

616.521-002-08:355.1(437)

PŘÍSTUPY K ŘEŠENÍ SKUPINY EKZÉM – DERMATITIDA

Pplk. MUDr. Ivan ŘEHOŘ

Dermatovenerologické oddělení s ambulantní částí Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. MUDr. Adolf Jesenský)

V dermatovenerologii představuje skupina „ekzém-dermatitida“ jednu z nosných oblastí oboru. Narůstající počet nemocných této skupiny i zvyšující se pestrost klinických projevů je podmíněna především postupujícími změnami našeho životního prostředí. Synergicky se uplatňuje masívnost expozice alergenů zevního prostředí a jeho imunosupresivní vlivy. Počet alergenů v zevním prostředí narůstá zejména s postupující chemizací, nejsou zanedbatelné ani nové způsoby jejich působení. Imunosupresivní vliv zevního prostředí má svůj původ zejména v rozvoji technosféry civilizace, která svými stresovými faktory zasahuje člověka na všech úrovních. Kůže vzhledem k těsnému styku se zevním prostředím je jím často postihována a někdy se stává i šokovým orgánem alergických reakcí.

V praktickém přístupu ke skupině „ekzém-dermatitida“ je nutné rozlišit 2 základní podskupiny:

- I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy (hlavními zástupci jsou: eczema atopicum, dermatitis seborrhoica, eczema nummulare)
- II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy (hlavními zástupci jsou: dermatitis contacta irritativa, eczema contactum allergicum, eczema microbiale).

Podrobný rozbor nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ hospitalizovaných na našem oddělení v první polovině roku 1987 je uveden v tabulkách 1 a 2.

Rozbor je ovlivněn skutečností, že většinu nemocných tvoří vojáci základní služby. Počet nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ hospitalizovaných na našem oddělení činí přibližně 14 % celkového počtu hospitalizovaných. Jejich závažnost však podmiňuje charakter onemocnění vyžadující náročný způsob vyšetření i hodnocení, zdlouhavý způsob léčby; časté

recidivy i komplikace jsou u vojáků základní služby zapříčiněny hlavně komplexní zátěží vojenské služby. Neméně důležité je správné posudkové hodnocení nemocných této skupiny. Některé případy je nutno posoudit i ve smyslu kožní choroby z povolání.

Tabulka 1

Rozbor nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ hospitalizovaných na našem oddělení v první polovině r. 1987:			
I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy			
Dermatóza	Postižení	Poč. nem.	Poznámky
Eczema atopicum		39	7 pacientů hospitalizováno opakovaně 12 pacientů přezkoumáno NVLK ÚVN Praha na zdr. klas. „D“
	jen kožní	18	
	kožní + all. rhinitis	5	
	kožní + all. conjunctivitis	3	
	kožní + all. rhinitis + all. conjunctivitis	2	
	kožní + astma	3	
	kožní + migréna	1	
	kožní + enterocolitis	2	
	kožní + acrocyanosis	3	
	více než 2 systémy kožní + v rámci atopie	2	
Dermatitis seborrhoica		1	
Eczema nummulare		1	
Celkový počet		41	

Tabulka 2

Rozbor nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ hospitalizovaných na našem oddělení v první polovině r. 1987:			
II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy			
Dermatóza	Alergie	Poč. nem.	Poznámky
Dermatitis con. ir. rukou		2	3 pacienti hospitalizováni opakovaně 3 pacienti přezkoumání NVLK ÚVN Praha na zdr. klas. „D“ 3 pacienti hodnoceni jako kožní choroba z povolání: - 1 D.c.i. po unif. - 1 E.c.a. po unif. - 1 E.c.a. po Cr
Dermatitis contacta ir. většího rozsahu		5	
Dermatitis contacta ir. po uniformě		5	
Eczema contactum allergicum		8	
	Ni + PFD	1	
	Cr	1	
	Antioxydant 4010	1	
	Rezorcín	1	
	MBT + PFD	1	
	Ketazon	3	
Eczema contactum all. po uniformě	Látka z uniformy	2	
Eczema microbiale		5	
Eczema mycoticum		2	
Celkový počet		29	

Anamnéza

Nezastupitelnou zůstává dobře provedená anamnéza. Vycházíme ze zásad tzv. ekzémového chorobopisu prof. MUDr. Lubora Jirásky, CSc. U nemocných léčených dříve na jiných pracovištích se snažíme nálezy těchto pracovišť konfrontovat s našimi nálezy.

