienta se ptáme na rodinnou anamnézu, kde sledujeme výskyt melanomu a jiných pigmentových projevů u příbuzných.

V osobní anamnéze se zaměříme na postižené ložisko, jeho růst a problémy, které působí. Ptáme se i na četnost pobytu na slunci, který je nedílnou součástí některých aktivit a zájmů, například sport a zahradničení. Důležitá je anamnéza pracovní při práci venku.

Klinické vyšetření se zaměřuje na postižené místo, jeho vzhled a abnormality již popsané v klinickém obraze. Pro laiky je pomůckou pravidlo ABCDE, o kterém se zmíním dále. Nutná je i podrobná prohlídka celé pokožky, s cílem odhalit případné metastázy. U pacienta by se také měl stanovit kožní fototyp. (10, 11)

3.9.1 Dermatoskopie

Jde o neinvazivní vyšetřovací metodu, které pomocí 10 až 20x zvětšující oční lupy s osvětlením, vyšetří pigmentové struktury. Do praxe byla zavedena v roce 1971. Její pomocí se mohou včasné diagnostikovat a vhodně léčit maligní melanocytární léze a na druhé straně omezit excize benigních projevů. Úspěšnost tohoto vyšetření je podmíněna zkušenostmi lékaře s touto metodou. V roce 1989 se zavedena jednotná terminologie pro popis dermatoskopie. V roce 1994 byla Stolzem a kol. stanovena tzv. ABCDE pravidla dermatoskopie. O upřesnění a zlepšení diagnostiky se zasloužili i Menzies 1996, popsáním 11 rysů a Dal Pozzo 1999 popsáním 7 dermatoskopických rysů, charakteristických pro melanom. Za stejným cílem byla vyvinuta i metoda 7 FFM.

Digitální dermatoskopie je metoda používaná k zpřesnění diagnostiky a k dlouhodobému sledování lézí. Je postavena na matematické analýze dermatologického nálezu. Digitální dermatoskop se skládá z malého ručního elektronického videomikroskopu s barevným senzorem připojeným k počítači. Na vyšetřované ložisko se aplikuje roztok zlepšující kontakt mezi kůží a dermatoskopem a usnadní vyšetření. Přednosti tohoto vyšetření jsou hlavně

možnost zvětšení sledované léze a její porovnání s nálezy v databázi. Dále usnadnění vzájemné komunikace mezi odborníky. Velkou výhodou této metody je možnost uchování obrazu a následného srovnání vývoje léze. Digitální dermatoskopie se neustále vyvíjí a hledá nové možnosti usnadňující diagnostiku. Jednou z nich je program tzv. mole-map, mapující pigmentové névy po celém těle. (10, 11, 12)

3.9.2 Histologie

Základním vyšetřením, které by mělo prokázat, zda jde o benigní nebo maligní nález a předpovědět jeho další chování, je histologie. Pro správné posouzení vzorku je třeba dobrý popis klinického nálezu. I toto vyšetření však do značné míry závisí na zkušenostech lékaře. Při nejistotě nám může pomoci ještě imunohistochemické vyšetření, u kterého pátráme po markrech S-100 protein, HMB-45 protilátky, prokazující pozitivitu nádorových buněk. (2,10)

3.9.3 Detekce sentinelových uzlin

Při podezření na metastázy v uzlinách a u pokročilých stádií melanomu se provádí detekce sentinelových uzlin. Sentinelová uzlina je spádovou uzlinou pro oblast rostoucího melanomu. Určí se pomocí lymfatického mapování, prováděného injekční aplikací značeného technecia do okolí melanomu. Následně se provede operační vyjmutí uzliny za pomoci gamakamery. Po zhodnocení uzliny histologem se rozhodne o dalším postupu léčby. Sentinelová uzlina je většinou jedna, vzácně jich může být více. Sentinelové uzliny se nevyšetřují při klinickém prokázání metastáz - nebo pokud je závažná kontraindikace.

Další vyšetření pro průkaz metastáz jsou: počítačová tomografie, ultrazvuk, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie a další. (8, 10)

3.10 Léčba

3.10.1 Chirurgická léčba

Základní a nejúspěšnější léčba je včasné odhalení primárního nádoru a jeho chirurgické odstranění. Tento vysoce maligní nádor je tak ve svém počátku, plně léčitelný.

Nález je nejlépe odstranit šetrně skalpelem, aby se vzorek mohl dále histologicky vyšetřit. Řada studií (např. WHO publikovaná 1991) prokázala, že není třeba chirurgické odstranění melanomu provádět tak radikálně, jak bylo v minulosti zvykem z obavy před lokálními

recidivami. Zajišťovací lem (řez provedený kolem léze do hloubky a šířky) je závislý na tloušťce melanomu a na lokalizaci. U melanomu in situ je zajišťovací okraj 0,5cm, u tloušťky do 1,0 mm, bude okraj 1cm, od 1,0 do 4,0mm je zajišťovací lem 2cm. Větší nádory nad 4,0 mm až 3cm zajišťovacího lemu. Při lokalizaci melanomu na obličejí je bezpečnostní okraj jen do 1cm z kosmetických důvodů. Komplikované jsou lokalizace na prstech, kde je často nutná amputace, a na sliznicích. Řez by měl sahat do hloubky až ke svalové fascii. Při dobré prognóze (melanom in situ) a správném provedení exize není třeba další léčby.

Souběžné odstraňování regionálních uzlin záleží na detekci sentinelových uzlin, na klinickém nálezu a na stavu pacienta. (10)

3.10.2 Další možnosti léčby

Pro zajištění stavu a předcházení možnému návratu onemocnění nebo jeho úplné likvidaci je vhodné použít podle individuálního nálezu i další léčebné metody, jako například:

Radioterapie je účinná, ale bohužel také jen v paliativní léčbě, hlavně u metastáz do uzlin. Neplatí však, že je melanom radiorezistentní nádor, jak se dříve předpokládalo.

Imunoterapie zaznamenala v posledním desetiletí značný rozvoj. Zkoušela se léčba pomocí nespecifické imunoterapie, ta však nesplnila očekávání a dnes se již nepoužívá. U specifické imunity se velká pozornost upínala k vytvoření vakcíny proti melanomu, ale ani zde se nepodařilo docílit předpokládaných výsledků. Větší úspěch byl zaznamenán až u interferonů. Jsou to proteiny schopné inhibovat nádorový růst. Konkrétně jde o interferon alfa. Koncem 20. století proběhla řada studií, které však neměly stejné podmínky a proto je těžké je porovnat. Vyplývalo z nich však, že i přes řadu nežádoucích účinků je interferon alfa v dnešní době jednou z mála možností, jak prodloužit přežití a oddálit relaps onemocnění. Dnes se interferon alfa nejčastěji kombinuje při léčbě s cytostatiky. A dále se zkoumá.

Chemoterapie po operacích pokročilých tumorů výrazně neprodlužuje přežití ani neoddaluje relaps onemocnění. Využívá se hlavně v lokální léčbě melanomu při takzvané izolované končetinové cytostatické perfuzi, jejíž uplatnění je při mnohočetných metastázách izolovaných na končetině. Tato metoda je do značné míry závislá i na vyšší teplotě končetiny.

Mezi další možnosti léčby a zlepšení stavu, používané hlavně k odstranění metastáz, slouží: kryoterapie, kdy kožní metastázu zmrazíme kryokauterem a dále elektrochemoterapie. Také existuje řada léčebných schémat, kombinující různé terapeutické možnosti. (2, 8, 10)

3.11 Prognóza melanomu kůže

Chování melanomu je obtížně předvídatelné a může se dramaticky měnit. Řada snah proto směřuje k určení kritérií, která by pomohly stanovit prognózu melanomu. Průběh onemocnění se většinou odhaduje podle klinických a histologických kritérií.

Z histologického pohledu je důležitá tloušťka nádoru. Nejčastějším klasifikací tloušťky patří dělení dle Breslowa, které má 4 kategorie. Tloušťka nádoru se měří v histologických řezech a představuje vzdálenost mezi nejhořejším místem v stratum granulosum až po spodní uložení nádoru v korium nebo tukové tkáni. Tloušťka nádoru má vliv na vznik metastáz. Na podobném principu funguje i klasifikace podle Clarka, která hodnotí hloubku prorůstání melanomu do tkáni a má 5 stupňů.

Samozřejmě při hodnocení melanomu jsou důležitá i další kritéria. Proto byla vyvinuta AJCC klasifikace melanomu, její novelizaci z roku 2002 naleznete viz. příloha C. Tato nová klasifikace hodnotí primární nádor, jeho tloušťku a nově například i ulcerace ložiska nebo mikrometastázy. Cílem této TNM klasifikace je rozdělení melanomu do jednotlivých stádií onemocnění. Toto dělení je nápomocno při dispenzarizaci či volbě léčby. I tato klasifikace má však své nedostatky, a protože se tato problematika stále vyvíjí, bude se jistě měnit i ona.

Prognosticky nepříznivý je také vertikální růstu, metastázy a lokalizace melanomu na hlavě a krku. Nepříznivý je i vyšší věk a dále mužské pohlaví, z důvodu absence hormonů a horšího průběhu onemocnění. Z histologického hlediska je nepříznivý počet mitóz a z laboratorního o zvýšené sérové markery. (4,10)

3.12 Dispenzarizace melanomu

Jde o sledování pacienta s cílem včasného odhalení relapsu onemocnění. Melanom pro svou agresivitu vyžaduje zvláště důslednou dispenzarizaci. Ta závisí na prognostických faktorech i například na psychice pacienta. Dispenzarizace je volena individuálně.

Pacient s příznivou prognózou sledujeme prvních 5 let jednou za půl roku a následně jednou ročně. Při kontrole vyšetřujeme původní ložisko i celou pokožku. Probíhá fyzikální kontrola uzlin a preventivně i rentgen plic pro odhalení metastáz. Pacient se středně dobrou prognózou u tloušťky nádoru od 1,1-4,0 mm prvních 5 let kontrolujeme jednou za 3 až 6 měsíců a dále jednou za půl roku. Mimo již jmenovaná vyšetření se provádí ultrazvuk uzlin. U pacientů s prognosticky nepříznivými melanomy, což je tloušťka nad 4,0 mm, jsou kontroly prvních 5 let jednou za tři měsíce a dále jednou za půl roku. Vyšetření jsou obdobná, ale přidává se ještě CT vyšetření a pozitronová emisní tomografie k vyloučení metastáz. (10)

4 Prevence

4.1 Prevence melanomu kůže obecně

Podmínkou úspěšné prevence melanomu kůže a kožních chorob je dobrá znalost problematiky. Díky znalosti rizikových faktorů, prvních projevů a prevence, by se mohlo zabránit mnohdy fatálním následkům. Obecně bychom měli kůži vhodně chránit a pečovat o ni pomocí ochranných pracovních, hygienických a kosmetických pomůcek. (2)

4.2 Samovyšetření pokožky

Samovyšetření pokožky je nejdůležitější prevencí melanomu kůže. Jde o pravidelné vizuální kontroly pokožky, která se provádí jednou za tři měsíce, u ohrožených osob měsíčně. Při samovyšetření pokožky si všímáme jakýchkoliv podezřelých změn již popsanych v klinickém obraze melanomu. Pomůckou pro laiky může být tzv. ABCDE pravidlo sestavené již v roce 1985, které si všímá 5 základních vlastností charakteristických pro melanom. Jsou to A-asymetrie (nepravidelný tvar), B-borduer (nepravidelné okraje), C- colour (nejednotné zbarvení), D-diameter (velikost) a nově i E – evolving (vývoj ložiska). Pokud u vyšetřované pigmentové léze nalezneme alespoň 3 tyto znaky, měly bychom pomýšlet na melanom a ložisko dále vyšetřit. (10, 13)

Postup při samovyšetření je následující: nejprve si prohlédneme ruce a předloktí z vnitřní strany, dáváme pozor na prostory mezi prsty a na nehty. Potom pozvedneme předloktí dlaněmi vzhůru do výše obličeje a stejnou kontrolu provedeme v zrcadle, tedy ty partie, které jsme před tím neviděli. Dále v zrcadle zkontrolujeme obličej, krk, hrudník, břicho, stehna a bérce zepředu. Potom se postavíme k zrcadlu bokem a pohlížíme postraní partie celého těla zprava i zleva. Nesmíme zapomenout zvednout ruce a prohlédnout podpaží. Další etapou je prohlížení těla zezadu, to znamená: lýtka, stehna, hýždě. Na prohlédnutí zad a uší potřebujeme systém dvou zrcadel, stejně pohlížíme také kšticí, kde nám může pomoci fén. Nakonec si prohlédneme vnitřní stranu stehen, plosky nohou, meziprstní prostory a nehty na nohou. Neměli bychom zapomínat ani na genitál. Grafické znázornění samovyšetření pokožky naleznete viz. příloha D. (7)

Chceme-li předejít melanomu kůže, měli bychom mít přehled o své pokožce, vědět o znaménkách i jiných útvarech na vlastní kůži. Toho docílíme jen tehdy, pokud si alespoň jednou za tři měsíce uděláme čas a podrobně prohledneme celý kožní povrch. Velká část nemocných umírá jen proto, že se nádor v počáteční fázi přehlédl, nebo nepoznal.

