

Dermatologie

PRO PRAXI

Suppl. A
2012

www.solen.cz
ISSN 1803-8956
ROČNÍK 6

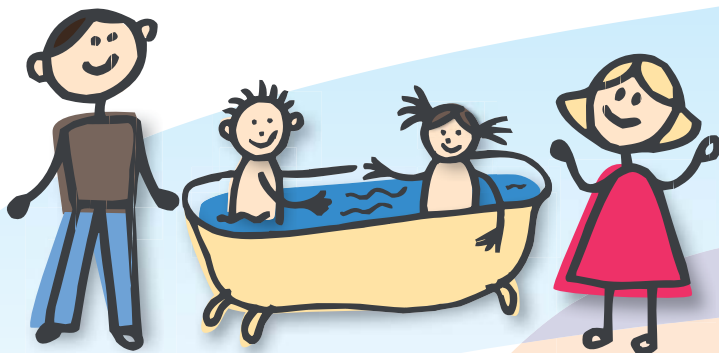
Abstrakta

IV. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

27. dubna 2012, NH Olomouc Congress

Oilatum®

Kompletní jemná péče
o suchou a citlivou pokožku



Oilatum
krém



Oilatum Emollient
koupelový olej

Oilatum
mýdlo

- pro ekzematiky
- pro běžnou péči
o suchou a citlivou kůži
novorozenců, kojenců
i malých dětí

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Oilatum Emollient. **Složení a léková forma:** Bledě žlutý, olejovitý, homogenní roztok ke kožní aplikaci ve formě koupelové přísady. Účinná látka: parafinum perliquidum 63,4 %. Pomocné látky: viz SPC. **Balení:** HDPE lahevka o obsahu 150 ml a 500 ml. **Indikace:** léčba atopického ekzému, kontaktní dermatitidy, stářecího svědění, ichthyózy a dalších kožních onemocnění spojených se zvýšenou suchostí kůže. Lze používat u všech věkových skupin včetně kojenců a batolat. **Dávkování a způsob podání:** Frekvence použití individuální dle typu, rozsahu a závažnosti obtíží. Obvykle jedna koupel za den. Pro dospělé: 10 – 30 ml roztoku (1 – 3 odměrky) do 100 – 150 l vody. Pro děti: 5 – 20 ml roztoku (½ – 2 odměrky) do 10 – 50 l vody. Po koupeli opláchněte a jemně osušte. Lehký tekutý parafin vytváří na kůži okluzivní mastný film. Tento film zabraňuje zvýšenému odpařování vody z kožního povrchu, zajišťuje hydrataci a promašťování. **Kontraindikace:** Známa hypersenzitivita na účinnou látku nebo na látky pomocné. **Zvláštní upozornění:** Oilatum Emollient obsahuje složky, které kůži očišťují. Použití běžného mýdla při koupeli může zhoršit vytváření mastného filmu, a tím snížit léčebný účinek přípravku. Z důvodu možného setření ochranného filmu je třeba věnovat zvláštní pozornost osušení kůže (lehké doteky jemným ručníkem). Pozor na možné uklouznutí ve vaně. V případě, že se objeví vyrážka nebo zarudnutí kůže, by měla být léčba přerušena. **Těhotenství a kojení:** Nejsou žádná omezení při používání přípravku Oilatum Emollient v těhotenství a při kojení. **Interakce:** Následné použití mýdel a saponátů ruší účinek Oilatum Emollient. Jiné interakce nejsou známy. **Nežádoucí účinky:** V ojedinělých případech může dojít k zarudnutí kůže nebo se může objevit vyrážka. **Skladování:** Skladuje se při pokojové teplotě. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, Praha 4, Česká republika. **Registrační číslo:** 46/257/98-C. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 14. 10. 1998/14. 11. 2007. **Datum poslední revize textu:** 9. 2. 2011. Úplnou informaci pro předepisování přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na zastoupení GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, Praha 4, 140 21, www.gsk.cz. Volně prodejný léčivý přípravek, v případě preskripce dermatologem nebo pediatrem je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Dle SPC platného ke dni 29. 3. 2012.

POŘADATELÉ

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,
Solen, s. r. o.

ODBORNÝ GARANT A KOORDINÁTOR

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s. r. o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Hana Danyi

tel.: 582 396 038

mob.: 724 048 902

e-mail: danyi@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová

tel.: 585 242 502

mob.: 777 557 426

e-mail: majerova@solen.cz

zajištění výstavních ploch:

Ing. Lenka Mihulková

mob.: 734 567 854

e-mail: mihulkova@solen.cz

Olomouc, 27. 4. 2012
NH OLOMOUC CONGRESS

Účast na akci je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 6 kredity pro lékaře a 4 kredity pro sestry.