Nedostatky ve zdravotnické dokumentaci jsou časté u nemocných vojáků základní služby – lékařské zprávy z civilu v „Dotazníku brance“ jsou chudé a někdy chybí vůbec.

Klinický obraz

I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy:

Eczema atopicum je podmíněn atopií – což je zvláštní forma přecitlivělosti anafylaktického typu, kdy antigen reaguje s protilátkami, které jsou svým Fc fragmentem navázané na žírné buňky nebo cirkulující bazofily. Po interakci antigenu s protilátkou nastává degranulace žírných buněk a uvolnění vásoaktivních látek (histamin, serotonin, SRS-A, PAF, heparin, ECF-A, NCF-A a dalších). Eozinofily se účastní na neutralizaci uvolněných mediátorů – tímto způsobem modulují reakce vyplývající z aktivace žírných buněk. Protilátky patří převážně do třídy IgE a nazývají se homocytotropní – tzv. reaginy. Atopie – zvláště výraznějšího klinického obrazu – bývá spojena se zvýšenou koncentrací IgE v séru (předpokládá se, že v dysbalanci regulace tvorby IgE je oslabena supresorní větev regulace). Jako alergeny se uplatňují složitější látky bílkovinné povahy i jednoduché haptény – vstup těchto alergenů je převážně fyziologickou cestou, vdechnutím nebo požitím. V imunologické etiopatogenezi se mimo dominující I. typ alergie dle Coombse a Gella uplatňuje i IV. typ buněčné vázané alergie. Zjistila se totiž deficitní funkce Ts, které dostatečně nebrzdí nadměrnou produkci IgE v LB. Z tohoto předpokladu vycházelo i použití UV/SUP a PUVA s příznivým efektem u atopického ekzému, což se dalo vysvětlit zvýšeným počtem a aktivitou Ts a poklesem Th. Genetickou poruchou v imunologických pochodech je tedy u atopického ekzému zřejmě i narušení biologické rovnováhy mezi produkčními LB a Ts – nikoliv vlastní zvýšená produkce IgE. Svůj podíl má i sekreční deficit IgA produkovaného plazmatickými buňkami, který je přítomen v lamina propria sliznic.

Patogeneticky se uplatňuje i nevyrovnanost neurovegetativního systému v důsledku poruchy transmise nervových podnětů. Uvažuje se o teorii redukované funkce beta-adrenergního systému vyvolané imunologicky, geneticky, postinfekčně, psychicky a dalšími vlivy. Předpokládá se defekt v produkci, stádání či využití adrenalinu. Tento defekt by mohl spočívat v parciální blokádě beta-receptoru adenocyklázy na buněčných membránách. Důsledkem je pak snížená tvorba adenosin monofosfátu, který řídí řadu buněčných reakcí a funkcí včetně tvorby histaminu – svědívá krize se dá vysvětlit jeho odbržděným uvolňováním. Svůj patogenetický podíl má i částečné poškození nervových pletení a zakončení v epidermis – což vede k pocitu svědění. (Je známo, že u paraplegiků se atopická dermatitida v oblasti obrny zhojí.) Zřejmě se vlivy imunologické i neurovegetativní synergicky

