

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Martina Rejlová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

PERIORÁLNÍ DERMATITIDA

Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

PLZEŇ 2016

Zadání

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2016

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala panu Prof. MUDr. Vladimíru Reslovi CSc. za pomoc, odborné vedení a poskytnutí cenných rad a připomínek při zpracování mé diplomové práce. Také bych ráda poděkovala mé rodině za trpělivost po dobu mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Rejlová Martina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Periorální dermatitida

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Počet stran: číslované 71 nečíslované 27

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 50

Klíčová slova: periorální dermatitida, léčba, prevence, diferenciální diagnostika

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku periorální dermatitidy. Práce je dělena na dvě části teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií kůže, charakteristikou periorální dermatitidy, příznaky, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, terapií, prevencí. Praktická část je zaměřena na výzkum. Popisuje kvantitativní metodu sběru dat za pomoci nestandardizovaného anonymního dotazníku pro ženy a muže postižené periorální dermatitidou. Výstupem této práce bude informační brožura pro nemocné trpící periorální dermatitidou.

Annotation

Surname and name: Bc. Rejlová Martina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Perioral Dermatitis

Consultant: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Number of pages: numbered 71 unnumbered 25

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 50

Key words: perioral dermatitis, symptoms, treatment, prevention, differential diagnosis

Summary:

This diploma thesis is focused on the perioral dermatitis problems. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part is engaged in anatomy and physiology of skin, the characteristics of perioral dermatitis, its symptoms, diagnostics, therapy, prevention and nursing care of patients. The practical part is engaged in a research. It describes quantitative method of collecting data with assistance of non-standardized anonymous questionnaire for women and men stricken by perioral dermatitis. The result of this thesis is an information brochure for patients stricken by perioral dermatitis.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE	12
1.1 Anatomie.....	12
1.1.1 Epidermis - pokožka.....	12
1.1.2 Dermis	13
1.1.3 Subcutis	14
1.2 Přídavné orgány kůže	15
1.3 Fyziologie kůže.....	16
1.4 Kůže a stáří	18
2 Periorální dermatitida.....	19
2.1 Dermatitis perioralis	19
2.2 Etiopatogeneze.....	19
2.3 Klinický obraz.....	21
2.4 Diagnostika	22
2.5 Diferenciální diagnostika	23
2.5.1 Rosacea.....	23
2.5.2 Seborrhoická dermatitida	25
2.5.3 Acne vulgaris.....	27
2.5.4 Atopická dermatitida	29
2.5.5 Alergická kontaktní dermatitida, Eczema contactum allergicum	31
2.5.6 Demodikóza	33
3 Léčba periorální dermatitidy	34
3.1 Nulová terapie.....	35
3.2 Zevní léčba.....	36
3.3 Celková léčba.....	37
3.4 Fyzikální léčba	39
3.5 Režimová opatření	40
4 Prevence.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42

5 FORMULACE PROBLÉMU	42
5.1 Hlavní problém	42
5.2 Cíle práce	42
5.3 Metodika	43
5.4 Hypotézy	44
5.5 Vzorek respondentů	44
5.6 Prezentace a interpretace získaných údajů	44
VÝSLEDKY	45
6 Testování hypotéz	72
7 Diskuze	76
8 Závěr	81
Seznam použité literatury	83
Seznam grafů	87
Seznam obrázků	88
Seznam tabulek	89
Přílohy	90

ÚVOD

Zdravá a nepoškozená kůže je pro lidský organismus velmi důležitá. Správné hygienické návyky a denní ošetřování kůže obličeje jsou nutné k tomu, aby kůže byla zdravá, čistá a mohla správně fungovat. Ke každodennímu ošetřování pleti se používají různé kosmetické prostředky. Moderní technologie a kosmetičtí výrobci stále přicházejí s novými způsoby, jak revitalizovat pleť, hydratovat a zpomalit proces stárnutí pleti. Není správné používat a střídat množství nabízených kosmetických přípravků z důvodu vzniku kožních onemocnění. V dnešní době se klade velký důraz na tělesný vzhled člověka ve všech věkových kategoriích. Vzhled má vliv na zařazení člověka do společnosti.

Moje diplomová práce se zabývá kožním onemocněním s názvem Periorální dermatitida. Dříve toto onemocnění neslo název nemoc letušek, kvůli tomu, že používaly nadměrné množství kosmetiky. Periorální dermatitida se poprvé objevila v 60. letech v západní Evropě. V České republice se vyskytuje od konce 80. let. Incidence se snížila, nejspíše v důsledku zdokonalení diagnostiky a včasné léčby. V posledních letech dochází k návratu onemocnění kvůli velkému množství nabízené kosmetiky a reklamnímu tlaku, vedoucímu ke zvýšené spotřebě kosmetiky.

Příčina vzniku periorální dermatitidy není zcela objasněna, původ je často multifaktoriální. Nejčastější příčinou vzniku periorální dermatitidy je časté střídání kosmetických přípravků. Periorální dermatitida postihuje především ženy a pro většinu žen je vzhled na prvním místě. Samoléčba pacientek kortikosteroidy na nejrůznější kožní nálezy na obličeji způsobuje také periorální dermatitidu. Periorální dermatitida se projevuje na bradě, v okolí úst či očí a na celém obličeji. Obličej je nejčastějším místem, kam směřuje první pohled člověka. Periorální dermatitida může být podobná jiným kožním onemocněním, která postihují obličej. Proto je důležité zmínit se o diferenciální diagnostice. V léčbě dermatitidy platí obecné zásady o tom, že léčba musí být komplexní, diferencovaná, kombinovaná a individualizovaná. Léčbu předepisuje dermatolog, čím dříve se nemocný poradí s odborníkem, tím lepší bude výsledek. Léčbu periorální dermatitidy můžeme rozdělit na nulovou, celkovou a místní.

V prevenci je důležitý rezervovaný postoj ke kosmetickým přípravkům, striktní dodržování indikací, druhů a doby používání kortikosteroidů při aplikaci na obličej. Po vymizení periorální dermatitidy přetrvává predispozice k recidivám i několik let.

Cílem mé diplomované práce je zmapovat, do jaké míry jsou nemocní s periorální dermatidou informováni o svém onemocnění a zda jsou omezeni v životě. Domnívám se, že převážná většina lidí nemá dostatečné informace o tom, jak se starat o pleť a jaká je prevence proti onemocnění. Očekávají zázračné léky, krémy, ale podceňují to nejzákladnější a to je kontakt s dermatologem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE

1.1 Anatomie

Jeden z největších orgánů lidského těla je kůže, která zaujímá 1,5 – 2 m² kožního povrchu v závislosti na konstituci a výšce jedince. Kůže tvoří 16% z celkové hmotnosti člověka, u žen to je 3,2 kg a u mužů 4,8 kg. Je členitá, skladebně i vývojově složitá a je to důležitý orgán mezi vnitřním a vnějším prostředím. Tloušťka kůže může být ovlivněna věkem, hydratací, výživou a anatomickou lokalizací. Nejsilnější je na stehnech, zádech a nejslabší na horních víčkách oka a penisu. Barva kůže je ovlivněna hydratací pokožky, tloušťkou rohové vrstvy, podkožním tukem, rozložením a množstvím melaninu, prokrvením a obsahem betakaroténů a jiných látek (Brychta, 2014).

Kůže nemá hladký povrch, ale je členitá, heterogenní tvořená tenkými rýhami. Zejména dlaně mají uspořádání do jemných paralelních lišt a dohromady vytvářejí kožní reliéf. Lišty a závitky jsou u každé osoby jedinečné, celý život neměnné a vytvářejí kresbu. Pomocí barvy lze vytvořit otisky a díky nim se identifikují osoby v kriminalistice, tj. slouží k tzv. daktyloskopii. Využití je možné i ve forenzní antropologii při řešení paternity a při studiu geneticky podmíněných chorob kožního, imunitního, kardiovaskulárního a nervového systému. Kůže (*integumentum commune*) se skládá z pokožky (*epidermis*), škály (*dermis, corium*) a podkožního vaziva (*subcutis, tela subcutanea*). Mezi přídatné kožní orgány nebo kožní adnexa patří vlasy, nehty, mazové a potní žlázy. Keratinocyt s jádrem je hlavní pokožková buňka, která postupně zraje (Dylevský, 2009).

1.1.1 Epidermis - pokožka

Pokožka, latinsky *epidermis* je nejtenčí (0,3 – 1,5mm), nejpovrchnější část ektodermálního původu kůže. Epidermis je tvořena hlavně keratinocyty a dlaždičovitými epitelty, dalšími buňkami jsou melanocyty a Langerhansovy a Merkelovy buňky. Melanocyty produkují melanin, který předávají keratinocytům, na každý melanocyt připadá 36 keratinocytů, což se označuje jako melanocytová jednotka.

Epidermis tvoří zevní ochranou část kůže a dělí se na pět vrstev: stratum basale, stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum a stratum corneum.

Stratum basale je základní a nejhlouběji uložená vrstva v epidermis, která se skládá z cylindrických keratinocytů s velkými jádry a poměrně malým množstvím cytoplazmy. Keratinocyty propojují navzájem desmosomy a pomocí hemidesmosomů jsou připojeny k bazální membráně (Štork, 2008).

Bazální membrána tvoří předěl mezi epidermis a dermis. Stratum spinosum tvoří několik vrstev oplošťujících se keratinocytů. Název je odvozen od ostnitého tvaru latinsky spina. Keratin je produkt keratinocytů, neboli výsledný kožní produkt začínající procesem diferenciací v horní části ostnité vrstvy. Stratum granulosum je tvořeno 1 až 3 řadami oploštěných buněk, které ztrácejí jádra a obsahují keratohyalinová tmavě se barvící granula. Granula se skládají z velké části z proteinu profilagrinu. Profilagrin se přeměňuje na filagrin a ten zajišťuje shlukování a spojování keratinových vláken. Jeho rozkladem vzniká mj. kyselina urokánová. Kyselina urokánová je součástí potu a tvoří přirozený filtr proti ultrafialovému záření. Stratum lucidum je mezilehlá oblast mezi dosud nezrohovatělou a zrohovatělou vrstvou epidermis. Je patrná pouze na kůži dlaní a plosek. Stratum corneum je zevní rohová vrstva epidermis. Tvoří ji zrohovatělé a ploché korneocyty, které nemají jádro a jsou seskupeny sloupcovitě, ztrácejí soudržnost a olupují se. Tato vrstva svými funkčními vlastnostmi tvoří bariéru vůči zevnímu prostředí, není neživá ani odumřelá (Štork, 2008).

1.1.2 Dermis

Škára, latinsky dermis, korium je střední vazivovou hojně vaskularizovanou vrstvou kůže, která má tloušťku 0,6 – 3,0mm . Tloušťka závisí na lokalitě. Nejtenčí je na očních víčkách 0,6mm a nejsilnější na akrech, to jsou koncové části těla, jako nos, brada, končetiny, zejména prsty, eventuálně jejich poslední části. Škára je tvořena dvěma částmi, povrchovou (pars papillaris) blíže k epidermis a hlubší částí (pars reticularis). V dermis se nachází celá řada buněk, z nichž hlavní jsou fibroblasty, což je aktivní forma fibrocytů, monocyty, které se přeměňují na histiocyty a poslední jsou mastocyty - žírné buňky.

Fibroblasty jsou nejdůležitější buňky pro syntézu vaziva. Mají vřetenovitý tvar a jsou rozptýleny mezi snopci vazivových vláken.

Histiocyty vznikají z monocytů, které do koria pronikají z krevního řečiště a jejich enzymaticky aktivní formy se označují jako makrofágy. Makrofágy, které fagocytují antigeny, odpadní produkty metabolismu, produkují různé mediatory. Mastocyty jsou velké buňky prosazující se v metachromatickém granulu v korigu a ve svých jádrech hromadí histamin, heparin, serotonin a další látky, které se uvolňují při alergické a zánětlivé reakci. Činností fibroblastů vznikají tři druhy vláken, které tvoří vláknitou strukturu škáry.

Kolagenní vlákna jsou tvořena proteinem velmi pevné struktury, syntetizovaném v ribosomech fibroblastů. Probíhají paralelně s povrchem kůže. Elastická vlákna jsou zastoupena stejně jako kolagenní v dermis a v pars papillaris vytvářejí jemnou síť (Brychta, 2014).

Udržování pevnosti a elasticity kůže je hlavní funkcí elastických vláken. V malém množství se vyskytují retikulinová vlákna, která jsou velmi jemná. Vyskytují se kolem cév, potních žláz v klubičkách a na hranici epidermis a koria. Kotvicí fibrily jsou tvořeny jinými kolageny příčně pruhovanými a připojují se pomocí bazální membrány k hlouběji uloženým kolagenním vláknům koria. Všechny buňky, vlákna koria a další struktury jsou spojeny dohromady, což umožňuje pohyblivost. V dermis se nachází i cévní zásobení kůže. Somatosensitivní vlákna zajišťují inervaci kůže a přijímají signály dotyku, bolesti, tepla a chladu. Jsou zde ireceptory pro prokrvení a činnost potních žláz. (Arenberger, Obstová, 2001).

1.1.3 Subcutis

Tela subcutanea, subcutis, česky podkoží, podkožní tkáň je nejhlubší vrstvou kůže. Podkoží obsahuje lymfatické a krevní cévy, nervová zakončení, malé a velké potní žlázy. Subcutis vzniká z mezodermu a je složena z velké části tukovou tkání. Tuková tkáň je tvořena tukovými buňkami adipocyty. Vazivová septa spolu s vazivem koria tvoří síť, která obsahuje lalůčky tukové tkáně.

Tuková vrstva není po celém těle stejná, například minimální je na očních víčkách 0,6mm a značně silná je na břiše, hýždích a stehnech, kde vytváří panniculus adiposus neboli tukový polštář (Štork, 2008).

1.2 Přídavné orgány kůže

Ve škáře jsou uloženy kožní žlázy, které dělíme na mazové, potní žlázy velké a malé, dále vlasy a nehty. Mazové žlázy se nachází poblíž vlasového míšku, do kterého se vyprazdňují. Na některých místech ústí volně na povrch kůže, a to na rtech a zevních pohlavních orgánech.

V určitých zónách mazové žlázy úplně chybí, například na dlaních a ploskách nohou. Na tváři a krku jsou žlázy neobvykle velké a malé jsou na kůži končetin. Ochrannou vrstvu na povrchu kůže tvoří maz (sebum), který chrání vlasy a chlupy před vysycháním, olupováním, drobností a bobtnáním při dlouhém kontaktu s vodou. Maz zvláčňuje a má antimikrobiální efekt. Potní žlázy vylučují pot, jsou aktivní od narození a jejich vývody ústí přímo na povrch těla. Póry se vyskytují po celém těle mimo okraje rtů. Jsou hlavně na dlaních, ploskách nohou, krku, čele, šíjí a denně vydají kolem 500 – 1000ml potu. Při přehřátí organismu stoupá tvorba potu až na 10 litrů i více za den (Merkunová, Orel 2008).

Pot obsahuje vodu, chlorid sodný a malé množství močoviny, kreatininu, kyseliny močové, aminokyseliny a mastné kyseliny. Potem se mohou vylučovat i některé léky. Potní žlázy pachové, které se nazývají apokrinní, vylučují aromatické látky. Jsou přítomny v podpaží, ohanbí, v okolí prsních bradavek a konečníku a v kůži pokryté vousy. Sekrece začíná v období puberty a podmětem je emoční stres či sexuální vzrušení.

Vlasy, latinsky capilli a chlupy - pili jsou tvořeny povrchovou částí kmenem a kožní částí kořenem. Jsou uloženy ve vlasovém míšku, který je mnohvrstevně válcovitý a zasahuje až do škáry. Na vnějšku míšku je síť senzitivních nervových zakončení a také se zde upínají jemné kožní svaly, které při stahu chlupy a vlasy napřimují. Vlas vyrůstá z vlasové cibulky a její prokrvení zajišťují cévy bradavičného výběžku škáry.

Nehty nalezneme na posledních člancích prstů ruky a nohy. Jsou to tvrdé destičky keratinu, jejichž základem jsou zrohovatělé buňky pokožky. Nehty přerůstají přes okraj prstu, tělo a kořen vyrůstá z nehtového lůžka. Za den nehet vyroste o 0,1 mm, na nohou je to pomaleji (Merkunová, Orel, 2008).

1.3 Fyziologie kůže

Fyziologie kůže a její funkce úzce souvisí s anatomickou strukturou. Epidermis je hraniční orgán, který odděluje vnitřní a zevní prostředí. Kůže je metabolicky aktivní orgán s řadou funkcí.

Bariérová ochranná funkce kůže umožňuje ochranu fyzikální, chemickou a biologickou. Fyzikální bariéra kůže se zaměřuje na mechanickou a elektrickou ochranu. Z fyzikální bariéry je nejdůležitější mechanická ochrana. Je zajištěna hlavně přítomností volné a vázané vody, (fosfo)lipidy, sítě vláken a tukovou tkání.

Na ochraně před ultrafialovým zářením se podílí fotoprotektivní funkce, které zahrnují melanin, rohovou vrstvu keratohylinové struktury (stratum corneum), obsah urokánové kyseliny, aminokyselin, nukleových kyselin, beta-karotenu a hemoglobinu. Další ochranou funkcí je funkce elektrická. Ta je zajištěna elektronegativně nabitým povrchem stratum corneum a funkční vrstvou. Tato funkce zajišťuje odpuzování nečistot, prachu a mikrobů a ochraňuje kůži před teplem a chladem (Štork, 2008).

Kůže slouží jako zásobárna vody a podílí se na její regulaci v organismu. Chemické látky, které proniknou hlouběji do kůže, jsou zachyceny Langerhansovými buňkami a indukují imunologické reakce se všemi důsledky. Důležitá je biologická bariéra. Překážkou pro koky je nepoškozená rohová vrstva. Kolonizace kožního povrchu může vzniknout při přehnaném mytí mýdlem, mechanickém poškození, hyperkeratóze či maceraci styčných ploch a mokvání. Na bariérové ochraně kůže se podílí rohová vrstva a kožní film. Rohová vrstva má samočisticí funkci, která napomáhá při odstranění nečistot, chemikálií, mikrobů přirozenou kontinuální deskvamací.

Ochranný kožní film jinými názvy kyselý kožní plášť a tukový film má nárazníkovou funkci. Působí proti slabým zásadám a kyselinám. Pro intertriginózní lokalizace to však neplatí. Kyselé pH kožního filmu má antimikrobiální účinek (Štork, 2008).

Další funkce jsou sekreční, vylučovací. Kůže vylučuje z těla ven chemické látky pomocí mazových a potních žláz a je druhým důležitým orgánem po ledvinách. Kůže jako celek je vlastně holokrinní žláza produkující keratin, pot, melanin a maz. Keratin je odolný vůči chemickým a fyzikálním dopadům a je to nejpevnější skladba lidského organismu.

Pot neboli sudor je sekret, který obsahuje draslík, sodík, chlor, čpavek, vápník, fosfáty, aminokyseliny, glukózy, kyselinu mléčnou a urokánovou. Teplotou krve a centry hypotalamu je dána sekrece potu a bakteriální rozklad má vliv na pach potu. Melanin je pigment a jeho funkcí je fotoprotekce. Melanin je stimulován UV světlem, nejčastěji ultrafialovým. Maz neboli sebum je výměšek obsahující volné mastné kyseliny, steroly, parafíny, voskové estery, fosfatidy, skvalen. Má olejovitou konzistenci. Hlavní funkce mazu je vytvoření ochranného tukového filmu na kůži (Pokorná, Mrázová, 2012).

Metabolická funkce kůže je aktivním orgánem, představuje 1/3 aktivity jater. V kůži probíhá metabolismus sacharidů, lipidů, bílkovin, steroidů a vitamínu D. Vitamín D se řadí k steroidním hormonům a prochází chemickou transformací.

Regulační funkce ovlivňuje termoregulaci a vodní hospodářství organismu. Regulace řízení tělesné teploty je výsledkem mezi tvorbou tepla vzniklou svalovou činností, metabolismem, endokrinními pochody a jeho výdejem do okolí. Například sáláním, vedením, prouděním a odpařováním. Na teplotě těla závisí všechny biochemické pochody, ke kterým v našem organismu dochází. Metabolické pochody se zrychlují nebo zpomalují podle toho, jestli se teplota zvyšuje, nebo snižuje. Centrálním orgánem, který reguluje tělesnou teplotu, je hypotalamus. Hypotalamus udržuje tělesnou teplotu okolo 37°C. Tělesnou teplotu kůže řídí dvěma mechanismy, a to odpařováním vody a potu z kožního povrchu a vazomotorickou odezvou (Brychta, 2014).

Kůže je smyslovým orgánem, který předává informace organismu o vnitřním a zevním prostředí pomocí receptorů, které reagují na teplo, chlad, dotyk, tlak, bolest i svědění. Imunologická funkce tvoří bariéru proti infekci a invazi mikroorganismů. Pro mikroorganismy a jejich rozmnožování je povrch kůže nepříznivý z důvodu kyselého a suchého povrchu kůže. Hlavní funkci v imunologické ochraně zastávají Langerhansovy buňky, které představují nejperifernější část imunitního systému. Nachází se v stratum spinosum epidermis, jsou mezodermového původu a patří mezi dendrické imunokompetentní buňky. Mají shodné poslání jako makrofágy a to rozpoznat, zpracovat a představit antigen. Jsou abnormálně citlivé na ultrafialové záření (Langmeier, 2009).

V pars papilaris je přítomna základní substance s kolagenními vlákny, na kterou se váže voda, takže tvoří její reservoár. Kůže obsahuje též velké množství krve, glukózy a podkožního tuku. Depotní funkce se využívá také při tzv. intervalové terapii lokálními kortikoidy. Lokální kortikoidy tvoří v neporušené rohové vrstvě reservoár, ze kterého se postupně uvolňují po dobu asi 3 dní a jejich léčebný účinek je tak prodloužen.

Psychosociální funkce kůže není jen vstupní cestou informací, ale má hlavně komunikační význam. Kůže je účastníkem nonverbální komunikace, do které patří mimika, viditelné projevy emocí, pachové signály. Kůže může hrát i důležitý faktor ovlivňující chování a postavení ve společnosti, jelikož vzhled jedince může přispívat k pocitům méněcennosti a může souviset se společenským a profesním úspěchem (Kittnar, 2011).