DERMATOLOGIE PRO PRAXI – IV. konference dermatologie pro praxi

Citační zkratka: Dermatol. praxi; 6(Suppl. A). **ISSN:** 1803-8956

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Českoslovac
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

PROGRAM KONFERENCE

Odborný garant a koordinátor: **doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.**

8.00 Registrace

9.00–9.05 Zahájení

9.05–10.20 KOREKTIVNÍ DERMATOLOGIE A DERMOKOSMETIKA

MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

- **Chemický peeling** – Karlová I.
- **Aplikace výplňových materiálů v dermatologii** – Bienová M.
- **Botulotoxin v dermatologické praxi** – Kučerová R.

10.20–10.35 Sympozium – Fagron a.s.

- **Projekt FAGRON ACADEMY** – Balcarová A.

10.35–10.55 Přestávka

10.55–11.55 PLASTICKÁ A ESTETICKÁ CHIRURGIE

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

- **Rejuvenace stárnoucího obličeje** – Zálešák B.
- **Principy léčby a naše zkušenosti s léčbou kožních nádorů** – Kalinová L., Molitor M.
- **Problematika léčby kožních defektů, speciálně u chronických ran** – Stehlík D.

11.55–12.45 Polední pauza

12.45–14.05 FARMAKOTERAPIE V DERMATOLOGII

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

- **Farmakoterapie kopřivek** – Viktorinová M.
- **Fotoprotekce a vitamin D** – Ditrichová D.
- **Emolencia – základní bariérová externa** – Litvik R.
- **Farmakoterapie v dermatologii pomocí magistraliter připravených přípravků** – Sklenář Z.

14.05–14.15 Přestávka

14.15–15.15 RÁNA – HOJENÍ, LÉČBA

MUDr. Dominika Diamantová

- **Diferenciální diagnostika bércových vředů** – Pospíšilová A.
- **Diabetická noha** – Diamantová D.
- **Kompresivní terapie** – Švestková S.

15.15–15.25 Závěr a losování ankety

KOREKTIVNÍ DERMATOLOGIE A DERMOKOSMETIKA

MUDr. Martina Bienová, Ph.D. / 9.05–10.20

Chemický peeling

MUDr. Iva Karlová

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN Olomouc

Chemický peeling je léčebná procedura, při které dochází k aplikaci různých chemických látek na kůži za účelem kontrolovaného poškození epidermis a části dermis. Při následném hojení dochází k regeneraci pokožky. Hlavní indikací chemického peelingu jsou hyperpigmentace, akné, jizvičky po akné, jemné vrásky, projevy stárnutí kůže – fotoaging.

K dosažení požadovaného účinku se chemický peeling provádí opakovaně 3–6x.

Chemický peeling se podle místa působení dělí na povrchový, středně hluboký a hluboký. Hloubka peelingu je závislá zejména na typu a koncentraci chemické látky, na délce působení látky, na počtu aplikovaných vrstev, na předchozí přípravě.

Povrchový peeling působí v epidermis, nejčastěji používanými látkami jsou 70% kyselina glykolová, 20–30% kyselina salicylová, resorcin, 10–25% kyselina trichloroctová.

Středně hluboký chemický peeling působí nekrózu v oblasti epidermis a papilární dermis. Používá se kyselina trichloroctová v 35–50% koncentraci.

Při provádění hlubokého peelingu působí chemická látka až do oblasti střední retikulární dermis, k tomuto se používá Baker-Gordonův

roztok obsahující fenol, v současné době je používán pouze k ošetření jednotlivých ložisek, např. solárních lentig.

Po provedení chemického peelingu je nezbytná důsledná fotoprotekce.

Aplikace výplňových materiálů v dermatologii

MUDr. Martina Bienová

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN Olomouc

Stárnutí kůže je z 25 % podmíněno genetickými faktory, podstatnou roli hrají zevní vlivy a životní styl (expozice slunci, kouření, alkohol, strava, nedostatek spánku) a v neposlední řadě i hormonální faktory u žen v menopauze (snížení produkce estrogenů). V procesu stárnutí dochází na povrchu kůže ke změně barvy s nepravidelnými pigmentacemi, k atrofii, nebo naopak ke ztlustění epidermis a dehydrataci, se kterou jsou spojeny suchost kůže a vznik vrásek. Snížením elasticity kůže i svalového tonu se mění obličejové kontury. Změny v hlubších vrstvách, jako jsou atrofie dermis, redistribuce tukové tkáně a kostní, chrupavčitá i dentální resorpce, vedou ke ztrátě biometrického objemu.

V současné době jsou široce využívány injekční výplňové materiály k aplikaci pod vrásky, k modelaci obličejových kontur nebo ke korekci deformit obličeje. Nejčastěji aplikované jsou výplně s obsahem kyseliny hyaluronové, látky

tělu vlastní, která na sebe váže vodu, čímž plet rehydratuje a vypíná, rovněž se podílí na zvýšení syntézy kolagenu. Aplikace je jednoduchá a riziko komplikací velice nízké. Zákrok je ambulantní, krátkodobý a nevyžaduje ze strany pacienta žádnou zvláštní přípravu.