doplňují. Alergie nemusí být a patrně asi nebude primární příčinou kožních projevů atopického ekzému, ujímá se však na kůži primárně změněné, abnormální a výrazně se podílí na průběhu ekzému a jeho zhoršování. Primárním symptomem onemocnění jsou endogenní svědivé krize, kdy škrábání vede k zánětu, který indukuje autochtonní pruritus – což představuje tzv. status neurodermaticus, který však nemusí být všemi projevy vyjádřen. Dominantní symptomatologii představuje: palor, sebestáza s xerózou, asténie, vegetativní dystonie, psychická labilita, De Morganiho řasa, Hertoghův příznak, náchylnost k infekcím bakteriálním, virovým (nebezpečná např. eczema vaccinatum, herpetická Kapossiho erupce), bílý dermografismus (z blokády beta-receptorů v kožních cévách, kdy k vazokonstrikci dochází v průběhu zátěží). Genetický defekt atopie může postihnout i další systémy. Významná je především kombinace s astmatem (v dospívání v 30 % a v dospělosti až v 50 %), s alergickou rýmou a alergickým zánětem spojivek (v 15 až 30 %), v malé míře i s mukomembranózní enterokolitidou a migrénou (v 3 až 8 %). Může být postiženo i oko – vlastní bulbus (juvenilní atopická katarakta – cataracta stellata anterior v 1–10 %, keratokonus). Řídce je atopický ekzém sdružen s projevy raritních syndromů (Jobův, Wiskottův-Aldrichův, Nethertonův, Luisové-Barové aj.). Z našich zkušeností se nám jeví prognosticky závažné a pro výkon vojenské služby nepříznivé (vedle dermorespiračního syndromu) sdružení s výraznější akrocyanózou. Z diagnosticky obtížných forem atopického ekzému má význam především akrální forma s postižením rukou, izolované postižení očních víček, rovněž dysidrotická forma atopického ekzému rukou – uvádí se zastoupení 10–15 % mezi dysidrotickými ekzémy rukou.

Dermatitis seborrhoica je prezentována jako samostatné onemocnění. Naše zkušenosti podporují názor, že se jedná o variantní formu atopického ekzému – většinu případů jsme mohli označit jako eczema atopicum seborrhoides. V posledních letech se znovu uvažuje podíl kvasinkoidního organismu pityrosporum.

Eczema nummulare má charakteristické projevy převážně na extenzorových plochách končetin. Patogeneticky se uplatňuje imunoalergický mechanismus na mikroby nebo jejich produkty vmetené do kůže z infekčních ložisek – fokusů.

II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy:

Dermatitis contacta irritativa vzniká jako následek dermatotropního nealergického postižení kůže vlivem kožních iritancií (např. detergentů, alkálií, kyselin, solí kovů, rostlin, živočišných produktů aj.). Závažnější formy postižení hodnotíme jako dermatitis toxica acuta – cauterisatio. Dermatitis contacta irritativa probíhá jako acuta, subacuta, chronica – zde někdy hovoříme o tzv. eczema degenerativum. Zvláštní formou je dermatitis contacta irritativa po nošení uniformy. Nebezpečím většiny kontaktních

dermatitid je, že na jejich podkladě může snáze dojít k senzibilizaci a vzniku eczema contactum allergicum. V klinickém obraze se dermatitis contacta irritativa projevuje kožním zánětem různého stupně s monomorfností projevů a jejich ohraničením na místě kontaktu.

Eczema contactum allergicum je podmíněn alergickou reakcí pozdního typu s postižením epidermis. Jedná se o buněčný typ alergické reakce zprostředkované tzv. T-lymfocyty (thymus dependent lymphocytes). Alergenem jsou haptény i složité bílkovinné látky. Alergeny se uplatňují kontaktem. Kůže je může i řadu let tolerovat. Vlastní onemocnění podmíněné vznikem senzibilizace se projeví při novém kontaktu s alergenem rozvojem alergické reakce. Při senzibilizaci je důležitá především proliferační fáze rozpoznávací, kdy dochází ke vzniku lymfocytů paměťových a cílových. Porucha regulace v paměťových T-lymfocytech s převahou T_H nad T_S vytváří pak patogenetický podklad pro rozvoj alergické reakce, při které se uplatňují cílové T-lymfocyty, jako T_C a hlavně T_{DTH} (např. MIF, MAF, SMAF, mitogenní faktor pro lymfocyty, cytotoxický faktor – lymfotoxin aj.). Zdá se tedy, že kontaktní alergický ekzém je patogeneticky podmíněn selháním supresorické funkce T_S buněčné imunity. Klinický obraz kontaktního ekzému je pestrý, což je dáno polymorfií a evolučním polymorfismem – záleží však na tom, zda se jedná o formu akutní nebo chronickou. Projevy nejsou ohraničeny a omezeny na místo kontaktu s alergenem. Jako kontaktní alergen se mohou uplatňovat téměř všechny látky a hmoty zevního prostředí, častěji tzv. rizikové alergen. Je dobré si připomenout, že vedle alergie monovalentní může být alergie oligovalentní, skupinová a sdružená. Polyvalentní typ alergie je vzácný a zpravidla se v tomto případě jedná o nesprávnou interpretaci testování. Zvláštní formou eczema contactum allergicum je eczema contactum allergicum po nošení uniformy.