4.3 Včasné chirurgické odstranění melanomu

Prognóza melanomu je závislá na včasném odhalení, kterého dosáhneme pomocí pravidelného samovyšetření pokožky. Při sebemenší podezření na melanom, bychom neměli váhat, ale navštívit co nejdříve odborníka. Nejlépe je vyhledat přímo melanomovou poradnu nebo navštívit dermatologa. Ten potom rozhodne o dalším postupu.

Jak již bylo naznačeno, kožních projevů zaměnitelných s melaninem je mnoho. Proto je často volen postup preventivního odstraňování podezřelých lézí za účelem zabránění maligního zvratu a podrobnější diagnostiky. V posledních letech se s tímto postupem setkáváme stále častěji a je rozšířen i ve všeobecném povědomí. (7, 13)

4.4 Prevence při opalování

Problematika prevence melanomu kůže a interakce kůže se slunečním zářením není trend jen posledních několika let. Již ve starém Egyptě a Indii se lidé před slunečním zářením chránili lnem a vlnou a hlavu si chránili klobouky. Začátkem 19. století bylo poprvé popsáno působení slunečního záření na pokožku. Dnes by se dalo říci, že ochranu před UV zářením zdokonalujeme a znovu objevujeme, protože v době nedávno minulé bylo opalování považované za zdravé a žádoucí.

I dnes zjišťujeme, že většina populace podceňuje ochranu před UV zářením. Názorným příkladem vážnosti situace může být studie Karlovy univerzity, která zjistila, že ve věku 40-60 let používá opalovací krém jen 15% mužů. (14)

Ochranu proti UV záření dělíme na přirozenou a umělou. Do přirozené ochrany patří například zvýšená činnost melanocytů nebo keratinace. Umělou ochranu můžeme dále dělit na aktivní (fotoprotektivní adaptace, jde o osvit kůže menšími dávkami UV záření a fotochemoprotekce). Umělá pasivní ochrana zahrnuje především stínění a požívání krémů s UV filtrem.

Z jiného pohledu se ochrana před UV zářením dělí na místní (kam patří používání krémů s filtrem) a systémovou. Do systémové ochrany řadíme látky jako jsou betakaroteny, vit. C a E, antioxidanty a jiné, ovlivňující interakci organismu s UV zářením. Výzkumy prokázaly, že i omezení tuků v potravě má kladný vliv při ochraně před UV zářením.

Ochrana před nadměrným působením UV paprsků je důležitou složkou prevence. U melanomu kůže je známé, že rizikové je hlavně UV záření v dětství, a to hlavně při krátké a nárazové expozici. Proto považují za nutné se zmínit o ochraně před UV zářením. (3, 6)

4.4.1 Používáním opalovacího krému s UV filtrem

Tyto prostředky ochraňují pokožku před UV zářením. Ochranný filtr je látka, která absorbuje, odráží, nebo rozptyluje UV záření, dopadající na kůži hlavně UVB, některé moderní přípravky i UVA a tím ji chrání. Jejich působení může být na chemickém podkladě, jde například o aminobenzoáty, benzofeny, salicyláty a další. Na podkladě fyzikálním působí oxid železitý, oxid zinečnatý a jiné.

Intenzita ochranného filtru se určuje číslem, tzv. ochranným faktorem neboli slunečním protektivním faktorem = SPF. Toto číslo určuje, nakolik je filtrováno působení UV záření při správné aplikaci. Zjednodušeně lze říci, že číslo faktoru určuje, kolikrát déle může být člověk vystaven UV záření, aniž by se spálil, s použitím krému, než bez něj. Hodnota ochranného faktoru se stanoví pomocí testování na základě norem (Evropa má normou COLIPA z roku 1994). Ale i při použití krému s vysokým faktorem, může dojít při dlouhodobém slunění k spálení kůže, protože dopadu UV paprsků nelze zabránit zcela. Hlavní funkcí krémů je předejít erytému.

V posledních letech se doporučují používat přípravky s vyšším ochranným faktorem. Pro výběr správného ochranného faktoru nám slouží různé tabulky nebo „sluneční disky“.

Při koupi krému nezáleží většinou na ceně, která se liší díky různým masťovým základům krémů. Přípravky na ochranu před UV zářením mají různou formu, jako jsou gely, krémy, rtěnky nebo jsou určeny jen na jeden druh pleti.

Látky na principu fyzikálního působení mají okamžitý ochranný účinek na rozdíl od chemických, které se musí nanášet 30 min před sluněním. Vrstva nanášeného krému by měla být asi 2mg/cm² a aplikaci opakovat 30 minut od prvního natření. Opakování je nutné podle aktivity opalovaného (plavání, otírání ručníkem), ale většinou po 2 hodinách. Pro koupání je vhodné použít voděodolné přípravky a po koupání provést znovu natření. Výzkumy zjistily, že u moderních, voděodolných přípravků je lepšího efektu dosaženo, pokud se po úvodním namazání provede znovu natření do 20 minut a dál se již neprovádí. Proto je vhodné seznámit se před aplikací s návodem na použití. Po opalování je vhodné používat mléka po opalování.

Krém skladujeme nejlépe v chladu a je nevhodné ho vystavovat přímému slunečnímu svitu. Samozřejmě i opalovací krémy mohou mít nežádoucí účinky, například psychologické riziko, jehož podstatou je falešný pocit bezpečí při natření krémem. Dále fotoalergické reakce a další.

Mezi základní zásady také patří vyhýbat se slunečnímu záření v poledních hodinách. To znamená od 11 do 13 hodiny v zimě a od 12 do 14 v létě. (3, 6, 7)

Poškození kůže se můžeme bránit a změny na kůži mohou být i ireverzibilní, takže nikdy není pozdě ji začít chránit. (9)

4.4.2 Opalování dětí

Zde platí, že by se doba pobytu na slunci měla co nejvíce minimalizovat. Děti do 6 měsíců věku by se neměly opalovat vůbec. Větší děti nesmíme nechávat na slunci bez dostatečné ochrany, protože mají citlivou pokožku. Jak už bylo řečeno, poškození pokožky UV zářením v dětství, je rizikové pro vznik melanomu. Pokud aplikujeme opalovací krém u malých dětí, tak jen na obličej a ruce, zbytek těla kryjeme šatstvem. Dětem by mohlo chemické složení ochranných filtrů škodit. Pro děti je všeobecně nejvhodnější stín, používání kloboučků na hlavu, krytí tělíčka lehkým oděvem. Ochrana dětí je zcela v kompetenci jejich rodičů. (7)

4.4.3 Ochrana očí

Lidské oko je nenahraditelný orgán, také on však může vážně utrpět působením UV záření. Především postiženy jsou sítnice a duhovka, jejíž nejčastější maligní nádor je právě melanom. Dlouhodobým působením UV záření může dále docházet ke kataraktě. Ochranné brýle opatřené označením UV 400 jsou považovány za dostatečnou ochranu. Oči můžeme chránit také stíněním za použití klobouků a čepic s kšiltem. (6, 7)

4.4.4 Vhodné oblečení

Chránění pokožky pomocí ošacení je nejpřirozenější metodou fotoprotekce. Ochrana před UV zářením pomocí šatstva je ovlivněna: jeho tloušťkou, materiálem, řídkostí látky, barvou, obnošeností a dalšími faktory. Nejlépe před UV zářením chrání hedvábí a polyester. Dále platí, že tmavší barva látky lépe chrání před UV zářením než světlejší. Obecně je preferován splývavý oděv, protože nejlépe kryje. Ochranný faktor textilií se označuje UPF. Senzitivní lidé by měli v létě nosit oděv s označením UPF 30+ a výš. Pro krytí hlavy se používají klobouky, které zastíní hlavu, šíjí i obličej, proto je důležitá délka okraje. (3, 6)

4.4.5 Samoopalovací krémy a solária

V dnešní době existuje mnoho samoopalovacích přípravků, jejichž efekt je velmi uspokojivý. Tyto přípravky buď dočasně kůži zbarví, nebo působí na pokožce reakcí s bílkovinami a bez působení UV záření dojde k tvorbě pigmentu. Samozřejmě na našem trhu

můžeme nalézt celou řadu přípravků, podporujících opálení. Do této skupiny řadíme třeba velmi populární přípravky s beta-karotenem, který po dobu 3-4 týdnů připraví kůži na opalování.

Solária nabízejí opalování, které mnozí pokládají za efektivní a neškodné. Bohužel tomu tak není, protože i zde může dojít k poškození kůže. Opalováním v soláriu dostane tělo dávku záření, přičítající se k běžné denní expozici slunce. Neškodnost solárií byla založena na faktu, že se zde používá jen UVA záření. Dnes už víme, že ani to není zcela neškodné. (6, 7)

Pro zajímavost chci však uvést, že studie, která proběhla v roce 2000, zjistila, že solária mohou mít pozitivní vliv na kardiovaskulární onemocnění. (15)

4.5 Informovanost a edukace veřejnosti

Osvěta a informovanost veřejnosti se v posledních letech slibně rozvíjí a nabývá na důležitosti. Dochází ke vzniku preventivních osvětových programů, jsou vyhledávány a sledovány rizikové skupiny a populace je vychovávána k správnému používání ochranných UV krémů zejména v mladém věku. Je snaha o změnu životního stylu a pohledu na opalování. Provádí se i odborná výchova lékařů, vedoucí k časné diagnostice.

K zviditelnění této problematiky byl v 14 evropských zemích vyhlášen: Euro Melanoma Day. Tato akce se poprvé konala v roce 1999 v Belgii. Česká republika se ho účastní od roku 2001. V tento den si mohou občané nechat bezplatně vyšetřit svá znaménka u odborníků, tím se docílí odhalení časných stádií onemocnění. Dále se distribuují tiskové materiály, pořádají konference a provádějí se doškolovací akce.

Existuje také mnoho akcí za stejným účelem jako Melanom Day, tedy za zviditelněním celé problematiky. Takovou akcí byl například „Stan proti Melanomu“, pořádaný koncem května 2007 v Praze. Na této akci byla také bezplatně vyšetřována znaménka, k dispozici byl i digitální dermatoskop. Tyto akce jsou mezi veřejností velmi oblíbeny. Jedním z důvodů může být i to, že odpadá problematika tzv. „Syndromu bílého pláště“.

Pro zlepšení informovanosti bylo zavedeno do vysílacích relací od dubna do srpna zpravodajství o UV indexu. To hodnotí zdravotní rizika vyplývající z oslunění a informuje o aktuálních hodnotách UV indexu nad daným územím. V praxi se však přes počáteční nadšení moc neuchytilo. (6, 16)

PRAKTICKÁ ČÁST

Hypotézy

- 1, Věková kategorie 15-24 let má lepší znalosti o problematice melanomu kůže než věková kategorie 65 a výše.
- 2, Ženy zaznamenají změny na pokožce dříve než muži.
- 3, Dotazovaní dávají v prevenci melanomu kůže přednost ochraně před UV zářením před samovyšetřením pokožky.
- 4, Dotazovaní při hledání informací o melanomu dají přednost internetu, literatuře a médiím, před návštěvou lékaře.

Metodika výzkumu

Při vypracovávání své bakalářské práce jsem postupovala následovně. Nejprve jsem prostudovala dostupnou literaturu a napsala teoretickou část bakalářské práce. Poté jsem na podkladě prostudovaných materiálů vypracovala dotazník viz. příloha E. Při studiu materiálů jsem nenalezla výzkum, který by tuto problematiku zkoumal, ale jen zmínky naznačující stav situace, hlavně co se týče rozdílů při ochraně pokožky mezi pohlavími. (10, 14) Dotazník jsem sestavovala sama na podkladě prostudovaných materiálů a stanovených hypotéz.