V prezentaci je uveden přehled výplňových materiálů, jejich indikace, kontraindikace a možné vedlejší účinky. Předpokladem dosažení optimálního výsledku je individuální přístup k pacientce, zcela zásadní je správná indikace a volba preparátu. Ve většině případů je ideální kombinace výplňových materiálů s dalšími rejuvenačními metodami.

Botulotoxin v dermatologické praxi

MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních,

FN Olomouc

Botulotoxin (*Botulini toxinum* – dále jen BTX) je exotoxin produkovaný bakterií *Clostridium botulinum*. Existuje 7 sérotypů této látky (A, B, C1, D, E, F, G), pro medicínské využití má největší význam typ A. Neuroparalytické účinky BTX jsou známy od dob napoleonských válek jako otrava tzv. klobásovým jedem (z latiny *botulus* = *klobása*). V r. 1946 byl BTX typu A izolován v čisté formě a o čtvrtstoletí později využit v léčbě strabismu u opic. V dalších letech začal být využíván v humánní medicíně, zejména v oftalmologii a neurologii. Původní léčebnou indikací BTX jsou některé spastické stavy. V kosmetické indikaci byl BTX použit poprvé v r. 1990 a jeho využití od té doby stále stoupá. Aplikací BTX se zabývají především dermatologové a plastičtí chirurgové, ale i lékaři dalších odborností.

BTX blokuje periferní cholinergní přenos na neuromuskulárním spojení zamezením uvolňování acetylcholinu na presynaptické membráně, čímž dochází k časově omezené paralýze svalu. Analogicky dochází kablokování nervového přenosu na potní žlázy, které jsou zásobeny nervy sympatikou a rovněž využívají acetylcholinu jako neurotransmiteru. Vzhledem k těmto účinkům je BTX využíván ke korekci mimických vrásek a kléčbě primární hyperhidrózy, zejména v axilách. Za poměrně bezpečnou je považována injekční aplikace BTX ke korekci vrásek glabely, čela a vrásek kolem očí, tedy v horní části obličeje, naproti tomu korekce mimických vrásek v dolní části obličeje je riziková, neboť aplikace BTX zde snadněji může vést k nechtěné paralýze a vyžaduje tak značnou zkušenost.

V ČR jsou v těchto dvou dermatologických indikacích (korekce vrásek, ovlivnění hyperhidrózy) používány preparáty Botox a Dysport, jejichž mechanismus účinku je totožný, ale liší se ve způsobu ředění, v množství aplikovaných jednotek do jednoho vpichu a difuzí do tkání. Tyto odlišnosti je při aplikaci nutno respektovat (1 j. Botoxu odpovídá cca 2,5–4 j. Dysportu).

BTX postupně nachází v korektivní dermatologii další uplatnění, jako je např. ovlivnění musculus platysma. Je také využíván v kombinaci s dalšími rejuvenačními postupy, zejména s aplikací výplňových materiálů. Nežádoucí účinky po aplikaci BTX mohou být banální (drobné hematomy, zarudnutí, bolestivost v místě aplikace), ale i závažnější (dočasná, přesto velmi nežádoucí paréza jiných, než cílových svalů). Vyloučit nelze ani systémové účinky včetně alergické reakce. Tato rizika je potřeba minimalizovat nejen správnou aplikační technikou, ale i znalostí zdravotního stavu pacienta a individuálním přístupem k jeho přáním a očekáváním.

Symposium – Fagron a.s.

10.20–10.35

Projekt FAGRON ACADEMY

Mgr. Alena Balharová

Lékárna ESO s.r.o., Olomouc

Přednáška je zaměřena na představení společnosti FAGRON jako specialistu

pro magistraliter přípravu v rámci evropského trhu. A dále vzdělávacího projektu – FAGRON ACADEMY – jehož cílem je nabídnout mezioborovou spolupráci odborníkům v oblasti formulace magistraliter přípravků.

PLASTICKÁ A ESTETICKÁ CHIRURGIE

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D. / 10.55–11.55

Rejuvenace stárnoucího obličeje

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.,

MUDr. Jiřina Šilhánková,

MUDr. Daniel Stehlík,

MUDr. Lucie Kalinová, Ph.D.,

MUDr. Martin Molitor, Ph.D.

Autoři analyzují projevy stárnutí v obličeji v jejich komplexitě, prezentují současné koncepty a své zkušenosti s korekcí těchto projevů.

Principy léčby a naše zkušenosti s léčbou kožních nádorů

MUDr. Lucie Kalinová, Ph.D.,

MUDr. Martin Molitor, Ph.D.

Oddělení plastické a estetické chirurgie

FN Olomouc

Zhoubné kožní nádory představují nejčastější nádory vůbec. Jejich výskyt mezigodně celosvětově narůstá a posouvá se do stále mladších věkových kategorií.

světově narůstá a posouvá se do stále mladších věkových kategorií.

