

ANGIS

Odborný pohled do světa lékáren

únor - květen 2018

RE VUE



Vášeň k vaření jsem zdědila
RADKA ROSICKÁ

DERMATOLOG

JAK PORAZIT
AKNÉ ČI ATOPICKÝ
EKZÉM

DĚTI - STRAŠÁK JMÉNEM MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

K VĚCI - VAKCINACE POD TLAKEM

TRENDY - POSLOUČEJTE SVÉ TĚLO

ATOPICKÝ EKZÉM

MUDr. Sylva Zajícová

autorka pracuje v ambulanci kožních onemocnění v Ostravě, specializuje se i na dětské pacienty ☎ dr.zajicova@zdravakuze.com, foto: zdravakuze.com



MUDr. Sylva Zajícová vystudovala medicínu v Olomouci, atestovala z pediatrie, získala specializovanou způsobilost v dermatovenerologii. Ve své kožní ambulanci se věnuje mj. vyšetření pigmentových znamének digitálním dermatoskopem, pracuje také s diodovým a CO₂ laserem.

Atopická dermatitida je jedno z nejčastějších kožních onemocnění u dětí. Jde o silně svědive chronické nebo chronicky recidivující neinfekční onemocnění kůže.

Atopická dermatitida je závažné onemocnění nejen rozsahem projevů, frekvencí vzplanutí a různými komplikacemi, ale převážně výrazným vlivem na kvalitu života nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny.

VÝSKYT CHOROBY

Atopická dermatitida (atopický ekzém, prurigo Beznier, neurodermatitis atopica, AD) je multifaktoriálním zánětlivým onemocněním kůže. Vyskytuje se převážně u dětských pacientů, ale může přetrvávat i do dospělosti. Často vzniká již kolem třetího měsíce věku. Do šestého měsíce života se vyskytuje u 49 až 75 % dětí. Prevalence u dospělých je 2 až 10 %.

Ve vyspělých zemích počet pacientů s AD v posledních letech

vzrostl. Tento nárůst je přičítán vlivu znečištěného ovzduší ve městech a nárůstu alergenů. Pokud jsou projevy patrný do tří let věku, mluvíme o tzv. časně vzniklé AD („early onset AD“), která v 1/3 případů přetrvala až do dospělosti. AD může vzniknout i de novo v dospělosti. V tomto případě mluvíme o „late-onset AD“ formě. K prognosticky špatným ukazatelům řadíme: výskyt AD v rodině, těžší průběh AD v dětství, vysoké hodnoty IgE, respirační atopii a nulovou alelu genu pro filagrin. U pacientů, u kterých vznikla atopická dermatitida v dospělosti, zjišťujeme normální hladiny IgE v krvi, negativní rodinnou anamnézu a mírnější průběh choroby.

SPEKTRUM PŘÍZNAKŮ

Klinické projevy jsou velmi různorodé a závislé na věku pacienta. Rozdělujeme je na fázi kojeneckou, dětskou, dospívajících a dospělých.

Kojenci

Kojenecká fáze vzniká mezi druhým až šestým měsícem života. AD začíná většinou ve kštici formou crusta lactea. Charakteristickou oblastí je obličej s oboustranným postižením tváří. Na tvářích se vyskytují silně svědive papulky, projevy mokvají a povrch kůže bývá pokryt i supinami a stroupy. V době, kdy se kojenec začíná pohybovat, se ložiska ekzému přesouvají na předloktí, kolena a bérce. Jsou to místa stálého mechanického dráždění kůže. V kojeneckém věku jsou nejčastějšími provokačními faktory bílkoviny kravského mléka, pšenice a vaječný bílek. Průběh onemocnění nelze předvídat. Ekzém může do třetího roku zcela zmizet nebo plynule přechází do další formy.

Dětská forma

Dětská forma AD postihuje děti mezi třetím až desátým rokem života. Mění se lokalizace projevů. Nejčastěji jsou postižené flexorové části končetin – loketní a podkolenní jamky, zápěstí, nártý a dorsa

rukou. Ložiska ekzému v této fázi již nejsou tak mokvající, kůže je suchá, zhrubělá a silně lichenifikovaná (zanícená a svědívá). Na obličeji je kůže bledá, kolem očních víček tmavší a zhrubělá. Pod očima vidíme zdvojený záhyb – tzv. Dennieho-Morganovo infraorbitální řasu. Mezi provokační faktory v tomto věku patří vzdušné alergeny – prach, roztoči, peří, plísně, zvířecí nebo pylové alergeny. Zhoršujícím faktorem všech období je stres. Exacerbace probíhají na jaře a na podzim, projevy se zlepšují v létě.

