

Obsah

Helicobacter pylori – současný stav, 2. část.....	1	Léčba atopického ekzému u dětí.....	2
---	---	-------------------------------------	---

HELICOBACTER PYLORI – SOUČASNÝ STAV

2. část

Strategie „test and treat“

Jedná se ve světě o běžný postup, kdy je pacientům s dyspeptickými příznaky bez alarmujících příznaků proveden neinvazivní test na *H. pylori* a v případě pozitivity je podána léčba. **V ČR je tento přístup podle standardů České gastroenterologické společnosti považován za non-lege artis (http://www.cgs-cls.cz/zc/img/Cgs-cls/infekce_helicobacter_pylori.doc).**

Léčba infekce *H. pylori*

Účinnost jednotlivých kombinací není stoprocentní, proto je nezbytné kontrolovat účinnost podané léčby (viz diagnostika). V České republice nejsou tč. dostupné žádné přípravky obsahující bismut (dříve byl dostupný přípravek DE-NOL por.tbl.nob.) a zároveň není dostupný klasický tetracyklin, jenž lze do určité míry nahradit doxycyklinem. Proto u nás nyní nelze podat klasickou čtyřkombinací s bismutem, kterou však v následujícím textu uvádíme s ohledem na mezinárodní doporučení.

A. Léčba první volby

Léčba první volby (tabulka 3) znamená léčbu pacientů, kteří nebyli nikdy předtím eradikováni. Léčbou první volby jsou kombinace protonový inhibitor (IPP) 2x denně (např. omeprazol 2x20 mg) + klarithromycin 2x500 mg + amoxicilin 2x1000 mg nebo IPP 2x denně + klarithromycin 2x250 mg + metronidazol 2x500 mg. První z obou jmenovaných kombinací se dává přednost, jelikož použití klarithromycinu s metronidazolem je v terapii druhé volby účinnější než amoxicilin.

Léčba by měla trvat minimálně 7 dní, lze však doporučit její prodloužení na 10 - 14 dní v oblastech s nižším úspěchem eradikace. V současné době je sledován efekt tzv. sekvenční eradikační léčby, kdy se po dobu 5 dní podává inhibitor protonové pumpy s amoxicilinem a pak se 5 dní pokračuje s kombinací inhibitor protonové pumpy + klarithromycin + metronidazol. Tato léčba by mohla být účinnější oproti standardní trojkombinaci zvláště v oblastech s vyšší rezistencí na antibiotika. V ČR však není prozatím doporučena, ale nelze vyloučit její zavedení do praxe podle výsledku dalších studií.

Tabulka 3. Kombinace léků k eradikaci *H. pylori*

Kombinace první volby	Dávky	Kombinace druhé volby	Dávky
● Omeprazol*	2x20 mg	● Omeprazol*	2x20 mg
● Amoxicilin	2x1000 mg	● Bismut subsalicylát/subcitrát	4x120 mg
● Klarithromycin	2x500 mg	● Tetracyklin	
		● Metronidazol	4x500 mg 3x500 mg
● Omeprazol*	2x20 mg	● Omeprazol*+ 2 antibiotika	
● Klarithromycin**	2x250 mg	(vyměnit v závislosti na první léčbě)	
● Metronidazol***	2x500 mg		

* Místo omeprazolu lze užít i jiný inhibitor protonové pumpy

** V Maastrichtském konsensu není doporučeno užít v této kombinaci nižší dávku klarithromycinu. Je však prokázáno, že menší dávka léku je v této kombinaci prospěšnější než dávka vyšší. Léčba trvá minimálně 7 dní.

*** V některých zemích lze při nedostupnosti vhodných dávek použít namísto 500 mg dávku 400 mg metronidazolu.

B. Léčba druhé volby (po selhání léčby první)

Při léčbě druhé volby (tabulka 3) se nabízí dvě základní možnosti. Jednak lze užít trojkombinaci s IPP s výměnou antibiotik, nebo (v současnosti v zahraničí upřednostňovaný postup) můžeme předejít čtyřkombinací IPP 2x denně (např. omeprazol 2x20 mg), bismut subsalicylát/subcitrát 4x120 mg + metronidazol 3x500 mg + tetracyklin 4x500 mg, minimálně na 7 dní. Bohužel v ČR se čtyřkombinace pro komerční nedostupnost preparátů bismutu nepoužívá.