Kožní nádory mohou vznikat ze všech tkání, které jsou v kůži obsaženy. Nejčastější jsou nádory epitelální (bazaliomy, spinaliomy), nádory vyrůstající z jiných tkání jsou vzácnější (sarkomy). Zvláštní skupinu pak tvoří melanomy, Merkel cell tumory, dermatofibrosarcoma protuberans a nádory adnexální.

Ačkoli existuje celá řada léčebných modalit kožních nádorů, dominantní zůstává stále léčba chirurgická, která přináší největší šanci na kompletní vyléčení a mnohdy i na nejlepší kosmetický výsledek. U rozsáhlých tumorů je často jedinou možnou terapeutickou alternativou. Chirurgická léčba kožních nádorů je doménou plastických chirurgů, zejména u nádorů rozsáhlých nebo u nádorů v obličeji, kde rekonstrukce defektů po resekcí tumorů vyžaduje speciální postupy.

Autoři ve své přednášce prezentují zásady chirurgické léčby zhoubných nádorů kůže a své

zkušenosti s jejich léčbou. Zaměřují se na prezentaci nádorů, které se nejčastěji vyskytují (melanomy, spinaliomy, bazaliomy) a na nádory vzácné, ale svým charakterem vysoce maligní nebo destruktivní, které vyžadují razantní chirurgickou léčbu (Merkel cell tumor a dermatofibrosarcoma protuberans).

**Problematika léčby
kožních defektů,
speciálně u chronických ran**

MUDr. Daniel Stehlík

OPECH, FN Olomouc

Autor se v prezentaci věnuje problematice chronických kožních defektů z pohledu plastického chirurga. V úvodu prezentace je pozornost

věnována obecnému shrnutí etiologie, patogenese a diagnostiky chronických ran, resp. defektů. V další části jsou shrnuty základní konzervativní a plasticko-chirurgické léčebné postupy. Samostatně jsou zmíněny i možné alternativní a nové metody, například využití terapie larvami *Lucilia sericata* pro šetrný debridement ran, ale i využití terapie tzv. obohacenou plazmou (PRP – Platelet Rich Plasma), kdy se jedná o sanaci nehojících se defektů, které nedostatečně nebo vůbec nereagují na jiné typy konzervativních postupů terapie v rámci přípravy defektů k definitivnímu uzavření kožními štěpy, resp. místními či volnými laloky. V prezentaci jsou rovněž uváděny předběžné výsledky dlouhodobé klinické studie prováděné na našem oddělení OPECH FN Olomouc.

FARMAKOTERAPIE V DERMATOLOGII

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc. / 12.45–14.05

Farmakoterapie kopřivek

doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních

FN Olomouc

Kopřivka je v podstatě kožní reakcí způsobenou nejrůznějšími etiopatogenetickými mechanismy, proto kauzální léčba vyžaduje odstranění všech prokázaných vyvolávajících příčin ve smyslu profylaxe expozice. V případech, že je kopřivka symptomem jiného onemocnění organismu, je nutné léčit všechny zjištěné patologické nálezy, tzn. cílenou léčbu infekcí, sanaci fokusů, léčbu interních chorob

apod. Při prokázané alergii nebo intoleranci na potraviny se doporučují diety. Pokud se nepodaří zjistit nebo odstranit vyvolávající příčinu (např. u fyzikálních kopřivek), je třeba zajistit nemocnému symptomatickou léčbu.

Základem symptomatické léčby jsou H1 antihistaminika, v současné době se používají především antihistaminika 2. generace, která se podávají 1x denně, mají nízký sedativní účinek a vedle blokujícího účinku na histamin také určitý protizánětlivý efekt. Patří k nim cetirizin (např. Zyrtec, Zodac), loratadin (např. Claritine, Flonidan), levocetirizin (Xyzal), desloratadin (Aerius) a fexofenadin (Ewofex). U chronických

idiopatických a fyzikálních kopřivek jde v podstatě o léčbu profylaktickou, proto je důležité, aby byla dlouhodobá a denní dávka dostatečně vysoká, aby zabránila nebo alespoň zmírnila další výsevy. Je také důležité, aby pacient užíval tyto léky pravidelně a náhle léčbu nevysazoval, ale postupně denní dávku snižoval.

Při nedostatečné účinnosti se používají kombinace s antihistaminiky 1. generace, nejčastěji s ketotifenem (Ketotifen AL) nebo hydroxyzinem (Atarax, u nás je registrován jako anxiolytikum). Mezi alternativní léky chronických kopřivek (především fyzikálních) patří tricycklické antidepresivum amitriptylin (Amitriptylin) v nízkých dávkách. Celková aplikace kortikosteroidů je indikována u akutních generalizovaných kopřivek, u chronických po vyloučení infekčních příčin a v případech, že průběh onemocnění ukazuje na imunokomplexový typ přecitlivělosti nebo autoimunitní mechanismy, u tlakové kopřivky s celkovými příznaky a také v případech urtikariální vaskulitidy. Další používaná symptomatická léčba vychází z publikovaných klinických zkušeností: antileukotrieny montelukast a zafirlukast, cyklosporin A, plazmaferéza, omalizumab aj.

