



ATOPICKÁ DERMATITIDA

Autor: PharmDr. Jan Hašek,
Lékárna U Matky Boží, Doksy
Oponent: prim. MUDr. Eva Jašková,
Kožní odd., Slezská nemocnice Opava

Odpovědný člen redakční rady:
PharmDr. Josef Vaníček,
Lékárna Sluníčko, s.r.o., Liberec

Obsah

1. Úvod
 2. Projevy atopické dermatitidy
 3. Příčiny atopické dermatitidy
 4. Odlišnosti kůže pacienta s atopickou dermatitidou a zdravého jedince
 5. Co může pacient od konzultace očekávat?
 6. Kdy odeslat pacienta k lékaři?
 7. Režimová doporučení a spouštěcí faktory
 8. Léčba
 9. Závěr – Úloha lékárníka
- Použité zkratky
Doporučené odkazy pro pacienty
Literatura
Přílohy

1. Úvod

Atopická dermatitida (atopický ekzém) je chronické, zánětlivé, svědivé kožní onemocnění, které se obvykle objevuje v dětství a má recidivující průběh. Často má genetickou složku, která je příčinou narušení kožní bariéry. Díky tomu je kůže citlivá na spouštěcí faktory, včetně dráždivých látek a alergenů, které mohou ekzém zhoršit. Přestože atopický ekzém není považován za život ohrožující onemocnění, může mít významný dopad na zhoršení kvality života.¹ Atopickou dermatitidou trpí 10–20 % dětí a 2–10 % dospělé populace.^{2,3}

Doporučený postup informuje o projevech onemocnění, možnostech režimových opatření, strategii léčby atopické dermatitidy a zásadách každodenní péče o pokožku.

2. Projevy atopické dermatitidy

Atopická dermatitida (AD) je **chronické**, popř. chronicky recidivující neinfekční **zánětlivé** onemocnění kůže, typické výrazným svěděním. Termín atopická dermatitida a atopický ekzém se považují za rovnocenné. Průvodním jevem je **suchost** kůže (xeróza) a nesnesitelné svědění nutící ke škrábání. Rozškrábaná kůže je sekundárním projevem atopické dermatitidy. Nejčastější bývá ohybová (flexurální) lokalizace, vyskytuje se také v oblasti obličeje a krku. **Svědění** (pruritus) provází zejména období zhoršení AD, je intenzivní, zvyrazňuje se v teple a při nervozitě.^{2,3} AD je typické epizodické onemocnění, kde se střídá exacerbace a období remise, s výjimkou závažných případů.⁴

Exacerbace, vzplanutí choroby (*flare*), se projevují zvýšenou suchostí, svěděním, zarudnutím, otokem a celkovým podrážděním. Pacienti by měli tento stav rozeznat a být poučeni, jak jej zvládnout. Měli by mít od lékaře předepsány odpovídající přípravky, aby mohli na exacerbaci adekvátně reagovat.⁴

3. Příčiny atopické dermatitidy

Na rozvoji atopické dermatitidy se podílí genetické faktory, defekt kožní bariéry, imunologická odpověď, faktory životního prostředí a infekční agens.⁵ Porucha bariérové funkce je způsobena mutací genu pro filaggrin, který je klíčovou bílkovinou pro udržení struktury stratum corneum (rohová vrstva; nejvrchnější vrstva epidermis).³

Atopická dermatitida tvoří spolu s alergickou rinitidou a astmatem triádu atopických onemocnění, avšak ekzém není alergií I. typu, protože se mohou vyskytovat formy se současnou alergickou senzibilizací i bez ní. Vůči běžným aeroalergenům je senzibilizováno přibližně 50 % dětí a asi 35 % dospělých. Alergická senzibilizace při atopickém ekzému zvyšuje riziko rozvoje respiračních alergií.⁶

4. Odlišnosti kůže pacienta s atopickou dermatitidou a zdravého jedince

Funkcí kožní bariéry je, zjednodušeně řečeno, udržet vodu uvnitř kůže a nežádoucí noxy vně kůže.

Porucha kožní bariéry s sebou nese snížení hydratace, schopnosti reparace a zvýšení pohotovosti k nespecifickému zánětu. Zvýšený průnik alergenů zvyšuje riziko senzibilizace, protože umožňuje interakci mezi alergeny a efektorovými buňkami imunitního systému kůže a přispívá k rozvoji kožního zánětu. Atopická kůže má také vyšší náchylnost k bakteriální kolonizaci i bakteriálním a virovým infekcím.^{3,7}

Pro kůži pacienta s AD je typické:

- **nižší obsah ceramidů**, ovlivňující ochrannou funkci kůže a imunitní odpověď; lipidové lamely pomáhají především zabránit ztrátám vody z epidermis, poskytují rovněž kožní bariéře pružnost a zajišťují její těsnost oběma směry.^{2,5}
- **snížený obsah přirozeného hydratačního faktoru** (NMF – natural moisturizing factor), zvyšuje tzv. transepidermální ztráty vody. Složky hydratačního faktoru kůže jsou hygroskopické látky jako urea, laktáty, pyrolidonkarboxylové kyseliny, které vážou vodu ve stratum corneum.²
- **kolonizace kůže mikroorganismy**, především *Staphylococcus aureus* (ve srovnání s 10 % osob v běžné populaci je *S. aureus* přítomen u 93 % pacientů s AD v kožních lézích a u 76 % pacientů s AD v nepoškozené kůži). Přítomnost *S. aureus* může probíhat bez klinických projevů. Stafylokokové enterotoxiny podporují rozvoj zánětu v kůži a mohou být příčinou nižší odezvy na léčbu lokálními kortikosteroidy a topickými imunomodulátory.⁵

5. Co může pacient od konzultace očekávat?

Při konzultaci by měl pacient nebo rodič dítěte s AD získat informace o tom, co je podstatou onemocnění, co bývá pro kůži s AD typické a jak o ni pečovat. V závislosti na povaze AD diskutovat o možnostech režimových doporučení. Pacient by si z konzultace měl odnést především rady:

- jaké přípravky pro ošetření kůže s AD používat
- jak často přípravky aplikovat
- kdy a jak v léčbě "přidat" nebo "ubrat" (when and how to step treatment up or down)¹

6. Kdy odeslat pacienta k lékaři?

Pacient by měl požádat o radu dermatologa okamžitě, ještě týž den

- pokud je podezření na virovou infekci a rozvoj herpetického ekzému

Pacient by měl vyhledat dermatologa do 2 týdnů

- pokud je průběh AD těžký a nereagoval na léčbu během 1 týdne
- jestliže selhala léčba bakteriálně infikované AD

Pacient by měl dále vyhledat dermatologa

- pokud diagnóza je, nebo se stala nejistou
- nekontroluje-li vedená léčba atopickou dermatitidu uspokojivě na základě subjektivního posouzení pacienta nebo jeho rodiče (vzplanutí AD 1–2 týdny během měsíce nebo nereaguje příznivě na různá emolencia)
- jestliže atopická dermatitida v obličeji nereagovala na vhodnou léčbu
- je-li podezření na kontaktní dermatitidu (atopický ekzém v obličeji, na očních víčkách nebo rukou v případě náhlého vzplanutí u dříve jinak dobře kontrolované atopické dermatitidy)
- pokud AD způsobuje značné sociální a psychologické problémy (např. poruchy spánku, špatná školní docházka atd.)

Pacient se středně těžkou až těžkou AD by měl vyhledat odborného lékaře

- v případě podezření na potravinovou alergii

Odkázat pacienta na psychologickou poradnu

- pokud sice reaguje na léčbu dobře, ale dopad na kvalitu života a psychosociální pohodu se nezlepšil.¹

7. Režimová doporučení a spouštěcí faktory

Co nejdříve by měly být identifikovány provokující faktory, které zhoršují stav ekzému. Mezi běžné spouštěcí faktory patří aeroalergeny, chlad nebo horko, emocionální stres, hormony, potraviny, dráždivé látky (iritanty) a mikroorganismy. Pacienti, kteří jsou těmito alergeny senzibilizováni, budou reagovat zvýšenou tvorbou IgE protilátek. Je třeba mít na paměti, že ne všichni pacienti na spouštěcí faktory skutečně reagují.

- Mezi **aeroalergeny** se řadí srst zvířat, roztoči, plísně a pyly. Jejich vliv na zhoršení AD je častější u dospělých a starších dětí.
- K **potravinovým alergenům** patří kravské mléko, vejce, ryby, arašídý, sója, pšenice a další. Jsou klinicky relevantní u malých a starších dětí.

Ke zhoršení AD u některých pacientů může přispět i **počasí**.

- V zimě se mohou vyskytnout potíže způsobené sníženou vlhkostí vzduchu a vysušení kůže a zvýšení transepidermální ztráty vody.
- Vlivem tepla nebo zvýšené fyzické námahy může následné pocení způsobovat dráždění ekzematózních lézí. Je vhodné tomu přizpůsobit svou fyzickou aktivitu.

Emocionální **stres** může zvýšit svědění, škrábání a vyvolat imunitní reakci.

U žen může dojít ke zhoršení AD vlivem změněné skladby **hormonů** během prvního a druhého trimestru těhotenství, peripartálního období a v menopauze.

Dráždivé látky hrají roli jako provokující faktory AD, ale nejsou spojeny s primární patogenezi AD. Mezi nejčastější **iritanty** patří horká voda, mýdla, cigaretový kouř, prací prostředky bohaté

na enzymy, a šťáva z čerstvých plodů (citrusy, rajčata, jahody). Pokud pacienta dráždí oblečení z umělých vláken (polyester) a vlny, je třeba nosit bavlněný oděv. Volné oblečení je vhodnější než těsný oděv.