Vypracovaný dotazník jsem rozdala k předvýzkumu. K předvýzkumu jsem rozdala 20 dotazníků ve svém okolí. Po jeho vyhodnocení jsem se ujistila o správnosti navrhovaných hypotéz a dále jsem odhalila chyby ve formulaci a nejednoznačnosti otázek. Po těchto úpravách jsem přistoupila k výzkumu.

Dotazník byl určen široké veřejnosti, proto jsem ho náhodně rozdala ve svém okolí, dále v jihlavské nemocnici na interním a chirurgickém oddělení a o spolupráci jsem požádala i seniory z Klubu důchodců v Telči. Výzkum probíhal v listopadu 2007. Dotazníky jsem se snažila rovnoměrně rozdat mezi pohlavími i věkovými kategoriemi. K výzkumu bylo celkem rozdáno 100 dotazníků z čehož 15 dotazníků se mi nevrátilo a 5 bylo neúplně vyplněných. Při vyplňování dotazníků jsem se nesečkala s neochotou ani jinými problémy.

Dotazník obsahuje tři identifikační otázky zaměřené na věk, pohlaví a vzdělání respondentů a dále 18 otázek ke zkoumané problematice. Otázky v dotazníku jsou uzavřené dichotomické a polytomické výběrové a jsou zaměřeny především na znalosti respondentů.

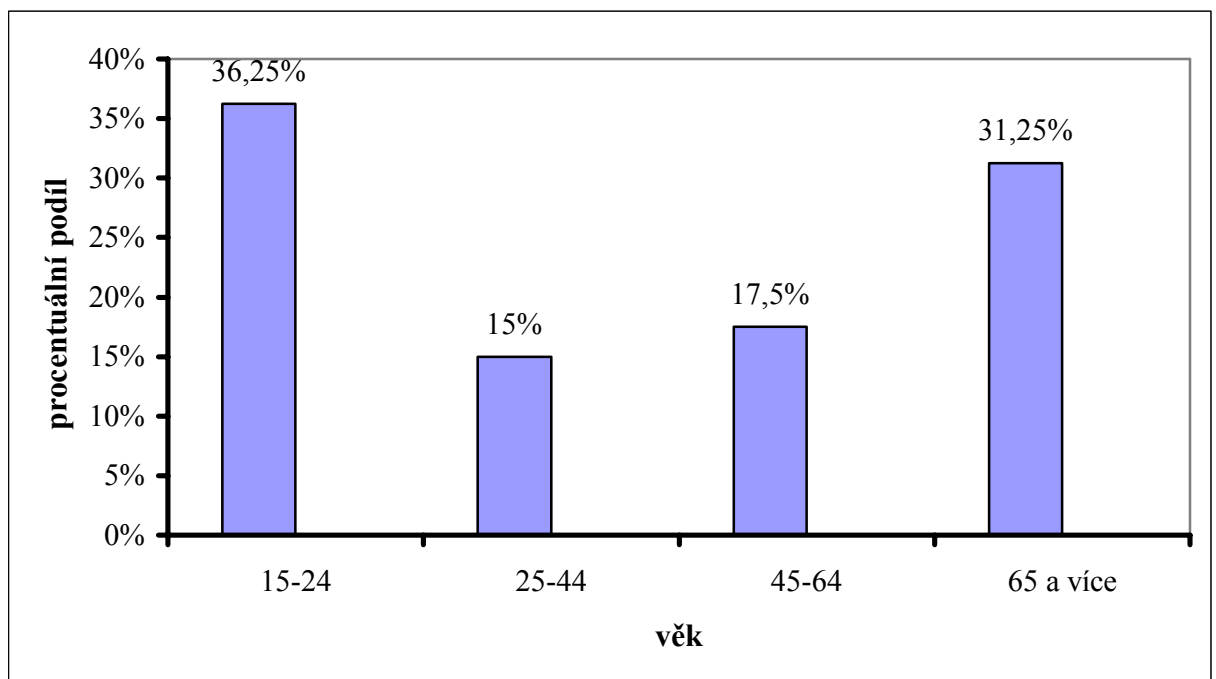
Sebrané dotazníky jsem vyhodnotila pomocí vzorce: $X1 = \frac{n1}{n2} \cdot 100$ [%] a následně zpracovala do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

Výzkum

Vzorek respondentů

Tabulka č.1: Věk respondentů

věk	počet	procenta
15–24	29	36,25
25–44	12	15
45–64	14	17,5
65 a více	25	31,25
celkem	80	100%

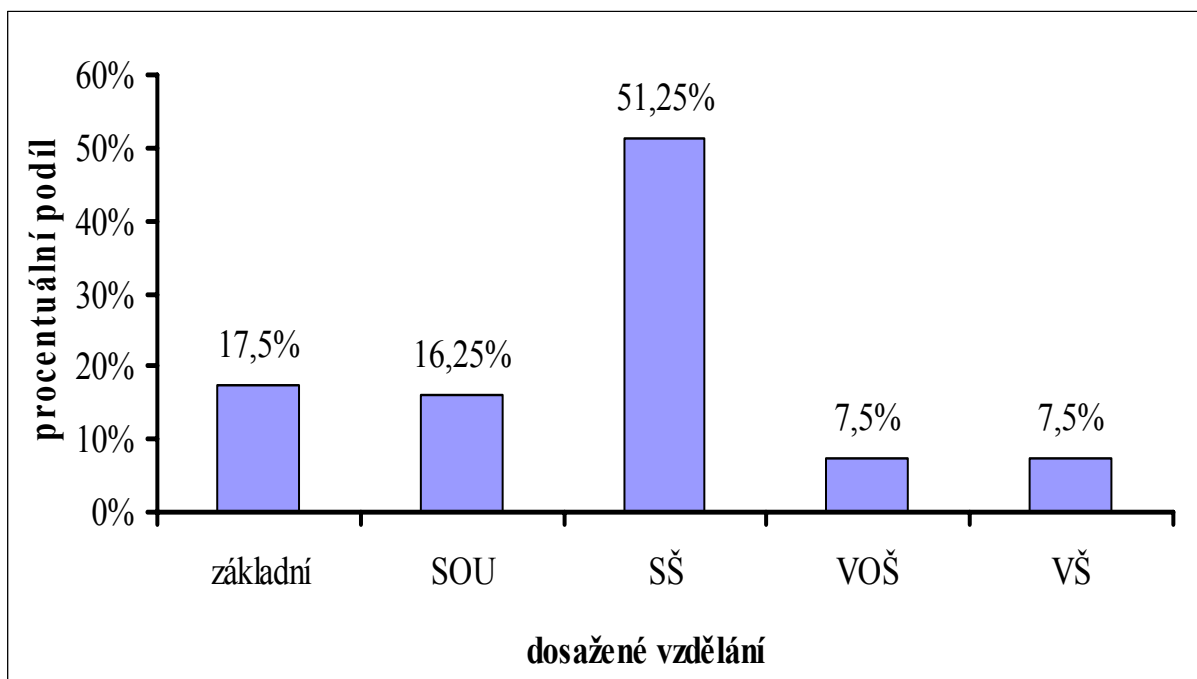


Obrázek č.1: Graf věku respondentů

Nejvíce respondentů má věková kategorie 15 až 24 let, která představuje 36,25% ze všech respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou je kategorie 65 a výše let zastoupená 31,25%. Následující věkové kategorie mají 17,5% a 15%. Viz. tabulka č.1 a graf č.1.

Tabulka č. 2: **Vzdělání respondentů**

vzdělání	počet	procenta
základní	14	17,5
SOU	13	16,25
SŠ	41	51,25
VOŠ	6	7,5
VŠ	6	7,5
celkem	80	100%



Obrázek č.2: **Graf vzdělání respondentů**

51,25% respondentů mělo středoškolské vzdělání, dále následovalo základní vzdělání s 17,50% a učňovské vzdělání s 16,25%. Nejméně respondentů měly kategorie vyšších odborných a vysokých škol a to shodně 7,50%. Viz. tabulka č.2 a graf č.2.

Tabulka č. 3: **Pohlaví respondentů**

pohlaví	počet	procenta
muž	40	50
žena	40	50
celkem	80	100%

Zastoupení mužů a žen bylo shodné, tedy 50%. Viz. tabulka č.3

Vyhodnocení výzkumu

Otázka číslo 1. Maligní melanom je:

- a, nezhoubný nádor kůže
- b, infekční onemocnění kůže
- c, zhoubný nádor kůže
- d, nevím

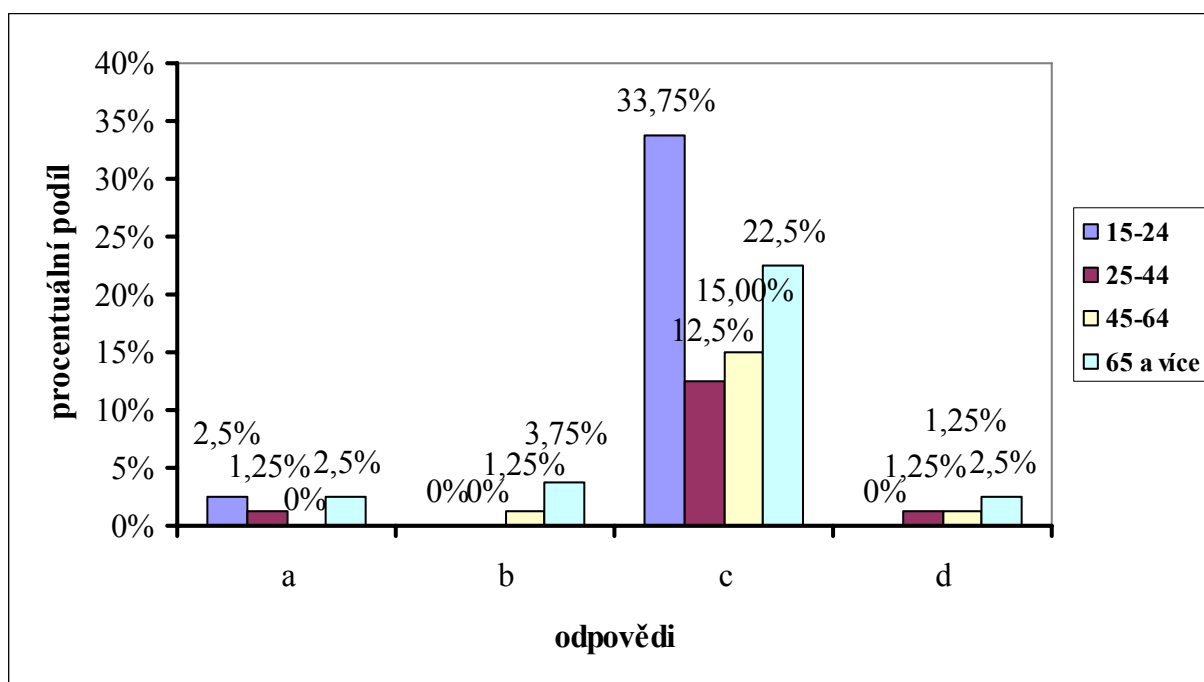
Tabulka č. 4: Rozdělení odpovědí na otázku č. 1 podle pohlaví

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	3	3,75	2	2,5	5	6,25
b	3	3,75	1	1,25	4	5
c	31	38,75	36	45	67	83,75
d	3	3,75	1	1,25	4	5
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Při vyhodnocení otázky podle pohlaví bylo nejčastější odpovědí, že melanom je zhoubný nádor, odpovědělo tak 83,75% respondentů z toho 38,75% mužů a 45% žen. Druhým nejčastější tvrzením bylo, že melanom je nezhoubný nádor, tuto variantu volilo 6,25% respondentů.. Na zbylé dvě odpovědi odpovědělo shodně 5% dotazovaných. Viz. tabulka č.4.

Tabulka č. 5: Rozdělení odpovědí na otázku č. 1 podle věku

věk	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	2	2,5	1	1,25	0	0	2	2,5	5	6,25
b	0	0	0	0	1	1,25	3	3,75	4	5
c	27	33,75	10	12,5	12	15	18	22,5	67	83,75
d	0	0	1	1,25	1	1,25	2	2,5	4	5
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%



Obrázek č.3: Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 1 podle věku

Při vyhodnocení otázky podle věku se ukázalo, že věková kategorie 15-24 let má z celkového počtu 36,25% respondentů 33,75% správných odpovědí a 2,5% špatných. Ve věkové kategorii nad 65 let je ovšem z celkového počtu 31,25% dotazovaných 22,5% správných a zbytek špatných odpovědí. Viz. tabulka č. 5 a graf. č.3.