Fotoprotekce a vitamin D

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.
Klinika chorob kožních a pohlavních
FN Olomouc

Sluneční záření patří k hlavním faktorům zevního prostředí člověka a přímo i nepřímo ovlivňuje většinu živých forem na zemi. Lidé již v minulosti odhalili zdraví prospěšné vlastnosti slunečních paprsků – zejména v prevenci nedo-

statku vitaminu D a v léčbě rachitis. Na druhé straně již koncem 19. století někteří dermatologové upozorňovali na nepříznivé efekty dlouhodobé sluneční expozice ve smyslu předčasného stárnutí kůže a nárůstu počtu karcinomů i maligního melanomu kůže.

Vitamin D vzniká vlivem UVB záření ze steroidu 7-dehydrocholesterolu přítomném v keratinocytech. Aktivní formy vitaminu D se tvoří po následující hydroxylaci v játrech a ledvinách. Kromě vlivu na metabolismus kalcia a stimulace osteoblastů jsou nově studované mnohostranné biologické účinky tohoto vitaminu např. na imunitní a kardiovaskulární systém, experimentálně je prokazováno snížení výskytu kolorektálního karcinomu, nádorů ledvin, plic, roztroušené sklerózy, respiračních infekcí aj. onemocnění. Maximální syntéza vitaminu D probíhá po suberytémových dávkách slunečního záření, adekvátní expozice je např. 2x týdně 5–30 min v poledne. Jsou publikována data o světové epidemii deficitu vitaminu D, kterým trpí až miliarda lidí. Potravinové zdroje jsou slabé a finančně náročné (losos, makrely, tresčí játra, žlutky, zelenina), proto u ohrožených osob je doporučována perorální suplementace vitaminu D v dávkách 400 IU/den pro děti a 800 IU/den pro dospělé (v Česku např. preparát Vigantol gtt).

Účinná fotoprotekce je založena na 3 pilířích: racionální chování vzhledem ke slunci, využití vhodného oděvu včetně brýlí a aplikace fotoprotektivních extern (sunscreenů). Studie prokazují, že pravidelné použití sunscreenů nevedlo ke sníženým hladinám vitaminu D, na druhé straně u osob ohrožených deficitem vitaminu D je doporučována spíše orální substituce než expozice ultrafialovému záření, které je dle WHO jednoznačným karcinogenem.

Emolienция – základní bariérová externa

MUDr. Radek Litvik

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

Klíčovou rolí emoliencií je zjemnění a hydratace kůže, rovněž emolienция hrají důležitou roli v případech redukce zánětu, svědění a obnově epidermální diferenciace. V minulosti byla obvyklá léčba suché kůže u atopické dermatitidy (AD) přístupem „outside-in“ („zvnějšku dovnitř“), označující aplikaci nefyziologických lipidů na kůži k redukci transepidermálních ztrát vody (TEWL) a okluzi kožního povrchu. Druhotným, podružným, cílem takového postupu terapie je pak zvýšení obsahu lipidů ve stratum corneum. Zlepšené znalosti struktury kožní bariéry a významnost porušené epidermální diferenciace u AD vede dermatology k domněnce, že obnovení normální diferenciace epidermis je nejlepší cestou k léčbě projevů suché kůže u AD. Tento přístup se zaměřuje na stimulaci vnitřních epidermálních cest, které by pomohly k syntéze fyziologických intercelulárních lipidů ve stratum corneum. Jedná se o přístup „inside-in“ („zevnitř ven“). Ideální emolienция pak zvládá problematiku suché kůže u AD několika odlišnými přístupy: přístupem „inside-out“ („zevnitř ven“) a přístupem „outside-in“ („zvnějšku dovnitř“).

Emolienция působí rehydrataci stratum corneum redukcí TEWL. Při výběru emoliencií je důležité uvědomit si rozdíly, kterými se suchá kůže liší od kůže normální. Bylo dokázáno, že v případech AD jsou sníženy hladiny ceramidů, ve srovnání s hladinami nacházenými ve stratum corneum zdravých jedinců. Bylo prokázáno snížení aktivity kyselé sfingomyelinázy, která

produkuje ceramidy. Naopak aktivity enzymů degradujících ceramidy (ceramidáza, sfingomyelinová deacyláza a glukosylceramidová deacyláza), které jsou u pacientů s AD zvýšeny. Atopičtí pacienti se suchou kůží vykazují sníženou hladinu NMF (natural moisturizing factor, NMF), který vzniká degradací filaggrinu a obsahuje skupina hygroscopických látek, které se ve vodě samy rozpouští a vodu ve stratum corneum váží. Proto by se mělo účinné emolienция pokusit zaměřit na shora uvedené změny v kůži AD.