Mezi **mikroorganismy**, které mohou zhoršit AD, patří bakterie, viry, plísně a kvasinky. *Staphylococcus aureus* hraje roli v patogenezi, přetrvávání a exacerbaci AD. Může produkovat toxiny se superantigenním působením na imunitní systém.

Pacienti a rodiče dětí s AD by měli být obeznámeni, jaké jsou znaky a projevy **stafylokokové infekce**, pyodermie, impetigo (pustuly - drobné kožní pupínky vyplněné hnisem, medově žluté krusty, AD nereaguje na terapii, rychlé zhoršení AD, horečka a nevolnost, u dětí pláč).

Z virových infekcí může AD, zejména u těžších forem, komplikovat *Herpes simplex*. Pacienti a rodiče dětí s AD by měli vědět, jaké jsou znaky **herpetického ekzému**. (Typické znaky herpetického ekzému jsou eroze, puchýře – herpetické vezikuly kulatého vzhledu s mléčným obsahem, popř. splývající v krusty, infikované léze, které nereagují na antibiotika. Projevy se rychle zhoršují, objevuje se bolestivost. Typickými predilekčními místy je tvář, dále krk, ramena a trup. K celkovým příznakům patří horečka, u dětí letargie, úzkost.)^{4,8}

8. Léčba

Léčba atopické dermatitidy spočívá v optimální péči o pleť, obnově kožní bariéry pravidelným používáním emoliencií a hydratací pokožky. Zároveň by měly být identifikovány specifické a nespecifické spouštěcí faktory a pacient by se jim měl vyhýbat.

Další léčebný postup se odvíjí od závažnosti onemocnění.

- Mírné formy atopické dermatitidy se léčí emoliencií a slabě účinnými lokálními kortikosteroidy.
- Středně závažná atopická dermatitida by měla být zvládnuta emoliencií, lokálními kortikosteroidy střední potence, lokálními inhibitory kalcineurinu.
- Těžká atopická dermatitida se léčí pomocí postupných kroků zahrnujících emoliencia, silně účinné lokální kortikosteroidy, lokální inhibitory kalcineurinu, fototerapii popř. systémovou léčbu.^{2,4}

Emolienca

Emolientní přípravky by měl používat pacient vždy, i pokud nejsou patrné žádné zánětlivé léze. Jsou považována za standard v léčbě AD a prevenci onemocnění. Zvyšují protizánětlivé působení lokálních kortikosteroidů a snižují jejich spotřebu.

Emolienca (viz příloha č. 1) nahrazují ztráty kožních lipidů, pokožku zjemňují a hydratují. Obnovují kožní bariéru a obsah vody ve stratum corneum. Hydratující substance jako urea, laktáty, glycerol a další, vážou vodu ve stratum corneum a uplatňují se jako složky přirozeného hydratačního faktoru (NMF). Emolienca zmírňují zánět a svědění způsobené suchou pokožkou. Mohou upravovat pH pokožky do fyziologické oblasti.^{1,2}

Pacient by měl mít k dispozici taková neparfemovaná emolienca na promazávání a hydrataci pokožky pro denní ošetření, k mytí nebo koupání, aby vyhovovala jeho potřebám.

- **Masti a krémy** se nanášejí na kůži. Krémy se vstřebávají rychleji než masti a mají kratší a mírně chladivý účinek. Masti se vstřebávají pomaleji, ale jejich účinek přetrvává déle (vhodnější na noc).
- **Emolientní náhražky mýdla, syndety** se používají místo klasického mýdla. Obsahují zvláčňující složky s nedráždivými emulgátory.

- **Oleje do koupele semi-dispergovatelné** obsahují emulgátory, které umožňují rozptýlit olej ve vodě. Tyto přípravky mají čistící efekt, pokud se lehce nanášejí na kůži.
- **Olejové přísady do koupele nedispergovatelné** jsou bez emulgátorů. Olej vytváří na povrchu kůže vrstvu, které zůstane na kůži i po koupeli.
- **Adjuvantní emoliencia** jsou přípravky obsahující další složky jako antiseptika, antipruriginóza apod.⁴

Emoliencia k promazávání kůže jsou zastoupena v současné době převážně emulzními přípravky a použití jednotlivých typů závisí na teplotě a vlhkosti okolního prostředí, léčené oblasti těla a druhu dermatózy.