Otázka číslo 2. Maligní melanom je nebezpečný, protože:

- a, způsobuje značné zánětlivé změny na kůži
- b, by mohl prorůstat do okolních orgánů
- c, způsobuje velké otoky
- d, nevím

Tabulka č. 6: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 2 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	11	13,75	7	8,75	18	22,5
b	23	28,75	30	37,5	53	66,25
c	0	0	0	0	0	0
d	6	7,5	3	3,75	9	11,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Na otázku č. 2 odpovědělo 66,25% dotazovaných, tedy 28,75% mužů a 37,50% žen že, melanom může metastazovat. Že melanom působí zánětlivé změny si myslí 22,5% dotazovaných a možnost nevím volilo 11,25% dotazovaných. Viz. tabulka č. 6.

Tabulka č. 7: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 2 podle věku**

věk	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	7	8,75	1	1,25	3	3,75	7	8,75	18	22,5
b	20	25	10	12,5	8	10	15	18,75	53	66,25
c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d	2	2,5	1	1,25	3	3,75	3	3,75	9	11,25
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%

Vyhodnocení otázky z pohledu věku ukázalo, že ve věkové kategorii 15-24 letých z celkového počtu 36,25% respondentů volilo správnou odpověď 25% dotazovaných. Ve věkové kategorii nad 65 let to pak bylo z celkového počtu 31,25% dotazovaných 18,75%. Viz. tabulka č. 7.

Otázka číslo 3. Myslíte si, že maligní melanom je onemocnění:

- a, nezávažné a lehce vyléčitelné onemocnění
- b, závažné onemocnění, které však smrti nikdy nekončí
- c, závažné onemocnění, které může končit i smrtí
- d, nevím

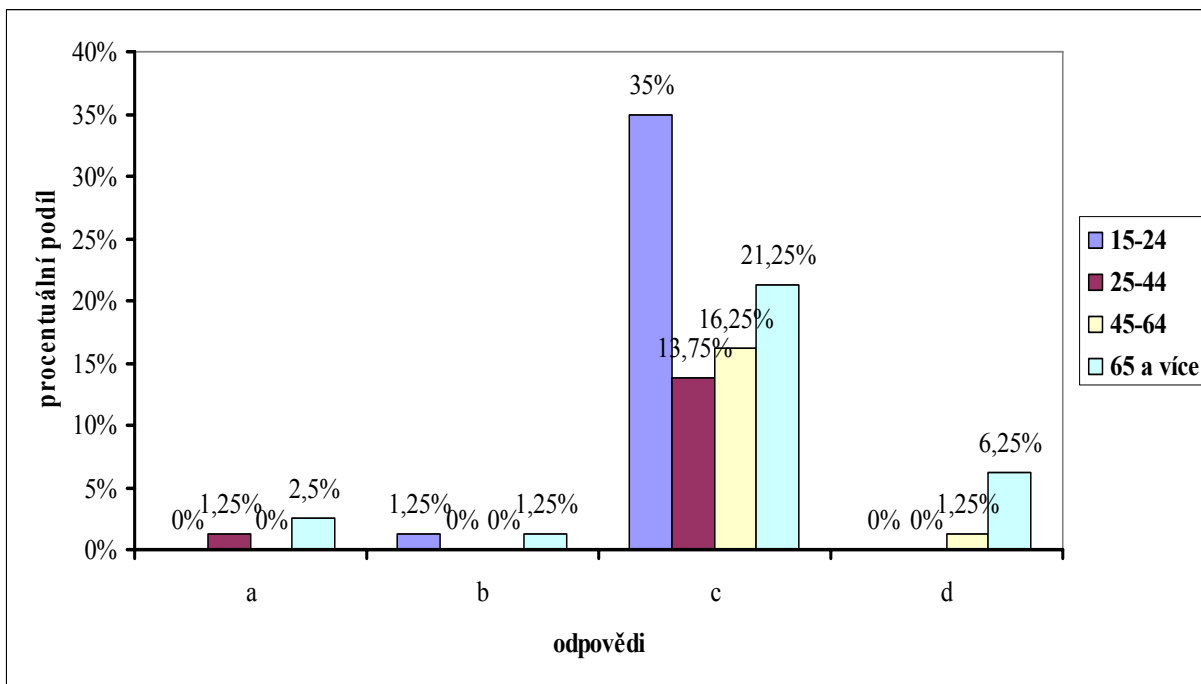
Tabulka č. 8: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 3 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	1	1,25	2	2,5	3	3,75
b	1	1,25	1	1,25	2	2,5
c	33	41,25	36	45	69	86,25
d	5	6,25	1	1,25	6	7,5
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Vyhodnocení otázky č. 3 ukázalo že: melanom považují za závažné onemocnění končící i smrtí 41,25% mužů a 45% žen celkem tedy 86,25% dotazovaných. Naopak za nezávažné ho považují 1,25% mužů a 2,50% žen. Na tuto otázku naznalo odpověď 6,25% mužů a 1,25% žen. Viz. tabulka č. 8.

Tabulka č. 9: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 3 podle věku**

odpovědi	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	0	0	1	1,25	0	0	2	2,5	3	3,75
b	1	1,25	0	0	0	0	1	1,25	2	2,5
c	28	35	11	13,75	13	16,25	17	21,25	69	86,25
d	0	0	0	0	1	1,25	5	6,25	6	7,5
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%



Obrázek č.4: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 3 podle věku**

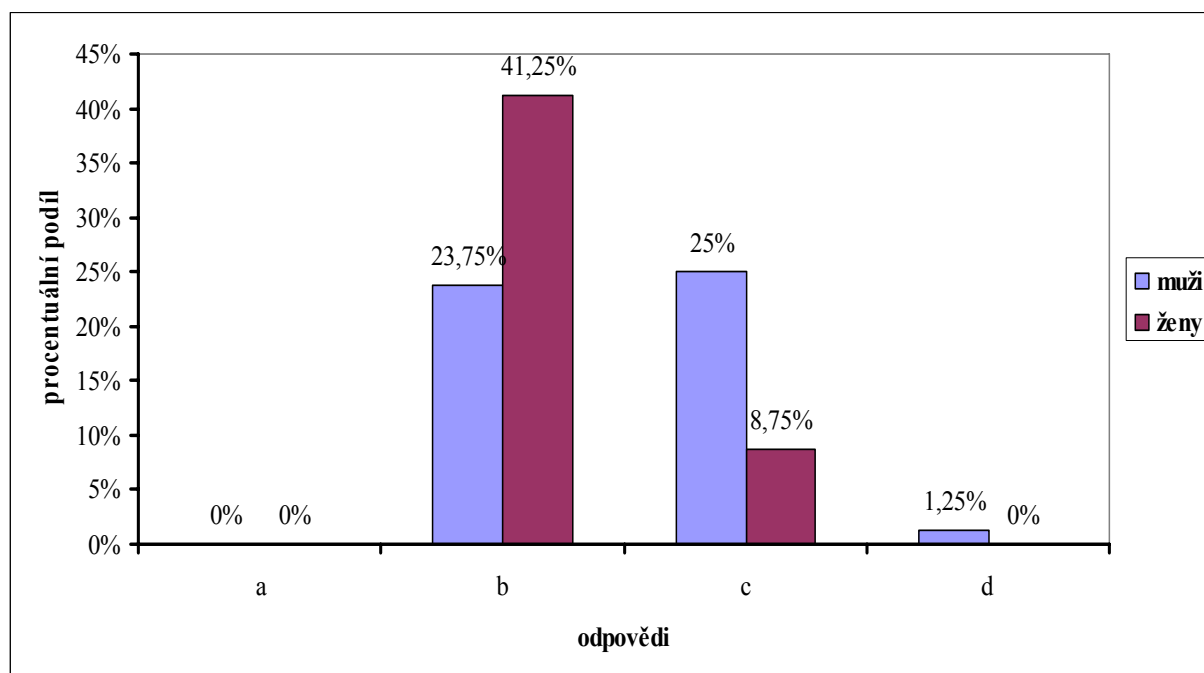
Vyhodnocení této otázky z pohledu věku ukázalo, že ve věkové kategorii nad 65 let je o nebezpečnosti melanomu přesvědčeno z 31,25% respondentů této kategorie jen 21,25% dotazovaných a zbytek respondentů je jiného názoru. Ve zbylých kategoriích volí jinou možnost než většina vždy jen 1,25% dotazovaných. Viz. tabulka č. 9 a graf č. 4.

Otázka číslo 4. Při podezřelých změnách pigmentovaných projevů na kůži jako je barva, velikost, okraje..., by se mělo:

- a, okamžitě začít vycházet na slunce
- b, několik týdnů vyčkat a dle vývoje situace navštívit lékaře
- c, nechat se vyšetřit, pouze pokud mi to začne činit obtíže (krvácení...)
- d, nepřikládám tomu důležitost, samo se to zlepší

Tabulka č. 10: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 4 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	0	0	0	0	0	0
b	19	23,75	33	41,25	52	65
c	20	25	7	8,75	27	33,75
d	1	1,25	0	0	1	1,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.5: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 4 podle pohlaví**

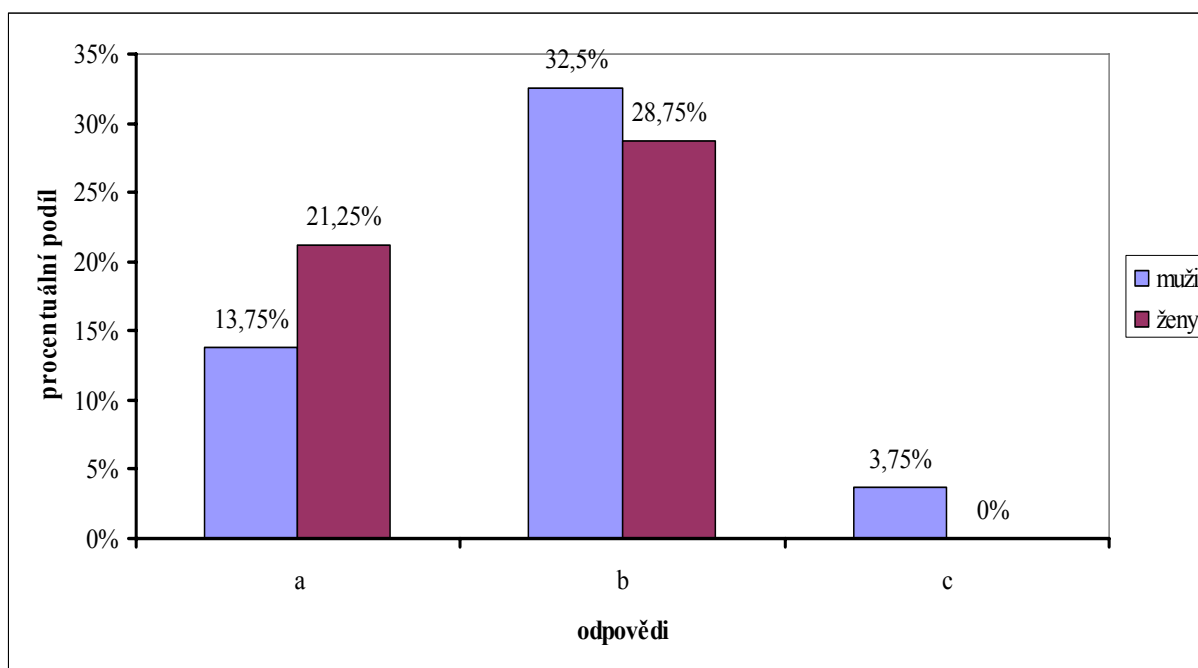
Otázka č. 4 zjišťovala, jak se respondenti zachovají při zaregistrování změn na pokožce. 65% dotazovaných, tedy 23,75% mužů a 41,25% žen by vyčkalo, a následně navštívilo lékaře. Až při obtížích by navštívilo lékaře 33,75% a důležitost tomuto problému nepřikládá 1,25% respondentů. Slunění nezvolil nikdo. Viz. tabulka č.10. a graf. č. 5

Otázka číslo 5. Samovyšetření pokožky, jako prevence melanomu kůže u ohrožených osob, by se měla provádět:

- a, jednou denně
- b, jednou za 4–8 týdnů, častěji je kontrola zbytečná
- c, kontrola pokožky je zbytečná

Tabulka č. 11: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 5 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	11	13,75	17	21,25	28	35
b	26	32,5	23	28,75	49	61,25
c	3	3,75	0	0	3	3,75
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.6: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 5 podle pohlaví**

V otázce č. 5 volilo možnost kontroly jednou denně 13,75% mužů a 21,25% žen. Za zbytečnou ji považoval 3,75% mužů. Správně odpovědělo 61,25% dotazovaných, tedy 32,50% mužů a 28,75% žen. Viz. tabulka č. 11. a graf č. 6.