Postupně s věkem dochází u většiny pacientů ke zlepšení klinického nálezu AD. Ke zlomu může dojít v předškolním věku a v pubertě. Průběh se

zmírňuje, zcela vymizí nebo v některých případech mohou vymizet příznaky na kůži a objevuje se alergická rhinitis, konjunktivitis a asthma bronchiale. Kromě kožních projevů ve všech klinických formách vídáme u pacientů silné svědění, škrábání a neklid. Svědění pacienty budí ze spánku. Děti i jejich rodiče trpí nedostatkem spánku, což snižuje kvalitu jejich života. Ve škole jsou děti často nepozorné, unavené a neklidné.

Dospělí

Dospělá forma ekzému se může vyskytnout u pacientů jako první projev onemocnění. Většinou však předchází kojenecká nebo dětská forma ekzému, anebo

bronchiální astma. Projevy se vyskytují v predilekčních lokalizacích – obličeji, šíje, ramena, velké klouby končetin, hřbety rukou. Kůže dospělých pacientů je hodně lichenifikovaná, pruritus je intenzivnější. Mezi provokační faktory v dospělém věku patří potravinové alergie a hormonální a psychické změny. Vlivem škrábání dochází k častým komplikacím, kdy přes narušenou kožní bariéru vnikají do kůže různé viry a bakterie.

KOMPLIKACE EKZÉMU

K nejčastějším komplikacím řadíme superinfekci bakterií *Staphylococcus aureus*. Vzniká tzv. *eczema impetiginosum*. Mezi faktory podporující kolonizaci patří porušená kožní bariéra, snížený podíl lipidů na povrchu kůže a snížená produkce endogenních antimikrobiálních peptidů keratinocyty. Při této impetiginizaci vidíme na kůži mokvání, žlutavé krusty, okolí je sytě červené.

K virovým komplikacím atopického ekzému řadíme tzv. *eczema molluscum*, vyvolaný poxvirem. Tento virus se často přenáší v dětských kolektivech, přes drobné eroze nebo také autoinokulací při škrábání. Inkubační doba je několik týdnů až měsíců. Vložiscích ekzému, ale i mimo ně, mohou být desítky drobných papulek barvy kůže s typickou centrální vkleslinou.

INZERCE ▶

K závažným komplikacím AD patří infekce vyvolaná virem herpes simplex typu 1 a 2 – *eczema herpeticatum Kaposi*. U dětí jde často o primoinfekci po kontaktu s osobou s herpes simplex, nejčastěji na rtu. V ložiscích ekzému se objevují drobné vodnaté puchýrky, které se rychle šíří i na zdravou kůži a následně mohou být impetiginizovány. Před érou celkových acyklovirů byla úmrtnost na tuto komplikaci až 80 %.

KRITÉRIA DIAGNÓZY

Diagnóza AD se opírá o hlavní a vedlejší kritéria.

K hlavním kritériím patří: pruritus (svědění), lichenifikace (zhrubnutí kůže), chronický průběh a pozitivní osobní nebo rodinná anamnéza.

Mezi vedlejší kritéria patří: suchá kůže (xeróza), zvýšené hladiny IgE, vznik onemocnění v časném dětství, bílý dermatogafismus (výrazná kožní reakce na mechanické podráždění), potravinová intolerance, tmavé kruhy pod očima, bledost obličeje a další.

Při nejisté diagnóze by měla být provedena probatorní excize z ložiska ekzému, které nebylo minimálně čtrnáct dní ošetřováno. Součástí anamnézy je posouzení dosavadního průběhu, frekvencí exacerbací, reakcí na předchozí léčbu a zjištění provokačních faktorů. Pro stanovení diagnózy by měla být splněna alespoň tři hlavní a tři vedlejší kritéria.

Z hlediska klinického obrazu je v praxi pro diagnostiku zásadní trias: **dermatitida, xeróza, pruritus**.

Z laboratorních výsledků může diagnózu AD podpořit zvýšená hladina celkových IgE a eozinofilie. Pokud měl jeden rodič atopii v anamnéze, znamená to pro dítě až 45% pravděpodobnost vzniku AD. Pokud měli oba rodiče projevy AD v životě, zvyšuje se pravděpodobnost u jejich dítěte až na 75 %.