C. Léčba v případě selhání dvou eradikačních kúr

Po selhání dvou eradikačních kúr se doporučuje řešit každý případ individuálně na základě dané klinické situace. Vždy by se mělo provést endoskopické vyšetření s kultivací a stanovením rezistence na nejčastěji užívaná antibiotika. Na základě tohoto vyšetření se stanovuje další léčba. Mimo výše zmíněná antibiotika se mohou uplatnit kombinace s rifampicinem, furazolidonem (3x100 mg), rifabutinem, levofloxacinem apod. Lze indikovat i dvojkombinaci omeprazol + vysoké (až trojnásobné) dávky amoxicilinu. Po dvou neúspěšných pokusech o eradikaci by každý pacient měl být odeslán na specializované pracoviště.

Recentní studie prokázala kumulativní úspěch eradikace v 90 % případů, kdy v první linii byla podávána klasická trojkombinace (IPP + 2 antibiotika), v druhé čtyřkombinace s bismutem a ve třetí kombinace omeprazol, amoxicilin, levofloxacin^{8/}.

LITERATURA

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *H. pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut* 2007; 56: 772-81.
2. Bureš J, Kopáčová M, Koupil I, et al. Epidemiology of *H. pylori* infection in the Czech Republic. *Helicobacter* 2006; 11: 56-65.
3. Vaira D, Malfertheiner P, Megraud F, et al. Non-invasive antigen based assay for assessing *Helicobacter pylori* eradication. A European multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 925-9.
4. Hamlet A, Stage L, Lonroth H, et al. A novel tablet based 13C urea breath test for *Helicobacter pylori* with enhanced perfor-

- mance during acid suppression therapy. Scand J Gastroenterol 1999; 34: 367-74.
- Logan RP, Dill S, Bauer FE. The European 13C-urea breath test for the detection of *Helicobacter pylori*. Gut 1991; 3: 915-21.
 - Martínek J, Špičák J, Beneš M, et al. Vliv eradikace *H. pylori* na vznik refluxní choroby jícnu. Randomizovaná dvojité slepá studie. Prakt Lék 2005; 85: 133-138.

- Rejchrt S, Koupil I, Kopáčová M, et al. Prevalence and sociodemographic determinants of uninvestigated dyspepsia in the Czech Republic. Eur J Gastroenterol Hepatol 2008; 20: 898-905.
- Rokkas T, Sechopoulos P, Robotis I, et al. Cumulative *H. pylori* eradication rates in clinical practice by adopting first and second line regimen proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen. Am J Gastroenterol 2009; 104: 21-5.

LÉČBA ATOPICKÉHO EKZÉMU U DĚTÍ

Atopický ekzém je geneticky podmíněné onemocnění, pro svůj vznik v prvních měsících života také nazývaný dětským ekzémem. Název ekzém je odvozen z řeckého slova „ekzeo“, které označuje něco, co vyvěrá na povrch.

Atopický ekzém je silně svědivé onemocnění, často spojené s výskytem průduškového astmatu nebo senné rýmy. Pro všechny tyto choroby je používán jednotící název atopie. Pro atopický ekzém, dále jen AD (atopická dermatitis), je charakteristická suchost kůže (xerosis atopica), která je způsobena poruchou bariérové funkce kůže. Na této změně se podílí změněný profil ceramidů, tvorba zánětlivých cytokinů, snížená tvorba antimikrobiálních lipidů. V konečném důsledku všech těchto změn pak dochází k poruše hydratace, k nerovnováze nespecifické imunity, pohotovosti k zánětu a k náchylnosti k sekundární infekci, zvláště stafylokoky a viry.