Eczema microbiale má svůj význam především klinickým obrazem na bérkách, svojí retroaurikulární formou, obrazem paratraumatického ekzému a při postižení rukou. Rozvíjí se zpravidla na dispozičním terénu narušené kůže. Jeví značnou tendenci k diseminaci až generalizaci. Patogeneticky se při postižení epidermis jako alergen uplatňuje nejspíše mikrobiální flóra nebo její produkty.

Vyšetření

Vyšetření nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ je orientováno interpretací anamnestických poznatků o vzniku a průběhu onemocnění a posouzením klinického obrazu. U všech nemocných provádíme běžný laboratorní screening zahrnující: FW, BWR, KO + diff, JT + transaminázy, glykémie v séru nalačno, moč chem. + sed.

I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy:

U atopického ekzému ordinujeme vyšetření IgE kvantitativně v séru, vyšetření fokální infekce. Při současném postižení i jiných systémů atopií cílená speciální odborná vyšetření zaměřená k objektivizaci: alergické rýmy, alergického zánětu spojivek, alergického astmatu, alergicky podmíněné migrény a mukomembranózní enterokolitidy. Při vyjádřené výrazné akrocyanóze ordinujeme vyšetření oční z důvodu možného současného postižení struktur očního bulbu. Při výraznějších projevech psychické lability ordinujeme vyšetření psychologické a psychiatrické. Z laboratorních vyšetření cíleně doplňujeme vyšetření imunologické, vyšetření specifických reaginů provádíme ve spolupráci s alergologickým oddělením.

Při vyšetření seboroické dermatitidy upozorňuji na vyšetření kvasinkoidního organismu pityrosporum. Nemocné doporučuji vyšetřit jako u atopického ekzému.

U nemocných s eczema nummulare nutno pozornost zaměřit především k vyšetření fokusů.

Pozn.: Někdy však nelze u nemocných I. podskupiny vyloučit kontaktní alergii – vyšetřujeme pak epikutánními testy.

II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy:

Vyšetření epikutánními testy je doménou při vyšetřování dermatitis contacta irritativa a zejména eczema contactum allergicum. Kontraindikací testování je především: akutnost onemocnění, čerstvě opálená záda – solární dermatitida, celková léčba kortikoidy nebo cytostatiky. Na našem pracovišti rutinní základní sada epikutánních testů 1.–16. dle dohody CDRG je doplněna dalšími 9 epikutánními testy doporučenými pro české země vzhledem k jejich častému zastoupení (testovaných látek a hmot) v lokálních dermatologikách – tzv. rutinní sadou lékovou. Testované látky (hmoty) rutinní základní sady: alcohol lanæ, benzokain, chlorid kobaltnatý, formaldehyd, antioxidant 4010 (IPPD), merkaptobenzothiazol (MBT), chlorid rtuťnatý, síran nikelnatý, para-fenylendiamin (PFD), dvojchroman draselný, ol. terebinthinae, tetramethylthiuramdisulfid (TMTD), parabeny, peruánský balzám, chloramphenicol, kalafuna. Rozšíření základní sady o 9 dalších epikutánních testů – tzv. rutinní sadu lékovou: neomycin-sulfát, extractum chamomillae, resorcin, procain, pellidol, sulfathiazol, endiaron, pix lithanthracis, propolis. K testování užíváme testoplast (ČSSR), přiložení epikutánních testů na 24 hodin, vyhodnocování 3–7 dnů po sejmutí testů, lege artis ředění a vehikulum. Ze speciálních epikutánních testů běžně užíváme při podezření na dermatitis contacta irritativa nebo eczema contactum allergicum po nošení uniformy epikutánní testy s látkou uniformy vz. 60, 63, 62 v komplexním provedení – tzn.: kontrola, kontrola se skarifikací, suchá látka, suchá látka se skarifikací, vlhká látka, vlhká látka se skarifikací, látka s umělým potem, látka s umělým potem se skarifikací. Uvedenou sadu současně přikládáme 2krát na levou polovinu zad na 24 hodin, na pravou polovinu