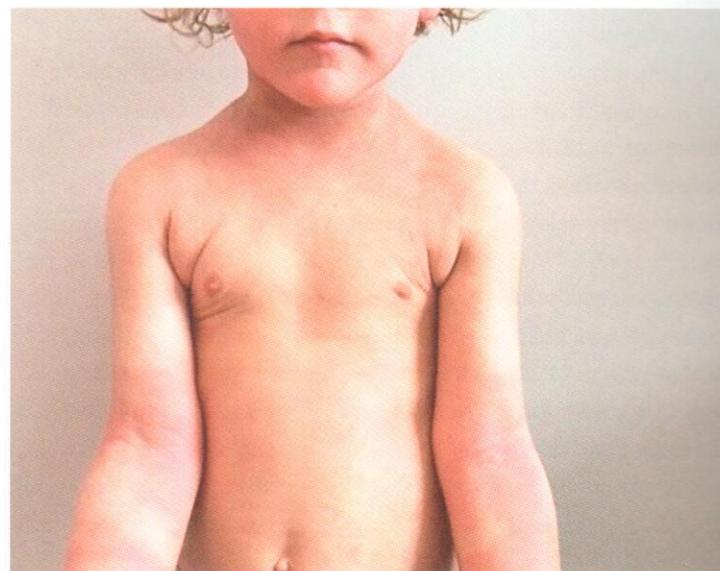
LÉČBA

Je komplikovaná a velice individuální. AD není možné zcela vyléčit, při léčbě se snažíme prodloužit období bez projevů AD na co nejdélší možnou dobu. Cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, zmírnit průběh, zabránit komplikacím a oddálit recidivu projevů.

Volba léčby AD se řídí především závažností stavu. Důležitá je spolupráce dermatologa se

vyléčit. Nedílnou součástí celé léčby je dodržování režimových opatření. Mezi ta patří odstranění všech provokačních a zhoršujících faktorů zevního prostředí. V domácím prostředí nedoporučujeme chov domácích zvířat, snižujeme množství roztočů a prachu. Vhodné je udržovat správnou teplotu a vlhkost v bytě, pravidelně větrat, nekouřit v bytě a odstranit péřové přikryvky z pokoje atopika.

Vhodná je i úprava životosprávy. Mezi nejčastější alergeny patří kravské mléko, vaječný bílek i žloutek, pšeničná mouka, kakao, ryby, ořechy, citrusy a jahody. Tyto potraviny, pokud u daného pacienta



Součástí celé léčby je dodržování režimových opatření

specialisty z jiných oborů – alergologa, psychologa, imunologa. Nedílnou součástí léčby je podrobná edukace pacienta a celé jeho rodiny před zahájením terapie.

EDUKACE PACIENTA

Pacient i jeho rodiče musí pochopit průběh choroby, vědět o tom, že onemocnění je dlouhodobé. Dispozice k atopii má nemocný po celý život, a proto nelze AD úplně

zhoršují klinické projevy ekzému, by měly být eliminovány. U kojenců se doporučuje výlučné kojení do šestého měsíce věku, popřípadě využívat tzv. hypoantigenní přípravky kojenecké výživy, které mají snížený obsah alergenů. V době akutního vzplanutí AD se neobejdeme bez lokálního použití kortikosteroidů, imunomodulátorů a celkové terapie antihistaminky. Při komplikacích využíváme lokálně či celkem antibiotika, při eczema herpeticatum celkově antiviroty. V závažných případech jsou indikovány i celkově podávané kortikosteroidy. U starších dětí a dospělých využíváme protizánětlivé účinky fototerapie UVB 311nm. I v době remise onemocnění je nutné se o kůži pravidelně starat a používat několikrát denně emolienta a olejové koupele. Dodržování těchto režimových opatření pomáhá zlepšovat kvalitu života pacientů s AD. ■

HOJENÍ DROBNÝCH KOŽNÍCH PORANĚNÍ

MUDr. Sylva Zajícová

autorka pracuje v ambulanci kožních onemocnění v Ostravě, specializuje se i na dětské pacienty ☎ dr.zajicova@zdravakuze.com, foto: zdravakuze.com



MUDr. Sylva Zajícová vystudovala medicínu v Olomouci, atestovala z pediatrie, získala specializovanou způsobilost v dermatovenerologii. Ve své kožní ambulanci se věnuje mj. vyšetření pigmentových znamének digitálním dermatoskopem, pracuje také s diodovým a CO₂ laserem.