Dysregulace imunitních mechanismů se u atopie projevuje nedostatečnou regulací T-lymfocytů s převahou Th2 lymfocytů, zvýšenou tvorbou imunoglobulinů třídy IgE, zvýšenou aktivitou buněk zánětu - hlavně eozinofilů, tzv. alergickým eozinofilním zánětem a hyperreaktivitou kůže, sliznic, cév i buněk hladkých svalů. Pacienti s atopickým ekzémem mají snížený práh svědění, i mírné podráždění kůže vyvolává pruritus, tento vede k opětovnému a výraznějšímu podráždění kůže škrábáním, takže vzniká bludný kruh - svědění-škrábání-svědění. Děti s těžším průběhem AD mají charakteristické rysy osobnosti - jsou neklidné, špatně spí, jsou stresované a někdy až depresivní v akutnějších stavech. Atopický ekzém se vyskytuje ve třech rozdílných formách, které se liší obdobím vzniku a vzhledem kožních projevů. Jednotlivá stadia mohou na sebe navazovat nebo může některé ze stadií zcela chybět. Kojenecká forma zpravidla začíná mezi 2. a 6. měsícem s lokalizací hlavně na obličeji a na čele erytémem s výsevem papulovesiculék, madidací a následně drobnými stroupky, projevy úporné svědi. Vývoj tohoto stadia je těžko předvídatelný, může se zcela zhojit, zpravidla však přechází do dalšího stadia. Dětská forma postihuje hlavně předškolní a školní děti, projevy se přesouvají do tzv. typických lokalizací - flexurní oblasti - loketní, podkolenní jamky, krk, hřbety rukou, zápěstí. Forma dospělá může navazovat na předešlé formy, ale také může být prvním projevem onemocnění, postihuje stejné lokalizace jako u předešlé formy, může se však rozšířit i na celé integumentum se vznikem typických šedavěružových lichenifikovaných ploch, na povrchu s výraznou desquamací. Projevy AD obvykle věkem slábnou.

Léčba

Atopický ekzém je onemocnění s vrozenou dispozicí. Vzhledem k tomu, že neexistuje žádný „záračný lék“, patří k léčbě AD celý soubor opatření jako je vhodná životospráva dítěte, přiměřené oblékání, správná péče o kůži, dostatek spánku, nedráždivá strava, zevně i vnitřně aplikované léky. Léčba tedy musí být komplexní. Před zahájením léčby pacienta je nutná edukace pacienta, event. jeho rodiny. Pro úspěšnou léčbu je také nutná dobrá spolupráce ošetřujícího lékaře a rodičů dítěte.

Zevní terapie

Tento způsob terapie má stále největší význam, volba správného zevního léku je téměř nezastupitelná. Hlavním úkolem je zmír-

nění zánětu, zmírnění svědění a prevence bakteriální či virové infekce. Stále významnými a často používanými zevními léky jsou kortikoidní preparáty, nově tzv. lokální imunomodulátory, a nezbytnou součástí zevní terapie jsou tzv. indiferentní preparáty, určené ke zvláčňování kůže, prevenci výrazné suchosti, která AD téměř vždy provází, hydrataci kůže a obnově fyziologické bariérové funkce kůže.

Koupele

K odstranění nečistot, potu lze použít rychlé omytí kůže syntetickou emulzí (syndetem), nedráždivým mýdlem nebo speciálním prostředky na mytí ekzematické citlivé kůže, které lze u nás zakoupit v lékárnách (Lipikar syndet, Oilatum sprchový gel, Ictyane gel, event. Eucerin sprchová emulze s 5% obsahem ury). Velmi důležité je pravidelné promašování kůže a omezení trans-epidermální ztráty vody používáním koupelových olejů. U nás jsou k dispozici hlavně Balmadol, Linola fett N oilbad, Balneum Hermal F, Balneum Hermal Plus, Oilatum Plus (ten navíc obsahuje antisepticky působící triklosan k omezení kolonizace kůže pyogenními stafylokoky).

Obklady

Vysychavé obklady vedou k ochlazení kůže, tlumení madidace (mokvání) a zklidnění zánětu. Používají se hlavně v akutních fázích AD, krátkodobě, protože při delším užívání by vedly naopak k přesušování kůže. Z nejčastěji užívaných je to sol. Jarisch, černý čaj, odvar z dubové kůry; slabý roztok hypermanganu se používá hlavně při impetiginizaci AD.

Emolientia

Tyto přípravky ve formě lotií, krémů či mastí jsou používány po vyléčení akutních příznaků, měly by se však aplikovat také preventivně, dlouhodobě a k intervalové léčbě AD. Promazávání kůže je možné opakovat několikrát denně, mastné krémy se používají hlavně na noc, hydrofilní nemastné krémy a lotia během dne. V ČR jsou dostupné hlavně tyto přípravky: Excipial krém, mast, mast s mandlovým olejem, Lipobase crm., Linola fett N crm. Na trhu je v současné době i velké množství dermatokosmetických přípravků, např. Atoderm PP, Atoderm antirecidive, Aderma, Eucerin, Exomega, Vitella, Lipobase repair, Linola mléko, Menalind. Z nejčastěji používaných masťových základů je na trhu Ambiderman, Neoaquasorb, Ung.leniens, Cutilan, Pontin, Synderman.