zad na 72 hodin. K testování užíváme opět testoplast (ČSSR) a vyhodnocujeme opět denně po dobu 3 až 7 dnů po sejmutí testů. Z dalších speciálních epikutánních testů provádíme poměrně často testování ropnými produkty a výběrově pro klinickou potřebu dalšími speciálními epikutánními testy. Opět s testoplastem (ČSSR), lege artis ředění a vehikulum, vyhodnocujeme denně po dobu 3–7 dnů po sejmutí testů. Vyhodnocování epikutánních testů provádíme na přehledných formulářích a každý testovaný dostává písemné poučení. Při vyšetřování dermatitis contacta irritativa a zejména eczema contactum allergicum mají nezastupitelný význam správně hodnocené opakované expoziční a eliminační zkoušky – spolupracujeme s příslušným lékařem nemocného (NZS útvaru, závodním nebo obvodním lékařem).

Při vyšetřování nemocných mikrobiálními ekzémy se zaměřujeme vedle bakteriální kultivace hlavně na objasnění podstaty dispozičního terénu pro rozvoj onemocnění a na vyloučení možné současné kontaktní alergie – většinou iatrogenního původu z užívaných lokálních dermatologik – někdy však i po samovolně užití lokální léčby.

Pozn.: V některých případech je však nutné u nemocných II. podskupiny vyloučit atopii (může se však i spolupodílet na klinickém obraze) – pak ordinujeme vyšetření IgE kvantitativně v séru a výběrově další vyšetření jako u nemocných I. podskupiny.

Léčba

Základní společnou orientaci v léčbě nemocných skupiny „ekzém-dermatitida“ je klinický obraz onemocnění. Léčbu však provádíme komplexně – rozbor by přesahoval rozsah sdělení.

I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy:

U nemocných s atopickým ekzémem má největší význam především redukce nespecifických iritačních faktorů (vyloučení specifických alergenů je pro jejich obtížné prokázání většinou těžko proveditelné). Zvláštní přístup si vyžadují kombinované stavy atopie s postižením více orgánových systémů. Nesmíme ale zapomínat ani na důležitost psychoterapie a pozitivní motivace nemocného. Nejdůležitější je tedy odstranění příčin svědivých krizí. Proto se většinou velmi příznivě uplatňuje přímořská léčba v letním období (např. Jadran, Černé moře), kdy je kůže vyhřátá ve dne i v noci, je zde malá prašnost, pot se odstraňuje častými koupelemi ve slané vodě a uplatňuje se nefiltrované UV záření – vytvářejí se tím optimální podmínky pro reparační pochody.

U nemocných seboroickou dermatitidou s úspěchem uplatňujeme kombinovanou léčbu lokálními antimykotiky širokého spektra s postihem kvasinkových organismů (např. Canesten krém) a glukokortikoidovými lokálními dermatologikami mírného účinku (např. Hydrocortison ung.) – střídavě vtírání 4krát denně, doplněnou užitím dehtového šampónu. Léčba je zpravidla 2–3týdenní a remise dlouhodobé (1/2 ro-

ku až několik let). Tento ideální výsledek je při lokalizovaných projevech na kůži křtice. U generalizovaných projevů lokální léčbu doplňujeme dehtovými dermatologiky (2%, 5% pix pasta, Dexamethazon pix ung. aj.), celkový přístup je obdobný léčbě u atopického ekzému.

Úspěch léčby nemocných s numulárním ekzémem je závislý na úspěšnosti sanace fokusu, lokálně se osvědčila především dermatologika s dehtem.

II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy:

U dermatitis contacta irritativa a zvláště u eczema contactum allergicum je nejdůležitější vyloučení nemocného z kontaktu s prokázanou iritační látkou nebo hmotou u dermatitidy, s prokázaným alergenem u ekzému. Nemocného s prokázaným eczema contactum allergicum důkladně poučíme a vybavíme jej tzv. alergologickým průkazem s výčtem hmot, které rizikový alergen obsahují.