1.4 Kůže a stárání

První viditelné změny stárnutí kůže se objevují kolem 30. a 40. roku života. U každého člověka je to individuální. Můžeme si všimnout prvních vrásek, skvrnitě pigmentace, kožních výrůstků, kůže je méně elastická, prosvítají cévy a přibývá šedých vlasů. Kožní změny závisí na genetických předpokladech, životním stylu a zevním prostředí, zejména slunečním záření, které urychluje proces stárnutí. Stárnutí kůže můžeme pozorovat nejdříve na obličeji, krku a dorzech ruky. Životaschopnost epidermálních buněk se snižuje, ale epidermis a její regenerační schopnost zůstává zachována. Při stárnutí kůže dochází ke snížené odolnosti vůči bakteriím, mykotickým a virovým infekcím.

Ve vyšším věku se stupňuje výskyt kontaktní alergie a autoimunitních chorob. Snížená buněčná imunita může přispívat k zvýšené tvorbě kožních nádorů typu basaliomu a spinaliomu (Štork, 2008).

2 Periorální dermatitida

2.1 Dermatitis perioralis

Periorální dermatitida, latinsky dermatitis perioralis má i synonymní názvy: dermatitis rosaceiformis, rosacea like dermatitis a nebo nemoc letušek. Je to chronické a často recidivující onemocnění, které se dostalo do popředí zájmu v posledních třiceti letech. Je to relativně časté onemocnění vyskytující se především u žen okolo dvacátého až třicátého roku života, muže toto onemocnění postihuje méně. Vyskytuje se především na bradě, v okolí úst či očí, v nasolabiální rýze, v těžších případech na tváři, i na celém obličejí. Jde o hustý výsev červených papulek (pupínků) a papulopustulek (pupínky a neštovičky) na erytematozním podkladě, občas s mírným olupováním v okolí úst. Dosti častým příznakem je vybledlá linie podél červeně rtů (Rulcová, 2014).

2.2 Etiopatogeneze

Periorální dermatitida se poprvé objevila v 60. letech v západní Evropě. V České republice se vyskytuje od konce 80. let. Zpočátku bylo onemocnění pozorováno u letušek, které profesionálně používaly nadměrné množství kosmetiky. Po určitém vrcholu výskytu dermatitidy se incidence snížila, nejspíše v důsledku zdokonalení diagnostiky a včasné léčbě. V posledních letech se onemocnění opět zvyšuje kvůli velkému množství nabízené kosmetiky a reklamnímu tlaku a také při častém střídání kosmetických výrobků.

Onemocnění se objevuje nejen u žen, ale i u mužů a dětí. Nejčastěji jsou postiženy ženy okolo 30. roku života. U mužů se vyskytuje málo, ale zvyšuje se díky používání kosmetiky pro muže. V posledních pár letech se dokonce začala objevovat periorální dermatitida i u dětí. U dětí není lehce diagnostikovatelná vzhledem k časté kombinaci s původní dermatózou. Morbidita se udává kolem 0,5 – 1% (Vohradníková, 2007).

Podstata periorální dermatitidy není zcela objasněna a z toho důvodu je obtížné stanovit přesnou terapii, která by onemocnění vyléčila ihned. Často se diskutuje, že původ je multifaktoriální.

Nejčastější příčinou vzniku periorální dermatitidy je samoléčení pacientek kortikosteroidy, které používají na nejrůznější kožní nálezy na obličeji. Aplikace lokálních steroidů na kůži obličeje po delší dobu 10 – 14 dnů může vést k prolongovanému a tíživému průběhu nemoci. I krátkodobá inhalace kortikosteroidů přispívá k rychlému vzniku onemocnění. Oslabení kožní imunity kůže a změny mikroflóry se také podílí na vzniku periorální dermatitidy. Čím silnější jsou kortikoidové externa, tím dřív vznikne dermatitida a má těžší průběh. Lokální steroidy mají blahodárny úlevový účinek, ale bohužel jen přechodný. Po jejich vynechání dochází k opětovnému objevení příznaků, což je tzv. rebound fenomén (Duchková, 2008).

Další velký význam ve vzniku periorální dermatitidy má kosmetika. Aplikace hydratačních krémů u predisponovaných jedinců může vyvolat periorální dermatitidu. Hydratační krémy a nadměrné zvlhčování kůže způsobuje poškození buněk rohové vrstvy a dochází k nadměrnému bobtnání, které vede k odstranění přirozené kožní lipidové bariéry a zvýšené citlivosti kůže. Periorální dermatitida se mnohdy vyskytuje u lidí s vrozenou suchou kůží a také u atopiků.

Dermatologové se domnívají, že izopropylmyristát může mít vliv na vznik dermatitidy. Je obsažen v nočních krémech, krémech proti vráskám, detergentech či v make-upu. Používání vysušujících látek jako jsou benzoyl peroxid, tretionin, alkoholové preparáty mají vliv na vznik dermatitidy. Tyto přípravky se většinou používají při léčbě akné a při intenzivní léčbě těmito preparáty může vzniknout periorální dermatitida. Podíl na vzniku periorální dermatitidy mají kvasinky *Candida species* a roztoči *Demodex folliculorum* (Hradinská, 2010).

Nejčastější faktory, které vedou nebo přispívají ke vzniku této dermatózy jsou složky kosmetiky, mechanická iritace, ultrafialové záření, rozmanité zubní výplně s obsahem rtuti či antikoncepce.

Mnoho autorů dává vinu i zubním pastám, ale u dermatologů převládá názor, že stav způsobují především pěnové součásti pasty sodium lauryl sulfát. Pasty, které neobsahují pěnovou součást jsou Sensodyne No Fluoride, Curasept ADS 310, Weleda měsíčková zubní pasta a Elmex. Obsaženy jsou v těchto pastách Aquafresh, Colgate Cavity, Sensodyne, Signal, Vademecum.

Periorální dermatitida není alergie ani časného, ani pozdního typu, proto nelze prokázat vyvolávající faktor testováním. Je to onemocnění, které nejspíše vzniká sumací více vnějších faktorů ve vhodném terénu zvýšeně citlivé pokožky (oslabené kožní bariéry). Důležité pro vyléčení je nutné směřovat péči k posílení kožní bariéry než k potlačení zánětu (Rulcová, 2014).

2.3 Klinický obraz

Kožní projevy jsou ze začátku velmi diskrétní, většinou je to malé seskupení papulek s jemným šupěním na lehce zarudlém podkladě. Tyto příznaky můžeme vidět na obrázku číslo 1. Nejčastěji se projevy periorální dermatitidy vyskytují v nazolabiálních rýhách a na bradě, kolem červeně rtů se projevy nevyskytují. Kolem očí, očních víček, na čele či tvářích je objevují ojediněle. Dosti typickým projevem je bělavý proužek kolem červeně rtů. Husté seskupení papul na bradě nazýváme lupoidní periorální dermatitida. Ta má typické lupoidní infiltráty, které se zjevují po dlouhodobé aplikaci kortikosteroidů (Duchková, 2015).

Na začervenalém podkladě můžeme vidět papulky a papulopustulky velikosti do 2mm, jemné olupování kůže, komedony se nevyskytují. Papuly mohou být i větší, tužší a tmavě červeně zbarvené, ale tyto příznaky se objevují výjimečně. Kůže může být napjatá, suchá a nemocný pociťuje pálení a svědění v postižené části. Při akutním vzplanutí rebound fenoménu, kdy se vysadí náhle kortikoidy, může kůže živě zčervenat s výskytem až za uši a na krku (Kuklová, 2011).

2.4 Diagnostika

Při objevení prvních příznaků je důležité navštívit lékaře. Na prvním místě lékaře praktického, který pacientovi napíše doporučení ke kožnímu lékaři. Je lepší navštívit lékaře než léčit dermatitidu samoléčbou. Periorální dermatitidu diagnostikuje kožní lékař na základě klinického obrazu. Nutné je stanovit diagnózu a odlišit ji od nemocí, které mohou periorální dermatitidu připomínat (Hercogová, 2007).

Diagnostika periorální dermatitidy je založená na klinickém vyšetření, které musí být podrobné a pečlivé. Klinický obraz nám určí fázi onemocnění a zhodnocení celkového stavu kůže na obličeji. Dále vyšetřujeme pomocnými testy a laboratorním vyšetřením.

Při prvním kontaktu pacienta s kožním lékařem je důležité zjistit pacientovu anamnézu. Je to základní zásada. Lékař musí postupovat psychologicky a srozumitelnou mluvou zjistit od pacienta co nejvíce údajů o jeho příčině onemocnění, dosavadní léčbě a příznacích. Důležité je, aby lékař vzbudil v pacientovi důvěru a ten se mu svěřil se svým onemocněním. Po vyslechnutí pacienta by měl lékař shrnout pacientův problém a vysvětlit mu další postupy vyšetření a postup léčby. Významná je pacientova osobní anamnéza, jeho úrazy, operace, dosavadní léčba, léky a u žen menstruace, antikoncepce, porody a potraty. Důležité je se pacienta vyptat na rodinnou anamnézu, zda se v rodině vyskytuje cévní, alergická choroba, atopická dermatitida či ekzém, které by se mohly mít vliv na jeho onemocnění. Nemělo by se zapomínat na pracovní anamnézu, kde se zjišťuje profesní dráha pacienta a na zájmy a koníčky (Resl, 2014).

Lékař se přesouvá k anamnéze nynějšího kožního onemocnění. Začínáme objasněním průběhu kožního onemocnění od prvních projevů. Zda se jedná o akutní prvně probíhající onemocnění nebo o chronický průběh s trvalou přítomností projevů či recidivu akutní ataky. Dermatitida se také může projevovat exacerbacemi neboli vzplanutím, parciálními remisemi, kdy dochází k částečnému ústupu a zlepšení. Také může jít o chronicky recidivující projevy, které po čase zmizí a po uplynutí nějaké doby se znovu objevují.

Potřebné je ujistit se, zda se popis nemocného shoduje s lékařskou terminologií a oba mluví o stejném příznaku. Dobré je doptat se, kde jsou projevy přítomny a lokalizovány, kde začínají a končí a kam se šíří. Vypytáváme se na okolnosti vzniku periorální dermatitidy, zda jí nepředcházelo použití nevhodných léčiv, kosmetiky či infekční onemocnění. Zjišťujeme, zda onemocnění provázejí celkové příznaky jako únava, febrilie, třesavka nebo subjektivní projevy pálení, svědění, zčervenání, bolest. Hledáme okolnosti ovlivňující průběh nemoci, roční období, sluneční záření, psychický stres, pracovní nebo domácí prostředí, u žen menstruační cyklus. Důležité je, aby si lékař udělal obrázek, či popis objektivního nálezu, aby při další kontrole mohl posoudit, zda léčba je úspěšná.

U periorální dermatitidy popisujeme lokalizaci, tvar (oválný, hladký, kruhovitý), velikost (milimetry, centimetry), barvu, povrch (hladký, drsný, lesklý, hrboletý), ohraničení (ostré, nepřesné), vzhled okolí, přítomnost erytému, puchýřů, pigmentace, infiltrace (Štork, 2013).

Diferenciálně je potřeba odlišit od periorální dermatitidy akné, rosaceu, demodikózu, seborrhoickou dermatitidu, periorbitální dermatitidu, periokulární dermatitidu a atopický ekzém, kontaktní ekzém (Niedner, 2005).

2.5 Diferenciální diagnostika

2.5.1 Rosacea

Rosacea českým názvem růžovka je onemocnění, které postihuje středovou část obličeje a je chronická. Postihuje asi 10% populace, začíná kolem 20. roku života a nejvíce mezi 40. – 50. rokem života. Postihuje více ženy než muže a u dětí se vyskytuje ojediněle. Růžovka se projevuje papulopustulozní erupcí na tváři se současným zarudnutím, bez přítomnosti komedonů. U dětí se projevuje rozacea později až po různých inzultech, které přetrvávají minimálně 30 minut. Lidé se světlou pletí, modrými očmi, se světlými nebo černými mají největší prevalenci pro vznik růžovky. Lidé s pozitivní rodinou anamnézou na rosaceu a fotosenzitivním typem kůže mají velký předpoklad pro toto onemocnění (Duchková, 2012).

Etiopatogeneze

Růžovka patří mezi častá onemocnění, ale její příčina není zcela známá. U mnoha lidí se objevily první příznaky, návaly horkosti po fyzické aktivitě, silných emocí, v menopauze nebo po požití alkoholu. Rozacea vzniká na podkladě patologických mechanismů, a to jsou vrozená imunita, vaskulární změny, ultrafialové záření, volné kyslíkové radikály či mikroby. Na počátečních projevech a průběhu onemocnění se podílí také endokrinologické, farmakologické, imunologické faktory a vyčerpání rezerv antioxidantů. Dále se mohou na rozvoji podílet infekční, tepelné, klimatické a alimentární příčiny. Genetická dispozice má velkou roli ve vzniku růžovky především díky abnormální vrozené imunitní odpovědi. Spolu s imunitní odpovědí souvisí zvýšená koncentrace některých enzymů a protizánětlivých peptidů v kůži, zvýšená náchylnost k zánětům, poškození cév, degenerace dermálního matrixu a dysfunkce kožní bariéry.

U nemocných trpící růžovkou se zarudnutím kůže byl v místě projevu zjištěn zvýšený průtok krve až o 3 - 4 krát. Když se opakují stavy zarudnutí a vazodilatace, dochází ke ztrátě kožního tonu a ke vzniku lokalizovaného nahromadění rozšířených drobných krevních cév kapilár, drobných žilek, které lze pozorovat v místě projevu. Na projevech a chronickém průběhu se podílí provokační faktory, které onemocnění nezpůsobují, ale zhoršují. Jedná se o horké koupele, pikantní a kořeněná jídla, kosmetické přípravky obsahující fluoridy a fluorované zubní pasty. Z jídla provokují potraviny, které mají vysoký obsah histaminu a to je červené víno, pivo, jogurty, slanina a jiné (Rulcová, 2013).

Klinický obraz

Rozacea se projevuje na konvexních částech obličeje a to na tváři, nosu a na čele a bradě. Ojediněle se papuly a papulopusty vyskytují ve kštici, na krku a v dekoltu. Mezi první příznaky patří erytém. Růžovka se rozděluje do několika forem, a to podle charakteru a stupně postižení. První je forma erythematotelangiectatická, která je charakterizována postupným perzistujícím erytémem a teleangiektáziemi na tvářích a čele. Druhá je papulopustulozní forma a ta se projevuje mírným zčervenáním zhrublé kůže a tvoří se červené papuly a pustuly. Další dvě formy jsou hyperplastická a lymfatická forma.

Klinický obraz těchto dvou forem je infiltrovaná, zhrublá, zrudlá kůže a jsou zde plošné infiltráty s hyperplazií vaziva. Okulární forma může postihnout oči a může dojít k těžké keratitidě a až k jizvení a ztrátě zraku. Granulomatozní forma se vyznačuje tím, že papuly a pustuly jsou červenohnědé barvy a mají lupoidní infiltrát. Tuto formu je těžké odlišit od periorální dermatitidy. Poslední forma je konglobátní, má těžký průběh, kdy se tvoří hnisavé splývající uzly (Havlíčková, 2008).

Léčba

V současné době léčíme růžovku symptomaticky a nikoli kauzálně a proto musí mít příznaky hlavní slovo v terapii. Hlavní prioritou léčby je snížit příznaky růžovky, a to zarudnutí obličeje, erupci papul a pustul a zabránění zhoršení onemocnění do těžšího stádia. Důležité je zlepšení fyzického stavu kůže, protože ta má velký vliv na kvalitu života nemocného.

Lékař musí jednat s rozvahou při stanovení terapie, protože růžovka je chronické onemocnění vyžadující celoživotní léčbu, a proto musí zvolit šetrné, bezpečné a dobře tolerovatelné léky. Růžovka se léčí lokální terapií, kde se nejčastěji používají tři základní léky a to metronidazol, kyselina azelaová a sodná sůl sulfacetamidu. Účinnost těchto léků byla ověřena studiemi. Existuje i systémová terapie, kde se mnoho let používá kombinace perorálního tetracyklinu s deriváty doxycyklinu a minocyklinu. Dále se používají lasery, které jsou velmi účinné na chronické zčervenání a na lokalizované nahromadění rozšířených drobných krevních cév kapilár, drobných žilek. Používá se pulzní barvivový laser a intenzivní pulzní světlo (Klauzová, 2011).

2.5.2 Seborrhoická dermatitida

Seborrhoická dermatitida je kožní zánětlivé a chronické onemocnění. Patří mezi běžná a nezávažná onemocnění, ale svými projevy ovlivňuje kvalitu života člověka. Seborrhoická dermatitida se řadí mezi často vyskytující se dermatózy a je zařazena mezi ekzémdermatitidy do ekzémových dermatóz, přičemž nevzniká na alergickém podkladu. Vyskytuje se v erytematoskvamozních kožních lézích a v místech bohatých na mazové žlázy.

Za předzvěst je považováno větší olupování kůže nemající však zánětlivý podklad. Dermatitidu lze zvýšeně pozorovat v kojeneckém věku v prvních 3 měsících, dále pak v pubertě. V dospělosti se nejvíce vyskytuje kolem 40. roku života. V období mezi 30. až 60. rokem věku postihuje 5 % populace. Seborrhoická dermatitida postihuje převážně muže. Toto onemocnění se vyskytuje až v 83 % případů u HIV pozitivních lidí a je velmi rezistentní na léčbu, může jít také o vůbec první příznak AIDS (Grycová, 2015).

Etiopatogeneze

Seborrhoická dermatitida má mnoho příčin a vychází z různých faktorů jako je rozvoj nemoci v dospívání, zhoršení během menstruace, vlivem hormonů u novorozenců a dědičnost. Seborrhoická dermatitida má lipofilní kvasinky v ložiscích a je klinicky významná, ale v patogenezi není její role objasněna (Junášek, 2015).

Klinický obraz

Seborrhoická dermatitida je velmi časté onemocnění, které se vyskytuje na místech, kde je velká zásoba mazových žláz např. kštice, obličej a horní polovina trupu. Projevy jsou sezonní a v létě se zlepšují. U kojenců a malých dětí se dermatitida projevuje jako ohraničená erytematózní ložiska s nánosy žlutavých skvam a krustoskam, nejčastěji ve vlasové části. Může vzniknout v prvních čtyřech týdnech života, kdy nesvědí ani nemokvá. U dospělých se dermatitida vyznačuje ostře ohraničenými erytematoskvamózními ložisky s lamelózními šupinami, které můžeme vidět na obrázku číslo 3 v příloze. Lokalizace dermatitidy je na kštici, obočí, glabelách, nazolabiálně, centrosternálně na hrudníku a interskapulárně na zádech, kde může svědit. Intenzita začervenání na obličeji může kolísat denně či epizodicky (Benáková, 2006).

Léčba

Léčba seboroické dermatitidy by měla být zahájena co nejdříve. U kojenců je základem protizánětlivá léčba a sušení mokvajících kožních lézí v místech, kde dochází k zapaření. Na změkčování šupinek u kojenců používáme olej s kyselinou salicylovou, dále se užívají kortikoidy méně potentní, ale jenom krátkou dobu. U dospělých a kojenců se doporučuje používat lokálně azalová antimykotika s obsahem flutrimazolu (Micetal), bifonazolu (Canespor), ketokonazolu (Nizoral) a ekonazalu (Pevaryl).

U dospělých trpících olupováním kůže ve kšticí lze použít šampón s obsahem kyseliny salicylové (Neutrogena), dehtu (Polytar), síry či pyrithionu zinku. U zhoršujících se případů je indikována systémová léčba imidazolovými preparáty (Mycomax, Prokanazol). Důležité je omezit vlasovou kosmetiku jako jsou tužidla, pomády, masky a jiné (Salavec, 2010).

2.5.3 Acne vulgaris

Acne vulgaris je často se vyskytující onemocnění v dospívání. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které je vázané na pilosebaceózní jednotku. Acne vulgaris se objevuje v různých formách u více než 90 % populace lidí. Onemocnění se poprvé objevuje v období časně puberty a chronickou závažnější formou trpí okolo 15% mladistvých. Síla této dermatózy slábne okolo 18. roku života a mizí do 25 let věku. Bohužel v 8 % případech mohou příznaky akné trvat do dospělosti a ojedinělé, nezávažné projevy se popisují až u 50 % dospělé populace. Těžké formy se častěji vyskytují u mužů. Akné je přítomno v oblastech bohatých na mazové žlázy, jako jsou obličej, horní část zad a hrudník. Akné není život ohrožující onemocnění, ale má jako většina dermatóz ze společenského i estetického hlediska vliv na kvalitu života člověka (Bope, 2015).

Etiopatogeneze

Mezi základní faktory etiopatogeneze akné patří genetická predispozice, která je vázaná na dědičnost a také záleží na velikosti a funkci mazových žláz, charakteru keratinizace a hormonálních projevů. Dalším faktorem je zvýšená aktivita mazových žláz. Akné je podporované androgeny, zejména dihydrotestosteronem. Kůže si sama reguluje množství androgenních receptorů, a to nezávisle na množství androgenů v séru. Folikulární proliferace s patologickou keratinizací je dalším faktorem, který ovlivňuje patogenezi akné. V sebaceózním kanále vede k retenci mazu a také vzniku primárních projevů akné, kterými jsou komedony. Komedony jsou uzavřené (bílé) a otevřené (černé). Zvýšená tvorba mazu je také dobrá živná půda pro saprofytické bakterie, kvasinky, *Staphylococcus epidermidis* a lipofilní kvasinky rodu *Pityrosporum*. Vznik a průběh ovlivňuje také mnoho individuálních faktorů.

Mezi ty patří psychický stres (sekundární produkce nadledvinových androgenů), fyzická zátěž provázená nadměrným pocením, pobyt v horkém a zaprášeném prostředí, horečnatá onemocnění, infekční fokusy, gastrointestinální potíže a také expozice slunečního záření. Akné může zhoršovat strava, byla prokázána souvislost s konzumací mléčných výrobků a rafinovaných cukrů. Akné dále zhoršuje mechanické dráždění, vymačkávání a škrábání, chemické látky typu vazelíny, dehtu. Mezi další faktory patří kouření, které má vliv na chronickou formu akné, a u žen může akné vyvolat nesprávná antikoncepce. Akné mohou způsobovat léky, jako jsou kortikosteroidy, anabolika, sedativa, barbituráty, vitamín B6, B12 a jiné (Obstová, 2015).