Přípravky s uryou

Mezi hlavní farmakologické účinky ury patří zvýšení hydratace kůže, antipruriginózní účinek, antiseptický účinek. V nízkých koncentracích působí keratoplasticky, ve vysokých keratolyticky. Někdy může po aplikaci dojít k podráždění, proto by měl léčbu indikovat dermatolog. U nás jsou k dispozici: Excipial U hydro-lotio (2 % ury), Excipial U lipolotio (4 % ury), Eucerin mléko a krém (3-10 % ury), Vitella U nutrilotio.

Kortikoidní externa

V době exacerbace AD se používají pro své vasokonstrikční a protizánětlivé, antipruriginózní, antiproliferační a imunosupresivní účinky. K léčbě AD u dětí se doporučují hlavně slabě účinné přípravky. Důležitý je také výběr lékové formy - na akutní pro-

jevy jsou vhodná lotia, hydrofilní krémy (emulze typu o/v/), na chronické hydrofobní krémy (emulze typu v/o/ a masti).

Mezi hlavní a známé kontraindikace patří akutní kožní infekce - tuberkulózní, syfilitické, virové infekce (mollusca, verruky, varicella, herpetická onemocnění), dále parazitární choroby (Scabies), mykotické kožní infekce (kandidózy, tiney), periorální dermatitis, akné a v neposlední řadě také přecitlivělost na účinnou složku nebo vehikulum přípravku.

Pokud nejsou slabě účinné přípravky aplikovány s efektem, je možno sáhnout k silnějším kortikoidním externům, ale přísně krátkodobě. U výrazných projevů AD se doporučuje aplikace kortikoidního externa nejprve 2x denně po dobu 2-3 dnů, po zlepšení 1x denně, obden, pak 2x týdně - tzv. sestupná léčba. Je možné léčbu zahájit silnějším přípravkem s přechodem na slabě účinný. Další možností je tzv. intervalová léčba, první 3 dny kortikoidní externum, pak 3 a více dnů emolientia. Silně působící externa se nesmí používat na obličej, do intertriginózních oblastí, u dětí a gravidních žen ani k prevenci recidiv, velké opatrnosti je potřeba u aplikace blízko očí.

U těžších forem, především v kožních záhybech, jsou vhodné kombinované přípravky obsahující antiseptika, antibiotika, antimykotika.

V ČR jsou v současné době k dispozici: Imacort crm (prednisolon-acetát + hexamidin + klotrimazol), Fucidin H crm (hydrocortison-acetát + kyselina fusidová), Fucicort crm (betamethason-valerát + kyselina fusidová), Triamcinolon E Léčiva (triamcinolon-acetonid + kloroxin), Pimafucort crm, ung (hydrocortison + natamycin + neomycin), Belogent crm (betamethason-dipropionát + gentamicin) – tento přípravek se neužívá do intertriginózních oblastí a u dětí jen ve výjimečných případech.

Lokální antibiotika a antiseptika

Tyto přípravky se aplikují při přítomnosti sekundární bakteriální infekce, zejména při projevech kolonizovanými pyogenními stafylokoky. Při rozsáhlých projevech se aplikují dle kultivace a citlivosti na antibiotika léky celkově.

Z lokálních preparátů jsou k dispozici: Bactroban ung (mupirocin), Fucidin crm, ung (kyselina fusidová, natrium-fusidát), Endiaron pasta (kloroxin) – ukončená registrace k 31.12.2009, doprodej, Framykoin (bacitracin + neomycin) – tento přípravek však může často senzibilizovat. Tyto léky lze užívat 7 – 10 dnů.

Deriváty dehtu

Z nejčastěji užívaných derivátů dehtu se aplikuje ichthamol - hlavně k doléčení zánětu po ukončení terapie AD, aplikace vede k omezení výskytu rebound fenoménu. Podporuje regeneraci keratinocytů, má i protizánětlivý účinek, používá se v koncentracích 2-5 %. Na trhu v ČR jsou k dispozici volně prodejné kosmetické přípravky Ictamo-pro pasta, Ictyo-Care dětský emulgel, mléko, krém, pasta. Na chronické zánětlivé projevy je aplikován pix lithantracis (oficiální český název: čišťený kamenouhelný dehet) se svým antipruriginózním, protizánětlivým a antimikrobiálním účinkem. V ambulantní péči je k dispozici na trhu Delatar 2% ung. Vzhledem k fotosenzitivitě dehtu se tyto preparáty používají hlavně v zimních měsících.