Otázka číslo 6. Opakované návštěvy solária mohou zvýšit riziko melanomu kůže:

ano ne

Tabulka č. 12: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 6 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	39	48,75	36	45	75	93,75
ne	1	1,25	4	5	5	6,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

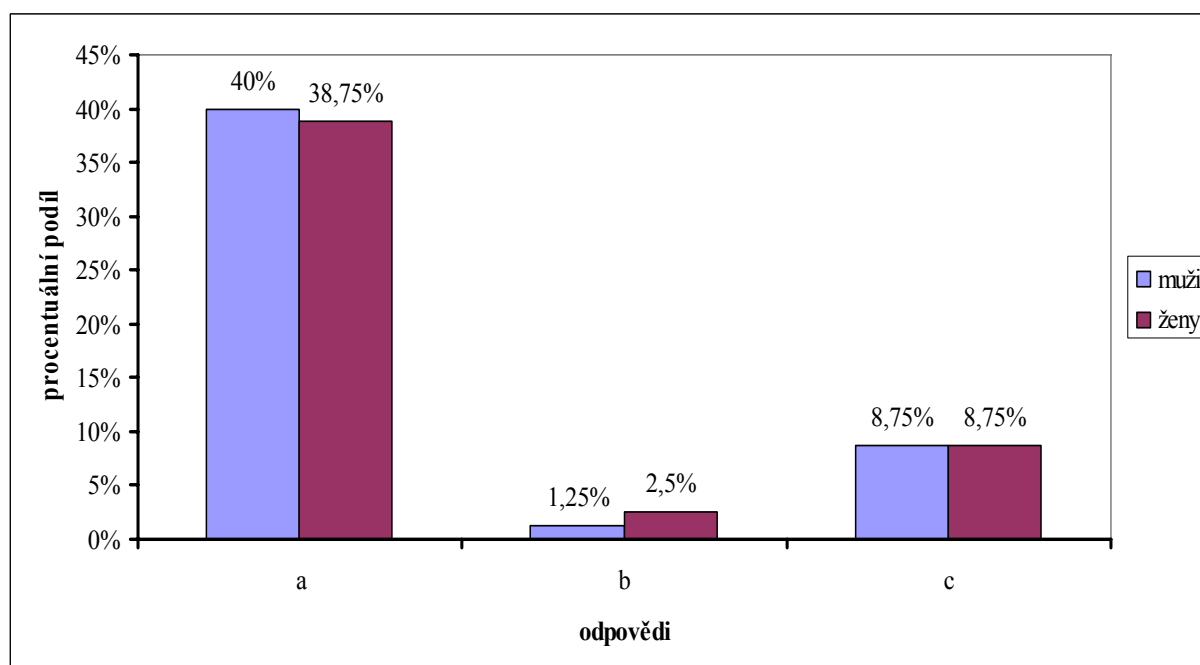
Že solárium zvyšuje riziko rakoviny kůže si myslí 93,75% respondentů, tedy 48,75% mužů a 45,00% žen. Naopak 1,25% mužů a 5,00% žen si myslí opak. Viz. tabulka č. 12.

Otázka číslo 7. Co považujete v prevenci melanomu kůže za nejdůležitější:

- a, dostatečnou ochranu před UV zářením
- b, správnou životosprávu
- c, pravidelné samovyšetřování pokožky

Tabulka č. 13: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 7 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	32	40	31	38,75	63	78,75
b	1	1,25	2	2,5	3	3,75
c	7	8,75	7	8,75	14	17,5
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.7: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 7 podle pohlaví**

V prevenci melanomu kůže považuje za nejdůležitější ochranu před UV zářením 78,75% dotazovaných, z toho 40,00% mužů a 38,75% žen. Samovyšetření pokožky považují za důležité shodně 8,75% mužů i žen. Viz. tabulka č. 13 a graf č. 7.

Otázka číslo 8. Melanom kůže se dle mého názoru může objevit:

- a, jen mezi 20–40 rokem
- b, jen od 40 let výše
- c, téměř v každém věku

Tabulka č. 14: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 8 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	1	1,25	0	0	1	1,25
b	2	2,5	1	1,25	3	3,75
c	37	46,25	39	48,75	76	95
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Na otázku č. 8 odpovědělo správně, že melanom kůže se může objevit v každém věku 95% dotazovaných, z toho 46,25% mužů a 48,75% žen. Zbytek dotazovaných je jiného názoru. Viz. tabulka č. 14.

Tabulka č. 15: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 8 podle věku**

odpovědi	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	1	1,25	0	0	0	0	0	0	1	1,25
b	1	1,25	0	0	0	0	2	2,5	3	3,75
c	27	33,75	12	15	14	17,5	23	28,75	76	95
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%

Při rozboru otázky z pohledu věku, se ukázalo, že o výskytu melanomu jen mezi 20- 40 rokem je přesvědčeno 1,25% 15- 24letých a o existenci melanomu jen od 40 let výše 1,25% 15-24letých a 2,5% dotazovaných nad 65 let. Zbytek respondentů se domnívá, že melanom se může objevit v jakémkoli věku. Viz. tabulka č. 15.

Otázka číslo 9. Časné odhalení melanomu má vliv na následný charakter léčby:

ano ne

Tabulka č. 16: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 9 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	40	50	40	50	80	100
ne	0	0	0	0	0	0
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Na otázku č.9 odpověděli všichni respondenti, že časné odhalení má vliv na průběh léčby.

Viz tabulky č. 16

Otázka číslo 10. Myslíte si, že změna velikosti, barvy nebo rozptí u pigmentového znaménka může být známkou počínajícího melanomu:

ano ne

Tabulka č. 17: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 10 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	36	45	40	50	76	95
ne	4	5	0	0	4	5
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Změny charakteru mateřského znaménka by považovalo za možný příznak melanomu 95% dotazovaných, z toho 45% mužů a 50% žen. Naopak za nealarmující považuje tyto projevy 5% dotazovaných. Viz. tabulka č. 17.

Tabulka č. 18: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 10 podle věku**

věk	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	29	36,25	10	12,5	14	17,5	23	28,75	76	95
ne	0	0	2	2,5	0	0	2	2,5	4	5
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%

Při vyhodnocení otázky z pohledu věku bylo zjištěno, že změny znaménka nepovažuje za nebezpečné ve věkové kategorii 25-44letých 2,5% a kategorii 65 a výše 2,5% dotazovaných. Zbytek respondentů zastává názor, že změny vzhledu znaménka mohou být příznakem melanomu. Viz. tabulka č. 18.

Otázka číslo 11. Myslíte si, že by Vás mohl melanom kůže ohrozit na životě:

ano ne

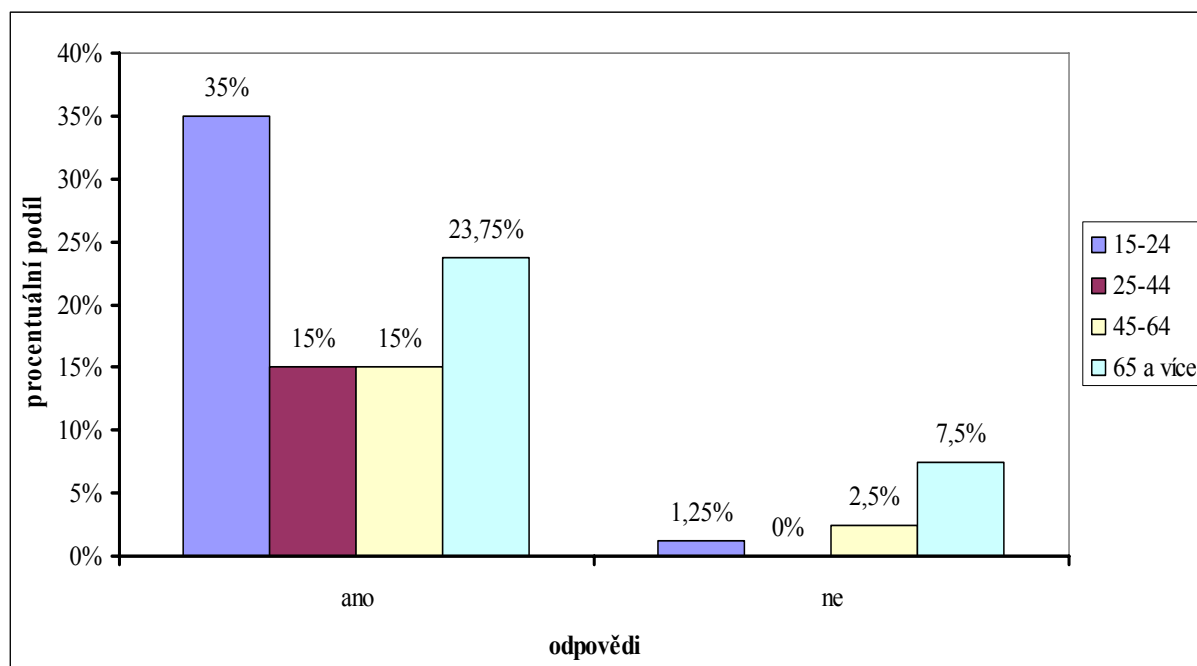
Tabulka č. 19: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 11 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	32	40	39	48,75	71	88,75
ne	8	10	1	1,25	9	11,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Při vyhodnocení otázky č. 11 podle pohlaví se ukázalo, že nebezpečí melanomu si uvědomuje 88,75% dotazovaných, z toho 40% mužů a 48,75% žen. Viz. tabulka č. 19.

Tabulka č. 20: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 11 podle věku**

věk	15-24		25-44		45-64		65 a více		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	28	35	12	15	12	15	19	23,75	71	88,75
ne	1	1,25	0	0	2	2,5	6	7,5	9	11,25
celkem	29	36,25%	12	15%	14	17,5%	25	31,25%	80	100%



Obrázek č.8: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 11 podle věku**

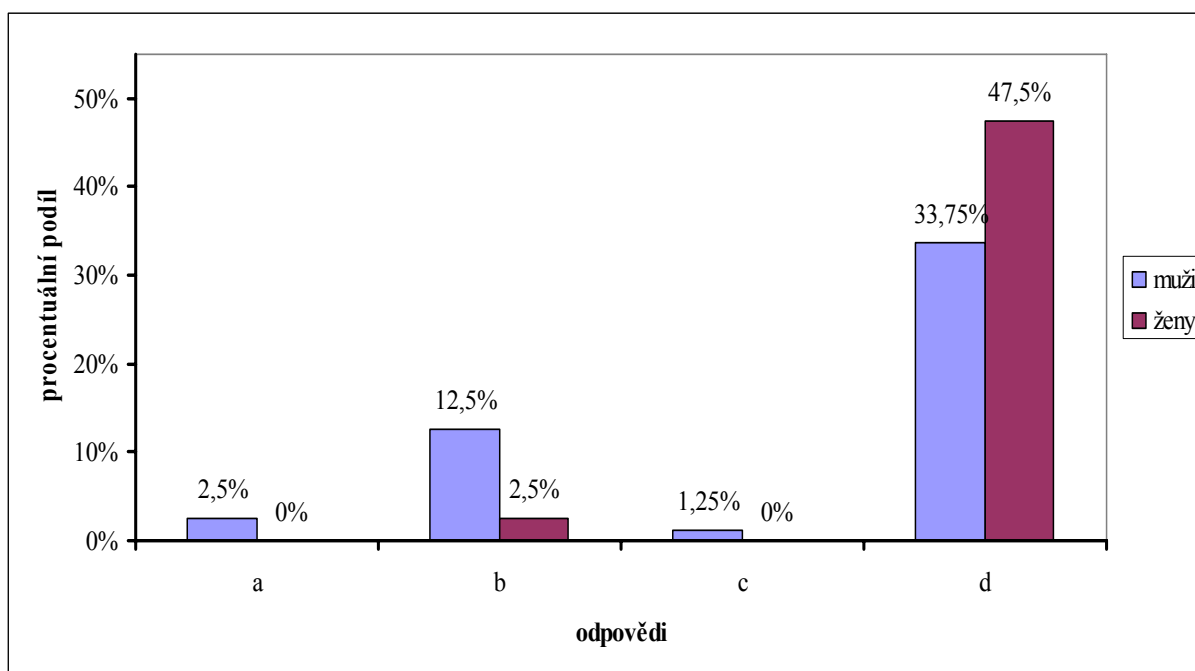
Vyhodnocení otázky ukázalo, že ve věkové kategorii 15-24 let si nebezpečí melanomu uvědomuje 35% dotazovaných, ale ve věkové kategorii 65 a výše jen 23,75% dotazovaných. Viz. tabulka č. 20 a graf č. 8.