Emolienция – lipidy nebo lipidům příbuzné směsi a emulze

Klíčovou rolí pro užití lipidů je substituce ztráty přirozených kožních lipidů. Jejich použití pomáhá také redukovat TEWL. Lipidy, které jsou běžně používány v emolienciích jsou mono-, di-, triglyceridy, vosky, estery dlouhých řetězců, mastné kyseliny, lanolin a vazelína. Bezvodné masti, jako vazelína, byly užívány po mnoho let k léčbě suché kůže. Při topické aplikaci se vazelína neintegruje s přirozenou lipidovou dvojvrstvou stratum corneum, ale utvoří své vlastní lipidové vrstvy. Vazelína má též sama o sobě okluzivní efekt a není dobře snášena na kůži obličeje nebo v horkých a vlhkých poměrech. Proto jsou emulzní systémy emoliencií preferovány. Emulzní systémy mohou být upraveny na nízký obsah lipidů a vysoký obsah vody, např. emulze olej ve vodě (krém), nebo vysoký obsah lipidů a relativně nízký obsah vody, např. emulze voda v oleji (mast). Použití rozdílných přípravků závisí na teplotě a vlhkosti okolí, léčené oblasti těla, věku pacienta a typu onemocnění. Masti jsou převážně užívány v chladných podmínkách, na nohy nebo paže u starších pacientů,

ale též při závažných stavech suché kůže, zatímco krémy jsou užívány v teplých podmínkách, u mladých pacientů, na kůži tváře nebo v léčbě méně závažných stavů suché kůže.

Fyziologické lipidy emoliencií

Hladiny ceramidů ve stratum corneum jsou u pacientů s AD sníženy. Byly navrženy přípravky, které obsahují lipidy identické s těmi, které jsou obsaženy v kůži (tzv. fyziologické lipidy), a některé ceramidy zlepšují porušenou kožní bariéru. Používání těchto fyziologických lipidů může usnadnit průnik složek do stratum corneum a pomoci opravit porušené lipidové lamely.

Zvlhčovačla

Většina zvlhčovačel jsou nízkomolekulární hygroscopické látky, jejichž hladiny jsou u pacientů s AD sníženy. Studie opakovaně prokázaly, že emolencia obsahující lipidy a zvlhčovačla jsou účinnější než emolencia obsahující jen samotné lipidy. Jedním z nejběžněji užívaných zvlhčovačel je glycerol, o kterém bylo dokázáno, že *in vitro* upravuje fázové (skupenské) chování lipidů stratum corneum. Může rovněž účinně zabránit krystalizaci lipidových lamel. Samotné použití zvlhčovačel zvýší obsah vody ve stratum corneum cestou fenoménu hygroscopie těchto substancí.

Antipruriginóza

Pruritus je úzce spojen s AD, proto použití antipruriginózních substancí, jako např. glycinu, může přerušit bludný kruh svědění – škrábání. V poslední době se do textur emoliencií přidávají agonisté kanabinoidových receptorů, capsaicin (aktivní složka čili papriček) nebo doxepin

(psychotropní látka s vlastnostmi tricyklických antidepresiv a anxiolytik) k účinnému ovlivnění svědění.

Ovlivnění diferenciace epidermis

Emolenciem navozená regenerace kůže cestou epidermální diferenciace je možná, v textuře emolencia je přítomná složka, která podporuje buněčný metabolismus a syntézu lipidů. Příkladem molekuly této třídy je kyselina panthotenová, B vitamin, který je součástí koenzymu A a je acylovým nosičem a složkou syntázy mastných kyselin. Pantothenová kyselina je často užívána ve formě dexpanthenolu, který je více stabilní než vlastní kyselina panthotenová. Dexpanthenol vykazuje významné protizánětlivé vlastnosti a zlepšuje uspořádání interkorneocytárních lamelárních lipidů.

Farmakoterapie v dermatologii pomocí magistraliter připravených přípravků

PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA

Farmakologický ústav 1. Lékařské fakulty UK, Praha a Lékárna Na Rohožníku, Praha

V posledních třech letech došlo k zvýšení počtu substancí dostupných pro individuální přípravu léčivých přípravků v lékárnách. Nabídka nově dostupných léčivých látek posiluje význam individuální přípravy, umožní podpořit individualizaci a racionalizaci farmakoterapie, vhodně vyplní prostor, kdy nemáme k dispozici příslušný průmyslově vyráběný léčivý přípravek, můžeme také nahradit některé obsolentní předpisy novými, které v praxi dosud chybějí. Nově dostupné substance umožní

nejen vytvoření nových receptur, ale také nahradí míšení průmyslově vyráběných léčivých přípravků do magistraliter připravovaných, což je nezdídko problém jak technologický, tak legislativní. Příspěvek představí vybrané farmakoterapeutické skupiny (antimykotika, antibiotika, adstringencia, antipsoriatika, epiteli-

zancia a kortikosteroidy) a léčivé látky z daných skupin, které jsou k dispozici pro individuální přípravu se zaměřením na látky nově dostupné. Prezentovány budou i příklady vhodných receptur, přičemž některé z nich mohou nahradit předpisy, které jsou z dnešního pohledu považovány za obsolentní.