- Hydrofilní krémy (o/v) jsou preferovány v teplých klimatických podmínkách, u mladších pacientů a léčbě mírně závažných stavů suché kůže. Mají vyšší obsah vody, působí chladivě a jsou vhodné pro denní ošetření.
- Masti a hydrofóbní krémy (v/o) jsou vhodné zejména v chladném klimatu, protože nemusí být dobře snášeny v horkém a vlhkém prostředí. Aplikují se zejména v oblastech nohou nebo paží, u starších pacientů a u závažnějších stavů suché kůže.²

Pro použití promazávacích přípravků platí tato doporučení:

- Emoliencia slouží k celotělovému ošetření.
- Mají se používat častěji a ve větším množství než všechny ostatní přípravky.
- Emolientní přípravky by pacient měl mít k dispozici v množství 250–500 g týdně.
- Je vhodné mít k dispozici dostupný přípravek pro denní ošetření ve vhodném množství i ve školách a školkách u dětí, nebo na pracovišti u dospělých.
- Pokud jsou použita emoliencia ve stejnou denní dobu spolu s dalšími léčebnými přípravky, aplikují se s odstupem několika minut, pořadí závisí na preferencích pacienta nebo rodičů.¹

Olejové přísady do koupele zabezpečí na pokožce velkoplošné promaštění tvorbou okluzivního ochranného filmu a provlhlení kůže omezením transepidermálních ztrát vody. Jsou praktičtější zejména u dětských pacientů, k běžné hygieně dospělých atopiků lze při velké suchosti používat koupelová olejová emoliencia formou přímé aplikace na kůži s krátkým osprchováním (okolo 3 minut) chladnější vodou.³

Pro použití olejových přísad platí tato doporučení:

- frekvence zpravidla obden (v ostatní dny jen krátká sprcha, popř. omytí s šetrnými prostředky)
- délka koupele 10–20 minut, přiměřená teplota vody
- osušit jen jemně poklepem
- do 3 minut aplikovat emoliencia, aby kůže zůstala hydratovaná a nepřesušila se

Lokální kortikosteroidy

Pacientovi nebo rodičům dítěte s AD je třeba vysvětlit, že léčba lokálními kortikosteroidy je účinná a přínos léčby převyšuje její rizika, avšak jen při správném používání. Je třeba se vyvarovat nadměrnému a nevhodnému použití, zrovna tak jako přehnané kortikofóbie. Lokální kortikosteroidy jsou efektivní při situacích spojených se zánětem, imunologickou reakcí a hyperproliferací. Mohou velmi rychle poskytnout symptomatickou úlevu od pálení a svědění.

Stupeň účinnosti lokálních kortikosteroidů (viz příloha č. 2) by měl být přizpůsoben závažnosti atopické dermatitidy a v závislosti na místě aplikace.

Třída účinnosti by měla být volena takto:

- slabé kortikosteroidy na mírné formy AD
- středně silné kortikosteroidy na středně závažnou AD
- silně účinné kortikosteroidy na závažnou AD
- slabé kortikosteroidy na obličej a krk s výjimkou krátkodobé aplikace (3–5 dní) středně silných kortikosteroidů na exacerbaci AD
- středně silné kortikosteroidy na krátkou dobu (7–14 dní) při exacerbaci na citlivých místech jako třísla a podpaží
- velmi silné kortikosteroidy by se neměly aplikovat na obličej, třísla, podpaží nebo pod okluzi (místa intertriginózní predilekce)

Lokální kortikosteroidy se aplikují pouze na místa s aktivní atopickou dermatidou nebo místa aktivní v posledních 48 hodinách.

- četnost aplikace – postačuje jednou až dvakrát denně
- aplikuje se přiměřené množství k dostatečnému pokrytí postižených oblastí
- slabě účinné kortikosteroidy jsou bezpečnější i tehdy, pokud se používají dlouhodobě, na větší plochy, na obličej, na části těla s tenčí kůží a u dětí¹
- je třeba mít na paměti, že vliv na vstřebání a účinek kortikoidů ovlivňuje stav hydratace kůže, použití okluze a povaha vehikula

Dlouhodobé intermitentní používání lokálních kortikosteroidů se zdá být užitečné a bezpečné. Redukce četnosti aplikace je umožněna depotním efektem a postupnou permeací ze *stratum corneum*. Pro dlouhodobou kontrolu AD a prevenci vzplanutí AD se používá tzv. **proaktivní režim**.