Při léčbě mikrobiálního ekzému často uplatňujeme celkově ATB dle citlivosti, lokální léčba vzhledem k dispozičnímu terénu a dráždivosti tohoto typu ekzému musí být provedena zvláště šetrně. Komplexně se zaměřujeme na ovlivnění dispozičního terénu.

Pozn.: V doplnění k léčbě upozorňuji na námi prováděnou a většinou úspěšnou imunorestauraci kúrou levamisolem (preparát Decaris tbl) u nemocných atopickým ekzémem s výrazným sklonem k bakteriální nebo houbové infekci při průkazu snížené imunity zprostředkované buňkami. Léčebná kúra je většinou 5týdenní s aplikací 150 mg levamisolu 1krát týdně. Léčba předpokládá průběžné sledování imunity před léčbou i po léčbě – zvláště buněčné (morfologicky i funkčně). Výběrově u generalizovaných forem ekzému s přechodem k erythrodermii zasahujeme nárazovou dávkou solubilních kortikoidů i.m. nebo i.v. v infúzi (úvodní denní dávka 150–300 mg např. preparátu Hydrocortison Spofa solubile) prováděnou 3–4 dny (do denní dávky 100–50 mg), většinou následovanou kúrou p.o. podávaných kortikoidů s postupným snižováním dávky (od výchozí denní dávky p.o. hodnotou odpovídající poslední denní dávce podané i.m.).

Posudkové závěry

I. podskupina, v níž se uplatňují převážně vnitřní vlivy:

U nemocných s atopickým ekzémem vlivem komplexní zátěže při nástupu k výkonu vojenské základní služby ekzém zpravidla recidivuje. U méně klinicky vyjádřených forem může být další průběh onemocnění při výkonu vojenské základní služby uspokojivý při správném funkčním zařazení vojáka. Zařazení musí být takové, aby se co možná nejvíce redukovaly příčiny svědivých krizí. Platí, že nemocný atopickým ekzémem zůstává „atopikem“ i po klinickém ústupu onemocnění a má být zařazován do indikovaných zaměstnání – při výkonu vojenské základní služby do indikovaných funkcí. U vojáků základní služby nemocných atopickým ekzémem máme zkušenosti s tím, že na průběhu onemocnění se významně podílí psychika (zejména oblast emočního napětí) a motivace nemocného. Zpravidla prognosticky nepříznivé (záleží však na stupni postižení) k výkonu vojenské služby je sou-

časné postižení nemocného atopickým ekzémem i jinými fenomény atopie – nutno posuzovat týmově zainteresovanými odborníky.

Posuzování nemocných s výraznou formou seboroické dermatitidy je podobného charakteru jako u nemocných s atopickým ekzémem.

Numulární ekzém se zpravidla daří řešit etiologicky a nevyžaduje posudkové řešení.

II. podskupina, v níž se uplatňují převážně zevní vlivy:

Posudkově nutno zabezpečit vyloučení kontaktu se zjištěnou iritační látkou u dermatitis irritativa contacta a vyloučení kontaktu se zjištěným alergenem (zahrnuje celý výčet hmot obsahujících příslušný alergen včetně dalších látek při event. skupinové a sdružené alergii) u eczema contactum allergicum. Vždy je nutno uvážit možnost profesionality. U dermatitis contacta irritativa po nošení uniformy zvláště upozorňuji na nutnost vyloučení atopie. Prokázané: dermatitis contacta irritativa po nošení uniformy a eczema contactum allergicum po nošení uniformy jsou pro nejbližší léta k výkonu vojenské služby nepříznivé. (Náhradní uniformy z jiných materiálů, které by mohly vyloučit nepříznivé kontaktní či iritační vlivy, nejsou k dispozici.) Musí být dokumentovány provedenými speciálními epikutánními testy s látkou uniformou a provedenými opakovanými expozičními a eliminačními zkouškami. Odškodňují se jako kožní choroby z povolání cestou oddělení pracovního lékařství vojenské nemocnice.

Souhrn

Autor podává přehled o skupině kožních onemocnění „ekzém-dermatitida“. Uvádí přístupy ke komplexnímu řešení problematiky v ČSLA. Vychází z praxe uplatňované na dermatovenerologickém oddělení s ambulantní částí ÚVN v Praze a z poznatků CDRG (Contact Dermatitis Research Groupe).