Imunomodulátory pro lokální aplikaci

V současné době jsou již lokální imunomodulátory (TIM) běžnou součástí zevní terapie AD. Chemickým složením patří do skupiny makrolidových antibiotik s imunosupresivním účinkem, jejich mechanismus je založen na inhibici kalcineurinu. Dochází k zábraně aktivace T- lymfocytů a k zábraně uvolnění prozánětlivých cytokinů.

Je možné je používat pro krátkodobou i pro intermitentní léčbu, doporučuje se aplikovat v tenké vrstvě 2x denně. Používají se hlavně pro lokalizace jako je obličej, krk, flexurní oblasti. Nežádoucí účinky lokální léčby se vyskytují v místě aplikace a jedná se o přechodné pálení a svědění kůže, objevující se v prvních dnech léčby, po 2-3 dnech tyto nežádoucí účinky ustupují. Zlepšení pak je možno očekávat po 3-7 dnech, kdy dochází ke zmírnění svědění a zmírnění zánětu. Délka léčby se řídí klinickým obrazem. Vzhledem k tomu, že údaje o bezpečnosti udržovací léčby delší než 12 měsíců nejsou k dispozici, měl by ošetřující lékař po 12 měsících posoudit stav pacienta a rozhodnout, zda v udržovací terapii pokračovat. Léčba se nesmí kombinovat s fototerapií, v letním období se tedy aplikují hlavně na noc.

Z dostupných přípravků na našem trhu jsou to topické imunomodulátory - tacrolimus a pimecrolimus. Tacrolimus (Protopic ung, v koncentraci 0,1 %, 0,3 %) je nesteroidní makrolidový laktón, byl izolován z plísňe *Streptomyces tsukubaensis* v Japonsku. Je určen hlavně k léčbě středně těžké a těžké formy AD u dětí (ve věku 2 let a starších) i u dospělých pacientů, u kterých nedošlo k adekvátní reakci na standardní léčbu topickými kortikoidními externy, nebo kteří tuto léčbu nesnášejí. Dle klinických studií se

Tabulka 1. Dostupná kortikoidní externa v ČR dle účinnosti

Skupina	léčivá látka	obchodní název	léková forma
I. slabě účinné	hydrocortison-acetát methylprednisolon-aceponát dexamethason-acetát	Hydrocortison Léčiva Advantan Dexamethazon Léčiva crm	ung crm, crm ole crm, ung
II. středně účinné	hydrocortison-butyrát mometason-furoát prednikarbát	Locoid 0,1% Locoid crelo 0,1% Locoid lipocream 0,1% Locoid 0,1% lotion Elocom Dermatop krém Dermatop mast	crm, ung eml crm lot crm, ung, lot crm ung
III. silně účinné	betamethason-dipropionát triamcinolon-acetonid	Beloderm, Diprosone Kuterid Triamcinolon Léčiva crm Triamcinolon Léčiva ung Triamcinolon S Léčiva Triamcinolon-IVAX Triamcinolon HBF	crm, ung crm, ung crm ung ung eml, lot crm
IV. velmi silně účinné	klobetasol-propionát fluocinolon-acetonid	Dermovate Flucinar Gelargin	crm, ung gel, ung gel

tacrolimus vstřebává jen zanedbatelně, léčba však může být komplikována virovými infekty. Bezpečnost tacrolimu je stále diskutována, v některých kontrolovaných klinických studiích bylo referováno o zvýšeném vzniku maligních kožních nádorů u lidí, i když při pokusech na zvířatech bylo prokázáno vyšší riziko rozvoje lymfomů a karcinomů. Riziko rozvoje malignit však nebylo potvrzeno, ale ani vyvráceno. Dalším přípravkem je pimecrolimus (Elidel crm 1%), askomyci- nový makrolaktamový derivát, izolovaný ze *Streptomyces hygroscopicus* var. *Ascomyceticus*. Účinky jsou obdobné jako u předešlého preparátu, k jeho výhodám patří výrazná lipofilita. Bezpečnost tohoto přípravku je potvrzena mnoha klinickými studiemi. Vzhledem k tomu, že při aplikaci na větší plochy u malých dětí mladších než 2 roky nelze vyloučit větší absorpci a také z obavy potlačení imunitního systému je v současnosti v souladu s EU registrován pro léčbu lehkých a středně těžkých forem AD u dětí od 2 let.