- ošetření problémových partií lokálními kortikosteroidy po dobu dvou po sobě jdoucích dnů v týdnu, vyskytují-li se 2 nebo 3 exacerbace AD za měsíc²
- intervalová léčba může probíhat také aplikací lokálních kortikoidů (LK) dva dny v týdnu rozděleně¹⁰

Edukace podporuje správné zacházení

- pokud používá pacient více lokálních kortikosteroidů, je vhodné označit si jednotlivé přípravky třídou účinnosti
- dlouhodobé používání LK může vést k toleranci a tachyfyaxi
- zkusit aplikovat jiný lokální kortikosteroid stejné třídy k zesílení léčby (*stepping up therapy*) při podezření na tachyfyaxi
- nežádoucí účinky jako atrofie kůže, strie, teleangiektázie apod. omezují dlouhodobé používání těchto léčiv, zejména silně a velmi silně účinných LK¹
- existuje málo důkazů o nežádoucích účincích LK, jsou-li používány méně účinné LK⁹
- systémové nežádoucí účinky mohou nastat po aplikaci na více než 30 % povrchu těla a při vysoké spotřebě silných LK¹¹

Inhibitory kalcineurinu (topické imunomodulátory)

Inhibitory kalcineurinu (viz příloha č. 4), takrolimus a pimekrolimus, snižují rozsah, závažnost a projevy atopické dermatitidy u dětí a dospělých. Nejsou vhodné pro léčbu mírné formy atopického ekzému nebo v první linii léčby atopického ekzému bez ohledu na závažnost.⁴

Mírní zánět, který vede ke vzplanutí choroby, ale nemají nežádoucí účinky lokálních kortikosteroidů a proto mohou být použity v oblastech s tenčí pokožkou – oční víčka, obličej, intertriginózní místa bez rizika atrofie kůže a strií. Lokální inhibitory kalcineurinu zmírňují svědění do

3–7 dnů, mezi 7–21 dnem se také snižuje intenzita příznaků AD.¹¹ U těžkých forem se k zesílení účinku kombinují s lokálními kortikosteroidy. Nejčastějším nežádoucím účinkem je přechodné pálení v místě aplikace, zejména v prvních dnech léčby.

- Lokální **pimekrolimus** se používá u dětí od 2 let jako lék druhé volby u mírně až středně těžkého ekzému na obličeji a krku, kde léčba lokálními kortikosteroidy nebyla dostatečná, nebo kde existuje riziko významných nežádoucích účinků lokálních kortikosteroidů, a to zejména nevratné atrofie kůže.⁴
- Lokální **takrolimus** 0,03 % se používá jako lék druhé volby u dospělých a dětí od 2 let u středně těžkého až těžkého ekzému, kde léčba lokálními kortikosteroidy nebyla dostatečná, a kde existuje riziko významných nežádoucích účinků lokálních kortikosteroidů a to zejména nevratné atrofie kůže. Mast s 0,1 % takrolimu je určena dětem od 16 let a dospělým. Mast Protopic by neměla být aplikována na léze, které jsou považovány za potenciálně maligní nebo premaligní.

Zásady aplikace:

- používat v tenké vrstvě na aktivní oblasti atopického ekzému, které mohou zahrnovat i oblasti s porušenou kůží¹
- lze je použít na akutní i chronické projevy AD
- na topické imunomodulátory je možno přejít po léčbě lokálními kortikosteroidy, které účinně a rychle potlačují zánětlivé projevy
- aplikuje se zpočátku 2x denně, po zlepšení 1x denně³
- přípravky s takrolimem je možné aplikovat 2x týdně v rámci udržovací léčby (**proaktivní terapie**) s cílem navození dlouhodobé, kontinuální kontroly subklinického zánětu¹⁰, po roce se však doporučuje zvážit jeho vysazení
- neaplikovat na kůži s probíhající bakteriální nebo virovou infekcí (impetigo, herpes)³
- bez rady dermatologa nepoužívat v okluzi z důvodu rizika vyšší absorpce¹
- při očkování je třeba dodržet dvoutýdenní interval od poslední aplikace, aby nedošlo k selhání vakcinace¹¹
- není vhodné podávat u pacientů s defektem imunity nebo u pacientů na imunosupresivní terapii
- kůži ošetřenou topickým imunomodulátorem je třeba chránit před UV zářením¹¹

Přípravky obsahující dehty a ichthamol

Použití dehtových přípravků má léčebný efekt, ale jejich využití limituje compliance.

Dehty, používané v širším měřítku v minulosti, vykazují protisvědivé a protizánětlivé účinky a používají se u chronických lézí atopické dermatitidy. Mohou být používány v monoterapii nebo v kombinaci s lokálními kortikosteroidy.

Mezi nežádoucí účinky patří folikulitida a fotosenzitivita. Hlavní nevýhodou však je zápach a tmavá barva, která zanechává skvrny na oblečení a ložním prádle.⁸

Mnohem bezpečnější a jen o málo méně účinné jsou přípravky s **ichthamolem**, které se mohou používat i u dětí. Slouží hlavně k doléčení zánětu po ukončení terapie AD, aplikace vede k omezení výskytu rebound fenoménu.

Ichthamol podporuje regeneraci keratinocytů, má i protizánětlivý účinek, používá se v koncentracích 2–5 %.¹² Ichthamol má minimální iritační, senzibilizační a fotosenzibilizační potenciál. Jeho kosmeticky přijatelnější varianta je bílý ichthamol – leukichtol, který je účinnější a lze jej použít v nižších koncentracích než jeho tmavší varianta.¹³

Lokální antibiotika a antiseptika

Tyto přípravky se aplikují při přítomnosti sekundární bakteriální infekce, zejména při projevech kolonizace pyogenními stafylokoky. Při rozsáhlých projevech se antibiotika aplikují celkově.