Otázka číslo 12. Při vyšetřování kůže prohlížíme:

- a, záda, hrud, obličej
- b, jen místa vystavená přímému slunečnímu záření
- c, ruce, nohy, záda
- d, veškerou pokožku

Tabulka č. 21: Rozdělení odpovědí na otázku č. 12 podle pohlaví

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	2	2,5	0	0	2	2,5
b	10	12,5	2	2,5	12	15
c	1	1,25	0	0	1	1,25
d	27	33,75	38	47,5	65	81,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.9: Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 12 podle pohlaví

Při vyhodnocení otázky č.12 se ukázalo, že při vyšetřování kůže by celou pokožku prohlíželo 81,25% z toho 33,75% mužů a 47,5% žen. Jen místa vystavená slunci by prohlíželo 15% respondentů. Záda, hrud' a obličej 2,5% dotazovaných a ruce, nohy a záda 1,25% .

Viz. tabulka č. 21 a graf č. 9.

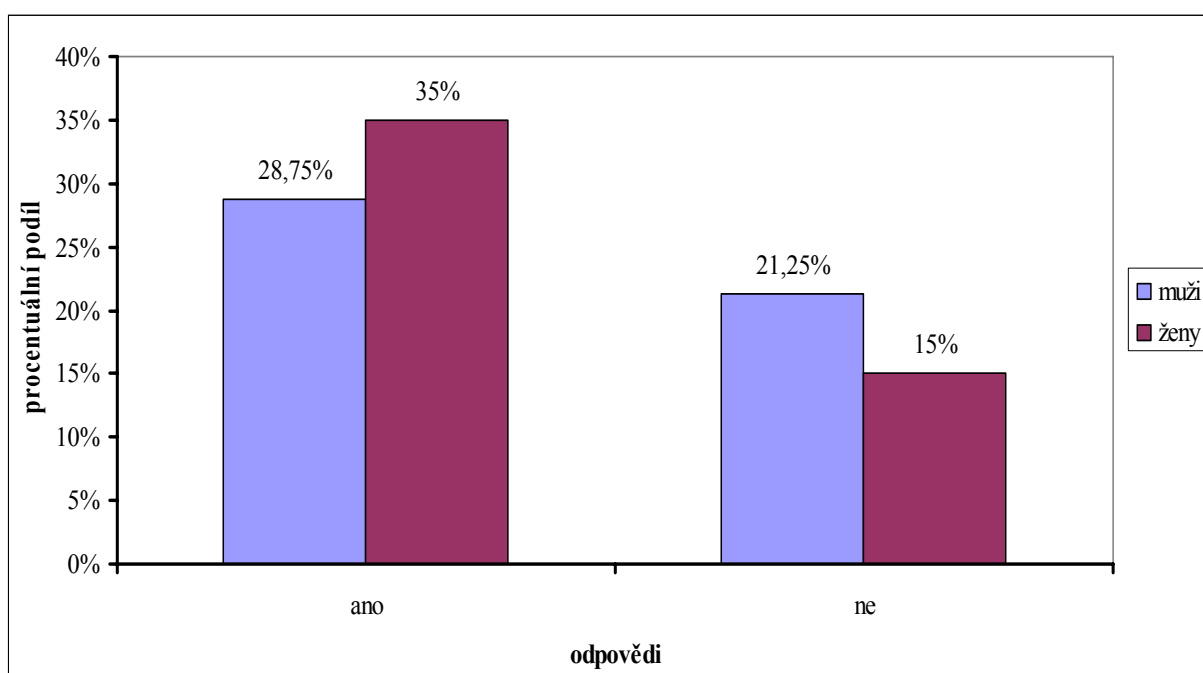
Otázka číslo 13. Máte přehled a kontrolujete si svá kožní znaménka:

ano

ne

Tabulka č. 22: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 13 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	23	28,75	28	35	51	63,75
ne	17	21,25	12	15	29	36,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.10: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 13 podle pohlaví**

Při vyhodnocení otázky č. 13 se ukázalo, že 63,75% dotazovaných má přehled a kontroluje si svá mateřská znaménka. Při podrobnějším rozboru to bylo 28,75% mužů a 35% žen. Znaménka si nekontroluje 36,25% dotazovaných. Viz. tabulka č. 22 a graf č. 10.

Otázka číslo 14. Opalování mezi 11 a 14 hodinou je dle mého názoru:

- a, zdravé a ještě se rychle a efektivně opálím
- b, nezdravé, ale přesto se opaluji
- c, je nevhodné a proto se neopaluji
- d, je mi to jedno

Tabulka č. 23: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 14 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	1	1,25	0	0	1	1,25
b	11	13,75	9	11,25	20	25
c	25	31,25	31	38,75	56	70
d	3	3,75	0	0	3	3,75
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

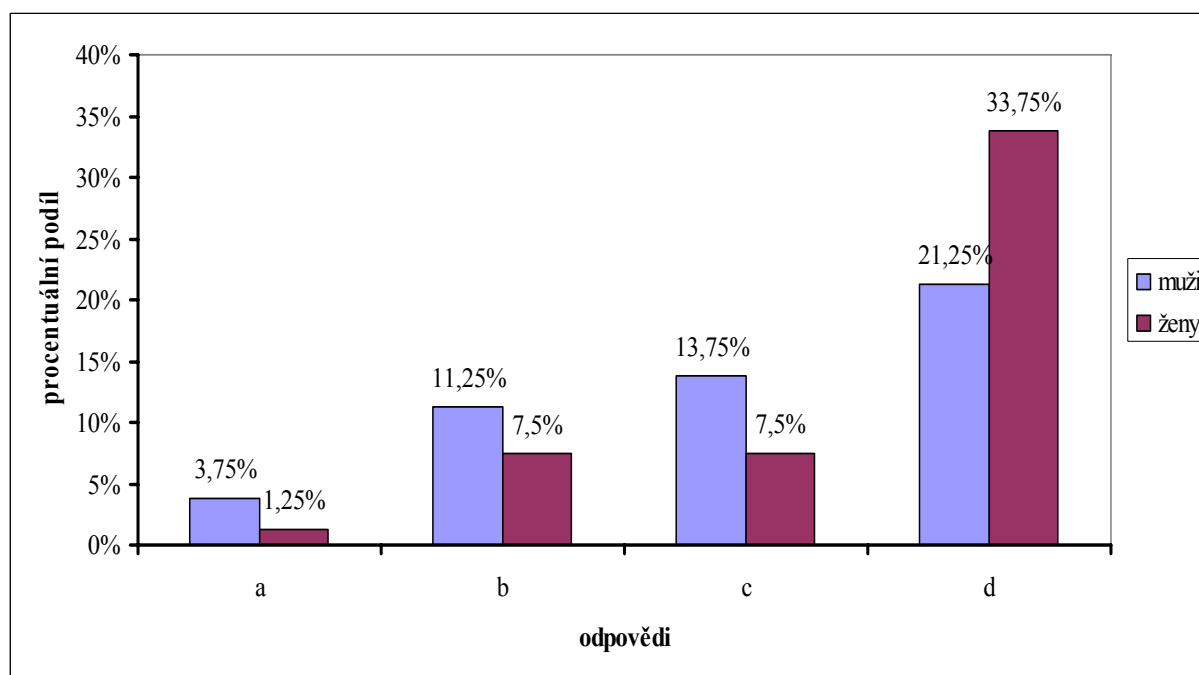
Z tabulky vyplývá, že opalování mezi 11 a 14 hodinou považuje za nevhodné 70% respondentů z toho 31,25% mužů a 38,75% žen. 25% ví, že je v tomto časovém období pobyt na slunci nezdravý, ale přesto se opaluje. Jako efektivní opalovací metodu to pokládá 1,25% a tato problematika je jedno 3,75% dotazovaných. Viz. tabulka č. 23.

Otázka číslo 15. Používání opalovacích krémů a brýlí s UV faktorem je dle mého názoru:

- a, zbytečný a drahý přepych
- b, vím, že by se měly používat, ale já to nedělám
- c, používám je, pokud si vzpomenu
- d, je to nutnost, používám je vždy při pobytu na slunci

Tabulka č. 24: Rozdělení odpovědí na otázku č. 15 podle pohlaví

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	3	3,75	1	1,25	4	5
b	9	11,25	6	7,5	15	18,75
c	11	13,75	6	7,5	17	21,25
d	17	21,25	27	33,75	44	55
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č. 11: Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 15 podle pohlaví

Při vyhodnocování otázky č. 15 se ukázalo, že používání opalovacích ochranných pomůcek považuje za nutnost 55% respondentů z toho 21,25% mužů a 33,75% žen. Pokud si vzpomene, tak tyto pomůcky používá 21,25% respondentů a 18,75% respondentů ví, že by se používat měly, ale nedělá to. Za zcela zbytečné to pak považuje 5% respondentů. Viz tabulka č. 24 a graf č. 11.

Otázka číslo 16. Slyšeli jste o akci: „Euro Melanoma day“:

ano

ne

Tabulka č. 25: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 16 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	4	5	3	3,75	7	8,75
ne	36	45	37	46,25	73	91,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

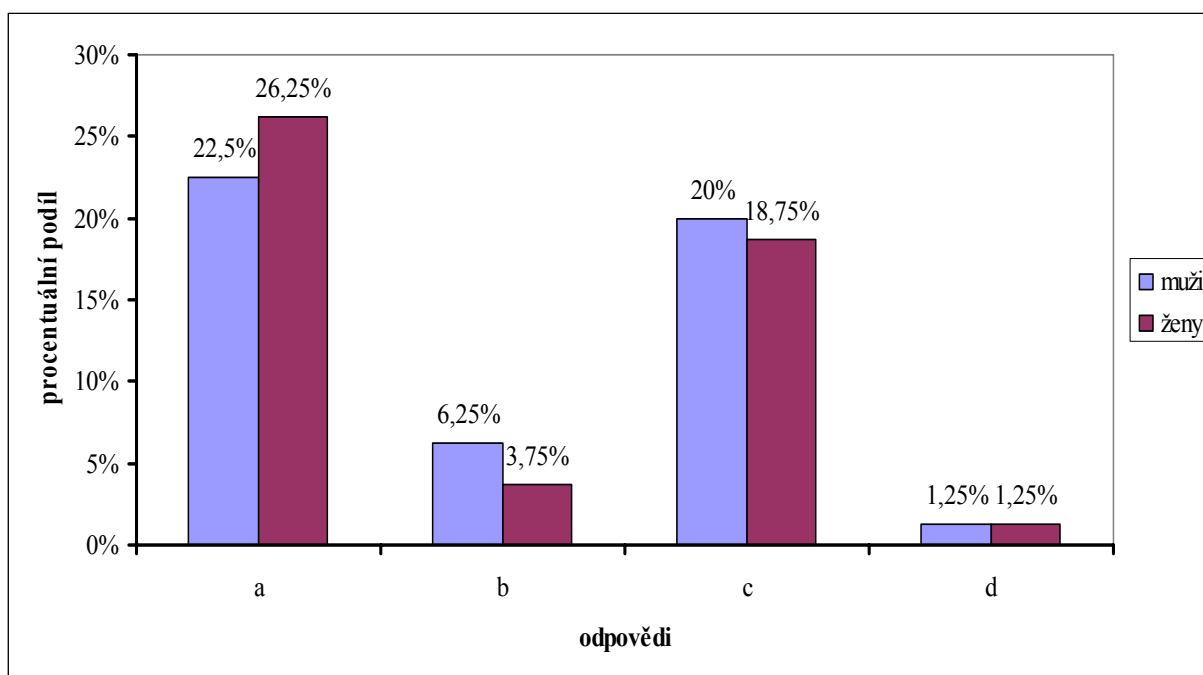
Z tabulky vyplývá, že jen 8,75% respondentů slyšelo akci: „Euro Melanoma day“, z toho 5% mužů a 3,75% žen. O této akci neslyšelo 91,25% dotazovaných. Viz tabulka č. 25.