Klinický obraz

Akné se vyskytuje na kůži obličeje, hrudi a zádech, z důvodu největšího výskytu mazových žláz. Akné můžeme vidět na obrázku č. 4 v příloze. Kůže je mastná a někdy může mít velké póry. Primární eflorescencí akné je komedo. Akné může být nezánettivé a to jsou černé komedony a zánětlivé to jsou bílé komedony. Černé zbarvení komedonu je tvořeno zvýšeným výskytem hustě paralelně uspořádaných keratinocytů a díky tomu se tam vyskytuje větší koncentrace kožního pigmentu melaninu. Bílé komedony mají skoro stejnou velikost jako černé, ale vyskytují se častěji a to 5:1. Bílé komedony nevidíme na první pohled, ale až po ostrém osvětlení a vypětí kůže. Bílé komedony často způsobují zánětlivé projevy akné, které mohou širším vývodem unikat na vnějšek kůže. Druhotně mohou vzniknout viditelnější zánětlivé změny, jakou jsou acne papulopustulosa, indurata, nodulosa, cystica, abscedens, conglobata. Hojení trvá zpravidla 3–10 dnů, papuly a pustuly se hojí většinou bez jizev, ale noduly mohou vydržet i delší dobu a to 2–3 týdny. Při hojení zánětlivých projevů akné mohou vzniknout u některých jedinců jizvy různého charakteru (Vohradníková, 2008).

Léčba

Léčba akné musí být komplexní i u lehčích forem onemocnění, protože akné může způsobovat i psychosociální problémy. Lékař rozhoduje o vhodnosti léků na základě výskytu zánětlivých a nezánettivých projevů, rozsahu a typu pleti nemocného. Léčba akné je hlavně zaměřena na redukci produkce mazu, nápravu procesu keratinizace, léčbě infekce a zánětu. Při výskytu prvních komedonů je vhodné začít včas s léčbou.

Lokální přípravky používáme u lehčích a středně těžkých forem. Před aplikací léku je důležité očistit a osušit kůži a poté aplikovat lék na celou postiženou oblast. Mezi lokální léky patří benzoyl peroxid, kyselina azealaová, lokální antibiotika (erytromycin, klindamycin), lokální retinoly. Při selhání lokální léčby nastupuje celková léčba, která je také nezbytná u těžkých forem. Mezi léky k perorální léčbě akné patří antibiotika, retinoly a hormonální terapie. Léčba akné je běh na dlouhou trať. První známky zlepšení pozorujeme po 1 až 2 měsících léčby a další pokrok je patrný po 3 až 6 měsících léčby. Teprve poté můžeme snížit frekvenci ošetřování zevními přípravky. Po ukončení léčby se doporučuje používat speciální kosmetické přípravky a při recidivě je nutné obnovit léčbu (Plzáková, 2013).

2.5.4 Atopická dermatitida

Atopická dermatitida, synonymum eczema atopicum je chronické, zánětlivé onemocnění. Má silné svědivé projevy. Atopická dermatitida má častý relaps s remitujícím průběhem. Má multifaktoriální etiologii, různorodý klinický obraz a stupeň onemocnění. Jde také o komplexní onemocnění kůže, které je geneticky podmíněné. Postižena je epidermis i dermis a hlavním podkladem je porucha bariérové funkce kůže na různých úrovních a imunopatologické děje na úrovni přirozené i adaptivní imunity. Atopická dermatitida je velmi časté kožní onemocnění. U dospělých je prevalence 3-5% a u dětí se vyskytuje v prvních deseti letech a prevalence se odhaduje na 10-20%. Z klinického hlediska je atopická dermatitida charakteristická triádou projevů, a to jsou dermatitida, xeróza a pruritus. Klinický obraz je velice proměnlivý a mění se v závislosti na věku pacienta. Dermatitida má velké socio-ekonomické problémy s dopadem na kvalitu života nemocných a zvyšujícími se náklady na zdravotní péči (Kuklová, 2011).

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze atopické dermatitidy je multifaktoriální a není vůbec jednoduchá. Je to geneticky komplexní onemocnění, které vzniká z dopadu interakce mezi samotnými geny navzájem a také mezi geny a vnějším prostředím. Velký význam má porucha bariérové funkce kůže. Hlavní příčiny poškození kožní bariéry jsou mutace genů pro filagrin, ivolukrin a lorikrin, vedoucí k poškození maturace keratinocytů a neporušitelnosti kožní bariéry.

Zato zmenšený profil spektra ceramidů, který vede ke snížené funkci intercelulárních lipidů a vysoká koncentrace kožních sériových proteáz vede k unáhlené ztrátě soudržnosti keratinocytů a deskvamaci. Porušená bariéra kůže má velký předpoklad ke kolonizaci kmeny *Staphylococcus aureus*. Kmeny přispívají ke vzniku, intenzitě a trvání atopického zánětu a také k senzibilizaci. Vědci prokázali, že i v nepostížené kůži atopiků je vždy prokázána určitá reziduální dermatitida. Tato prokazatelná věc má velký význam v udržovací léčbě.

Mezi hlavní příčiny pro vznik či zhoršení ekzému jsou mikroorganismy (bakteriální infekce, zlatý stafylokok, virové infekce, opary, kvasinky), zvýšená suchost pokožky atopika, iritační dráždivé podněty (mýdla, prací a čistící prostředky, chlor v bazénech, kontakt s pískem, hlinou), kontaktní vzdušené alergenů (domácí prach, roztoči, zvířecí alergenů, plísně), potravinové alergenů (mléko, vejce, čokoláda, sója, ořechy, kakao) a ostatní jako jsou horko a pocení, hormonální změny, psychické změny, očkování a růst zoubků u dětí (Nevoralová, 2015).

Klinické příznaky

Pruritus je prvním patrným příznakem atopické dermatitidy. Projevy dermatitidy jsou velmi proměnlivé a mění se v závislosti na věku pacienta. Příznaky se mohou pohybovat od mírných až po závažnější projevy. Poruchy spánku jsou běžným jevem.

Atopickou dermatitidu je možno rozdělit do tří fází na základě věku pacienta a distribuce lézí. Jsou uvedeny formy kojenecká, dětská a dospělá. Kojencům se dermatitida obvykle projevuje erytematózními papuly a puchýřky na tváři, čele a vlasové pokožce, a jsou intenzivně svědivé, dochází k mokvání a povrch se pokrývá stroupky a šupinami. Dětská forma je obvykle od 1 roku do 5 let. U dětí se dermatitida projevuje suchou, erytematózní kůží a jsou přítomny papulky a exkoriace po škrábání papuly a tvorba velkých lichenifikovaný ložisek odrážející chronicitu onemocnění. Oblasti výskytu u dětí jsou v ohybech, záhybech končetin, obličeji a krku, horních ramenou, zádech a dorsa rukou, nohou a prstů na ruce, nohou. Zvratovým momentem pro průběh je věk začátku školní docházky či puberty, kdy se průběh zmírňuje nebo nastává dlouhodobá až celoživotní remise, a to až v 75 % případů.

Dále se často vyskytuje dermatitida u dospívajících a dospělých. Léze přetrvávají na rukou, nohou, hlavě, krku, může být postižena kštica. Kůže dospělých pacientů je více lichenifikovaná a pruritus je intenzivnější (Lam J, 2008).

Léčba

Léčba atopické dermatitidy je velmi problematická z důvodu variability kožního nálezu a klinicky je důležitý individuální přístup lékaře k nemocnému. Je důležitá psychosomatická rozšířená anamnéza. Atopická dermatitida ovlivňuje kvalitu života nemocného. Základní terapií je lokální léčba, kde je důležité zvolit vhodný zevní lék, který se řídí rozsahem a stadiem onemocnění, věkem, lokalitou a přítomnou infekcí. Potřebné je v léčbě pravidelné promazávání kůže zvláčňujícími krémy a mastmi. Masti se vtírají nejen do ložisek ekzému, ale i tam, kde je kůže suchá. Důležité je aplikovat tolik masti, aby se dobře a v krátké době vstřebala.

V akutní fázi se k protizánětlivé terapii využívají lokální kortikosteroidy a lokální inhibitory kalcineurinu. Kortikosteroidy se využívají proto, že mají silný protizánětlivý, imunosupresivní, vazokonstrikční, antiproliferační účinek a efekt nastupuje rychle. Tyto léky se aplikují krátkou dobu krátce k překonání kritických obtíží. Jako účinná alternativa léčby lokálními kortikosteroidy se jeví lokální imunomodulační prostředky (Pánková, 2015).

2.5.5 Alergická kontaktní dermatitida, Eczema contactum allergicum

Alergický kontaktní ekzém je kožní onemocnění, které se může projevovat jako akutní, subakutní nebo chronická zánětlivá reakce kůže. Je to projev pozdní získané přecitlivělosti na specifický alergen při kontaktu s kůží. Pacient si vytvoří přecitlivělost na danou látku. Projevuje se různým stupněm začervenání, otokem a můžou se objevit i puchýřky. Alergická kontaktní dermatitida se dříve považovala převážně za nemoc dospělých, ale v posledních letech se častěji vyskytuje u dětí. Pro potvrzení správné diagnózy se provádí epikutánní testy. Látky, které se testují, mají většinou stejnou koncentraci jak u dospělých, tak u dětí. Nejčastěji způsobují alergickou kontaktní dermatitidu tyto alergeny: lokální léčiva, kovy, parfémy, kosmetika či pryž. Prevalence kontaktní alergie se pohybuje mezi 1,5–3 % (Michalíková, 2015).

Etiopatogeneze

Alergická kontaktní dermatitida, resp. eczema contactum allergicum, je způsobená kontaktními alergeny. Je to alergická reakce IV. typu dle Coombse a Gella. Etiopatogeneze se ve větší části odehrává v epidermis. Vznik alergické kontaktní dermatitidy můžeme rozdělit na dvě fáze. První fáze je fáze indukční neboli aferentní, kde dochází k průniku alergenu do epidermis, kde je spravován Langerhansovými buňkami a po té je prezentován T lymfocytům v kůži a aferentních lymfatických a regionálních uzlinách. Při senzibilizaci se projevují další buněčné prvky a adhezivní molekuly jako jsou fibroblasty, endotely a jiné. V druhé fázi, která se nazývá eferentní nebo efektorová dochází k proliferaci specifického klonu T lymfocytů, který působí v místě průniku alergenu, přičemž secernují cytosiny a spouštějí nespecifické zánětlivé reakce. Nejkratší doba senzibilizace je kolem 5–14 dnů, obvykle trvá měsíce až roky kvůli opakované expozici. Recidivy se mohou vyskytovat do 1–2 dnů po reexpozici alergenu. Kontaktní alergeny jsou jednoduché, nízkomolekulární, organické, i anorganické sloučeniny. Riziko senzibilizace je individuální a geneticky determinováno. Ekzémové projevy se mohou vyskytovat i při minimálním kontaktu s alergenem. Přecitlivělost přetrvává roky, ale u některých alergenů je celoživotní suspektní příčinou vlasová kosmetika, dekorativní kosmetika, parfémy, šperky, dezinfekce, aviváž, srst, guma, chrom, nikl, naslouchadla, brýle (Machovcová, 2009).

Klinický obraz

Akutní forma ekzému se projevuje ze začátku edémem, erytémem a později vznikají neostře ohraničené malé papuly a vezikuly, které se uskupují v celku a na okrajích diseminují. Na rukách dochází k madidaci a dále se mohou tvořit hemoragické krusty a kůže deskvamuje. Chronická forma alergické kontaktní dermatitidy či opakovaný kontakt s alergenem se projevuje lichenifikací a xerózou. U obou forem se objevují oděrky z pruritu. Projevy jsou neohraničené a šíří se v místě prvotního dotyku a mohou se rozšířit do okolí kvůli roznesení alergenu rukama. U senzibilizovaných jedinců může vzniknout reakce již po 24 - 48 hodinách od prvního kontaktu. Je zjištěno, že nejkratší doba pro senzibilizaci je něco okolo 7 dnů (Benáková, 2006).

Léčba

Při léčbě kontaktního alergického ekzému je důležité vyvarovat se kontaktu s vyvolávajícím alergenem či látkou, kterou je třeba epikutánním testováním určit a potvrdit. Člověk se vyvolávajícímu alergenu musí vyhýbat po celý život, protože paměťové lymfocyty, dlouhodobě a nepřetržitě přetrvávají v dermis. Lokální přípravky jsou první volbou při léčbě kožních projevů. Důležité je v léčbě rozlišit formy onemocnění. V akutní fázi, kdy se objevují mokvající ekzémy, je nejlepší použít vysychavé obklady a poté lotia a krémy. Kortikosteroidy jsou díky silným protizánětlivým účinkům většinou na prvním místě, volíme je podle stupně a závažnosti onemocnění. U chronické formy používáme lokálně masti, celkově kortikosteroidy a někdy se přidávají antihistaminika na svědění (Kulíková, 2010).

2.5.6 Demodikóza

Demodikóza dříve označována jako pityriasis folliculorum je parazitární onemocnění, které způsobuje malý roztoč *Demox* neboli trdník a žije ve vlasovém folikulu. Onemocnění se nalézá na pokožce obličeje, zejména na čele a dále se vyskytuje na tvářích, stranách nosu či řasách a vnějších kanálcích ucha. Demodikóza se vyskytuje převážně u starších dětí a dospělých a zřídka u dětí mladších 5 let. U mužů je větší pravděpodobnost, že budou častěji zamořeni roztoči než ženy. Toto onemocnění může postihovat psy a kočky (Rook, Burns, 2010).

Etiopatogeneze

Hlavním etiopatogentickým faktorem demodikózy jsou dva roztoči, první *Demodex folliculorum* a druhý *Demodex brevis*. Jsou to paraziti, kteří se vyskytují ve vlasových folikulech a polosebaceózních jednotkách. Jejich potrava jsou epiteliální buňky ve vlasových folikulech. Hlavní predilekční oblasti jsou obličej, kštice a horní trup. Roztoči se vyskytují u všech věkových skupin, a to i u dětí. Důležitá je prevalence a hustota. Hustota nad 5 roztočů na folikul anebo na 1 cm² je považována za patogenetickou. Přítomnost parazita, vajíček nebo výkalů v dermis je předpokladem pro zánět ve folikulu. Když folikul praskne, okolí se chová jako k cizímu tělesu a vytváří se granulomatozní zánět (Rulcová, 2014, 2015).

Klinický obraz

Demodikóza se projevuje papulami a pustulami v oblasti tváří většinou na jedné straně. Projevy mohou být různorodé. Na rozmnožení demodexu se podílí sedm klinických jednotek, které definovala profesorka z Belgie. První Pityriasis folliculorum, které se projevuje drobným folikulárním šupěním na obličeji, krku a také ve vlasové pokožce. Šupinky jsou suché, bělavé a jsou doprovázeny svěděním, pálením a citlivostí pokožky. Paraziti jsou také rozmnoženi u papulopustulózní a granulomatozní růžovky, kde se projevují jako izolované papuly na obličeji, folikulitidy, hyperpigmentace, folikulární ekzematitidy, konjunktivitidy či jako postižení očních víček, kde se paraziti nacházejí v řasách a v meibomských žlázách. Bohužel projevy jsou často chronické a těžko diagnostikovatelné. U dětí se často vyskytuje u jedinců s preexistující imunitní deficiencí a v dospělém věku se často vyskytuje u lidí s akutní lymfoblastickou leukemií (Nevoralová, 2011).

Léčba

Léčba demodikózy není lehkou záležitostí. U těžkých případů je často obtížná. Jako účinná lokální léčba je léčebná látka krotamiton u nás pod názvem Eurax topical, který má protiparazitární a antipruriginózní účinky, ale bohužel není u nás zatím registrován. Pozitivně se osvědčil Permethrin. Je to syntetická sloučenina hojně používána jako insekticid, akarici a repelent. Vhodná je i aplikace preparátů se sírou. Lékaři doporučují celkovou aplikaci metronidazolu. To je chemoterapeutikum a imidazolový derivát, který se využívá při léčbě anaerobních infekcí a proto je vhodný pro terapii tohoto onemocnění (Duchková, 2012).

3 Léčba periorální dermatitidy

Hlavní zásadou léčby je důležité stanovit správnou diagnózu. Velký význam má detekce či odhad alergenů a analýza provokačních faktorů. Lékař by měl mít dostatek znalostí, ale především by si měl udělat dostatek času na pacienta a jeho anamnézu a klinické vyšetření. Velkou hodnotou u chronické formy dermatitidy je čas. Nevyplatí se nikam spěchat, protože pak je nespokojený lékař i pacient, a ten poté hledá stále nové a nové lékaře a je frustrován z neúspěchu.

V léčbě dermatitidy platí obecné zásady o tom, že léčba musí být komplexní, diferencovaná, kombinovaná a individualizovaná. Komplexní léčba se zabývá nejen somatickými a psychosociálními aspekty, avšak zejména vlastní léčbou i prevencí. Dermatolog musí vzít v potaz vliv i jiných chorob na periorální dermatitidu a možných kontraindikací. Diferencovaná léčba se zaměřuje na tyto faktory: druh, fáze, rozsah, lokalizaci dermatitidy a věk nemocného. Klíčovou fází je rozeznat, zda se jedná o akutní či chronickou formu. Nemocný by měl docházet na pravidelné, případně i dispenzární kontroly, protože akutní fáze dermatitidy se může často měnit. Kombinovaná léčba se zaměřuje na používání více účinných látek dohromady než monoterapie. Tato léčba má větší efekt, nastupuje rychleji a může snižovat nežádoucí účinky některého léčiva.

Poslední je individualizovaná léčba, kde lékař naordinuje léčbu pacientovi na míru. Zohledňuje typ kůže, snášenlivost, preference pacienta a reálné možnosti individuálního pacienta. Léčba periorální dermatitidy je poměrně dlouhá a doba trvání léčby je od 1,5 do 3 měsíců, v závislosti na závažnosti periorální dermatitidy. Léčbu předepisuje dermatolog, čím dříve se poradí nemocný s odborníkem, tím lepší bude výsledek. Léčbu periorální dermatitidy můžeme rozdělit na nulovou, celkovou a místní (Bělobrádek, 2011).

3.1 Nulová terapie

Nulová terapie je založena na myšlence, že nemocný přestane využívat všech lokálních léků a kosmetiky. Kosmetika a kortikosteroidy jsou základními příčinnými faktory pro periorální dermatitidu, které musí být eliminovány. Při nasazení nulové terapie se přes vysvětlování lékař většinou setká s hysteroidní reakcí a vymáháním nějaké terapie. Účinná může být především v případech spojených se zneužíváním steroidů, nebo je-li podezření na nesnášenlivost kosmetiky. Nemocný má velmi citlivou kůži a špatně snáší i samotné lékové základy. Nulová terapie je standardní léčebný postup, který trvá většinou i několik měsíců. Nulová terapie může zhoršit kvalitu života nemocného hlavně u žen, které dbají na svůj vzhled. Nemocný nemůže nijak zakrýt projevy periorální dermatitidy, a proto se může stranit společnosti a mít psychické problémy. Důležité je dát důraz na edukaci pacienta lékařem (Peralta, 2012).

3.2 Zevní léčba

Zevní neboli místní, topická léčba má velký význam v dermatologii, proto si s ní často vystačíme. Tato léčba je významná v tom, že nezatěžuje organismus a pacientům přináší velkou úlevu. Při zevní léčbě je důležité postupovat co nejopatrněji. Do kůže se účinné látky dostávají pomocí adsorpce přes rohovou vrstvu, a to transepidermálně. Místní léčba je ovlivněna mnoha faktory, jako je věk, lokalizace onemocnění, plocha postižení. Zevní lék obsahuje jednu nebo více účinných látek, látky pomocné a hlavní složkou je lékový základ na nosné bázi. Zevní léčba má několik možností: aplikace pomocí roztoků, zásypů, gelů, olejů, mastí, krémů a past. Zevní léky jsou vyráběny jako speciality (hromadně vyráběné léčivé přípravky) a také jako magistrality (léky připravené v lékárně), kde se uplatňuje individuální přístup k nemocnému (Rešl, 2014).

K léčbě periorální dermatitidy se lokální kortikoidy ukázaly jako nevhodné a dokonce i kontraindikované. Kortikosteroidy působí antiflogisticky a to bez ohledu na příčinu či povahu zánětu. Antialergicky a antipuriginozně potlačují tvorbu protizánětlivých mediátorů, tlumí vznik vezikul a bul. Inhibují syntézu kolagenu a proliferaci vaziva a také tlumí keratinizaci a tvorbu pigmentu. Tyto léky snižují pohyblivost obranných mechanismů kůže, odolnost organismu vůči infekci, vedou k atrofii kůže, k zúžení epidermis a napomáhají k rozmožení mikroflóry. Dále může docházet k poruchám hojení, pigmentace, hypertrichóze a úbytku kolagenu. Po vysazení kortikosteroidů dochází velmi často k rebound fenoménu neboli k výraznému zhoršení a návratu onemocnění. Aplikací kortikoidů ve formě nosních sprejů je velká pravděpodobnost vzniku periorální dermatitidy. Při kortikosteroidní léčbě jiných kožních onemocnění může být periorální dermatitida jedním z hlavních vedlejších příznaků (Jirásková, 2005).

Dříve se doporučovalo ošetřovat kůži pouze v místě postižení vysychavými obklady s Jarischovým roztokem či destilovanou vodou. Je významné poučit pacienta o správném používání vysychavých obkladů, po použití obkladu nechá kůži oschnout a nesuší ji ručníkem. Poté se na zánětlivá místa aplikuje Ichtyolová 5 % pasta v tenké vrstvě, která má lehce krycí účinek. Zevně používané léky jsou: metronidazol, kyselina azelaová a sírové preparáty. Léčivá látka metronidazolu je imidazolové antibiotikum, které se vyznačuje protizánětlivým, protibakteriálním a antioxidačním účinkem.

Tato látka potlačuje volné kyslíkové radikály produkované neutrofilními leukocyty a keratinocyty. Metronidazol je přítomen jako účinná látka v Rozex krému a Rosalox krému. Na léčbu periorální dermatitidy se používá lék o koncentraci metronidazolu 0,75 – 1 % ve formě gelu, roztoku či pastě 1-2x denně. Po aplikaci se redukuje počet pupul a papulopustul a pomalu mizí zarudnutí. Bohužel se tento lék nemůže aplikovat u žen v prvních třech měsících těhotenství, u kojících žen, u dětí a u nemocných s poruchou krvevotvorby. Druhou léčivou látkou, která se předepisuje postiženým, je kyselina azelaová. Ta je v přípravku Skinoren krém. Jde o kyselinu s antimikrobiálními a protizánětlivými účinky, které redukují protizánětlivé reaktivní oxygenové látky. Azelaová kyselina má výhodu v tom, že nezpůsobuje bakteriální rezistenci, avšak nevýhodu v tom, že při aplikaci může krátkodobě pálit, svědit či kůže může zrudnout. Tato kyselina se využívá u onemocnění jako je seborrhoická dermatitida a růžovka (Benáková, 2006).

