

**Léčba** – je shodná jako léčba jiných ekzém dermatitid. Dle intenzity, průběhu a lokalizace onemocnění se terapie zahajuje níže, středně či vysoce potencovanými dermosteroidy (dle stádia onemocnění v roztocích, sprejích, krémech nebo mastech) 1–2× denně po dobu 1–4 týdnů do zhojení. V chronickém stadiu jako udržovací léčba se doporučuje aplikovat dermosteroidy intermitentně 2–3× týdně. Jako alternativu při delším podávání, především na intertriginózní oblasti a obličej, lze zvažovat topické inhibitory kalcineurinu, např. 0,1% tacrolimus, pro děti v 0,03% koncentraci (6, 11). Při bakteriálních či mykotických superinfekcích se do kombinace přidávají lokální antibiotika či antimykotika. V akutním stadiu lze kombinovat s adstringentními koupelemi a obklady (Jarischův roztok, borová voda), s antiseptickým účinkem (roztok hypermanganu), ve stavech chronických pak mastové základy s ureou, kyselinou salicylovou, dehtové preparáty aj. (1, 4, 6). Krátkodobá celková kortikoidní léčba se zahajuje při rozsáhlém, závažném a rekurentním průběhu, např. prednison v dávce 0,5–1 mg/kg/d (s denním maximem 60 mg) po dobu 5–7 dnů, s další postupnou deeskalací dávky do vysazení během 2–3 týdnů za současného zhojení kožního nálezu. Antihistaminika se podávají k útlumu svědění. Při refrakterním průběhu, neodpovídajícím na léčbu kortikosteroidy je také možné zvážit fototerapii úzkopásmovým ultrafialovým zářením B 311 nm (NBUBV) nebo celkovou imunosupresivní léčbu, např. ciclosporinem. Samozřejmostí je pravidelné a neomezené používání emoliencií a humektantů, které obnovují funkci kožní bariéry (6). Důležité je poškozenou kůži nevystavovat vnějším dráždivým vlivům jako je voda, detergenty, sluneční záření, prach, teplo a chlad (3).

**Prevence** – v individuálním měřítku se jedná o používání vhodných ochranných prostředků (rukavic, ochranných oděvů, masek, brýlí aj.) a časté promazávání obnažených partií kůže emoliencií a bariérovými krémy jak v primární, tak sekundární prevenci. Nejvhodnějšími emoliencií jsou krémy typu v/o. Ochranné pomůcky se volí na základě propustnosti jejich materiálu, degradačních vlastností a povahy látek, se kterými se manipuluje. Při postižení rukou jsou při běžných pracích doporučovány bezlatexové vinylové rukavice, při delším nošení současně se spodními textilními rukavicemi k absorpci potu a zamezení podráždění kůže. Vhodné je v kombinaci s ochrannými pomůckami používat tzv. bariérové krémy s obsahem složek imitujících skladbu lipidů kožní bariéry (ceramidů, nenasycených mastných kyselin, cholesterolu aj.) (6, 10, 11). V pracovních provozech je primární prevence založena na technické a organizační kontrole. V prevenci sekundární může pomoci např. přefázení pracovníků na jinou pracovní pozici, automatizace výrobních procesů, hermetizace výroby nebo nahrazení nebezpečných látek chemikáliemi zdravotně nezávadnými.

## LITERATURA

1. Benáková N. Ekzém dermatitidy. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-177-6.
2. Ring J. Allergic Diseases (and Differential Diagnoses). Springer, Berlin, Heidelberg: 2005;143-149. [https://doi.org/10.1007/3-540-26584-8\\_5](https://doi.org/10.1007/3-540-26584-8_5).
3. Janoušková G, Machovcová A. Kontaktní dermatitidy – část I. Československá dermatologie. 2019;91(3):86-152.
4. Machovcová A. Kontaktní dermatitidy. Med. praxi. 2008; 5(9):327-330.
5. Fransway AF, Reeder MJ. Irritant contact dermatitis in adults. UpToDate [Internet]. 2022, [cited 2023-01-31]. Available from: <https://www.uptodate.com/...k=1>.
6. Sheehan M. Chronic hand eczema [Internet]. 2022 [cited 2023-01-31]. Available from: <https://www.uptodate.com/...k=1>.
7. Kalenský J. Profesionální poškození kůže v zemědělství. Praha: Avicenum; 1985. ISBN 08-051-85.
8. Chapel H, Haeney M, Misbah SA, Snowde N. Základy klinické imunologie. 6. vydání. Praha: Triton; 2018. ISBN 978-80-7553-396-8.
9. Yiannia S J. Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis [Internet]. 2021 [cited 2023-01-31]. Available from: <https://www.uptodate.com/...k=1>.
10. Gaspari A. Basic mechanisms and pathophysiology of allergic contact dermatitis. UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2023-01-31]. Available from: <https://www.uptodate.com/...k=1>.
11. Brod BA. Management of allergic contact dermatitis. UpToDate [Internet]. [cited 2023-01-31]. Available from: <https://www.uptodate.com/...k=1>.
12. Askin Ö, Cesur SK, Engin B, et al. Photoallergic Contact Dermatitis. Curr Derm Rep 2019;8:157-163. <https://doi.org/10.1007/s13671-019-00271-4>.
13. Barata ARR, Conde-Salazar L. Protein contact dermatitis – case report. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2013;88(4):611-613. ISSN 0365-0596. Available from: [doi:10.1590/abd1806-4841.20132023](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132023).
14. Hannuksela M. Protein Contact Dermatitis. Springer, Berlin, Heidelberg: 2006. Available from: [https://doi.org/10.1007/3-540-31301-X\\_20](https://doi.org/10.1007/3-540-31301-X_20).

hledá se  
**OBCHODNÍ  
MANAŽER/KA**

VÍCE  
INFORMACÍ

LÉKAŘSKÉ ČASOPISY | ODBORNÉ PUBLIKACE | PODCASTY  
ODBORNÉ VZDĚLÁVACÍ AKCE | ON-LINE VZDĚLÁVÁNÍ

**SOLEN MEDICAL EDUCATION**