RÁNA – HOJENÍ, LÉČBA

MUDr. Dominika Diamantová / 14.15–15.15

Diferenciální diagnostika bércových vředů

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

Dermatovenerologická klinika

LF MU a FN Brno

Bércový vřed patří mezi onemocnění, která v poslední době zaznamenávají vzestupnou tendenci výskytu, což nepochybně souvisí s prodlužujícím se věkem obyvatel. Jsou příčinou signifikantní morbidity a mají negativní dopad na kvalitu života nemocného. Bércové vředy jsou onemocnění chronické, recidivující. Jejich léčba je dlouhodobá, často spojená s dlouhou pracovní neschopností a s nemalými náklady vynaloženými ze zdravotního systému na jejich léčbu. Příčina bércového vředu může být rozmanitá a různými etiologickými faktory kombinována, proto je bércový vřed často považován za onemocnění polyetiologické.

Bércové vředy mohou být zapříčiněny zevními vlivy – poranění, chemickými látkami (kyseliny, louhy, hnojiva) nebo infekcemi (erysipel, TBC kůže, virové, protozoální infekce aj.). Daleko častěji jsou

bércové vředy způsobeny vnitřními příčinami, mezi které patří žilní poruchy, poškození tepen, poruchy mízního systému, onemocnění výměny látkové (diabetes mellitus), hematologická onemocnění a poruchy koagulace, vaskulitidy, onemocnění nervového systému, kožní nádory, event. další méně časté příčiny. V procentuálním zastoupení tvoří největší část bércové vředy žilního původu.

Určení příčiny bércového vředu je základním předpokladem správné léčebné koncepce.

Diabetická noha

MUDr. Dominika Diamantová

Dermatovenerologické oddělení,

Vojenská nemocnice, Olomouc

Diabetes mellitus (cukrovka, úplavice cukrová) je závažné onemocnění s četnými komplikacemi. Cukrovka postihuje muže i ženy bez rozdílu věku, rasy či etnika. V Evropě se odhaduje onemocnění u 3,5–4% obyvatel. Diabetická noha je označení pro poškození dolních končetin u diabetiků. Z komplikací cukrovky je nejzávažnější. Zahrnuje škálu chorob

– neuropatický vřed, ischemickou gangrénu, infekční gangrénu, osteomyelitidu, osteoartritu a jejich kombinace.

Je třeba, aby léčba syndromu diabetické nohy probíhala vždy jako léčba komplexní, která vyžaduje multioborový přístup. Jen takovýto postup je účinný a vede k podstatnému snížení amputací, tj. vážných lidských i ekonomických problémů, a k zachování předešlé kvality života.

Kompresivní terapie

MUDr. Sabina Švestková, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika FN Brno

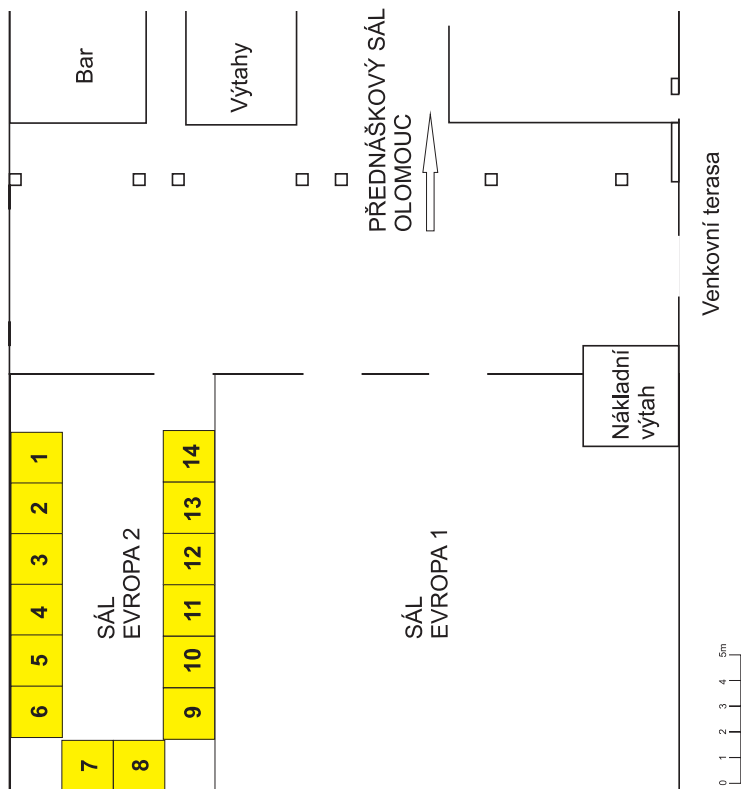
Kompresivní terapie je základním pilířem konzervativní léčby chronické žilní choroby. Indikací pro použití komprese jsou všechna stadia chronické žilní poruchy, včetně projevů chronické žilní insuficience. Nejvýznamnější je její užití v léčbě otoků žilního původu, bércevého vředu žilní etiologie a zánětlivých komplikací žilního systému. Zevní komprese má příznivý vliv i na ústup subjektivních příznaků, které chronickou žilní chorobu provázejí. Terapeutický efekt komprese závisí na správné indikaci pro její použití, adekvátně zvoleném typu komprese a v neposlední řadě na spolupráci a schopnostech pacienta.