Sírovým preparátem ve formě gelu, krému a lotia je Sodium sulfacetamide 10% + síra 5%, který se bohužel u nás neprodává. V České republice jej používají sírová mýdla Natural Sulphur Soap, SulfaDerm. Síra má blahodárné účinky, působí protiplísňově, protibakteriálně, odstraňuje roztoče demodex folliculorum a metronidazol zvyšuje její účinky.

Další možností je aplikace lokálních antibiotik jako je Framykoin či Bactroban mast. Lokálním semisyntetickým antibiotikem s účinnou látkou clindamycin je Dalacin T roztok a emulze. Tento lék je porovnatelný s periorálním lékem, jehož název je Tetracyklin. Dalacin T se nanáší v tenké vrstvě na místa, kde se projevuje periorální dermatitida po dobu 3 měsíců, poté je vhodná dvou až tříměsíční přestávka (Duchková, 2015).

3.3 Celková léčba

Celková léčba obsahuje léky pro vnitřní léčení, ale i fyzikální terapii a psychoterapii. Často se celková léčba dermatitidy kombinuje s léčbou zevní, navzájem se mohou doplňovat. Výhodou celkové léčby je větší a rychlejší účinnost, lehčí aplikace a také lepší spolupráce s nemocným. Nevýhodou této léčby je bohužel hojný výskyt nežádoucích vedlejších symptomů, které mohou vyústit až v toxické a alergické reakce.

Celková léčba u periorální dermatitidy je indikována výjimečně při zhoršení příznaků, rezistenci na zevní léčbu a u dlouhodobého přetrvávání onemocnění. Léky první volby jsou antibiotika, nitroimidazoly, kortikosteroidy a retinoly (Benáková, 2008).

První lékovou skupinou, kterou dermatolog předepisuje nemocným, jsou antibiotika. Tyto léky se používají krátkodobě anebo dlouhodobě, v závislosti na příznacích. Krátkodobé aplikace antibiotik je vhodné využívat do vymizení pustul a papulopustul. Dlouhodobá léčba antibiotik se využívá do vymizení ostatních příznaků periorální dermatitidy a neměla by překročit dobu 4-5 týdnů. Mezi tetracyklinová antibiotika patří léčebná látka Doxycyklin, jenž je obsažena v Deoxymykoinu a Doxybene a tyto léky se využívají při léčbě dermatitidy. Tato látka formuje zánětlivou reakci, omezuje produkci protizánětlivých cytokinů a také tvorbu reaktivní formy kyslíku. Doxycyklin se užívá krátkou dobu nebo v udržovací léčbě. Užívá se v množství 200mg v jedné dávce nebo se tato dávka rozdělí na dvě po 12 hodinách. Tento lék se nesmí předepisovat těhotným a kojícím ženám a dětem do 8 let věku. Dalšími antibiotiky užívanými se při léčbě periorální dermatitidy jsou makrolidová antibiotika s účinnými látkami claritromycin (Klacid, Fromilid), azitromycin (Azitromycin, Azitrox, Sumamed).

Makrolidová antibiotika se podávají u papul a papulopustul pulzní terapií. Claritromycin předepisuje dermatolog dle věku pacienta, kdy maximální dávka je až 500mg 2x denně po dobu 5 až 10 dnů. Azitromycin se užívá jednou denně 500mg, a to tři dny. Tato léčba se může v odstupu jednoho týdne opakovat. Dalším účinným lékem v léčbě periorální dermatitidy je Metronidazol (Entizol, Flagyl, Polfa). Je to lék s antibakteriálním a antiprotozoálním účinkem a je to chemoterapeutikum z látkové skupiny nitromidazolů. Používá se u výrazně zánětlivých projevů periorální dermatitidy. Lék v množství 250mg se podává dvakrát denně po dobu 5 - 10 dnů, déle se nedoporučuje pro vedlejší účinky. Při vyšších dávkách se mohou vyskytnout bolesti hlavy, vertigo, parestézie, exantém a vzácně reverzibilní leukopenie. Kortikosteroidy se používají k pulzní aplikaci u zřetelně zánětlivých stavů, které přetrvávají beze změny. Podává se Prednison 40 – 60 mg denně po dobu tří dnů. Léčbu lze opakovat a doporučuje se kombinace s antibiotiky (Duchková, 2008).

Při těžkých stavech a dlouhém průběhu periorální dermatitidy se používají retinoidy první generace. Jsou to nearomatické retinoly, ke kterým patří isotretinoin (Aknenormin, Curakné, Roaccutane). Při vzácně se vyskytující lupoidní formě je léčba isotretinoinem posledním řešením. Isotretinoin je nejúčinnější retinoid z hlediska potlačení činnosti mazových žláz a dokáže snížit tvorbu mazu až o 90 % a potlačuje proliferaci buněk žláz i jejich schopnost syntézy lipidů.

Při periorální dermatidě, kdy se vyskytují papuly a papulopustuly se podávají retinoly v nízkých dávkách 0,2mg na 1kg tělesné váhy jedince po dobu 8 týdnů. Při léčbě je důležité zajistit ženám v reprodukčním věku účinnou antikoncepci vzhledem k teratogenitě přípravku. Význam na rovnoměrné vstřebávání retinolu má doba podání léku. Doporučuje se užít po hlavním jídle s obsahem přiměřeného množství tuku. Kontraindikací isotretinoinu je současné užívání s tetracykliny, kdy může vzniknout pseudotumor mozku. Nesmí se užívat u těžkých poruch jater a ledvin. Relativními kontraindikacemi jsou hyperlipidémie, diabetes mellitus a těžká osteoporóza (Bienová, 2008).

3.4 Fyzikální léčba

Za novou léčbou periorální dermatitidy se řadí používání přístroje Omnilux, který byl vyvinut ve spolupráci s americkou kosmickou laboratoří NASA. Tento přístroj má hlavici, která vyzařuje buď modré světlo o vlnové délce 415 nm, nebo červené světlo o délce 633nm. Princip terapie je založen na termálním poškození papilární zóny dermis. Opravné procesy pak vedou ke stimulaci aktivity buněk a novotvoření kolagenních vláken. Světlo je schopno pronikat hluboko do kůže, kde světelná stimulace spouští v kožních buňkách přirozené reakce, jejichž výsledkem je syntéza fibroblastů kolagenu, elastinu a zrychlení hojivých procesů. Stimulované buňky lépe pracují a dochází k rejuvenaci pokožky. Délka trvání ošetření je okolo 20 min a zdravotní pojišťovna tuto léčbu nehradí. Tento přístroj je univerzální a používá se jak u léčby periorální dermatitidy, tak u léčby akné a dalších zánětlivých onemocnění (Duchková, 2015).

3.5 Režimová opatření

Velmi významnou roli v léčbě a v režimovém opatření má edukace pacienta lékařem nebo zdravotní sestrou. Edukace by měla být velmi důkladná a zaměřená na povahu onemocnění, příčiny onemocnění, příznaky. K úspěšné léčbě je důležitá spolupráce pacienta s lékařem.

Během léčby periorální dermatitidy je třeba omezit používání veškeré kosmetiky na minimum. Jedná se o krémy proti vráskám, make-up, čisticí prostředky, pudry, masky na obličej. Zejména hydratační krémy by se neměly aplikovat pravidelně, pouze při pocitu suchosti kůže. Obličej by se měl omývat pouze vodou a nechat lehce oschnout, zbytečně nedráždit a nedřít ručníkem. Kontakt s vodou je dobré zkrátit na minimum.

Doporučuje se vynechat aktivity, kdy dochází k zvýšenému prokrvení kůže, jako jsou sport a sauna, protože dochází k zhoršení zánětlivých projevů. U periorální dermatitidy se doporučuje nedráždivá strava, která by neměla obsahovat ostré, kyselé, kořeněné a aromatické potraviny. Alkohol a jiné pochutiny je dobré vyloučit, a to až do úplného vymizení příznaků. Dlouhodobá dieta má význam především u chronické a recidivující dermatitidy. Pacient by se měl informovat u svého dermatologa o vhodnosti zubních past s pěnivými součástmi. Názory na zubní pasty se liší u dermatologů (Benáková, 2013).

Při léčbě periorální dermatitidy je důležitý psychosomatický přístup. Existuje mezioborová spolupráce mezi dermatology, klinickými psychology a psychiatry. Klinické studie udávají, že u 30-60 % kožních pacientů se objevují psychosociální potíže, poruchy chování a nízká kvalita života. Kůže je orgán, který se projevuje v emocích, erotogenních zónách a v sídlech projevů úzkosti a strachu. Zdravá kůže je symbolem krásy, čistoty a je považována za psychosociální obraz člověka. Kůže má společenský význam, který souvisí s viditelností kožních problémů a s estetickou stránkou a představami. Emoční a sociální přítěže zřetelně působí na klinický průběh a chování pacientů s periorální dermatidou. Znatelné kožní projevy mají vliv na představy o vlastním těle, sebehodnocení, mezilidské vztahy a chování mladých lidí. Psychosomatické a psychosociální postoje mohou působit jako provokativní činitelé a jsou někdy i důvodem nestabilního průběhu a počátku recidiv periorální dermatitidy.

Důležitý je bio psychosociální přístup lékaře k pacientovi při diagnostice i léčbě. Hlavní je vytvořit partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Tím se vybuduje vzájemná důvěra a podpora lékaře do budoucna (Pánková, 2008).

4 Prevence

V prevenci vzniku periorální dermatitidy se musí brát v potaz rezervovaný postoj ke kosmetickým přípravkům a důležité je striktní dodržování indikací, druhů a doby používání kortikosteroidů při aplikaci na obličej. Po vymizení periorální dermatitidy přetrvávají v kůži predispozice pro toto onemocnění několik let. Dermatologové doporučují promašťovat kůži střídmě a radí neexperimentovat a nezkoušet velké množství kosmetických přípravků v krátké době.

Drahé či značkové kosmetické přípravky, které obsahují větší míru parfému a emulgátorů versus přírodní kosmetické přípravky s nečištěnými směsi látek. V obou případech stoupá riziko intolerance. Kosmetické přípravky jsou kontraindikovány v akutní fázi periorální dermatitidy. Po delším období, kdy se příznaky neprojevují, je možno použít dekorativní kosmetiku, která je jednoduchá, neparfémovaná a suchá. Lze užít pudr, tvářenku či oční stíny (Vohradníková, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

5.1 Hlavní problém

Z názvu vyplývá, že se diplomová práce zabývá problematikou kožního onemocnění. V dnešní době se klade velký důraz na tělesný vzhled člověka ve všech věkových kategoriích. Vzhled má velký vliv na zařazení do společnosti. Periorální dermatitida postihuje především ženy a pro většinu žen je vzhled na prvním místě. Klinické příznaky periorální dermatitidy nepřispívají k lepšímu vzhledu ženy. Často ženy příznaky ještě zhorší aplikací různými kosmetickými přípravky na úkor, že projevy zlepší, ale je tomu na opak.

Domnívám se ale, že převážná většina lidí nemá dostatečné informace o svém onemocnění. Očekávají zázračné léky, krémy, ale podceňují to nejzákladnější a to kontakt s dermatologem. Jaká je informovanost nemocných o řešení onemocnění periorální dermatitidy?

5.2 Cíle práce

C₁: Zjistit, zda informovanost pacientů souvisí s dosaženým vzděláním.

C₂: Zjistit, zda onemocnění omezuje nemocné v životě.

C₃: Zjistit, zda nemocní dodržují preventivní opatření.

C₄: Zjistit, zda věk pacientů ovlivňuje znalost příčiny onemocnění.

5.3 Metodika

Pro výzkum byla zvolena exploračně výzkumná metoda a to metoda anonymního dotazníkového šetření, která patří mezi nejrozšířenější techniky sběru dat. Jedná se o kvantitativní typ výzkumu, který zajišťuje sběr subjektivních výpovědí respondentů.

Dotazník byl vytvořen vlastní konstrukcí, byl anonymní a nebyl spojen s finančním zatížením zdravotnického zařízení, ve kterém byl průzkum prováděn. Respondenti byli seznámeni s tématem a účelem dotazníkového šetření a upozorněni, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Dotazník se skládá z několika částí, první z nich je úvod, který obsahuje představení výzkumníka, oslovení respondentů, seznámení s tématem dotazníku a účelem sběru dat. Dále jsou uvedeny instrukce k vyplnění dotazníku.

Dotazník měl 27 otázek. Vyskytovaly se v něm identifikační otázky, uzavřené (dichotomické, polytomické, výběrové) a otevřené otázky.

Koncem měsíce listopadu 2015 byl proveden pilotní výzkum na 5 respondentech s periorální dermatitidou z důvodu ověření srozumitelnosti formulovaných otázek a schopností na ně výstižně odpovědět. Po vyplnění dotazníků jsem s respondenty osobně hovořila, abych zjistila, zda jsou dané otázky srozumitelné a dotazník jim vyhovuje. Dotazník byl pro respondenty srozumitelný a odpověděli na všechny otázky bez problému. Dotazníky vyplněné v rámci předvýzkumu nebyly použity pro vlastní výzkumné šetření.

Finální dotazníky byly rozdány od začátku měsíce prosince 2015 do půlky února 2016. Dotazníky jsem osobně předala do kožních ambulancí v Královéhradeckém kraji po předchozí domluvě s vedoucí lékařkou ambulancí. Kožní ambulance jsem navštěvovala každých 14 dní a sbírala vyplněné dotazníky. V ambulancích jsem nechala svůj kontakt v případě, že by měli pacienti problém či otázky, tak aby mne mohli kontaktovat. Respondenti vyplňovali dotazníky v kožních ambulancích a poté je odevzdali do sběrného boxu, ze kterého jsem mohla vytáhnout dotazníky pouze já.

5.4 Hypotézy

H1: Informovanost nemocných nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním.

H2: Periorální dermatitida omezuje nemocné v životě.

H3: Nemocní s periorální dermatitidou nedodrží dietu a léčebné opatření nařízené lékařem.

H4: Věk nemocných ovlivňuje znalost příčiny onemocnění.

5.5 Vzorek respondentů

Dotazník byl určen pacientům ženám a mužům, kteří navštívili kožní ambulanci v Královéhradeckém kraji. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo onemocnění periorální dermatitida a minimální věk respondentů 15 let, horní věková hranice byla omezena do 55 let. Pacienti museli být zcela orientováni, aby nedocházelo k mylným informacím.

Celkem bylo rozdáno 85 dotazníků, z toho 81 dotazníků obdržely ženy a 4 dotazníky muži. Všechny dotazníky se mi vrátily vyplněné, ale bohužel 5 dotazníků od pěti žen muselo být vyřazeno z důvodu neúplnosti dat. Návratnost dotazníku byla 100 %, nejvíce jich bylo vyplněno věkovou kategorií 21 až 35 let.

5.6 Prezentace a interpretace získaných údajů

Pro zpracování výsledků a zhodnocení jednotlivých otázek jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel 2010. V tom to programu byly vytvořeny výsečové grafy, včetně tabulek s výsledky. Výsledky byly vyhodnoceny po jednotlivých otázkách a ke každé z nich je připojen komentář s grafem. Odpovědi z dotazníku byly pro přehlednost označeny kurzívou. Hypotézy byly statisticky vyhodnoceny na základě tabulek a Chí-kvadrát testu.

VÝSLEDKY

Výsledky kvantitativního šetření u pacientů

Otázka č. 1

Vaše pohlaví?

a) žena

b) muž

Graf 1 Pohlaví respondentů



Komentář

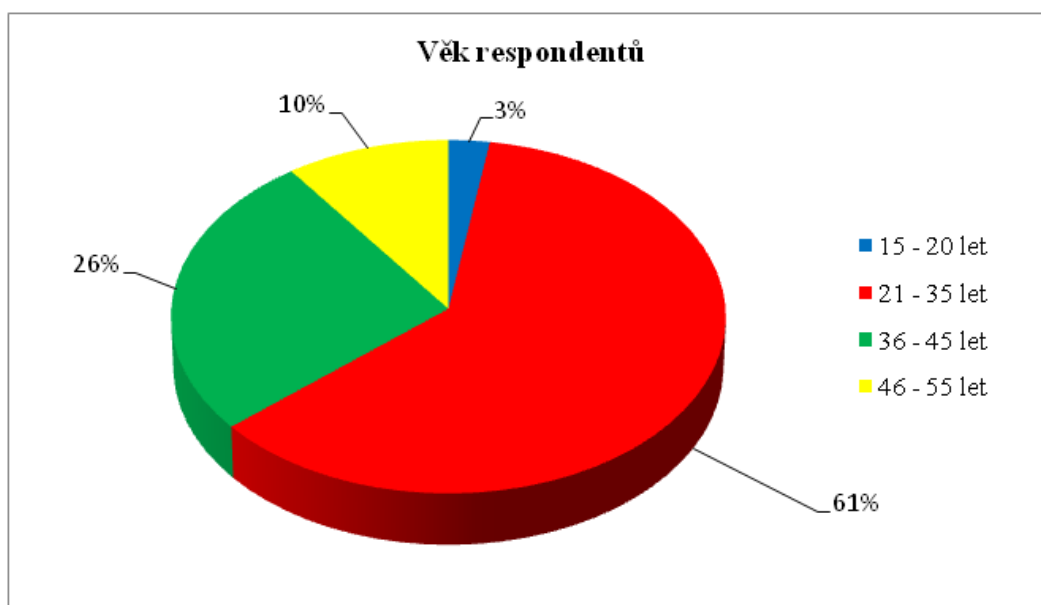
Z celkového počtu 80 respondentů zastupovali velkou část 76 respondentů *ženy* (95 %) a 4 respondenti byli *muži* (5 %).

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk?

- a) 15 - 20 let
- b) 21 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) 46 - 65 let

Graf 2 Věk respondentů



Komentář

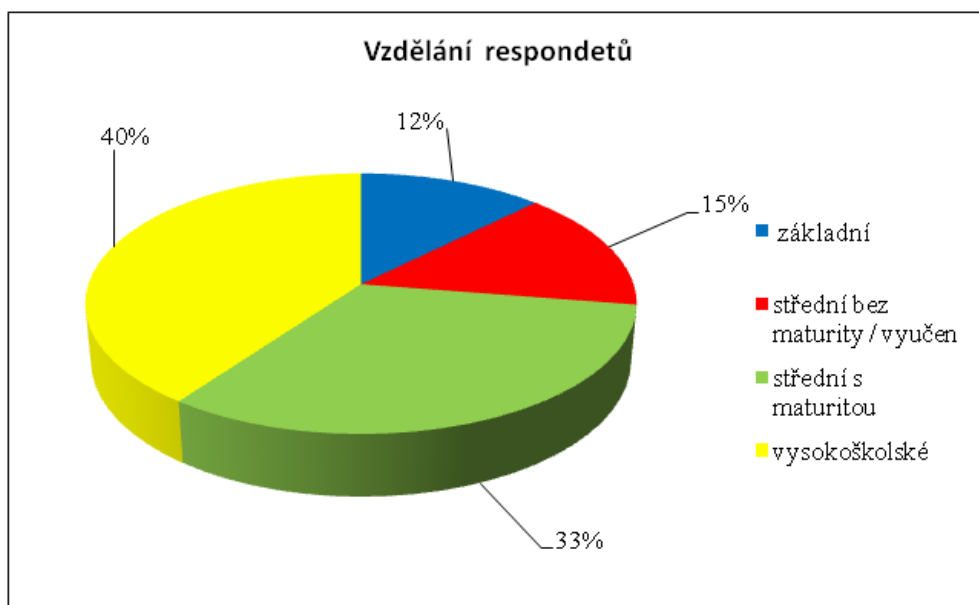
Výzkumu se zúčastnilo 80 respondentů ve věku od 15 let do 55 let. V největším počtu se zúčastnili respondenti ve věku *21- 35 let*, do výzkumu se jich zapojilo 49 (61 %). Další větší skupinou bylo zastoupení ve věku od *36 let do 45 let*, kterých bylo 21 respondentů (26 %). Poté následovala skupina ve věkovém rozmezí *46 - 55 let*, kterou tvořilo 8 respondentů (10 %). Nejméně početnou skupinou zastoupili respondenti ve věku od *15 – 20 let*, tento věk označili 2 respondenti (3 %).

Otázka č. 3

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity / vyučen
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

Graf 3 Vzdělání respondentů



Komentář

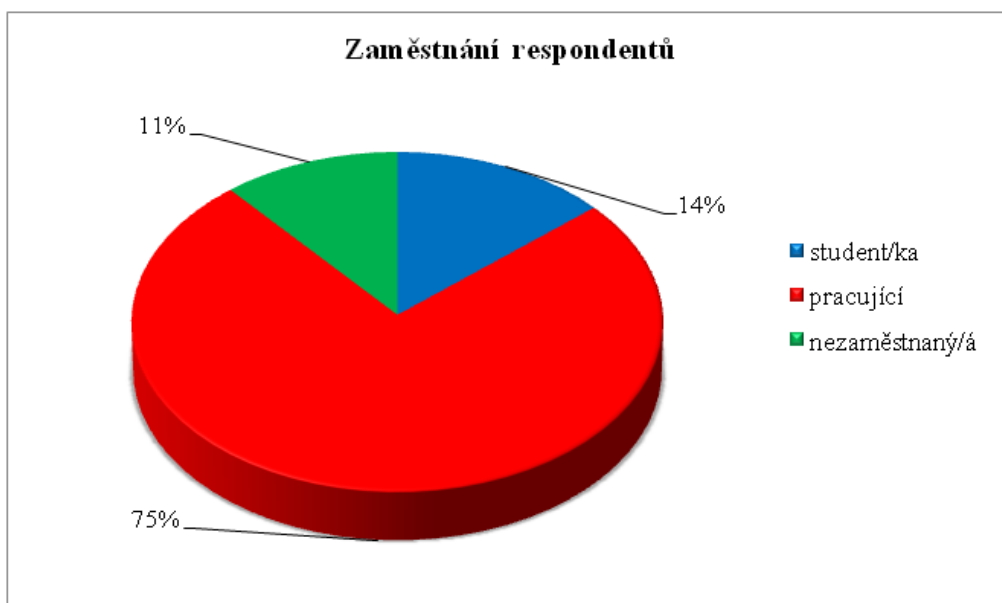
Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů 32 (40 %) má *vysokoškolské* vzdělání a *střední s maturitou* má 26 (33 %) dotazujících. 12 (15 %) respondentů má *střední školu bez maturity* nebo je *vyučeno* a 10 (12 %) dotazujících má jenom *základní školu*.