Otázka číslo 17. Pokud bych sháněl/a informace o melanomu kůže obrátil/a bych se na:

- a, internet
- b, odborná literatura, časopisy
- c, informovala bych se u lékaře
- d, od okolí

Tabulka č. 26: **Rozdělení odpovědí na otázku č.17 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
a	18	22,5	21	26,25	39	48,75
b	5	6,25	3	3,75	8	10
c	16	20	15	18,75	31	38,75
d	1	1,25	1	1,25	2	2,5
celkem	40	50%	40	50%	80	100%



Obrázek č.12: **Graf rozdělení odpovědí na otázku č. 17 podle pohlaví**

Při vyhodnocení otázky se ukázalo, že 48,75% dotazovaných by shánělo informace o melanomu po internetu, 38,75% by se obrátilo na lékaře. Z odborné literatury a časopisů by čerpal 10% a od okolí 2,5% respondentů. Viz. tabulka č. 26 a graf č. 12.

Otázka číslo 18. Zajímal/a jste se někdy o problematiku melanomu kůže:

ano

ne

Tabulka č. 27: **Rozdělení odpovědí na otázku č. 18 podle pohlaví**

odpovědi	muži		ženy		celkem	
	počet	procenta	počet	procenta	počet	procenta
ano	11	13,75	12	15	23	28,75
ne	29	36,25	28	35	57	71,25
celkem	40	50%	40	50%	80	100%

Z tabulky vyplývá, že o melanom se zajímalo jen 28,75% respondentů z toho bylo 13,75% mužů a 15% žen. O problematiku melanomu kůže se nikdy nezajímalo 71,25% dotazovaných. Viz. tabulka č. 27.

Diskuze

Praktická část se skládá z výzkumu a jeho vyhodnocení. Stanovila jsem si 4 hypotézy.

První hypotéza

Hypotéza zkoumá rozdílné znalosti různých věkových kategorií o onemocnění melanomem. Hypotéza předpokládá, že věková kategorie 15-24 let bude mít lepší znalosti než věková kategorie nad 65 let. Zbylé dvě věkové kategorie dokreslují situaci. Tuto hypotézu ověřují otázky z dotazníku číslo: 1, 2, 3, 10 a 11. Opravdu je patrné, že věková kategorie nad 65 let má v porovnání s mladšími věkovými kategoriemi horší znalosti. Například u otázky č.1, která zkoumá znalost pojmu „melanom“ odpověděli z celkových 36,25% respondentů ve věkové skupině 15-24 let správně 33,75%, zatím co ve věkové kategorii nad 65 let to bylo z celkového počtu 31,25% respondentů jen 22,5% správných odpovědí. Zbylé otázky dopadly obdobně. K této hypotéze patří i otázky 8 a 9, ale ty vyšly neutrálně.

Nízká informovanost nejstarší věkové kategorie je dle mého názoru způsobena tím, že melanom se neobjevoval tak často a o prevenci se tolik nehovořilo. Hypotéza se mi potvrdila.

Druhá hypotéza

Hypotéza předpokládala, že ženy odhalí změny na své pokožce dříve než muži a je zaměřena na znalosti o samovyšetření pokožky. Vztahují se k ní otázky číslo: 5, 12, 13. Z jejich vyhodnocení je jasně patrné, že ženy by s vyšší pravděpodobností objevily patologické změny na kůži. Jelikož 35% žen a 28,75% mužů má přehled a kontroluje si svá znaménka. Víc žen tedy 47,5%, než mužů 33,75% také vědělo, že se má kontrolovat celý kožní povrch a ne jen jeho části. Ženy měly také tendenci k tomu, že by u ohrožených osob kontrolovaly pokožku častěji než muži. Některé dokonce až zbytečně často.

Fakt, že muži podceňují péči o pokožku potvrzují i otázky č. 4, 14, 15 i když se vztahují k ochraně před UV zářením a návštěvě lékaře. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Třetí hypotéza

Třetí hypotéza se zabývá prevencí a předpokládá, že respondenti považují za důležitější, ochranu před slunečním zářením než samovyšetření pokožky. Jak ukázaly otázky 7, 14 a 15 opravdu tomu tak je. Konkrétně v otázce č. 7, kde 78,75% respondentů uvedlo ochranu před UV zářením za nejdůležitější prevenci melanomu. Další otázky pak dokazují, že dotazovaní opravdu považují ochranu před UV za důležitou. Toto zjištění poukazuje na to, že si lidé

nebezpečí UV záření uvědomují, což je pozitivní a veřejnost by neměla v těchto snahách polevovat. Na druhou stranu to ukazuje na opomíjení samovyšetření pokožky, kdy tuto variantu volilo jen 17,5% dotazovaných. To není dobře, protože samovyšetření pokožky má v prevenci a léčbě melanomu prvořadou důležitost. Bylo by dobře, kdyby se samovyšetření pokožky dostalo do podvědomí veřejnosti jako důležitý prostředek ochrany vlastního zdraví.

Čtvrtá hypotéza

Poslední hypotéza se zaměřila na zdroj informací, který respondenti upřednostňují při shánění informací o melanomu. Hypotéza předpokládala, že veřejnost upřednostní internet a literaturu, před návštěvou lékaře. K hypotéze se vztahují otázky číslo: 16, 17, 18. Konkrétně otázka 17 opravdu ukazuje, že dotazovaní dávají přednost hlavně internetu před návštěvou lékaře. Což může být problémem, především pokud jsou informace v těchto médiích nepřesně podány nebo pokud jsou špatně chápány. Ale jak je vidět se těmito cestami dá oslovit široká veřejnost. Na druhou stranu jen málo respondentů se o tuto problematiku někdy zajímalo, jak je vidět z otázky č. 18. S tím souvisí i neznalost: „Euro Melanoma Day“, tedy otázka č. 16.

Mimo zkoumané hypotézy vyllynula z výzkumu ještě další zajímavá zjištění:

Překvapivé například je, že muži mají horší znalosti o melanomu kůže než ženy. Což potvrdily otázky číslo: 1, 2, 8, 10. Při podrobnějším zkoumání zjistíme, že rozdíl je ještě větší, než u sledovaných věkových skupin v první hypotéze.

Zajímavý byl i postoj zaujímaný veřejností k hrozbě, kterou melanom představuje. To je patrné hlavně u otázek č. 3 a 11, ze kterých vyplývá, že starší věkové kategorie a z pohledu pohlaví muži, mají tendenci k bagatelizaci. Tento fakt dokresluje situaci a může být i částečným vysvětlením nižší informovanosti daných skupin.

Za zmínku také stojí problematika solárií, jak je patrné z otázky č. 6, kde ženy častěji uvádějí, že opakované návštěvy solárií nemají vliv na vznik melanomu. Je zajímavé, že ženy podceňují hrozbu solárií, i když jak ukazuje výzkum, jsou opatrnější na svou pokožku.

Návrh řešení a shrnutí výzkumu:

Domnívám se, že k zlepšení situace by vedla edukace a to zejména rizikových skupin, kterými jsou, jak ukázal výzkum, hlavně starší občané nad 65 let a z pohledu pohlaví muži. Prostředkem k tomu se ukázali nejlepší sdělovací prostředky jako internet, literatura a časopisy nebo noviny, dále například relace v televizi a rádiu. Největším problémem se mi zdá být nedostatečné provádění samovyšetření pokožky a nedostatečné povědomí o něm.

Závěr

Tématem této bakalářské práce je melanom kůže, který (dle mého názoru) patří k aktuálním problémům dneška. Díky zvětšujícímu se vystavení pokožky UV záření a nedostatečnému povědomí o tomto onemocnění roste hrozba melanomu a to i u mladších věkových kategorií. Záludnost melanomu je v dlouhém bezpříznakovém období, v kterém pokud je zachycen, je jeho léčba většinou úspěšná. Pokud se mu však nevěnuje pozornost a nechá se dále růst, začne činit obtíže a až to dovede pacienta k lékaři, mnohdy již není naděje na uzdravení.

Teoretická část se zabývala anatomií a funkcí kůže, dále slunečním zářením a jeho působením na pokožku, ale především samotným melanomem a jeho prevencí. Jak se dočtete v teoretické části, melanom je onemocnění, které má mnoho klinických typů a rozmanitost projevů znesnadňujících diagnostiku.

Praktická část se zabývá samotným výzkumem, který byl zaměřen na znalosti, které má široká veřejnost o tomto onemocnění a jeho prevenci. Na začátku práce jsem si stanovila čtyři hypotézy, které se potvrdily, mimo ně se však objevily i další zajímavé skutečnosti, dokreslující celou problematiku.

Z výzkumu vyplynulo, že nejméně informovaní o melanomu kůže jsou starší občané a to především ve věkové kategorii nad 65 let a z pohledu pohlaví muži. Tyto skupiny mají také větší tendenci k podceňování melanomu kůže a jeho následků. Dále jsem zjistila, že ženy mají větší snahu si kontrolovat pokožku častěji, mají lepší znalosti o tom, jak to provádět a k lékaři by v případě podezření šly dříve než muži. Z preventivních opatření dotazovaní upřednostňují ochranu před UV zářením před samovyšetření pokožky. V neposlední řadě jsem zjistila, že informace o melanomu by dotazovaní hledali raději na internetu, než by navštívili lékaře. Díky těmto zjištěním jsem dosáhla cílů práce.

Nikdo z nás nevíme, jaká událost nebo nemoc nás mohou nečekaně zaskočit. U některých nemocí, či nepříjemných komplikací však můžeme předvídat a udělat něco proto, abychom svou lhostejností nebo nedbalostí neohrozili své zdraví nebo zdraví našich blízkých.

Melanom kůže je aktuální problém, který se může dotknout každého z nás a do budoucna tomu nebude nejspíše jinak. U melanomu kůže můžeme vhodným chováním předcházet jeho vzniku a pomocí kontrol pokožky ho včas odhalit a tak zabránit často fatálním následkům. Doufám, že jsem svou prací jsem alespoň částečně pomohla k objasnění a řešení tohoto problému a poskytla o něm nové informace.