Drobná kožní poranění vznikají při běžných činnostech v domácnosti, při sportu či v zaměstnání. Většinou nevyžadují lékařské ošetření, i když i malá poranění se mohou zkomplikovat v různých fázích hojení, nebo je pacienti mohou podcenit.

Rána je obecně definována jako porušení integrity kožního povrchu a s ní související funkce kůže, způsobené různými příčinami.

DĚLENÍ A TYPY RAN

Podle způsobu vzniku rozdělujeme rány na mechanické (řezné, bodné, sečné, tržné), termické (popáleniny, omrzliny), chemické a radiační. Podle průběhu hojení je dělíme na akutní a chronické. Akutní rány se hojí fyziologicky a rychle. U chronických ran

je doba hojení delší než šest týdnů. Podle rozsahu ztráty tkáně rozdělujeme rány na povrchové – ztráta epidermis, hlubší – ztráta kůže až do dolní dermis, hluboké – postižení podkoží, velmi hluboké zasahující do svalů a orgánů. Podle přítomnosti infekce jsou rány či nebo infikované.

HOJENÍ A JEHO FÁZE

Při hojení dochází k obnově poškozené tkáně a uzavření kožní bariéry. Hojení rozdělujeme na „per primam intentionem“ a „per secundam intentionem“. Při hojení per primam nejčastěji využíváme stehy, které uzavírají chirurgické či jiné rány s hladkými okraji. Tímto způsobem hojení se zacelují i rány povrchové, způsobené většinou mechanicky sekundární infekce. Rány, které jsou komplikovány sekundární infekcí, jsou různého typu a ty s nerovnými okraji se hojí per secundam. Proces hojení je delší a kosmeticky méně přijatelný.

Hojení probíhá ve třech fázích:

1. Fáze exsudativní

Začíná po poranění a trvá asi čtyři dny, primárně v této fázi dochází k zástavě krvácení. Poškozené buňky uvolňují látky, které vedou k vazokonstrikci. Trombocyty agregují a uzavírají tím cévy, tvoří různé cytokiny, jako je např. PDGF, IGF-1, EGF a další látky podporující zárodečného hojení. Při následné vazodilataci dojde k migraci neutrofilů a makrofágů.



do místa rány, kde probíhá fagocytóza cizích elementů. V této fázi hojení růstové faktory stimulují migraci a proliferaci buněk potřebných k novotvorbě tkáně.

2. Fáze proliferační

Během ní se tvoří nová granulační tkáň, která je bohatě

vaskularizovaná. Dochází k neovaskularizaci a k přeměně fibroblastů v kolagenní vlákna. Vytvořená granulační tkáň je následně epitelizovaná.

3. Fáze epitelizační

Díky růstovým faktorům buňky migrují, proliferují a diferencují se. Kolagenní

vlákna dozrávají a ve finální fázi dojde ke konečné přestavbě epidermis a dermis. Původní rána se mění v jizevnatou tkáň. Jizva je méně pružná než původní tkáň.

Hojení drobných kožních poranění většinou nebývá komplikované a kompletně trvá do tří týdnů. Drobné kožní defekty bývají velké jen několik milimetrů až centimetrů a jsou povrchové. Pacienti nechávají často tyto rány bez zakrytí, podceňují ošetření a hojení může být komplikováno.

MÍSTNÍ A SYSTÉMOVÉ FAKTORY HOJENÍ

Hojení rány může být ovlivněno různými lokálními faktory a celkovým stavem organizmu.

Mezi místní faktory patří:

- lokalizace rány,
- okraje rány (navalité, tuhé okraje),
- lokální hypoxie,
- velikost rány,
- spodina rány (krevní sraženiny, nekróza),
- hloubka rány,

- mikrobiální infekce,
- porucha krevního zásobení.

Mezi systémové faktory ovlivňující hojení ran patří:

- věk pacienta (s přibývajícím věkem se snižuje buněčná reprodukce),
- stav výživy (snížený příjem proteinů, vitamínů, minerálů),
- léky (např. glukokortikoidy, imunosupresiva, cytostatika),
- imunita (pacienti se sníženou imunitou jsou náchylní k sekundárním infekcím),

„Pro syntézu kolagenu je nezbytný vitamín C“

- anémie (tkáňová hypoxie),
- další přidružená onemocnění (diabetes mellitus, ICHS, hypertenze),
- návyky (alkohol, drogy, nikotin).