Otázka č. 4

Jaké je Vaše zaměstnání?

- a) Student/ka
- b) Pracující
- c) Nezaměstnaný/á

Graf 4 Zaměstnání respondentů



Komentář

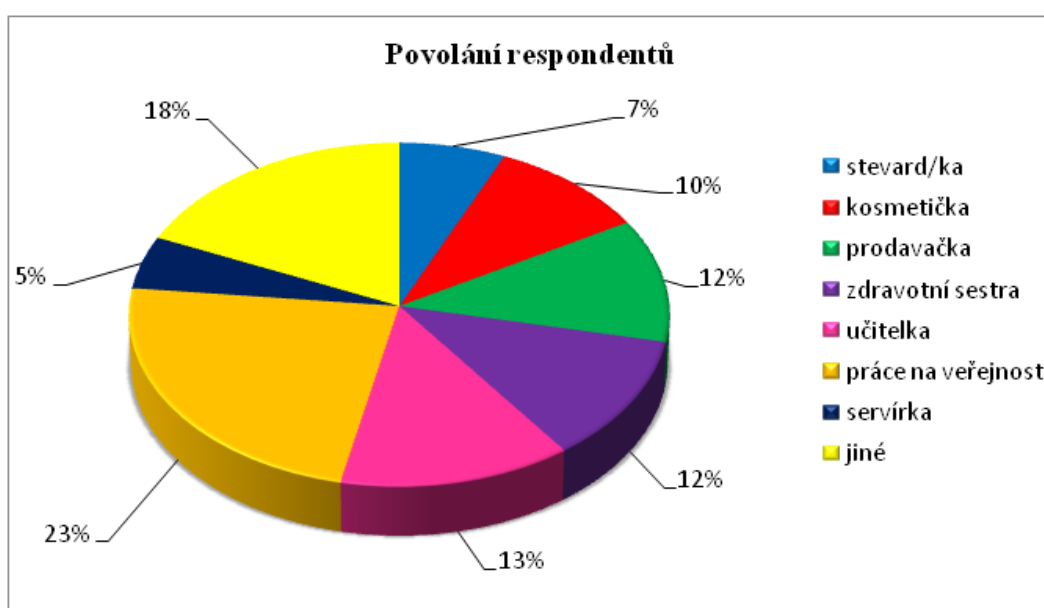
Tato otázka se zaměřovala na zaměstnání respondentů. Většina respondentů je *pracujících* a to 60 (75 %). *Studuje* 11 (14 %) respondentů a 9 (11 %) respondentů je *nezaměstnaných*.

Otázka č. 5

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli za b, vyberte, v jakém oboru pracujete?

- a) steward/ka
- b) kosmetička
- c) prodavačka
- d) zdravotní sestra
- e) učitelka
- f) práce na veřejnosti
- g) servírka
- h) jiné.....

Graf 5 Povolání zaměstnaných respondentů



Komentář

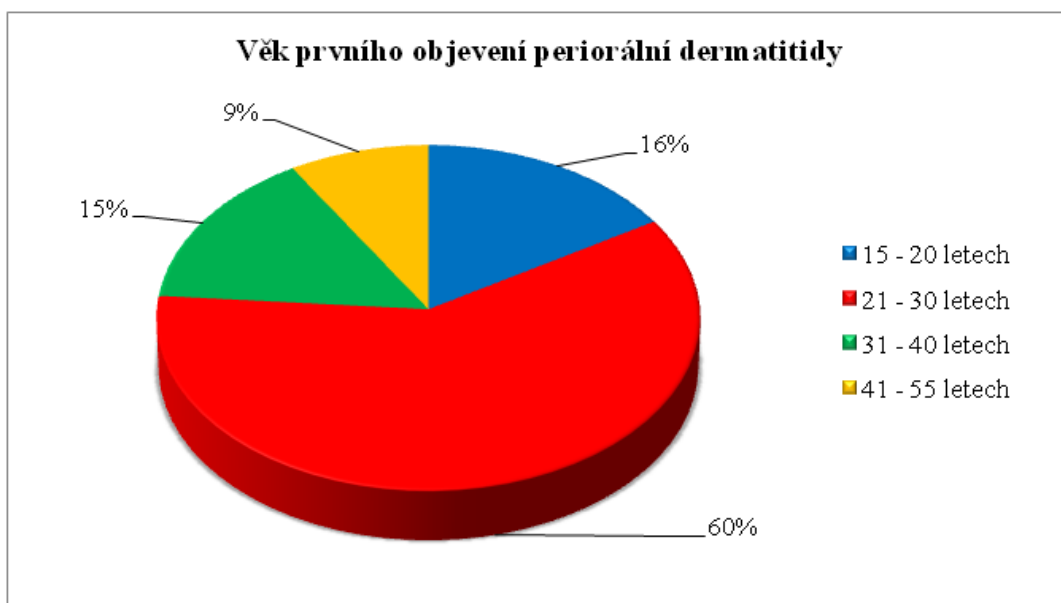
Celkový počet pracujících je 60 (75 %) respondentů. Nejvíce respondentů *pracuje na veřejnosti* a to 14 (23 %). Dále 11 (18 %) respondentů uvedlo *jiné* zaměstnání, než bylo uvedeno a to byli přírodovědkyně, psychologky, pekařky, režisérka, spisovatelka a knihovnice. *Učitelské* povolání označilo 8 (13 %) respondentů a shodujících 7 (12 %) respondentů jsou *prodavačky* a *zdravotní sestry*. *Kosmetičky* byly zastoupeny 6 (10 %) respondenty, *stewardky* 4 (7%) a nejméně bylo *servírek* a to 3 (5 %).

Otázka č. 6

V kolika letech se u Vás poprvé objevila periorální dermatitida?

- a) 15 - 20 let
- b) 21 - 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 - 65 let

Graf 6 Věk prvního objevení příznaku periorální dermatitidy



Komentář

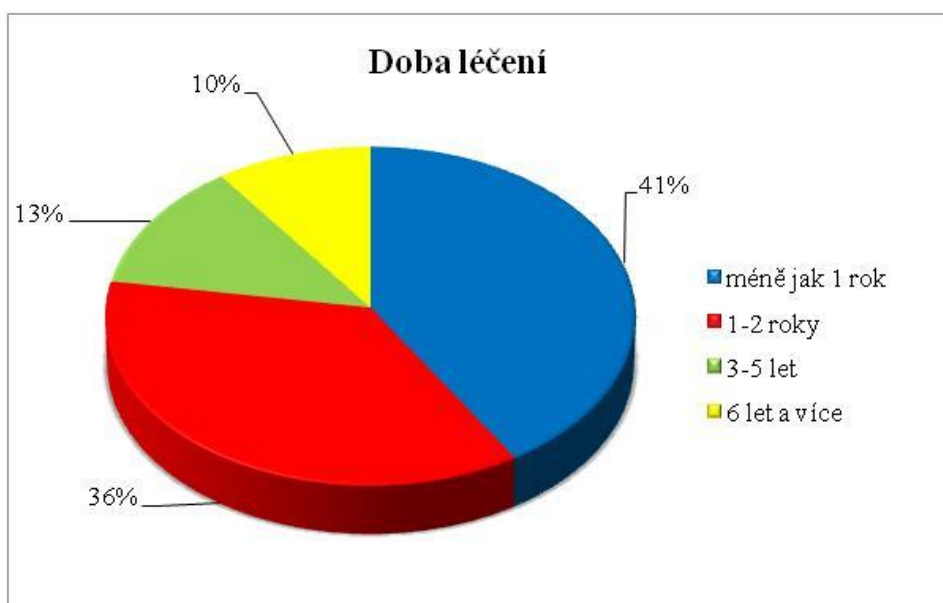
Periorální dermatitida se poprvé nejvíce vyskytovala ve *21 – 30 let* a to u 48 (60 %) respondentů. Dermatitida se objevila v *15 – 20 letech* u 13 (16 %) dotazujících a ve věku *31 – 40 letech* u 12 (15 %) respondentů. Nejméně se první příznaky objevovaly ve věku od *41 – 55 (9 %)*.

Otázka č. 7

Jak dlouho se léčíte s periorální dermatitidou?

- a) méně jak 1 rok
- b) 1 - 2 roky
- c) 3 - 5 let
- d) 6 let a více

Graf 7 Doba léčení s periorální dermatitidou



Komentář

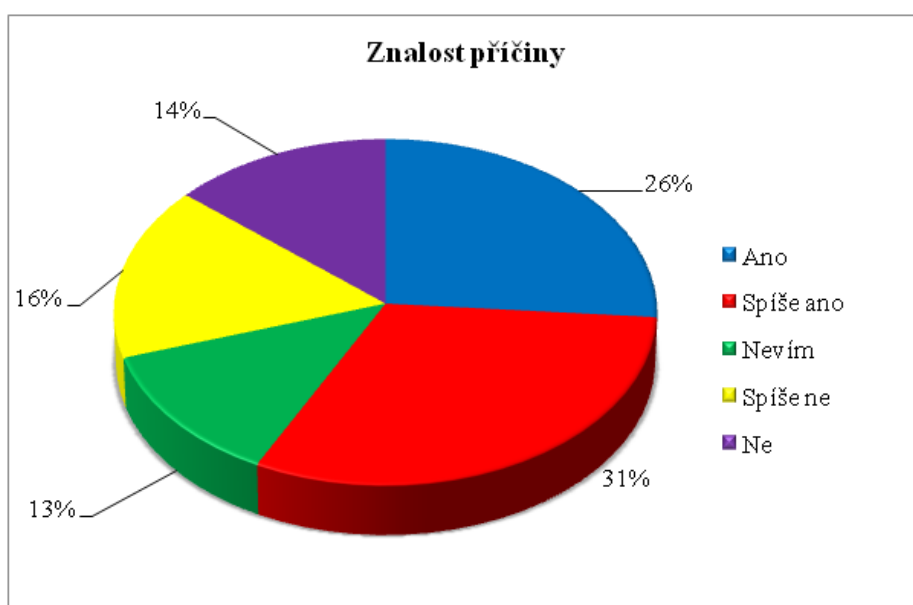
Z tohoto grafu vyplývá, že se nejvíce respondentů léčí s periorální dermatitidou *méně jak 1 rok* a to 33 (41 %) dotazujících. Na druhé pozici byla léčba *1 – 2 roky* a tu označilo 29 (36%) respondentů. 10 (13 %) se léčí s periorální dermatitidou *3 – 5 let* a nejméně označenou odpovědí bylo *6 let a více* 8 (10 %) dotazujících.

Otázka č. 8

Jste si vědomi příčiny, která u Vás vyvolala periorální dermatitidu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

Graf 8 Znalost vzniku příčiny periorální dermatitidy



Komentář

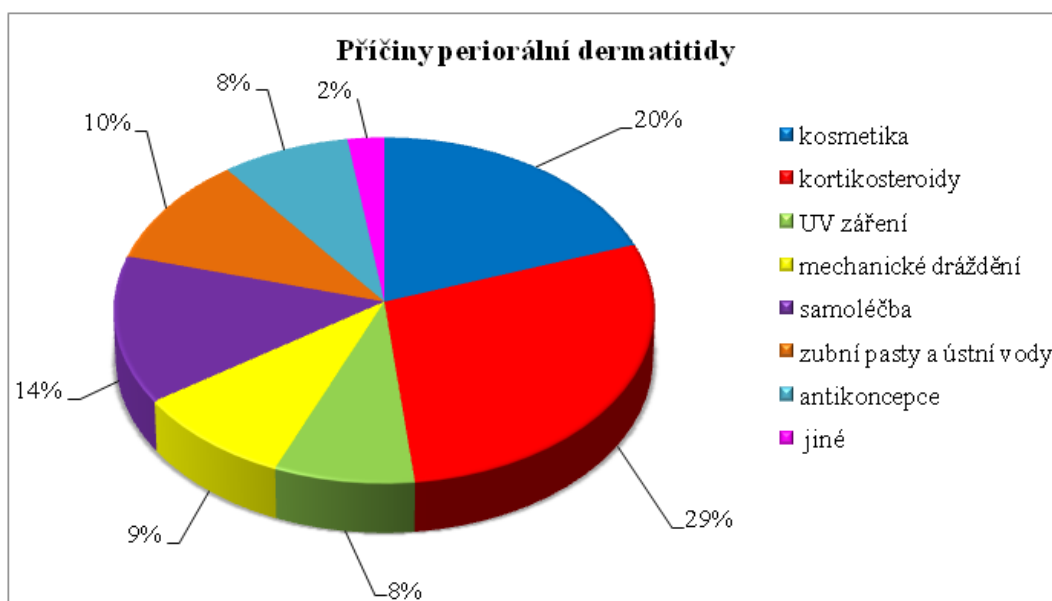
Z tohoto grafu vyplývá, že 25 (31 %) respondentů označilo, že příčinu zná *spíše ano* a 21 (26 %) dotazujících odpovědělo ano a to znamená, že znají příčinu svého onemocnění. Odpověď *spíše ne* označilo 13 (16 %) respondentů a příčinu periorální dermatitidy nezná 11 (14 %) dotazujících. O příčině vzniku periorální dermatitidy neví 10 (13 %) respondentů.

Otázka č. 9

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano či spíše ano, označte příčinu.

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| a) kosmetika | e) samoléčba |
| b) kortikosteroidy | f) zubní pasty a ústní vody |
| c) UV záření | g) antikoncepce |
| d) mechanické dráždění | h) jiné |

Graf 9 Příčiny periorální dermatitidy



Komentář

Za nejčastější příčinu periorální dermatitidy označovali nemocní *kortikosteroidy* a to 25 (29 %) respondentů. Za druhou nejčastější příčinu byla označena *kosmetika* a tu označilo 17 (20 %) respondentů. Třetí nejčastější příčinou je *samoléčba* a ta byla zakroužkovaná 12 (14 %) respondenty. *Zubní pasty a ústní vody* způsobily vznik periorální dermatitidy u 9 (10 %) respondentů a *mechanické dráždění* u 8 (9 %) dotazujících. *UV záření* a *antikoncepce* způsobilo periorální dermatitidu 7 (8 %) respondentům. A odpověď *jiné* označili 2 (2 %) respondenti a ti napsali, že periorální dermatitidu jim způsobil stres, emoce.

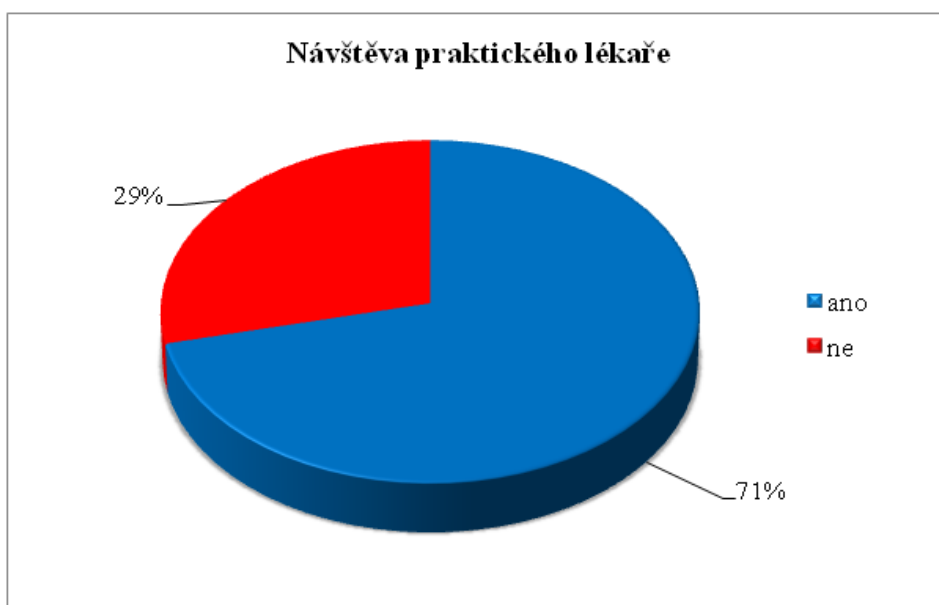
Otázka č. 10

Navštívili jste při objevení prvního příznaku praktického lékaře?

a) Ano

b) Ne

Graf 10 První příznak návštěva praktického lékaře



Komentář

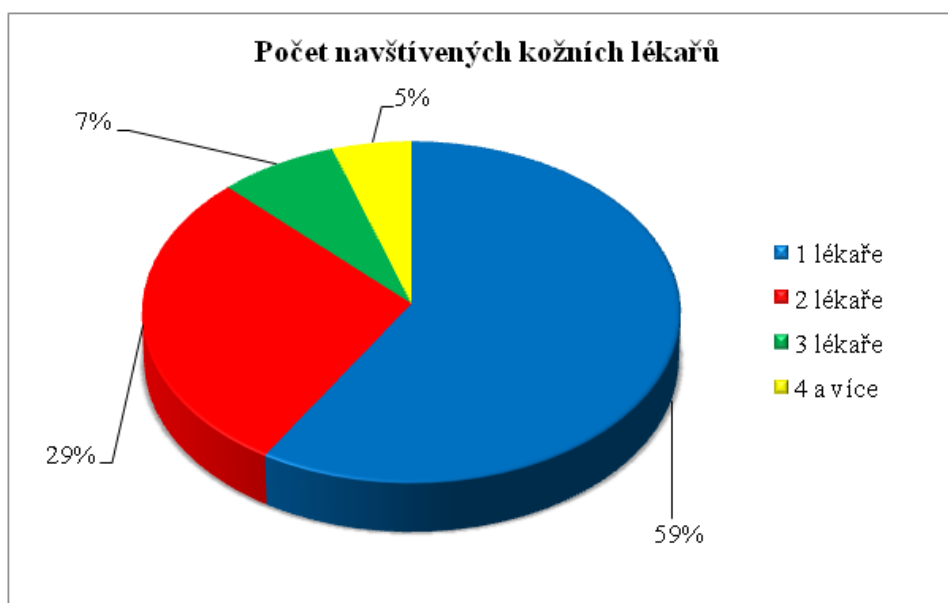
Při prvním objevení příznaku *navštívilo* praktického lékaře 57 (71 %) respondentů. Praktického lékaře při objevení prvního příznaku *nenavštívilo* 23 (29 %) dotazujících.

Otázka č. 11

Kolik jste navštívili kožních lékařů se svým onemocněním?

- a) 1 lékaře
- b) 2 lékaře
- c) 3 lékaře
- d) 4 a více

Graf 11 Počet navštívených kožních lékařů



Komentář

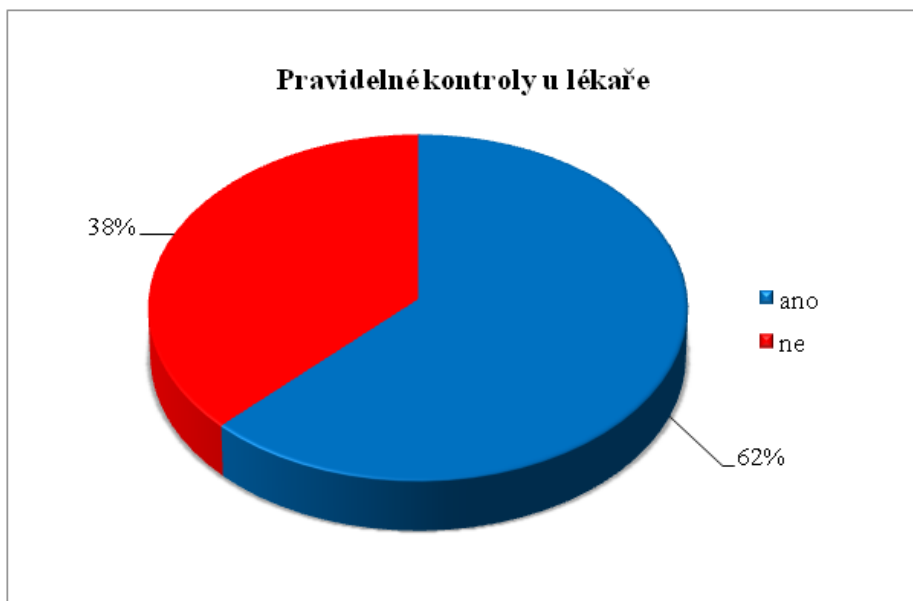
Z výsledku vyplývá, že většina nemocných navštívila *1 lékaře* 47 (59 %). 23 (29 %) nemocných navštívilo se svým onemocněním *2 lékaře* a 6 (7 %) respondentů navštívilo *3 lékaře*. Za to 4 (5 %) respondenti navštívili se svým onemocněním periorální dermatitidou *4 a více* dermatologů.

Otázka č. 12

Chodíte na pravidelné kontroly k lékaři?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 12 Pravidelné kontroly u dermatologa



Komentář

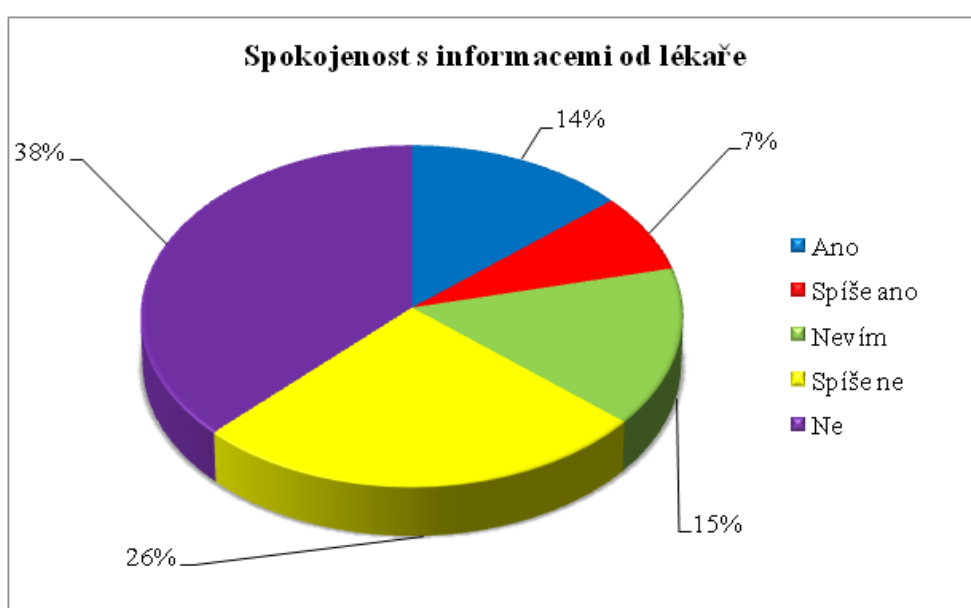
Z grafu vyplývá, že 50 (62%) respondentů s periorální dermatitidou (*ano*) chodí na pravidelné kontroly ke svému dermatologovi. Bohužel 30 (38 %) dotazujících s periorální dermatitidou (*ne*) nenavštěvuje svého dermatologa na pravidelných kontrolách.