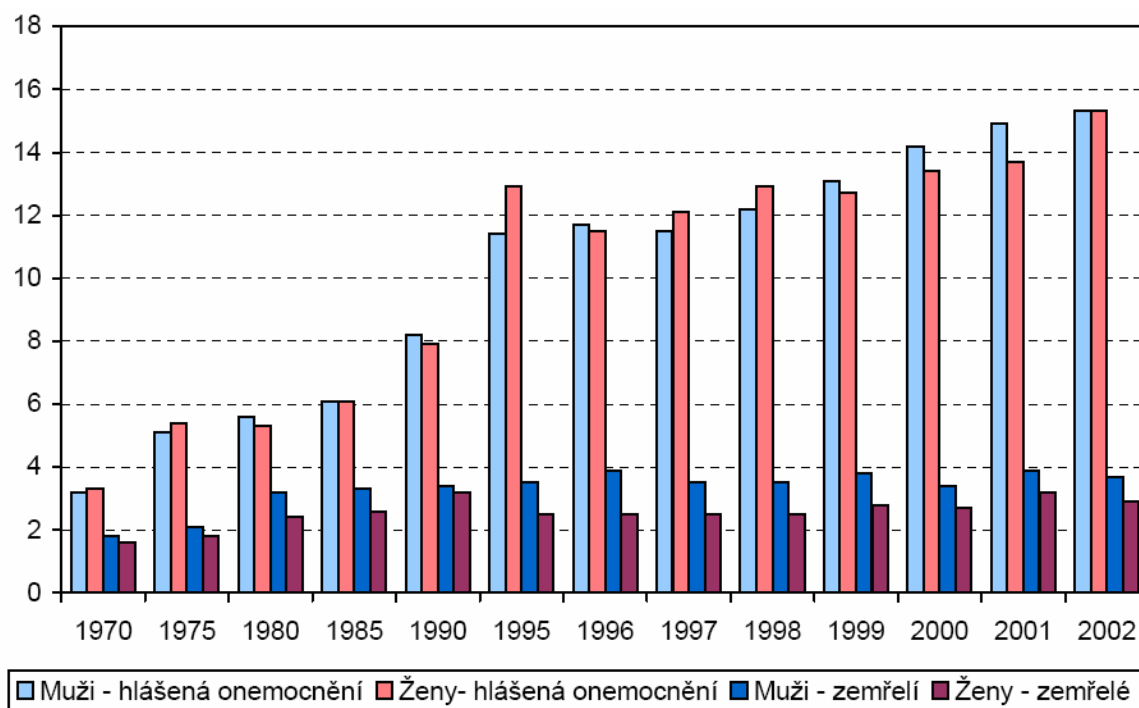
Literatura

1. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997.
ISBN 80-7169-140-2.
2. VOSMÍK, F. a kol. *Dermatovenerologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001.
ISBN 80-7184-633-3.
3. JIRÁSKOVÁ, M. ; JIRÁSEK, L. Opalování, ochrana kůže před zářením, nebezpečí poškození kůže. In ADAMCOVÁ, H. a kol. *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-855-7.
4. PIZINGER, K. *Kožní pigmentové projevy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003.
ISBN 80-247-0616-4.
5. ZÁRUBA, F. a kol. *Dermatovenerologie*. 1.vyd. Praha: Scientia medica s.r.o., 1994.
ISBN 80-85526-31-X.
6. ETTLER, K. *Fotoprotekce kůže Ochrana kůže před účinky ultrafialového záření*. 1.vyd. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-463-2.
7. KRAJSOVÁ, I. *Je opalování nebezpečné? Jsou pihy nebezpečné?*. 2.vyd.
Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-24-1.
8. KRAJSOVA, I. ; BAUER, J. *Kožní nádory prevence a včasná diagnostika*. 1.vyd.
Praha: Jessenius, 1994. ISBN 80-85800-13-6.
9. MALINA, L. *Fotodermatózy*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 1999. ISBN 80-85912-21-X.
10. KRAJSOVÁ, I. *Melanom*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2006. ISBN 80-7345-096-8.
11. KRAJSOVÁ, I.; ŠPAČKOVÁ, L. Dermatogénus v časně diagnostice kožního melanomu. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 2, s.27-28
12. HYNEK, J. *Dermatoskopie* [online]. c 2003, poslední revize 17. 7. 2006 [cit. 2008-01-10]
Dostupný z WWW : < <http://www.mamocentrum.com/index1.html>>.
13. JEDLIČKOVÁ, H. Pigmentové afekce a maligní melanom. *Dermatologie*, 2007, roč.1,
č.3, s. 86-90
14. SLÍVOVÁ, H. *Krémem proti slunci se maže jen 15% mužů* [online]. c 2007, poslední
revize 21. 1. 2008 [cit. 2008-01-22] Dostupný z WWW : < <http://www.lidovky.cz/>>.
15. JEŽEK, M. Slunce chrání před rakovinou, tvrdí web. *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55,
č. 51-52, s. 20-21
16. TISKOVÉ MATERIÁLY HAN. Evropský den melanomu v České republice. *Sestra*,
2005, roč. 15, č. 5, s. 52

Seznam příloh

- A** Graf – incidence a mortality na melanom
- B** Typy melanonů
- C** AJCC klasifikace melanomu
- D** Samovyšetření pokožky
- E** Dotazník

Příloha A



Obrázek: Vývoj počtu hlášených nových onemocnění a počtu zemřelých na 100 000 obyvatel podle pohlaví na zhoubný melanom kůže v ČR, rok 1970- 2002

Zdroj: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Aktuální informace č. 13/2005*. [online]. c 2005, poslední revize 17. 3. 2008 [cit. 2008-03-17]
Dostupný z WWW : <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1000>.

Příloha B



Modulární melanom



Lentigo maligna a lentigo maligna melanom



Melanom akrolentigiózní



Melanom povrchově se šířící



Amelanotický melanom

Zdroj: DERMATOVENEROLOGICKÁ KLINIKA 3. LF. UK. *MELANOMY.CZ* [online].
poslední revize 17. 3. 2008 [cit. 2008-03-17] Dostupný z WWW:
<<http://www.melanomy.cz/>>.

Příloha C

pT klasifikace melanomu AJCC 2002	
pT klasifikace	Kritéria
pTis	Melanom in situ
pT 1a	Breslow $\leq 1,00$ mm, bez ulcerace, Clark II/III
pT 1b	Breslow $\leq 1,00$ mm, s ulcerací, Clark IV/V
pT 2a	Breslow 1,01-2,00 mm, bez ulcerace
pT 2b	Breslow 1,01-2,00 mm, s ulcerací
pT 3a	Breslow 2,01-4,00 mm, bez ulcerace
pT 3b	Breslow 2,01-4,00 mm, s ulcerací
pT 4a	Breslow $> 4,00$ mm, bez ulcerace
pT 4b	Breslow $> 4,00$ mm, s ulcerací

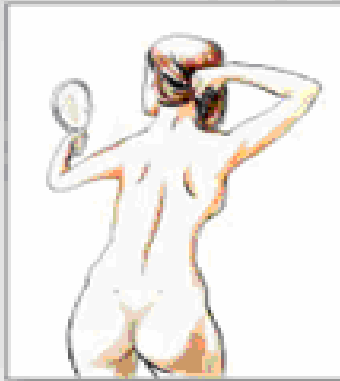
N klasifikace melanomu AJCC 2002	
N klasifikace	Počet uzlin a charakter postižení
N X	regionální uzliny nelze hodnotit
N 0	metastázy v uzlinách neprokázány
N 1a	1 uzlina s mikrometastázami
N 1b	1 uzlina s makrometastázami
N 2a	2-3 uzliny s mikrometastázami
N 2b	2-3 uzliny s makrometastázami
N 2c	satelity/intranzivní metastázy bez poškození uzlin
N 3	4 a více uzlin, uzlinový konvolut, satelity nebo intranzivní metastázy s postižením uzlin

M klasifikace melanomu AJCC 2002	
M klasifikace	Lokalizace metastáz, hodnota LDH
M X	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M 0	vzdálené metastázy neprokázány
M 1a	vzdálené kožní, podkožní a uzlinové metastázy, normální sérová hodnota LDH
M 1b	plicní metastázy, normální sérová hodnota LDH
M 1c	ostatní orgánové metastázy, normální sérová hodnota LDH nebo jakékoliv vzdálené metastázy, zvýšená sérová hodnota LDH

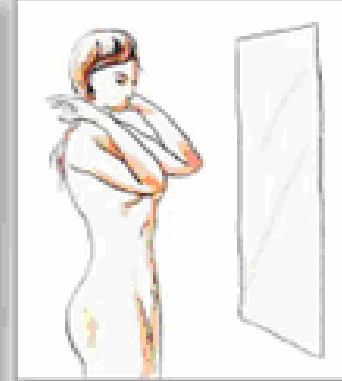
TNM klasifikace AJCC 2002			
Stádium	T	N	M
0	Tis	N 0	M 0
I A	T 1a	N 0	M 0
I B	T 1b	N 0	M 0
	T 2a	N 0	M 0
II A	T 2b	N 0	M 0
	T 3a	N 0	M 0
II B	T 3b	N 0	M 0
	T 4a	N 0	M 0
II C	T 4b	N 0	M 0
III A	T 1a-4a	N 1a, 2a	M 0
III B	T 1a-4a	N 1b, 2b, 2c	M 0
	T 1b-4b	N 1a, 2a, 2c	M 0
III C	pT 1b-4b	N 1b, 2b, 2c	M 0
	jakékoliv T	N 3	M 0
IV	jakékoliv T	jakékoliv N	jakékoliv M

Zdroj:(9)

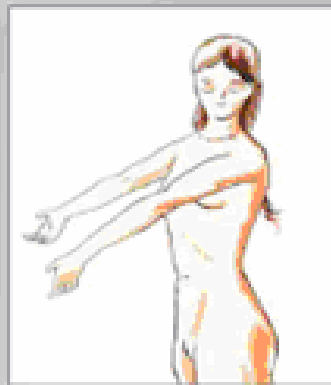
Příloha D



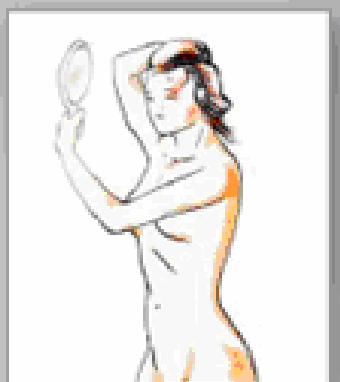
Vyšetřte záda, jak horní, tak dolní část, poté hýždě pomocí ručního zrcátka.



Vyšetřte přední a zadní část těla, poté boky se zdviženými pažemi.



Ohněte paže v lokti a vyšetřte dlaně, předloktí a vnitřní strany paží.



Prohlédněte týlní krajinu a prostory za uchem pomocí ručního zrcátka, vlasy mějte zvednuté.



Posaďte se a prohlédněte vnitřní strany stehů, lýtek, chodidla a prostory mezi prsty u nohou.

Zdroj: *Maligní melanom* [online]. poslední revize 17. 3. 2008 [cit. 2008-03-17] Dostupný z WWW : < http://www.linkos.cz/org_info/sekce7.php?t=2>.

Příloha E

Dotazník

Vážení respondenti, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká problematiky melanomu kůže a je součástí mé bakalářské práce. Prosím, vyberte a zaškrtněte jednu vhodnou odpověď. Dotazník je anonymní. Předem děkuji za vyplnění.

Vypracovala: Romana Bínová

Věk: 15–24 25–44 45–64 65–výš

Dosažení vzdělání: základní SOU SŠ VOŠ VŠ

Pohlaví: žena muž

1, Maligní melanom je: a, nezhoubný nádor kůže
 b, infekční onemocnění kůže
 c, zhoubný nádor kůže
 d, nevím

2, Maligní melanom je nebezpečný, protože:
 a, způsobuje značné zánětlivé změny na kůži
 b, by mohl prorůst do okolních orgánů
 c, způsobuje velké otoky
 d, nevím

3, Myslíte si, že maligní melanom je onemocnění:
 a, nezávažné a lehce vyléčitelné onemocnění
 b, závažné onemocnění, které však smrtí nikdy nekončí
 c, závažné onemocnění, které může končit i smrtí
 d, nevím

- 4, Při podezřelých změnách pigmentovaných projevů na kůži jako je barva, velikost, okraje..., by se mělo: a, okamžitě začít vycházet na slunce
b, několik týdnů vyčkat a dle vývoje situace navštívit lékaře
c, nechat se vyšetřit, pouze pokud mi to začne činit obtíže (krvácení, svědění...)
d, nepřikládám tomu důležitost, samo se to zlepší
- 5, Samovyšetření pokožky, jako prevence melanomu kůže u ohrožených osob, by se měla provádět: a, jednou denně
b, jednou za 4–8 týdnů, častěji je kontrola zbytečná
c, kontrola pokožky je zbytečná
- 6, Opakované návštěvy solária mohou zvýšit riziko melanomu kůže:
ano ne
- 7, Co považujete v prevenci melanomu kůže za nejdůležitější (označte prosím jen jedno):
a, dostatečnou ochranu před UV zářením
b, správnou životosprávu
c, pravidelné samovyšetřování pokožky
- 8, Melanom kůže se dle mého názoru může objevit:
a, jen mezi 20–40 rokem
b, jen od 40 let výše
c, téměř v každém věku
- 9, Časné odhalení melanomu má vliv na následný charakter léčby:
ano ne
- 10, Myslíte si, že změna velikosti, barvy nebo rozptí u pigmentového znaménka může být známkou počínajícího melanomu:
ano ne
- 11, Myslíte si, že by Vás mohl melanom kůže ohrozit na životě:
ano ne

12, Při vyšetřování kůže prohlížíme:

- a, záda, hrud, obličej
- b, jen místa vystavená přímému slunečnímu záření
- c, ruce, nohy, záda
- d, veškerou pokožku

13, Máte přehled a kontrolujete si svá kožní znaménka:

- ano
- ne

14, Opalování mezi 11 a 14 hodinou je dle mého názoru:

- a, zdravé a ještě se rychle a efektivně opálím
- b, nezdravé, ale přesto se opaluji
- c, je nevhodné a proto se neopaluji
- d, je mi to jedno

15, Používání opalovacích krémů a brýlí s UV faktorem je dle mého názoru:

- a, zbytečný a drahý přepych
- b, vím, že by se měly používat, ale já to nedělám
- c, používám je, pokud si vzpomenu
- d, je to nutnost, používám je vždy při pobytu na slunci

16, Slyšeli jste o akci: „Euro Melanom day“:

- ano
- ne

17, Pokud bych sháněl/a informace o melanomu kůže obrátil/a bych se na :

- a, internet
- b, odborná literatura, časopisy
- c, informovala bych se u lékaře
- d, od okolí

18, Zajímal/a jste se někdy o problematiku melanomu kůže:

- ano
- ne