Antiseptika, antibiotika i antimykotika mohou být součástí kombinovaných kortikoidních přípravků, které se s výhodou používají u těžších forem, především v kožních záhybech (viz příloha č. 3).

- Lokální antibiotika včetně kombinací s lokálními kortikosteroidy by měla být vyhrazena k léčbě při prokázané infekci v lokalizovaných oblastech, ale problémem může být rozvoj rezistence. Délka používání je maximálně 2 týdny.
- Antiseptika jsou vhodná pro snížení mikrobiální zátěže v případě opakujících se kožních infekcí a mezi nejčastěji používané patří chlorhexidin, kloroxin, kvarterní amoniové sloučeniny a triklosan. Dlouhodobé použití rovněž není vhodné pro možnost lokálního dráždění a velmi vzácně rozvoje kontaktní alergie.^{1,12}

Perorální antihistaminika

Sedativní a nesedativní perorální antihistaminika nejsou vždy účinná v ústupu svědění u všech pacientů a neměla by být tedy nasazována rutinně.

- **Sedativní** antihistaminika se mohou s výhodou použít zejména u dětí ke krátkodobé (7–14 dní) úlevě v případě narušení spánku z důvodu silného svědění a kopřivky. Nepřímo se snižuje noční škrábání a riziko poškození (*exkoriace*) kůže. Pokud je léčba účinná, může se v případě potřeby během exacerbací choroby opakovat.
- **Nesedativní** antihistaminika mohou být účinná u pacientů s těžkým atopickým ekzémem nebo mírným nebo středně těžkým atopickým ekzémem doprovázeným silným svěděním nebo kopřivkou, nebo u pacientů trpících současně respiračními alergiemi. U atopické dermatitidy mají však pouze malý efekt.¹

Celková léčba kortikosteroidy a imunosupresiva

Je vyhrazena pro krátkodobé použití u těžkého průběhu atopické dermatitidy, kde ostatní možnosti selhaly nebo nejsou vhodné a je šance, že by mohlo dojít ke zlepšení kvality života. Aplikují se systémová imunosupresiva a imunomodulancia (glukokortikoidy perorálně, popř. intravenózně a cyklosporin A).^{1,12}

Další léčebné postupy

Fototerapie zejména v chronickém a subakutním stádiu; používá se úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm nebo širokospektré UVA. Obvykle se kombinuje s balneoterapií, zevní i celkovou léčbou. Mezi doplňkové postupy patří hlavně **léčba lázeňská, pobyt na horách a u moře**.¹²

9. Závěr – Úloha lékárníka

Je mnohem méně snadné radit pacientům, jak správně používat lokální přípravky na kůži, nežli vysvětlit, jak se tablety užívají perorálně.⁹ Lékárník, jako jeden ze zdravotnických profesionálů, který přichází do kontaktu s pacienty trpícími atopickým ekzémem, může přispět svými znalostmi o jednotlivých lékových formách a být nápomocen při výběru vhodných emolientních přípravků tvořících základ léčby. Cílem DP je také znalost jak motivovat pacienta k bezpečnému zacházení s lokálními kortikosteroidy, podpořit tzv. proaktivní léčbu AD, tj. včasnou léčbu při prvních příznacích AD a u těžších forem dlouhodobou udržovací kontrolu AD s cílem účinného a kontinuálního potlačení zánětu. Přínos lékárníka může být i ve zvýšení informovanosti pacienta nebo rodičů dítěte s AD o projevech onemocnění a možnostech režimových opatření.

Použité zkratky

AD	atopická dermatitida
IgE	imunoglobulin E
LK	lokální kortikoidy
NMF	natural moisturizing factor
UVA	ultrafialové záření (s vlnovou délkou od 315 do 400 nm)
UVB	ultrafialové záření (s vlnovou délkou od 280 do 315 nm)

Doporučené odkazy pro pacienty

<http://www.dermatology.cz/atopicky-ekzem/>
<http://www.dermanet.cz/cs/kozni-choroby/ekzemy/>
<http://www.proalergiky.cz/texty/atopicky-ekzem.html>
<http://www.atopickyekzem.cz/>
<http://www.lecebne-lazne.cz/cs/lazne-cr>