Otázka č. 13

Byli pro Vás informace o Vašem onemocnění od ošetřujícího lékaře dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

Graf 13 Dostačená informovanost pacienta od lékaře



Komentář

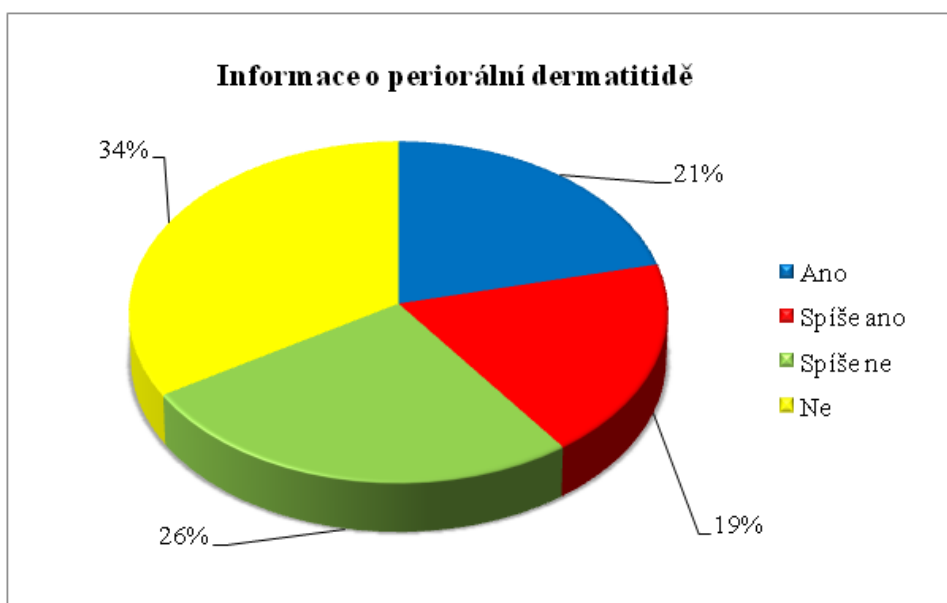
Tato otázka se zaměřovala na spokojenost pacientů s informacemi od svého lékaře. Velký počet respondentů 30 (38 %) je (*ne*) nespokojených s informacemi od svého kožního lékaře a *spíše ne* označilo 21 (26 %). Odpověď *nevím* označilo 12 (15 %) respondentů. Spokojeno (*ano*) s informacemi od kožního lékaře o periorální dermatitidě je 11 (14 %) dotazujících a *spíše ano* 6 (7 %) respondentů.

Otázka č. 14

Máte o problematice periorální dermatitidy dostatek informací?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Graf 14 Informace pacienta o periorální dermatitidě



Komentář

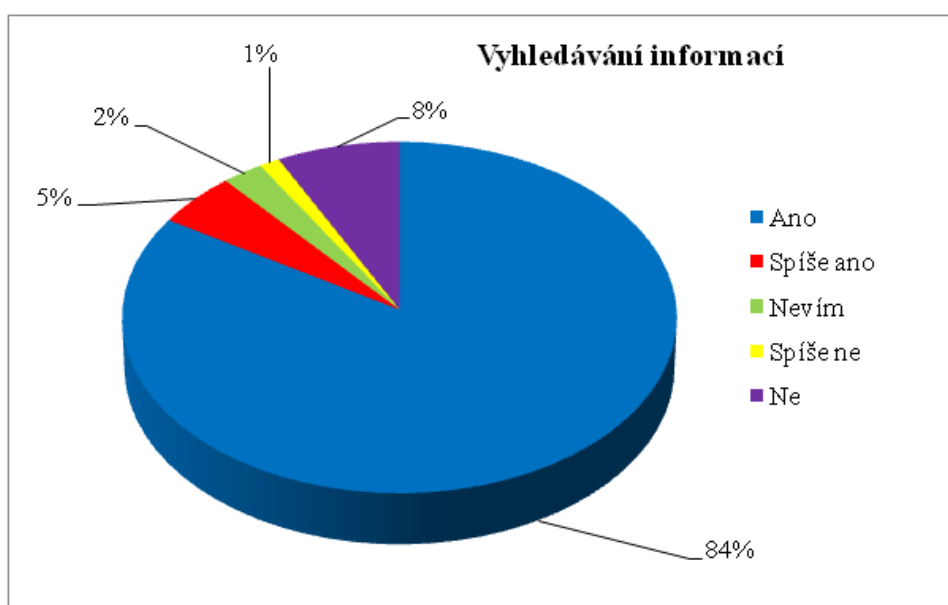
Z tohoto grafu vyplývá, že většina respondentů 27 (34 %) nemá (*ne*) dostatek informací o periorální dermatitidě a 21 (26 %) dotazujících *spíše nemá* informace o dermatitidě. Dostatek informací (*ano*) o svém onemocnění má 17 (21 %) dotazujících a *spíše ano* označilo 15 (19 %) respondentů.

Otázka č. 15

Vyhledávali jste informace o Vašem onemocnění i jinde?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

Graf 15 Vyhledávání informací o periorální dermatitidě



Komentář

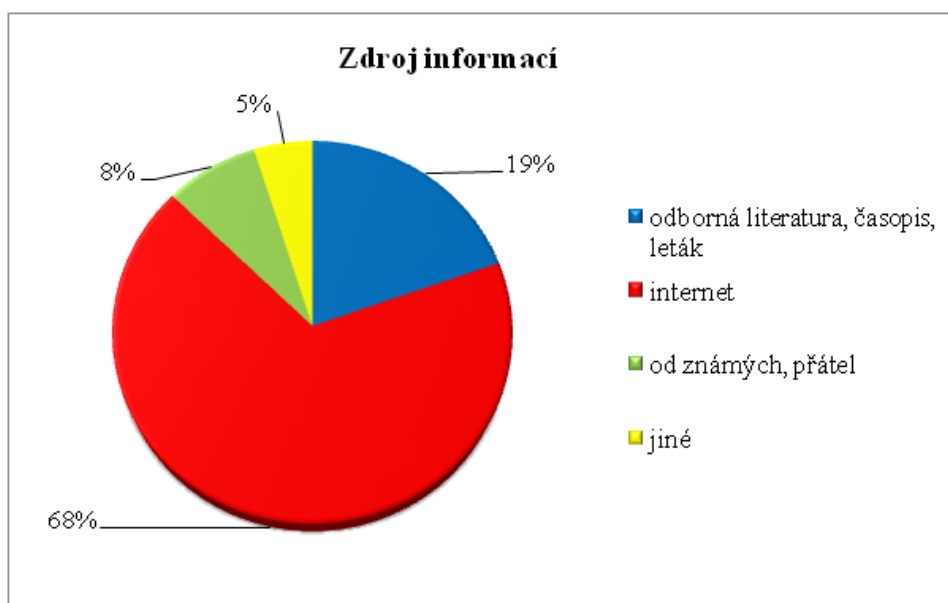
Tato otázka se soustředila na vyhledávání informací o periorální dermatitidě. Můžeme vidět, že většina (*ano*) 67 (84 %) respondentů si vyhledávala informace o periorální dermatitidě. Na rozdíl od 6 (8 %) respondentů, kteří si informace (*ne*) nevyhledávali vůbec. *Spíše ano* odpověděli 4 (5%) respondenti a 2 dotazující zaškrtnli, že *neví*, jestli vyhledávali informace o svém onemocnění. Pouze 1 (1%) respondent odpověděl, že *spíše ne* nevyhledával informace.

Otázka č. 16

Pokud ano, kde jste se o nich dozvěděli? (Možnost zaškrtnou více odpovědí)

- a) Dočetl/a jsem se o nich v odborné literatuře, časopise či v informačním letáku
- b) Internet
- c) Od známých, přátel
- d) Jiné.....

Graf 16 Zdroj informací o periorální dermatitidě



Komentář

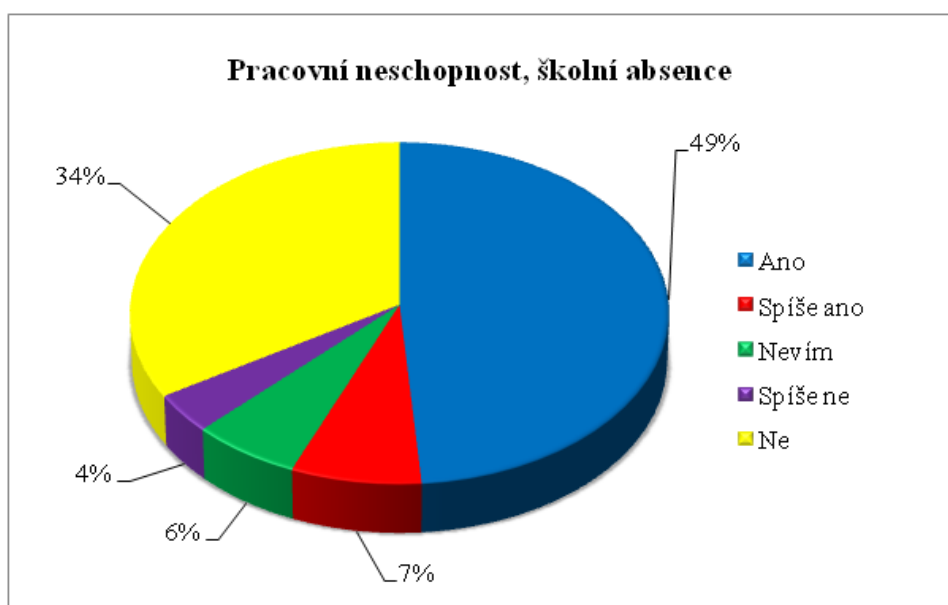
Tato otázka byla zaměřena na respondenty, kteří vyhledávali informace o svém onemocnění. Nejvíce respondenti vyhledávali informace o periorální dermatitidě na internetu a to 69 (68 %) dotazujících. V odborné literatuře, časopise či v informačním letáku vyhledávalo 20 (19 %) respondentů. Od známých a přátel se dozvědělo informace 8 (8 %) respondentů a 5 (5 %) dotazujících odpovědělo jiné a ty uváděli facebook.

Otázka č. 17

Museli jste být někdy s tímto onemocněním především z estetických důvodů pro značné zhoršení vyrážky v pracovní neschopnosti nebo mít absenci ve škole?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

Graf 17 Pracovní neschopnost, absence ve škole z estetických důvodů



Komentář

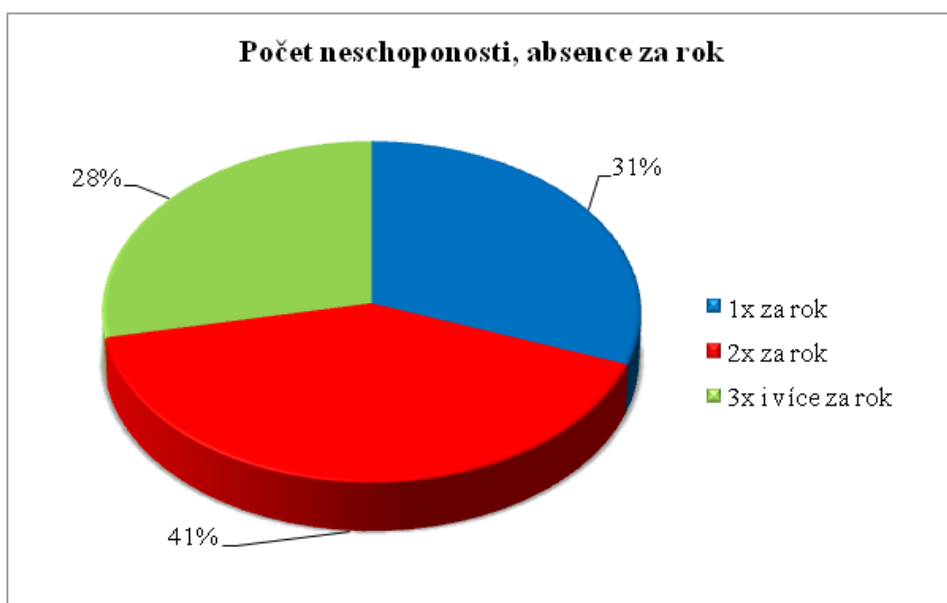
Z výsledků vyplývá, že větší část pacientů (*ano*) 39 (49 %) musela vynechat pracovní den či zameškat ve škole z estetického důvodu. V pracovní neschopnosti z estetických důvodů nemuselo být (*ne*) 27 (34 %) dotazujících. *Spíše ano* odpovědělo 6 (7 %) respondentů a *nevím* zaškrtnulo 5 (6 %) dotazujících. Absenci či nepochopnost *spíše* neměli 3 (4 %) nemocní.

Otázka č. 18

Pokud jste odpověděli ano, kolikrát jste se v této situaci nacházeli?

- a) 1x za rok
- b) 2x za rok
- c) 3x i více za rok

Graf 18 Počet neschopností v práci nebo absence ve škole za rok



Komentář

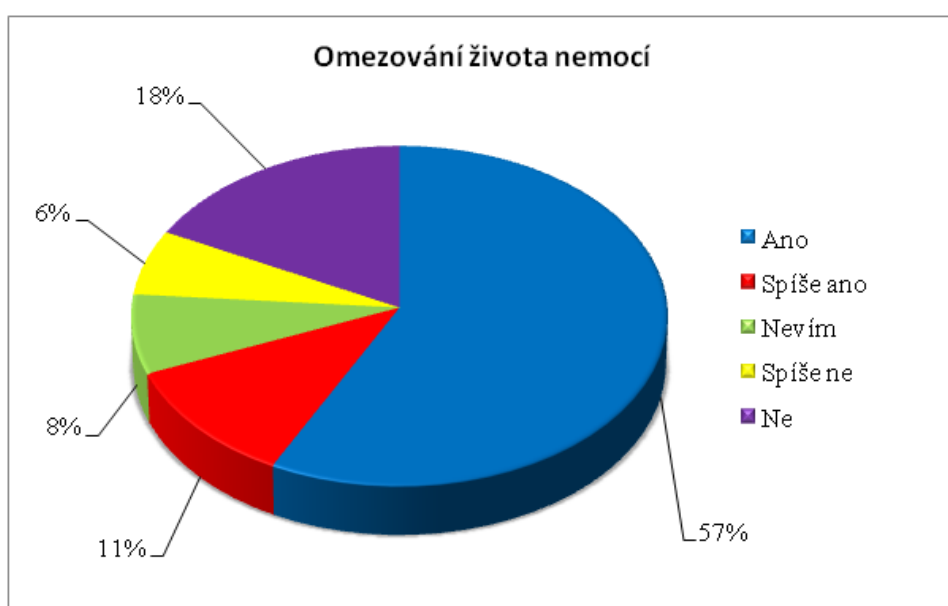
Vynechat pracovní den či zameškat ve škole z estetického důvodu muselo 39 (49 %) respondentů. 16 (41 %) respondentů se v této situaci nacházeli *2x ročně* a 12 (31 %) se v pracovní neschopnosti či absenci ve škole nacházelo *1x za rok*. Bohužel 11 (28 %) respondentů muselo být v pracovní neschopnosti a vynechat školu *3x až vícekrát za rok*.

Otázka č. 19

Myslíte si, že Vás onemocnění omezuje ve vašem životě?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

Graf 19 Omezování života periorální dermatitidou



Komentář

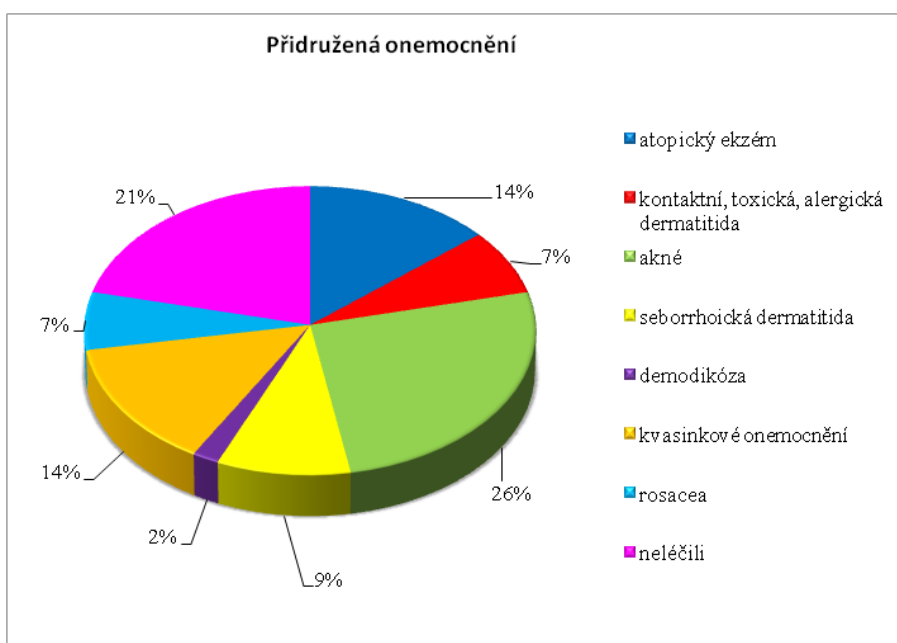
Tato otázka se soustředila na to, zda periorální dermatitida omezuje nemocné v jejich životě. Můžeme vidět, že 46 (57 %) dotázaných uvedlo, že je dermatitida *omezuje*. Periorální dermatitida *neomezuje* v životě 14 (18%) respondentů. *Spíše ano* odpovědělo 9 (11 %) respondentů a *nevědělo*, zda je dermatitida omezuje 6 (8%) dotazujících. 5 (6 %) odpovědělo, že dermatitida je *spíše neomezuje* v životě.

Otázka č. 20

19. Léčili jste se někdy s některým z těchto onemocnění?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) atopický ekzém | e) demodikóza |
| b) kontaktní, toxická, alergická dermatitida | f) kvasinkové onemocnění |
| c) akné | g) rosacea |
| d) seborrhoická dermatitida | h) neléčili |

Graf 20 Přidružená onemocnění periorální dermatitidy



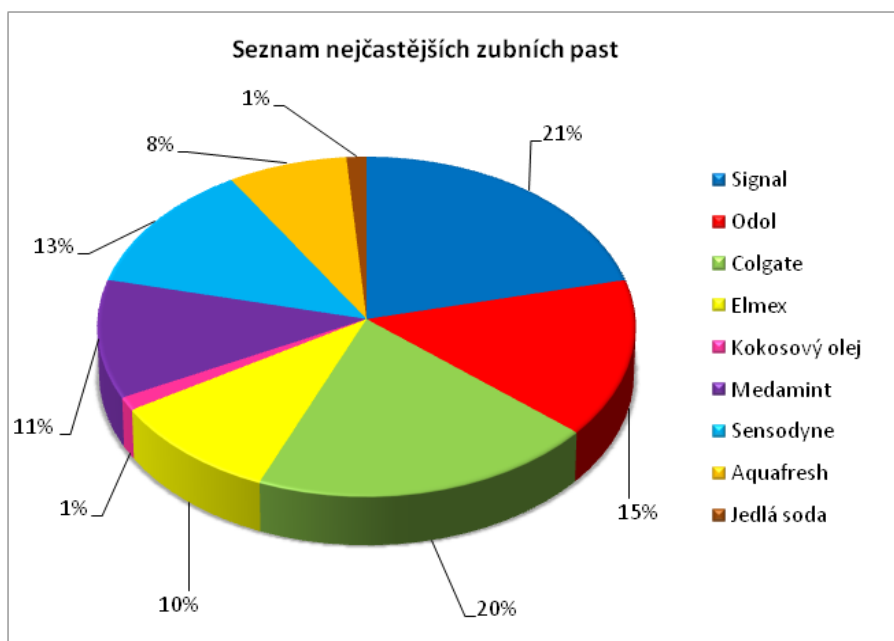
Komentář

V této otázce jsem se nemocných ptala, zda se někdy léčili s jiným kožním onemocněním či mají přidružené kožní onemocnění. Respondenti mohli označit více odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo *akné*. To označilo 28 (26 %) dotazujících. 23 (21%) respondentů se *neléčilo* ani s jedním onemocněním. Dalšími často označovanými byl *atopický ekzém* a *kvasinkové onemocnění* ty označilo 15 (14%) respondentů. *Seborrhoická dermatitida* postihla 10 (9 %) respondentů a 8 (7%) respondentů se léčí nebo léčilo s *růžovkou* a *kontaktní, toxickou a alergickou dermatidou*. *Demodikóza* potrápila 2 (2%) respondenty.

Otázka č. 21

Jakou používáte pastu a přípravky zubní hygieny? Vypište.