Celková léčba AD

Léky užívané per os jsou v terapii AD nezastupitelné, hlavně pro tlumení svědění a tlumení zánětu a pro své imunomodulační účinky. Pro dlouhodobou terapii jsou vhodná antihistaminika 2. generace. Tyto léky mají právě vedle antihistaminového účinku i účinek imunomodulační. Tyto léky snižují převahu Th-2 lymfocytů a zároveň potlačují alergický zánět. Bylo prokázáno, že u dětí s AD a pozitivní rodinnou anamnézou atopických nemocí, u nichž došlo v prvních 2-3 letech života k rozvoji časné alergie na pyly, trávy a roztoče, má dlouhodobé užívání cetirizinu i preventivní protizánětlivý účinek. Zástupcem antihistaminik 2. generace je tedy hlavně cetirizin, dalším lékem je loratadin. Poslední dobou se užívají nové typy antihistaminik, tzv. 3 generace, představiteli jsou levocetirizin nebo desloratadin. Pokud je v popředí výrazný pruritus s poruchami spánku, používají se u dětí antihistaminika 1. generace pro své výrazné sedativní účinky, u dětí od jednoho měsíce věku lze užívat dimetinden, od 6 let věku event. klemastin. Mezi další možnosti léčby s antihistaminovým účinkem patří ketotifen, tricyklické antihistaminikum, které stabilizuje membrány žírných buněk, tedy mastocytů, tím brání degranulaci a uvolňování mediátorů zánětu. Tyto léky se doporučují podávat profylakticky, dlouhodobě, hlavně u pacientů s vysokými hodnotami celkových IgE. U pacientů s potravinovou alergií se lékem volby stává kromoglykan sodný, který působí stejně jako ketotifen, ale působí pouze v oblasti gastrointestinálního traktu.

Léčba těžkých a rezistentních forem AD

Pro těžké formy se doporučují systémová imunosupresiva a imunomodulantia. Systémové kortikoidy je možné aplikovat perorálně:

prednison v dávce 1 mg/kg/den, methylprednisolon existuje i pro intravenózní užívání (Solu-Medrol), u těžkých stavů možno podat až 20 mg/kg/den. Léčbu opakujeme dle klinického stavu. Léčba kortikoidy podávanými celkově je u dětí vysoce riziková s výskytem nežádoucích účinků, a proto se k ní přistupuje velmi zřídka. Z dalších preparátů je to cyklosporin A, který se užívá u torpidních forem AD, tam, kde je obvyklá terapie neúčinná. Cyklosporin má výraznou schopnost blokovat časnou fázi aktivace T-lymfocytů. Tato léčba by měla však již spadat do rukou klinických dermatologů, dávky musí být přísně individuální, počáteční je 3-5 mg/kg/den ve dvou dávkách, po zlepšení se postupně dávka snižuje (4-8 týdnů). Pro svou nefrotoxicitu a možný vznik hypertenze musí být pacient pečlivě laboratorně monitorován.

Systémová antivirotika

Tyto léky jsou indikovány u těžkých virových komplikací AD, hlavně u eczema herpeticum. Z přípravků je u nás dostupný aciklovir (Herpesin, Zovirax tbl).

Jiné léčebné postupy u AD

V neposlední řadě je třeba se zmínit o fototerapii v chronickém a subakutním stadiu; používá se úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm nebo širokospektré UVA. Obvykle se kombinuje s balneoterapií, zevní i celkovou léčbou. Dále jsou to probiotika - živé nepatogenní mikroorganismy, které svým pozitivním vlivem na střevní mikrofloru mohou ovlivňovat imunitní reakce. Dobrý účinek byl prokázán hlavně u pacientů s alergií na kravské mléko (*Lactobacillus GG*).

Doplňkové léčby AD

Mezi tyto typy léčby patří hlavně léčba lázeňská, pobyt na horách, u moře.

Doporučená literatura

- Čapková Š, Špičák V, Vosmík F. Atopický ekzém, druhé, doplněné vydání, 2004.
Benáková N. Ekzémy a dermatitidy v lékařské praxi, 2006.
Viktorinová M. Současné přístupy k léčbě atopické dermatitidy, Farmakoterapie 2005.
Arenberger P. Atopický ekzém a bakteriální antigeny. Referátový výběr z dermatovenerologie 2004, 46(Speciál I): 22-5.
Arenberger P. Nová lokální imunosupresiva v terapii atopického ekzému. Alergie 2004, 6:147-50.
Viktorinová M. Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii. Klin. Farmakologie 2007.
Ettler K. Cyklosporin A v dermatologii. Referátový výběr z dermatovenerologie 2005, 47: 26-9.

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. Jitka Patočková, PhD., Ústav farmakologie 3. LF UK; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101