detralex®



IV. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

NH Olomouc Congress, sál EVROPA 2, 27. 4. 2012



POŘADATELÉ

- Klinika chorob kožních a pohlavních FN Olomouc
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

IV. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

27. dubna 2012, Olomouc

PARTNEŘI

BAYER s.r.o.

EWOPHARMA, spol. s r.o.

FAGRON a.s.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

MARK DISTRI, spol. s r.o.

MediCom, a.s., Praha

Medicom International s.r.o.

MedPharm Consulting s.r.o.

NEOMED s.r.o.

PHARMALINK s.r.o.

RESORBA, s.r.o.

S & D Pharma CZ, spol. s r.o.

SERVIER s.r.o.

SHIRE CZECH s.r.o.

Speciální Medicínská Technologie, s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE



Léčba kožní plísně

Vysoce účinné lokální širokospektré antimykotikum Účinná látka: 1 % bifonazol

- Komfortní pro pacienta – aplikuje se jen 1x denně
- Má silný fungicidní účinek – důsledný v léčbě a obnově pokožky
- Proniká do hlubokých vrstev kůže
- Nízká rezistence – dobrá snášenlivost

KRÉM

Vhodný na: suchá a šupící se ložiska
K aplikaci: na chodidlo, kůži celé nohy
a jiných částí těla

ROZTOK

Vhodný na: mokvající ložiska a ochlupené části těla
K aplikaci: především do vlasů,
ochlupení a meziprstí

Aplikuje se jen
1x denně



Zkrácená informace o přípravku Canespor 1x denně krém a Canespor 1x denně roztok. Název: Canespor 1x denně krém, Canespor 1x denně roztok. **Složení:** 100 g krému a 100 g roztoku obsahuje 1 g bifonazolu. Seznam pomocných látek naleznete v úplném znění Souhrnných informací o přípravku. **Indikace:** Kožní mykózy tinea pedum, tinea manuum, tinea corporis, tinea inguinalis, pityriasis versicolor, povrchové kandidózy, erythrasma. **Dávkování a způsob podání:** Canespor 1x denně krém: Nanášejte se na postižená místa v tenké vrstvě 1x denně. Canespor 1x denně roztok: Několik kapek (asi 3 kapky) obvykle vystačí k ošetření plochy velikosti dlaně ruky. Lehce se vetře do kůže 1x denně nejlépe večer před spaním. **Průměrná délka léčby:** mykózy nohou, mykózy meziprstí – 3 týdny, mykózy trupu, rukou a kožních záhybů – 2 až 3 týdny, pityriasis versicolor, erythrasma – 2 týdny, povrchové kožní kandidózy – 2 až 4 týdny. Je nutné pokračovat v léčbě ještě 1–2 týdny po vymizení příznaků. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k bifonazolu nebo k pomocným látkám obsažených v přípravku. **Zvláštní upozornění:** Pacienti s anamnézou hypersenzitivních reakcí na fungicidní látky odvozené od imidazolu musí používat produkty obsahující bifonazol s opatrností. U kojenců a dětí do 3 let smí být přípravek Canespor 1x denně podáván jen pod lékařským dohledem. **Interakce:** Nejsou známy. **Těhotenství a kojení:** V prvních 3 měsících těhotenství a během kojení lze používat bifonazol pouze po lékařském zvážení rizik a přínosů léčby. Během kojení nemá být bifonazol aplikován na hrudní oblast. **Nežádoucí účinky:** Lokální reakce po podání: Bolest a periferní edém v místě aplikace. **Poruchy kůže a podkoží:** Kontaktní dermatitida (zčervenání, olupování), alergická dermatitida, erytém, zarudnutí kůže, svědění, vyrážka, ekzém, suchá pokožka, dráždění pokožky, macerace pokožky, pocit pálení pokožky. Tyto nežádoucí účinky jsou reverzibilní, po ukončení léčby odezní. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v dobře uzavřené tubě nebo lahvičce. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** Canespor 1x denně krém: 26/155/85-C. Canespor 1x denně roztok: 26/156/85-C. **Datum revize textu:** Canespor 1x denně krém: 27. 10. 2010. Canespor 1x denně roztok: 11. 8. 2010. Canespor 1x denně krém a Canespor 1x denně roztok jsou volně prodejné léky a nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