Sdělení předneseno na 38. odborném shromáždění vojenských dermatologů a vrchních sester VN v Praze dne 17. září 1987.

Seznam zkratek použitých v textu

Ig = imunoglobulin, B = lymfocyty odvozené od burzy – nezávislé na thymu, T = lymfocyty odvozené od thymu, označení subpopulací lymfocytů T: T_S – tlumivé (supresorické), T_H – pomocné (helper), T_C – cytotoxické, T_{DTH} – produkující lymfokiny, Fc = krystalizovatelný fragment molekuly imunoglobulinu (crystallizable fraction), SRS-A = pomalu reagující substance anafylaxe (slow reacting substance of anaphylaxis), PAF = faktor aktivující krevní destičky (platelet activating factor), ECF-A = eozinofilový chemotaktický faktor anafylaxe, NCF-A = neutrofilový chemotaktický faktor anafylaxe, MIF = faktor inhibující makrofágy (macrophage inhibitory factor), MAF = faktor aktivující makrofágy, SMAF = specifický faktor vyzbrojující makrofágy (specific macrophage arming factor)

Literatura

1. KALENSKÝ, J.: Profesionální poškození kůže v zemědělství. 1. vyd. Praha, Avicenum 1985. 331 s.
2. ROOK, A. – WILKINSON, D. S. – EBLING, F. J. G.: Textbook of Dermatology. London, Blackwell Publ. 1972, s. 219–424.
3. STREJČEK, J. – LOKAJ, J.: Imunologie v klinické praxi. 1. vyd. Praha, Avicenum 1985. 293 s.
4. ROITT, I.: Základy imunologie. 4. vyd. Martin, Osveta 1980. 315 s.
5. BENEŠ, J.: Alergologie. 1. vyd. Praha, Avicenum 1986. 415 s.
6. BIER, O. G. et al.: Základy imunologie. 1. vyd. Praha, Avicenum 1984. 422 s.
7. REITAMO, S. et al.: Eczematous reactions in atopic patients caused by epicutaneous testing with inhalant allergens. Brit. J. Derm., 114, 1986, s. 303–309.
8. MELIN, L. et al.: Behavioural treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. Brit. J. Derm., 115, 1986, s. 467–474.
9. CARR, M. M. – PRYCE, D. M. – IVE, F. A.: Treatment of seborrhoeic dermatitis with ketoconazole: I. Response of seborrhoeic dermatitis of scalp to topical ketoconazole. Brit. J. Derm., 116, 1987, s. 213–216.
10. GREEN, C. A. – FARR, P. M. – SCHUSTER, S.: Treatment of seborrhoeic dermatitis with ketoconazole: II. Response of seborrhoeic dermatitis of the face, scalp and trunk to topical ketoconazole. Brit. J. Derm., 116, 1987, s. 217–221.
11. ZÁHEJSKÝ, J. – DOVEŇSKÝ, J. – DASTYCHOVÁ, E.: Dermatologická problematika při volbě povolání a pracovním zařazení dorostu. Čs. Derm., 60, 1985, č. 1, s. 43–48.
12. NOVÁK, M. – KVÍČALOVÁ, E.: Rozbor výsledků epikutánních testů na dermatologické klinice Fakultní nemocnice v Praze 10. Čs. Derm., 60, 1985, č. 5, s. 305–315.
13. MACHÁČKOVÁ, J.: Kontaktní alergen v letech 1982–1984 (Rozbor výsledků alergologické ambulance I. kožní kliniky FVL KU v Praze). Čs. Derm., 61, 1986, č. 1, s. 9–13.
14. ARENBERGER, P.: Příspěvek k problematice atopického ekzému. Čs. Derm., 61, 1986, č. 1, s. 19–23.
15. MACHÁČKOVÁ, J.: Propolis – kontaktní alergen. Čs. Derm., 62, 1987, č. 1, s. 157–160.

Klíčová slova: Ekzém-dermatitis; Přecitlivělost podle Coombse a Gella; Iritace; Epikutánní testy; Kožní choroby z povolání.