Graf 21 Seznam nejčastěji používaných zubních past respondentů



Komentář

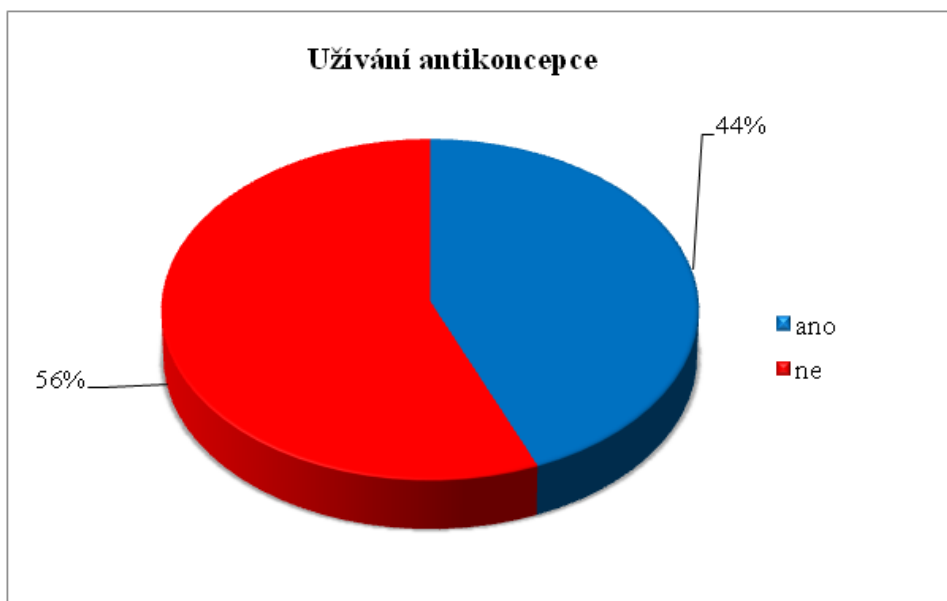
V této otázce měli respondenti napsat, jakou používají pastu a přípravky zubní hygieny. První místo obsadila pasta *Signal*, kterou označilo 17 (21%) respondentů a druhou nejčastěji používanou pastou je *Colgate* 16 (20 %). Zubní pastu *Odol* napsalo 12 (15 %) respondentů a 10 (13 %) respondentů používá pastu *Sensodyne*. 9 (11%) dotazujících používá pastu *Medamint* a 8 (10 %) používá zubní pastu *Elmex*. *Aquafresh* napsalo 6 (8 %) dotazujících a po 1 (1%) respondentovi byla *jedlá soda* a *kokosový olej*.

Otázka č. 22

Užíváte antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 22Užívání hormonální antikoncepce



Komentář

Cílem této otázky bylo zjistit, zda dotazující užívají hormonální antikoncepci. Větší část respondentů 45 (56 %) odpověděla, že *neužívá* hormonální antikoncepci a 35 (44%) odpovědělo, že *užívá* antikoncepci.

Otázka č. 23

Upravili jste při léčbě stravu?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 23 Úprava stravy při léčbě



Komentář

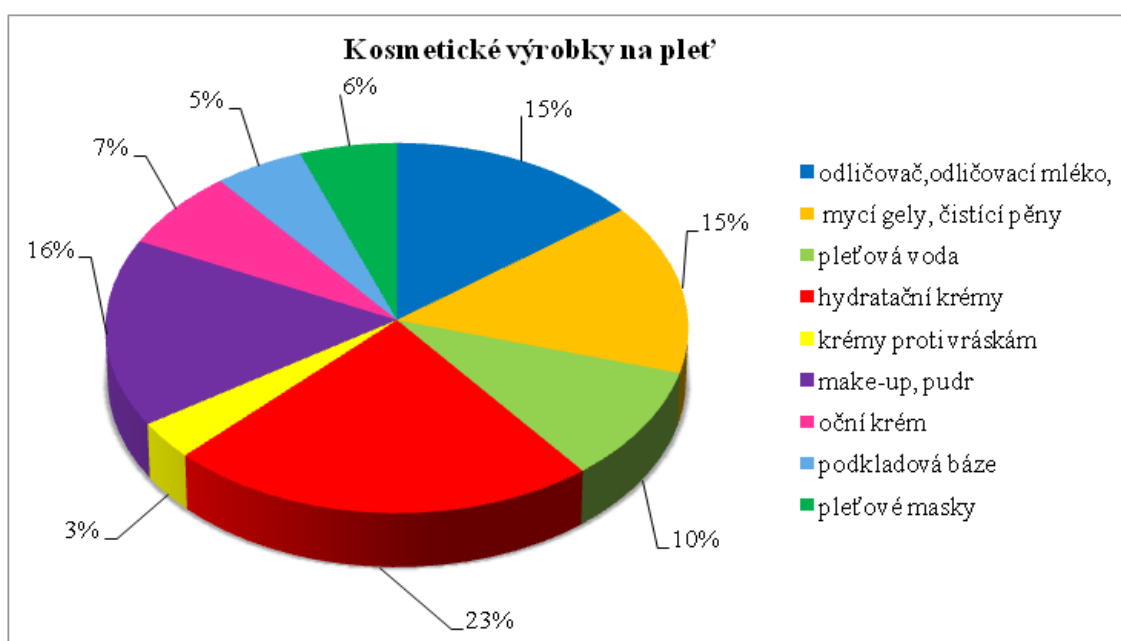
Tato otázka se zaměřovala na úpravu stravy během léčby periorální dermatitidy. Z grafu vyplývá, že 49 (61 %) respondentů stravu (*ano*) upravili během léčby, ale 31 (39 %) dotazujících stravu během léčby (*ne*) neupravili.

Otázka č. 24

Jaké kosmetické výrobky používáte denně na pleť? Možno více odpovědí.

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| a) odličovač, odličovací mléko, | g) oční krém |
| b) mycí gely, čistící pěny | h) podkladová báze |
| c) pleťová voda | ch) pleťové masky |
| d) hydratační krémy | |
| e) krémy proti vráskám | |
| f) make-up, pudr | |

Graf 24 Kosmetické výrobky používané nemocnými



Komentář

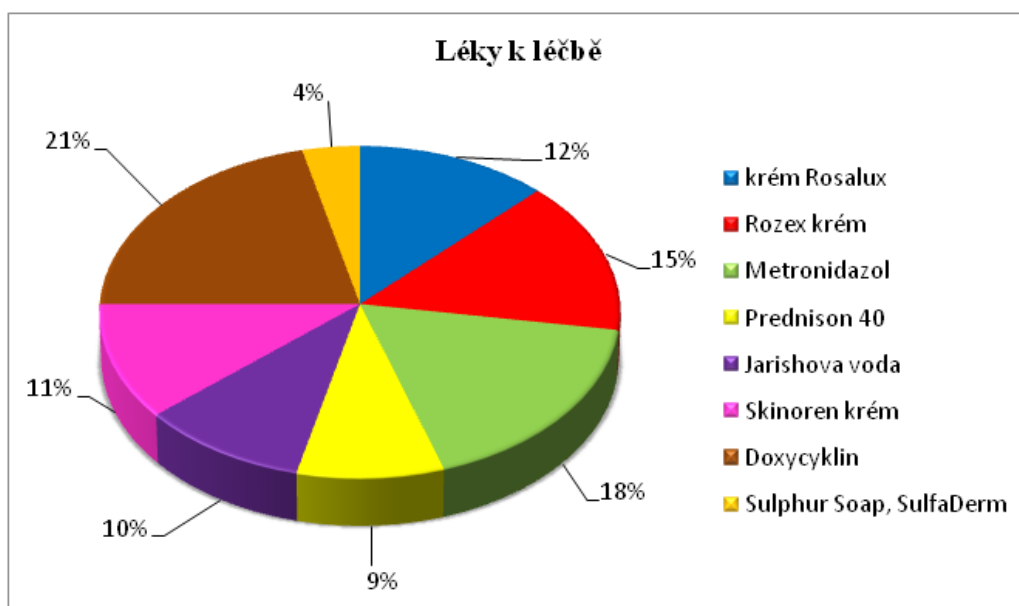
V této otázce měli respondenti označit kosmetické výrobky, které používají každý den na svoji pleť. Bylo možno více odpovědí. Většina respondentů 49 (23 %) používá *hydratační krémy* a také větší část dotazujících 35 (16%) používá denně *make-up, pudr* na svoji pleť. *Mycí gely, čistící pěny* a *odličovače, odličovací mléka* používá na svoji pleť 31 (15 %) dotazujících. 21(10 %) respondentů používá *pleťovou vodu* a *oční krém* využívá 15 (7 %) dotazujících. *Pleťovou masku* si nanáší každý den 12 (6 %) respondentů a *podkladovou bázi* využívá 11 (5 %) dotazujících. Nejméně 7 (3 %) respondentů aplikuje na svoji pleť *krémy proti vráskám*.

Otázka č. 25

Jaké léky Vám předepsal Váš lékař? Vypište.

.....

Graf 25 Léky k léčbě periorální dermatitidy předepsané lékařem



Komentář

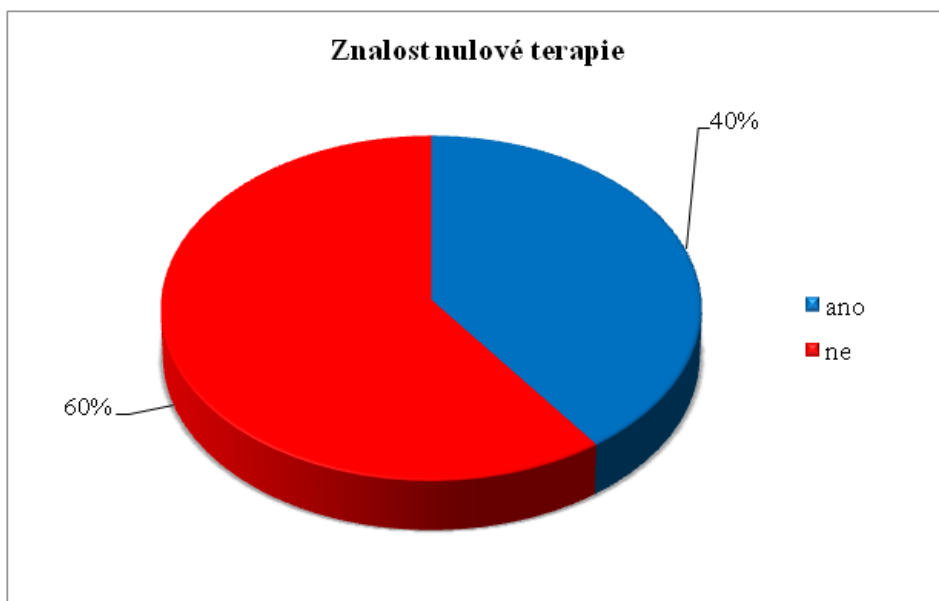
Tato otázka se zaměřovala na léky, které nemocným předepsal dermatolog. Nejčastěji předepisoval dermatolog *Doxycyklin* a to 17 (21 %) respondentům. *Metronidazol* užívalo 14 (18 %) dotazujících a *Rozex krém* si aplikuje na pleť 12 (15 %) respondentů. 10 (12 %) nemocných si aplikovalo *krém Rosalux* a 9 (11 %) respondentů si aplikovalo *Skinoren krém*. *Jarishovu vodou* si obličej oplachovalo 8 (10 %) respondentů a 7 (9 %) dotazujících užívalo *Prednison 40*. Pouze 3 (4 %) respondenti si aplikovali na pleť *Sulphur Soap, SulfraDerm*.

Otázka č. 26

Víte co znamená „Nulová terapie“ pokud Ano vypište?

- a) Ano,.....
b) Ne

Graf 26 Znalost nulové terapie respondentů



Komentář

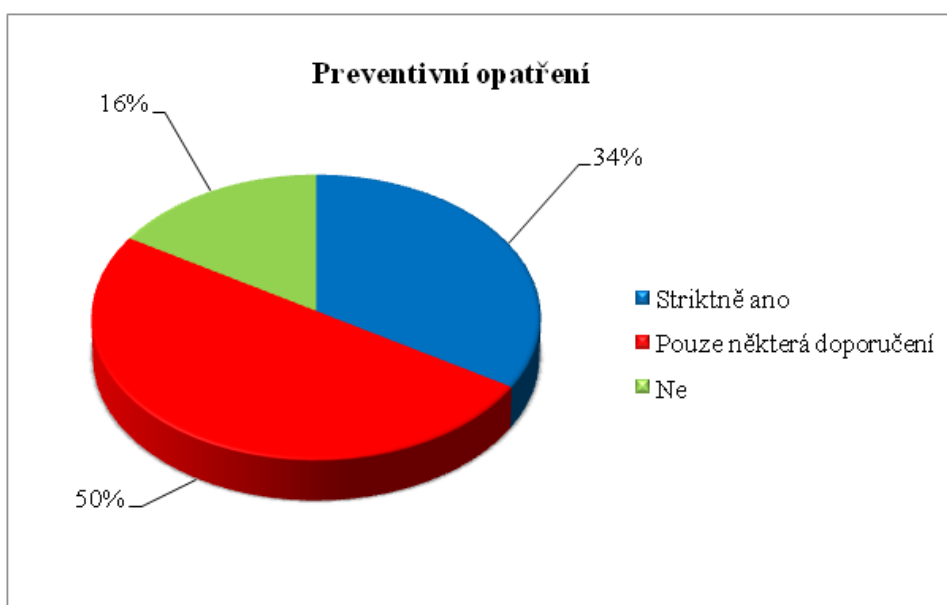
Z výsledku vyplývá že, většina 48 (60 %) respondentů *neví* co je to nulová terapie. Nulovou terapii *zná* 32 (40 %) dotazujících a nejčastěji psali, že se jedná „žádné používání kosmetiky ani líčidel, nejlepší cesta léčby, nic nepoužívat na pleť, nic nepatlat, nechat kůži žít a nepoužívat žádnou dekorativní ani pečující kosmetiku”.

Otázka č. 27

Dodržujete preventivní opatření?

- a) Striktně ano
- b) Pouze některá doporučení
- c) Ne

Graf 27 Dodržování preventivního opatření



Komentář

Co se týká dodržování preventivního opatření, odpovědělo 40 (50 %) respondentů, že dodržují *pouze některá doporučení*. *Striktně ano* dodržuje preventivní opatření 27 (34 %) dotazujících. 13 (16 %) respondentů se přiznalo, že preventivní opatření *nedodržují* vůbec.

6 Testování hypotéz

Statistické zpracování bude vyhodnoceno pomocí chí-testu.

Hypotéza č. 1 – pracovní

Informovanost nemocných nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním.

$1H_0$: Informovanost pacientů nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním v 57 %.

$1H_A$: Informovanost pacientů souvisí s jejich dosaženým vzděláním v 43 %.

K testování hypotézy byly použity otázky č. 13, č. 14, č. 15.

Tabulka 1 Testování hypotézy č. 1

Informovanost s vzděláním	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	p
ano	33	41.3%	34.4	43.0%	75.2%
ne	47	58.8%	45.6	57.0%	
Celkem	80	100.0%	80	100.0%	

Závěr: Informovanost pacientů nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním.

Hypotéza č. 2 – pracovní

Pracovní: Periorální dermatitida omezuje nemocné jejich životě.

2H₀: Periorální dermatitida omezuje v životě 70 % nemocných.

2H_A: Periorální dermatitida nemezuje v životě 30 % nemocných.

K testování hypotézy byly použity otázky č. 17, č. 19.

Tabulka 2 Testování hypotézy č. 2

Omezení v životě	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	p
ano	55	68.8%	56	70.0%	80.7%
ne	25	31.3%	24	30.0%	
Celkem	80	100.0%	80	100.0%	

Závěr: Periorální dermatitida omezuje nemocné v jejich životě.

Hypotéza č. 3

Nemocní s periorální dermatitidou nedodržují dietu a léčebné opatření nařízené lékařem.

3H₀: Nemocný s periorální dermatitidou, kteří nedodržují dietu a léčebné opatření nařízené lékařem je 65 %.

3H_A: Nemocný s periorální dermatitidou, kteří dodržují dietu a léčebné opatření nařízené lékařem je 35 %.

K testování hypotézy byly použity otázky č. 12, č. 23, č. 27.

Tabulka 3 Testování hypotézy č. 3

Preventivní opatření	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	p
ano	46	57.5%	28	35.0%	0.0%
ne	34	42.5%	52	65.0%	
Celkem	80	100.0%	80	100.0%	

Závěr: Hypotéza se nepotvrdila, z toho důvodu, že více lidí je dodržuje, dietu a léčebné opatření nařízené lékařem.

Hypotéza č. 4

Věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění.

4H₀: Věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění v 33 %.

4H_A: Věk nemocných ovlivňuje znalost příčiny onemocnění v 67 %.

K testování hypotézy byly použity otázky č. 2, č. 8, č. 10.

Tabulka 4 Testování hypotézy č. 4

Znalosti a věk	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	p
ano	50	62.5%	53.6	67.0%	39.2%
ne	30	37.5%	26.4	33.0%	
Celkem	80	100.0%	80	100.0%	

Závěr: Věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění.

7 Diskuze

Diplomová práce se zabývala problematikou kožního onemocnění a to periorální dermatitidou. Ve výzkumném šetření byl použit explorační kvantitativní výzkum, kde byla použita metodika anonymního dotazníku, jehož prostřednictvím byli osloveni nemocní, které postihla tato nemoc. Výzkum byl realizován v kožních ambulancích Královéhradeckého kraje.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, do jaké míry byli nemocní s periorální dermatitidou informováni o svém onemocnění a zda je v životě omezuje. Byly stanoveny čtyři cíle a z nich vycházely čtyři hypotézy. Zjištěné výsledky výzkumu byly porovnávány s odbornou literaturou a odbornými články.

Dotazník celkem vyplnilo 80 respondentů z toho 76 (95 %) žen a 4 (5 %) muži. Výsledek se shoduje s tvrzením většiny autorů Resl, Vohradníková, Rulcová et. al, že periorální dermatitida postihuje především ženy.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda informovanost pacientů souvisí s dosaženým vzděláním. Na základě tohoto cíle byla stanovena hypotéza - informovanost nemocných nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním. Na tuto hypotézu se zaměřovaly otázky č. 3, č. 13, č. 14, č. 15. Otázka č. 3 zjišťovala dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce vyplněných dotazníků 32 (40 %) bylo od respondentů, kteří měli vysokoškolské vzdělání. Střední školu s maturitou mělo 26 (33 %) dotazujících a 12 (15 %) vystudovalo střední školu bez maturity. Základní školu vystudovalo 10 (12 %) respondentů.

Otázka č. 13 se zaměřovala na spokojenost informací o periorální dermatitidě od ošetřujícího lékaře. Velký počet respondentů 30 (38 %) bylo nespokojeno s informacemi od svého kožního lékaře a spíše ne označilo 21 (26 %). Odpověď nevím označilo 12 (15 %) respondentů. Spokojeno s informacemi od kožního lékaře o periorální dermatitidě bylo 11 (14 %) dotazujících a spíše ano 6 (7 %) respondentů. Šterc (2005) klade důraz na psychosomatický přístup, který je potřebný při prvním kontaktu s pacientem.

Mezi lékařem a nemocným je důležité vytvořit si partnerský vztah a vybudovat vzájemnou důvěru. Nezbytným podmínkou pro tento vztah je čas. Domnívám se, že v dnešní době je málo kožních lékařů a naopak hodně pacientů s kožním onemocněním. A proto kožní lékař nemá potřebný čas, aby pacienta dostatečně informoval.

Otázka č. 14 byla zaměřena na dostatečné informace respondentů o periorální dermatitidě. Většina 27 (34 %) respondentů uvedla, že nemá dostatek informací o periorální dermatitidě a 21 (26 %) dotazujících spíše nemá informace o dermatitidě. Dostatek informací o periorální dermatitidě má 17 (21 %) dotazujících a spíše ano označilo 15 (19 %) respondentů. Vohradníková (2007) uvádí, že nedostatečná informovanost nemocných může být často spojena s psychikou nemocných. Důležitá je edukace nemocného. Je nutné, aby lékař postupoval opakovaně, vytrvale a informace nemocnému ulpěly v paměti a vyvaroval se možným komplikacím.

Otázka č. 15 zkoumala, zda dotazující vyhledávali informace o svém onemocnění někde jinde. Většina 67 (84 %) respondentů si vyhledávala informace o periorální dermatitidě i jinde. Na rozdíl od 6 (8 %) respondentů, kteří si informace nevyhledávali vůbec. Spíše ano odpověděli 4 (5%) respondenti a 2 dotazující zaškrtili, že neví, jestli vyhledávali informace o svém onemocnění. Pouze 1 (1%) respondent odpověděl, že spíše „ne“ nevyhledával informace. Nejvíce respondentů si vyhledávalo informace na internetu. Tento výsledek není vůbec překvapující v dnešní době, kdy se používání internetu stále rozšiřuje u všech věkových kategorií. Pro mnoho lidí je internet nezbytnou součástí každodenního života.

Hypotéza se nám potvrdila, kdy informovanost pacientů nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním. Lidé s nižším vzděláním, měli více informací o svém onemocnění a věděli, kde si informace najít.

Druhým cílem bylo zjistit, zda onemocnění omezuje nemocné v životě. Na základě tohoto cíle byla stanovena hypotéza - periorální dermatitida omezuje nemocné v jejich životě. Na tuto hypotézu se zaměřovaly otázky č. 17 a č. 19.

Otázka č. 17 byla zaměřena na pracovní neschopnost a absenci ve škole. Z výsledků vyplývá, že větší část pacientů 39 (49 %) musela vynechat pracovní den či zameškat ve škole z estetického důvodu. V pracovní neschopnosti z estetických důvodů nemuselo být 27 (34 %) dotazujících. Spíše ano odpovědělo 6 (7 %) respondentů a nevím zaškrtno 5 (6 %) dotazujících. Absenci či nepochopnost spíše neměli 3 (4 %) nemocní. Pánková (2008) říká, že kůže je hraniční, smyslový a komunikativní orgán. Společenský význam kůže souvisí s viditelností kožních projevů, estetickým hlediskem a představami, které se předávají z pokolení na pokolení. Viditelné kožní projevy ovlivňují představy o vlastním těle, o sebehodnocení, o mezilidských vztazích a proto někteří nemocní nejdou do práce či chybí ve škole. Subjektivní prožívání nebývá přímo úměrné závažnosti kožních změn.

Otázka č. 19 zjišťovala, zda nemocné omezuje periorální dermatitida v životě. Periorální dermatitida omezuje v životě 46 (57 %) dotázaných. Periorální dermatitida neomezuje v životě 14 (18%) respondentů. Spíše ano odpovědělo 9 (11 %) respondentů a nevědělo, zda je dermatitida omezuje 6 (8%) dotazujících. 5 (6 %) odpovědělo, že dermatitida je spíše neomezuje v životě. Hradinská (2010) uvádí, že ženy periorální dermatitida omezuje v životě z důvodu používání pouze vybrané kosmetiky. V akutních fázích je pro ženy těžké úplně vynechat kosmetické výrobky, protože chtějí vypadat za každou cenu hezky.

Hypotéza byla potvrzena. Periorální dermatitida omezuje nemocné v jejich životě.

Cílem č. 3 bylo zjistit, zda nemocní dodržují preventivní opatření. K takto stanovenému cíli byla následně zformulována tato hypotéza - Nemocní s periorální dermatitidou nedodržují dietu a léčebné opatření nařízené lékařem. S touto hypotézou souvisejí otázky č. 12, č. 23, č. 27.