Literatura

1. Atopic eczema in children. Clinical guideline 57, National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2007, (10), ISBN 1-84629-559-9
2. Litvik, R. Zásady léčby atopické dermatitidy. Farmakoterapie, 2009; 4: 421–432
3. Benáková, N. Léčba atopické dermatitidy/ekzému u dospělých. Dermatol. prax., 2007; 2: 70–75
4. Atopic eczema in children management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. RCOG Press, London, 2007, ISBN 978-1-904752-42-4
5. Lam, J. Atopic Dermatitis: a Review of Recent Advances in the Field. Pediatr Health. 2008;2(6):733-747
6. Schäfer, T. Vplyv alergie na atopický ekzém podľa poznatkov z epidemiologických štúdií, Curr Opin Allergy Clin Immunol/CS, 2008;5:63-67
7. Litvik, R. Úloha kožní bariéry u atopické dermatitidy. Farmakoterapie, 2008; 4(Suppl 3): 11–21
8. Peterson, J. D.; Chaun, L. S. A comprehensive management guide for atopic dermatitis. Dermatol Nurs. 2006, 18(6):531-42
9. Bewlay, A. Expert Consensus: Time for a Change in the Way We Advise Our Patients to Use Topical Corticosteroids. Br J Dermatol, 2008; 158(5):917–920
10. Litvik, R. Proaktivní režim v léčbě atopické dermatitidy Farmakoterapie. 2010; 6(3): 295–299
11. Polášková, S. Proč může selhat léčba u dětí s atopickou dermatitidou. Farmakoterapie, 2008; 4, Suppl.: 332-35
12. Léčba atopického ekzému u dětí. Farmakoterapeutické informace, 2010; 5: 2-4
13. Ditrichová, D. Ichthamol a dehty v současné dermatologické terapii. Klin. Farmakol. Farm. 2005; 19: 47–48

Přílohy

Příloha č. 1 – Přehled emoliencií (třídění dle ATC klasifikace)

Emoliencia obsahující měkký parafin a tukové produkty			
název přípravku	léková forma	složení	použití
BALMANDOL OLEJ	DRM SOL 1X225ML	mandlový olej, tekutý parafin; neobsahuje emulgátor	kožní roztok, přísada do koupele
BALNEUM HERMAL	DRM BAL 1X200ML, 1X500ML	sójový olej; obsahuje emulgátor	přísada do koupele
BALNEUM HERMAL F	DRM BAL 1X200ML, 1X500ML	podzemnicový olej, tekutý parafin; obsahuje emulgátor	přísada do koupele
BALNEUM HERMAL PLUS	DRM BAL 1X200ML, 1X500ML	sójový olej, lauromacrogol 400; obsahuje emulgátor	přísada do koupele s obsahem anti-pruriginózní složky
EXCIPIAL KRÉM	DRM CRM 1X100GM	tekutý parafin a další složky; 35,5 % lipofilní fáze	hydrofilní krém (o/v)
EXCIPIAL MAST	DRM UNG 1X100GM	bílá vazelína a další složky; neobsahuje vodu	lipofilní, vodou smyvatelná mast
EXCIPIAL MAST S MANDLOVÝM OLEJEM	DRM UNG 1X100GM	mandlový olej a další složky; obsah tuků 96 %	lipofilní, vodou nesmyvatelná mast
EXCIPIAL MASTNÝ KRÉM	DRM CRM 1X100GM	parafiny, bílá vazelína a další složky; 54 % lipofilní fáze	hydrofóbní krém (v/o), vodou nesmyvatelný
LINOLA	DRM CRM 1X50GM	esenciální mastné kyseliny a konstitutivní složky, 16 % tukovitých látek	lehký hydrofilní krém (o/v)
LINOLA-FETT	DRM CRM 1X50GM	esenciální mastné kyseliny a konstitutivní složky, 65 % tukovitých látek	hydrofóbní krém (v/o)
LINOLA-FETT ÖLBAD	DRM BAL 1X200M, 1X400ML	tekutý parafin a další lipofilní složky; obsahuje emulgátor	přísada do koupele
LIPOBASE	DRM CRM 1X100GM	tekutý parafin, bílá vazelína a další složky; 70 % lipofilní fáze	mastný krém, emulzní typ o/v
OILATUM EMOLLIENT	DRM BAL 1X150M, 1X500ML	tekutý parafin a další složky; obsahuje emulgátor	přísada do koupele
OILATUM PLUS	DRM BAL 1X150M, 1X500ML	tekutý parafin, benzalkonium-chlorid, triklosan a další složky; obsahuje emulgátor	přísada do koupele s antiseptickým účinkem
Přípravky obsahující ureu			
EXCIPIAL U HYDROLOTIO	DRM EML 1X200ML	urea 2 %, obsah lipofilních složek 11 %	kožní emulze o/v
EXCIPIAL U LIPOLOTIO	DRM EML 1X200ML	urea 4 %, obsah lipofilních složek 36 %	kožní emulze v/o

Příloha č. 2 – Přehled lokálních kortikosteroidů dle třídy účinnosti (třídění dle ATC klasifikace)