Pro správnou léčbu a hojení ran je tedy důležité znát jak fáze hojení, tak i faktory, které mohou hojení zpomalovat.

PROSTŘEDKY POUŽÍVANÉ K HOJENÍ RAN

Antiseptika

V první fázi hojení doporučujeme přípravky ze skupiny antiseptik v různých formách. Texturu přípravků volíme podle

lokalizace hloubky rány a kontraindikací (alergie na jód). Antiseptika mají rychlý, ale krátkodobý efekt. Můžeme je tedy využít v monoterapii, ale několikrát denně, nebo jako jednorázové ošetření před použitím léčivého krytí. Vhodné je antiseptika použít jako obklad přiložený na ránu po dobu 10 minut. Mezi tyto přípravky patří například acidum boricum, hydrogenii peroxidum, povidonum iodinatum nebo kalii permanganas. Antiseptické mřížky využívají jejich struktury

Hydrogely zvlhčují ránu a odstraňují nekrózy nebo krusty. Aplikují se na spodinu rány, která je poté přikryta např. antiseptickou mřížkou. Ve třetí fázi hojení ránu postupně překrývá epitel a vzniká jizva.

Krytí se silikonem může pozitivně ovlivnit i vzhled jizvy. Používají se na rány s delším intervalom převazů a k zabránění traumatizace při snímání krytí. Mezi přírodní látky, které se užívají při hojení ran, patří květ měsíčku lékařského, peruánský balzám, dubová kůra, čajovníkový olej, šalvěj lékařská, propolis a další. Všechny tyto léčebné látky mají antiseptické, protizánětlivé a epithelizační účinky. V posledních letech se využívají také nanovlákná, která napodobují přirozenou strukturu organizmu a stimulují buněčný růst v místech poškozené tkáně. Nanovlákná mohou být využita také jako nosič léčivých substancí.

VÝŽIVA JAKO NEZBYTNÁ SOUČÁST PÉČE

Nutriční podpora je základní součástí péče o pacienta s ránou. Při zhoršeném celkovém stavu pacienta se může i neinfikovaná rána hojit zdlouhavě a problematicky. Špatné hojení ran můžeme vidět u pacientů s proteinovou podvýživou, protože bílkoviny jsou důležité pro buněčnou obnovu a reparaci tkáně. Mezi minerály, které jsou důležité při obnově kožního povrchu, patří zinek, měď a selen. Zinek je potřebný pro proliferaci buněk, podílí se na syntéze DNA. Měď je součástí různých enzymů, které se uplatňují při tvorbě kolagenu a elastinu. Selen je antioxidant. Mezi vitamíny hrající důležitou roli při hojení rány patří vitamíny E, A a C. Vitamín C je nezbytný pro syntézu kolagenu.

PRAKTIČKÁ DOPORUČENÍ NA ZÁVĚR

Při drobném poranění bych doporučila mechanicky ošetřit ránu antiseptickým roztokem, odloučit nečistoty a koagula. Zjistit rozsah poranění, hybnost, povrchovou citlivost, zastavit krvácení a rozhodnout se, zda toto poranění vyžaduje ošetření lékařem se suturou či ne. K zástavě krvácení můžeme využít i prostředky k podpoře hemostázy, tzv. hemostyptika, která urychlí srážení krve a jsou v ráně ponechána do dalšího převazu. Převazy akutních ran by měly být zpočátku prováděny každý den, abychom mohli objektivizovat případné komplikace, především vznik sekundární infekce. Po stabilizaci stavu provádíme převazy jednou za tři dny. Krytí i drobné rány je důležitou součástí terapie, která podporuje přirozené prostření pro hojení. Vhodné jsou i tzv. stripy ke stažení rovných okrajů rány. Na místa více mechanicky namáhaná je možno využít roztok briliantové zeleně, etanolu a kolodia (známý pod názvem Solutio Novikov), ceněné jsou zejména jeho bakteriostatické a fungistatické účinky. Je důležité klinicky rozeznat krustu od nekrózy, což může hojení rány značně komplikovat. Základní hemostyptika, antiseptická a sekundární krytí by měla být součástí každé domácnosti a lékárničky na dovolenou. Jsou běžně dostupná ve všech lékárnách. ■