Kortikosteroidy slabě účinné (skupina I.)		
<i>hydrokortison-acetát</i>	HYDROCORTISON LÉČIVA	DRM UNG 1X10GM 1 %
<i>prednisolon</i>	magistraliter přípravky	DRM UNG 0,25-0,5 %
Kortikosteroidy středně účinné (skupina II.)		
<i>hydrokortison-butyrát</i>	LOCOID 0,1%	DRM CRM 1X30GM, DRM UNG 1X30GM
	LOCOID LIPOCREAM	DRM CRM 0,1 %
	LOCOID CRELO 0,1%	DRM EML 1X30GM SOL
	LOCOID LOTION 0,1%	DRM SOL 1X30GM
<i>dexamethason-acetát</i>	magistraliter přípravky	DRM CRM, DRM UNG, DRM EML 0,01-0,025 %
<i>triamcinolon-acetonid</i>	TRIAMCINOLON LÉČIVA	DRM CRM 1X10GM, DRM UNG 1X10GM
	TRIAMCINOLON TEVA	DRM EML 1X15GM, 1X30GM
<i>alclomethason-dipropionát</i>	AFLODERM	DRM CRM 1X20GM, DRM UNG 1X20GM
Kortikosteroidy silně účinné (skupina III.)		
<i>betamethason-dipropionát</i>	BELODERM	DRM CRM 1X30GM 0.05 %, DRM UNG 1X30GM 0.05 %
	DIPROSONE	DRM CRM 1X30GM 0.05 %, DRM UNG 1X30GM 0.05 %
	KUTERID	DRM CRM 1X20GM 0.05 %
<i>betamethason-valerát</i>	BETNOVATE	DRM CRM 1X15GM 0.1 %, DRM UNG 1X15GM 0.1 %
<i>fluocinolon-acetonid</i>	FLUCINAR	DRM GEL 1X15GM 0,025 %, DRM UNG 1X15GM 0,025 %
	GELARGIN	DRM GEL 1X25GM
<i>momethason-furoát</i>	ELOCOM	DRM SOL 1X20GM, DRM CRM 1X15 a 30GM 0.1%, DRM UNG 1X15 a 30GM 0.1 %
<i>methylprednisolon-aceponát</i>	ADVANTAN KRÉM	DRM CRM 1X15GM
	ADVANTAN MASTNÝ KRÉM	DRM CRM 1X15GM
	ADVANTAN MLÉKO	DRM EML 1X20GM
<i>flutikason-propionát</i>	CUTIVATE KRÉM	DRM CRM 1X15GM
	CUTIVATE MAST	DRM UNG 1X15GM
<i>prednikarbát</i>	DERMATOP KRÉM	DRM CRM 1X10 a 50GM
	DERMATOP MAST	DRM UNG 1X10 a 50GM
Kortikosteroidy velmi silně účinné (skupina IV.)		
<i>klobethasol-propionát</i>	DERMOVATE	DRM CRM 1X25GM, DRM UNG 1X25GM

Příloha č. 3 – Přehled lokálních kortikosteroidů a kombinace s antiinfektivy (třídění dle ATC klasifikace)

Kortikosteroidy slabě účinné (skupina I.), kombinace s antiseptiky			
<i>prednisolon-acetát</i>	IMACORT	DRM CRM 1X20GM	klotrimazol, hexamidin-diisethionát
Kortikosteroidy slabě účinné (skupina I.), kombinace s antibiotiky			
<i>hydrokortison</i>	FUCIDIN H	DRM CRM 1X15GM	hemihydrát kyseliny fusidové
<i>hydrokortison-acetát</i>	PIMAFUCORT	DRM UNG 1X15GM a DRM CRM 1X15GM	natamycin, neomycin-sulfát
Kortikosteroidy středně účinné (skupina II.), kombinace s antiseptiky			
<i>triamcinolon-acetonid</i>	TRIAMCINOLON E LÉČIVA	DRM UNG 1X10GM	kloroxin
Kortikosteroidy silně účinné (skupina III.), kombinace s antibiotiky			
<i>betamethason-dipropionát</i>	BELOGENT	DRM CRM 1X30GM, DRM UNG 1X 30GM	gentamycin-sulfát
<i>betamethason-valerát</i>	FUCICORT	DRM CRM 1X15GM	hemihydrát kyseliny fusidové

Příloha č. 4 – Látky na atopickou dermatitidu, s výjimkou kortikosteroidů (třídění dle ATC klasifikace)

takrolimus			
	název přípravku	léková forma	poznámka
	PROTOPIC 0,03 % MAST	DRM UNG 1X10GM, 1X30 GM	pro děti od 2 let
	PROTOPIC 0,1 % MAST	DRM UNG 1X10GM, 1X30 GM	od 16 let
pimekrolimus			
	ELIDEL 1 % KRÉM	DRM CRM 1X15GM 1 %	pro děti od 2 let