Otázka č. 12 zkoumala, zda nemocní chodili na pravidelné kontroly ke svému ošetřujícímu lékaři. Většina 50 (62%) respondentů s periorální dermatitidou chodila na pravidelné kontroly k svému dermatologovi. Bohužel 30 (38 %) dotazujících s periorální dermatitidou nenavštěvovalo svého dermatologa na pravidelných kontrolách. Hercogová (2007) uvádí, že je lepší navštívit lékaře než léčit dermatitidu samoléčbou. Důležité je, aby nemocní chodili na pravidelné kontroly.

Nemocný by měl docházet na pravidelné, případně i dispenzární kontroly, protože akutní fáze dermatitidy se může často měnit. Většina respondentů byla zodpovědná a chodila na pravidelné kontroly.

Otázka č. 23 byla zaměřena na úpravu stravy při léčbě periorální dermatitidy. Z výsledků vyplývá, že 49 (61 %) respondentů stravu upravili během léčby, ale 31 (39 %) dotazujících stravu během léčby neupravili. U periorální dermatitidy se doporučuje nedráždivá strava, která by neměla obsahovat ostré, kyselé, kořeněné a aromatické potraviny. Alkohol a jiné pochutiny je dobré vyloučit, a to až do úplného vymizení příznaků. Dlouhodobá dieta má význam především u chronické a recidivující dermatitidě. To doporučuje doktorka Benáková (2013).

Otázka č. 27 zkoumala dodržování preventivního opatření. Pouze některá doporučení dodržovalo 40 (50 %) respondentů, striktně ano dodržovalo preventivní opatření 27 (34 %) dotazujících. Preventivní opatření nedodržovalo vůbec 13 (16 %) respondentů. Velmi významnou roli v léčbě a v režimovém opatření má edukace pacienta lékařem nebo zdravotní sestrou. V prevenci vzniku periorální dermatitidy se musí brát v potaz rezervovaný postoj ke kosmetickým přípravkům a důležité je striktní dodržování indikací, druhů a doby používání kortikosteroidů při aplikaci na obličej. Vohradníková (2007) doporučuje promašťovat kůži střídmě a radí neexperimentovat a nezkoušet velké množství kosmetických přípravků v krátké době.

Hypotéza se nepotvrdila, z toho důvodu, že více lidí dodržuje dietu a léčebné opatření nařízené lékařem.

Cíl č. 4 : Věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění. K takto stanovenému cíli byla následně zformulována tato hypotéza - Věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění. K následující hypotéze se vztahovaly otázky č. 2, č. 8, č. 10.

Otázka č. 2 zjišťovala věk respondentů. V největším počtu se zúčastnili respondenti ve věku 21- 35 let, do výzkumu se jich zapojilo 49 (61 %). Další větší skupinou bylo zastoupení ve věku od 36 let do 45 let, kterých bylo 21 respondentů (26 %). Poté následovala skupina ve věkovém rozmezí 46 - 55 let, kterou tvořilo 8 respondentů (10 %). Nejméně početnou skupinou zastoupili respondenti ve věku od 15 – 20 let, tento věk označili 2 respondenti (3 %). Doktorka Rulcová (2015) uvádí, že nejvíce periorální dermatitida postihuje nemocné ve věku 21 - 45 let a to se v mém výzkumu potvrdilo.

Otázka č. 8 vyhodnocuje znalost příčiny periorální dermatitidy. Z výsledků vyplývá, že 25 (31 %) respondentů označilo, že příčinu zná spíše ano a 21 (26 %) dotazujících odpovědělo ano a to znamená, že znali příčinu svého onemocnění. Odpověď spíše ne označilo 13 (16 %) respondentů a příčinu periorální dermatitidy neznali 11(14 %) dotazujících. O příčině vniku periorální dermatitidy nevědělo 10 (13 %) respondentů. Příčina onemocnění není celkem objasněna, ale nejčastější příčiny jsou aplikace kortikosteroidů a přehnané používání kosmetiky, uvádí Hradinská (2008).

Otázka č. 10 se zaměřovala na návštěvu praktického lékaře při prvním objevení příznaků. Při prvním objevení příznaku navštívilo praktického lékaře 57 (71 %) respondentů. Praktického lékaře při objevení prvního příznaku nenavštívilo 23 (29 %) dotazujících. Při objevení prvních příznaků je důležité navštívit lékaře. Na prvním místě lékaře praktického, který pacientovi napíše doporučení ke kožnímu lékaři. Je lepší navštívit lékaře, než léčit dermatitidu samoléčbou uvádí doktor Bělobrádek (2011).

Hypotéza se potvrdila, věk nemocných neovlivňuje znalost příčiny onemocnění.

8 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaký je život nemocných s periorální dermatitidou. Incidence periorální dermatitidy neustále stoupá, a proto je důležité se touto problematikou zabývat. Poměrně velká část odborné literatury popisuje příznaky, příčinu a léčbu dermatitidy, ale jen malá část je zaměřena na psychiku a životní úděl nemocného. Periorální dermatitida patří mezi onemocnění, které mají predispozice k recidivám i několik let.

Ve výzkumném šetření byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem práce bylo zjistit, zda informovanost pacientů souvisí s dosaženým vzděláním. Z výsledků nám vyplynulo, že informovanost pacientů nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním. Více informací měli respondenti se středním vzděláním, než dotazující, kteří vystudovali vysokou školu.

Druhým cílem bylo zjistit, zda onemocnění omezuje nemocné v životě. Došli jsme k závěru, že periorální dermatitida pacienty v jejich životě omezuje. Velký počet respondentů muselo být v pracovní neschopnosti či měli absenci ve škole.

Třetím cílem této práce bylo posoudit, zda nemocní dodržují preventivní opatření. Výsledky výzkumu ukázaly, že nemocní s periorální dermatitidou dodržují dietu a léčebné opatření nařízené lékařem. Respondenti jsou zodpovědní a svoji nemoc neberou na lehkou váhu.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda věk pacientů ovlivňuje znalost příčiny onemocnění. Došli jsme k závěru, že věk nemocných znalost příčiny onemocnění neovlivňuje. Příčina onemocnění je multifaktoriální, ale většina respondentů, zná příčinu svého onemocnění.

Obecně lze konstatovat, že se touto tématikou zabývá málo informačních zdrojů, s výjimkou internetových portálů, kde je tato problematika poměrně hojně diskutována širokou veřejností. Práce pomohla podhalit problémy nemocných s periorální dermatitidou. Účelem této práce bylo podat čtenářům věcnou, praktickou informaci o periorální dermatidě. Na základě zjištěných skutečností lze vydedukovat doporučení.

Lékaři by měli více informovat nemocné a navázat s nimi dobrý vztah, který dokáže ovlivnit zdravotní a psychický stav jedince a pomůže snášet všechny těžkosti, které nemoc obnáší.

Výstupem mé závěrečné práce je informační leták o periorální dermatitidě. Leták obsahuje krátké seznámení s anatomii kůže a poté se zaměřuje na periorální dermatitidu jako nemoc, příčinu, příznaky, diagnostiku a léčbu. V závěru je popsána prevence onemocnění. Informační leták bude umístěn v kožních ambulancích Královéhradeckého kraje a na kožním oddělení.

Jsem ráda, že jsem v souvislosti se zpracováním diplomové práce hlouběji pronikla do této problematiky, jež periorální dermatitida přináší, a tak lépe porozuměla problémům, které mají vliv na život nemocných.

Seznam použité literatury

1. ARENBERGER, Petr a OBSTOVÁ, Iva. *Obecná dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Czechopress Agency, 2001, 246 s. ISBN 80-902-6324-0.
2. BENÁKOVÁ, Nina et al. *Dermatologie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2008, 223 s. ISBN 978-80-204-1875-3.
3. BENÁKOVÁ, Nina. *Ekzémy a dermatitidy v lékařské praxi: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2006, 125 s. ISBN 80-7345-078-x.
4. BENÁKOVÁ, Nina et al. *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie 2006/07*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 294 s. Trendy v medicíně. ISBN 80-7254-855-7.
5. BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2011, 215 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.
6. BIENOVÁ, Martina, KUČEROVÁ, Renata, *Retinoidy v dermatologii. Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 4, s. 171-174. ISSN: 1802-2960.
7. BOPE, Edward et al. *Conn's Current Therapy*. 1e. Columbus: Better World Books, 2015. ISBN 978-0-323-35535-3.
8. BRYCHTA, Pavel a STANEK, Jan a BERGEROVÁ, Yvonne *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 329 s. ISBN 978-80-247-0795-2.
9. DUCHKOVÁ, Hana. Periorální dermatitida. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2015, roč. 57, č. 1, s. 5-10. ISSN: 1213-9106.
10. DUCHKOVÁ, Hana. Rosacea. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2012, roč. 54, č. 3, s. 82-89. ISSN: 1213-9106.
11. DUCHKOVÁ, Hana, RESL, Vladimír. Diagnostika a léčba demodikózy. Abscedující recidivující demodikóza u skláře. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2012, roč. 54, Speciál III, s. 42-46. ISSN: 1213-9106.
12. DUCHKOVÁ, Hana. Dermatitis perioralis. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 2, s. 85-87. ISSN: 1802-2960.

13. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 544. ISBN 978-80-247-3240-4.
14. GRYCOVÁ, Martina. Dermatitis seborrhoica. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 2, s. 77-78. ISSN: 1802-2960.
15. HAVLÍČKOVÁ, Michaela, GABRYŠOVÁ, Tereza. Rosacea. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2008, roč. 50, č. 1, s. 19-24. ISSN: 1213-9106.
16. HERCOGOVÁ, Jana. Pozorování toho, co je a co se děje před našima očima. *Československá dermatologie*, 2007, Roč. 82, č. 1, s. 3-4. ISSN: 0009-0514.
17. HRADISKÁ, Andrea. Periorálna dermatitida. *Medicína pro praxi*, 2010, roč. 7, č. 2, s. 74-75. ISSN: 1214-8687.
18. JIRÁSKOVÁ, Milena, JIRÁSEK, Lubor. Možnosti a úskalí léčby kortikoidy v dermatologii. *Practicus*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 6-10. ISSN: 1213-8711.
19. JUNÁŠEK, Milan. Seboroická dermatitida. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 1, s. 6-12. ISSN: 1802-2960.
20. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 790 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
21. KLAUZOVÁ, Kateřina. Rozacea novinky v patogenezi, nová klasifikace, terapie a rizikové faktory. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2011, roč. 53, č. 2, s. 22-30. ISSN: 1213-9106.
22. KUKLOVÁ, Ivana. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2011, 158 s. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-28-2.
23. KULÍKOVÁ, Zuzana. Diagnostika a léčba kontaktních alergických dermatitid. *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 19, s. 15-16.
24. LAM, J., FRIEDLANDER, S.F. Atopic Dermatitis: A recent advances in the field. *Pediatr Health*, 2008, 2 (6), p. 733-747.
25. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
26. MACHOVCOVÁ, Alena. Celkově podávaný isotretinoin v léčbě akné. *Dermatologie pro praxi*, 2011, roč. 5, č. 4, s. 218-221. ISSN: 1802-2960.
27. MACHOVCOVÁ, Alena. Kontaktní alergický ekzém/ kontaktně alergická dermatitida. *Dermatologie pro praxi*, 2009, roč. 3, č. 2, s. 98-101. ISSN: 1802-2960.

28. MACHOVCOVÁ, Alena. Kontaktní alergický ekzém/ kontaktně alergická dermatitida. *Dermatologie pro praxi*, 2009, roč. 3, č. 2, s. 98-101. ISSN: 1802-2960.
29. MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 302. ISBN 978-802-4715-216.
30. MICHALÍKOVÁ, Helena. Kontaktní alergie v dětství a v dospívání. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 4, s. 167-169. ISSN: 1802-2960.
31. NEVORALOVÁ, Zuzana. Atopický ekzém – teorie i praktické rady. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 3, s. 104-110. ISSN: 1802-2960.
32. NEVORALOVÁ, Zuzana. Závažná forma růžovky u 32leté pacientky. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 3, s. 130-133. ISSN: 1802-2960.
33. NIEDNER, Roland a ADLER, Yael. *Kožní choroby: kapesní obrazový atlas*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 359 s. ISBN 80-7254-734-8.
34. OBSTOVÁ, Iva. Etiopatogeneze a terapie acne vulgaris. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 3, s. 111-115. ISSN: 1802-2960.
35. PÁNKOVÁ, Růžena. Atopická dermatitida – co je nového?. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 1, s. 25-30. ISSN: 1802-2960.
36. PÁNKOVÁ, Růžena, KUKLOVÁ, Ivana. Psychosomatický přístup z pohledu dermatovenerologa. *Pediatric pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 1, s. 32-34. ISSN: 1213-0494.
37. PERALTA, Lígia a MORAIS, Paulo. Perioral dermatitis – the role of nasal steroids. *Cutaneous and Ocular Toxicology*. 2012, 31(2), 160-163. ISSN 1556-9527.
38. POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
39. RULCOVÁ, Jarmila. Přehled nejčastějších obličejových dermatóz. I. část. *Medicína pro praxi*, 2015, roč. 12, č. 2, s. 64-66. ISSN: 1214-8687.
40. RULCOVÁ, Jarmila. Přehled nejčastějších obličejových dermatóz. I. část. *Dermatologie pro praxi*, 2014, roč. 8, č. 3, s. 98-101. ISSN: 1802-2960.

41. RULCOVÁ, Jarmila. Přehled nejčastějších obličejových dermatóz. II. část. *Dermatologie pro praxi*, 2014, roč. 8, č. 4, s. 133-137. ISSN: 1802-2960.
42. RULCOVÁ, Jarmila. Rosacea faciei - etiologie a patogeneze. část I. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2013, roč. 55, č. 3, s. 30-34. ISSN: 1213-9106.
43. ROOK, Arthur, BURNS, Tony et al. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2010, s. 4432. ISBN 978-1-4051-6169-5.
44. VOHRADNÍKOVÁ, Olga. Akné a dermokosmetika. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 130-133. ISSN: 1802-2960.
45. VOHRADNÍKOVÁ, Olga. Dermatitis perioralis. *Practicus*, 2007, roč. 6, č. 4, s. 150-151. ISSN: 1213-8711.
46. VOHRADNÍKOVÁ, Olga. Obličejové dermatózy. *Dermatologie pro praxi*, 2007, roč. 1, č. 3, s. 119-124. ISSN: 1802-2960.
47. SALAVEC, Miloslav. Dermatitis seborrhoica. *Dermatologie pro praxi*, 2010, roč. 4, č. 4, s. 186-191. ISSN: 1802-2960.
48. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
49. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2013, 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
50. ZELENKOVÁ, Darina. Seboroická dermatitida. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2010, roč. 52, č. 2, s. 29-32. ISSN: 1213-9106

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	45
Graf 2 Věk respondentů.....	46
Graf 3 Vzdělání respondentů.....	47
Graf 4 Zaměstnání respondentů.....	48
Graf 5 Povolání zaměstnaných respondentů	49
Graf 6 Věk prvního objevení příznaku periorální dermatitidy	50
Graf 7 Doba léčení s periorální dermatitidou	51
Graf 8 Znalost vzniku příčiny periorální dermatitidy.....	52
Graf 9 Příčiny periorální dermatitidy	53
Graf 10 První příznak návštěva praktického lékaře.....	54
Graf 11 Počet navštívených kožních lékařů	55
Graf 12 Pravidelné kontroly u dermatologa	56
Graf 13 Dostačená informovanost pacienta od lékaře.....	57
Graf 14 Informace pacienta o periorální dermatitidě	58
Graf 15 Vyhledávání informací o periorální dermatitidě	59
Graf 16 Zdroj informací o periorální dermatitidě.....	60
Graf 17 Pracovní neschopnost, absence ve škole z estetických důvodů	61
Graf 18 Počet neschopností v práci nebo absence ve škole za rok.....	62
Graf 19 Omezování života periorální dermatitidou.....	63
Graf 20 Přidružená onemocnění periorální dermatitidy	64
Graf 21 Seznam nejčastěji používaných zubních past respondentů	65
Graf 22 Užívání antikoncepce	66
Graf 23 Úprava stravy při léčbě	67
Graf 24 Kosmetické výrobky používané nemocnými	68
Graf 25 Léky k léčbě periorální dermatitidy předepsané lékařem	69
Graf 26 Znalost nulové terapie respondentů.....	70
Graf 27 Dodržování preventivního opatření.....	71

Seznam obrázků

Obrázek 1 Periorální dermatitida.....	90
Obrázek 2 Rozacea	90
Obrázek 3 Seborrhoická dermatitida	91
Obrázek 4 Acne vulgaris	91
Obrázek 5 Dospělá forma atopického ekzému	92
Obrázek 6 Demodikóza	92

Seznam tabulek

Tabulka 1 Testování hypotézy č. 1	72
Tabulka 2 Testování hypotézy č. 2	73
Tabulka 3 Testování hypotézy č. 3	74
Tabulka 4 Testování hypotézy č. 4	75

Přílohy

Příloha č. 1 – Obrázky

Obrázek 1 Periorální dermatitida



Zdroj: HRADISKÁ, Andrea. Periorálna dermatitida. *Medicína pro praxi*, 2010, roč. 7, č. 2, s. 74-75. ISSN: 1214-8687.

Obrázek 2 Rozacea



Zdroj: NEVORALOVÁ, Zuzana. Závažná forma rúžovky u 32leté pacientky. *Dermatologie pro praxi*, 2015, roč. 9, č. 3, s. 130-133. ISSN: 1802-2960.

Obrázek 3 Seborrhoická dermatitida



Zdroj: ZELENKOVÁ, Darina. Seboroická dermatitida. Referátový výběr z dermatovenerologie, 2010, roč. 52, č. 2, s. 29-32. ISSN: 1213-9106.

Obrázek 4 Acne vulgaris



Zdroj: MACHOVCOVÁ, Alena. Celkově podávaný isotretinoin v léčbě akné. *Dermatologie pro praxi*, 2011, roč. 5, č. 4, s. 218-221. ISSN: 1802-2960.

Obrázek 5 Dospělá forma atopického ekzému



Zdroj: JIRÁKOVÁ, Anna, SLAVÍKOVÁ, Šárka, VOJÁČKOVÁ, Naděžda, HERCOGOVÁ, Jana. Atopická dermatitida. *Postgraduální medicína*, 2010, roč. 12, č. 4, s. 409-418. ISSN: 1212-4184.

Obrázek 6 Demodikóza



Zdroj: DUCHKOVÁ, Hana, RESL, Vladimír. Diagnostika a léčba demodikózy. Abscedující recidivující demodikóza u skláře. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2012, roč. 54, Speciál III, s. 42-46. ISSN: 1213-9106.

Příloha č. 2 – Informační leták

PERIORÁLNI DERMATITIDA



Informační brožurka



Anatomie kůže

Jeden z největších orgánů lidského těla je kůže, která zaujímá 1,5 – 2 m² kožního povrchu v závislosti na konstituci a výšce jedince. Představuje důležitý orgán metabolismu, zásobárnu a především důmyslnou ochranu před zevním prostředím a je odrazem psychosociálních vjemů a podnětů. Proto se na kůži i "podepisují" nejrůznější ataky přicházející z okolí. Kůže se skládá z pokožky, škáry a podkožní vaziva.

Periorální dermatitida

Akutní zánětlivé onemocnění kůže obličeje, které může být chronické a často recidivující. Je to relativně časté onemocnění vyskytující se především u žen okolo 20- 30 roku života, může toto onemocnění postihnout méně.

Příčina vzniku onemocnění

Příčina onemocnění je multifaktoriální. Nejčastější příčinou vzniku periorální dermatitidy je samoléčení kortikosteroidy, které ženy používají na nejrůznější kožní nálezy na obličej. Kosmetika má taky velký význam ve vzniku dermatitidy. Aplikace hydratačních krémů může vyvolat periorální dermatitidu kosmetika. Nejčastější faktory, které vedou nebo přispívají ke vzniku této dermatózy jsou složky kosmetiky, mechanická iritace, ultrafialové záření, rozmanité zubní výplně s obsahem rtuti či antikoncepce.

Příznaky

Kožní projevy jsou ze začátku velmi diskrétní, většinou je to malé seskupení papulek s jemným šupěním na lehce zarudlém podkladě. Nejčastěji se projevy periorální dermatitidy vyskytují na tvářích, nosu a na bradě, kolem červeně rtů se projevy nevyskytují. Zřídka kdy se objevují kolem očí, očních víček, na čele či tvářích. Dostí typickým projevem je bělavý proužek kolem červeně rtů. Kůže může být napjatá, suchá a nemocný pociťuje pálení a svědění v postižené části.

Diagnostika

Při objevení prvních příznaků je důležité navštívit lékaře. Je lepší navštívit lékaře než léčit dermatitidu samoléčbou. Diagnostika periorální dermatitidy je založená na klinickém vyšetření, které musí být podrobné a pečlivé. Klinický obraz nám určí fázi onemocnění a zhodnocení celkového stavu kůže na obličej. Dále vyšetřujeme pomocnými testy a laboratorním vyšetřením.


Léčba

Hlavní zásadou léčby je důležité stanovit správnou diagnózu. V léčbě dermatitidy platí obecné zásady o tom, že léčba musí být komplexní, diferencovaná, kombinovaná a individualizovaná. Komplexní léčba se zabývá nejen somatickými a psychosociálními aspekty, avšak zejména vlastní léčbou i prevencí. Nemocný by měl docházet na pravidelné případně i dispenzární kontroly, protože akutní fáze dermatitidy se může často měnit. Kombinovaná léčba se zaměřuje na používání více účinných látek dohromady než monoterapie. Tato léčba má větší efekt, nastupuje rychleji a může snižovat nežádoucí účinky některého léčiva. Poslední je individualizovaná léčba, kde lékař naordinuje léčbu pacientovi na míru.

Prevence

V prevenci vzniku periorální dermatitidy se musí brát v potaz rezervovaný postoj ke kosmetickým přípravkům a důležité je striktní dodržování indikací, druhů a doby používání kortikosteroidů při aplikaci na obličej. Po vymizení periorální dermatitidy přetrvávají v kůži predispozice několik let pro toto onemocnění. Dermatologové doporučují promašťovat kůži střídmě a radí neexperimentovat a nezkoušet velké množství kosmetických přípravků v krátké době.

Prostor pro Vaše poznámky:



.....

.....

.....

.....


.....


.....


.....


.....

§ případnými dotazy se obraťte na svého lékaře:

 jméno:

 adresa:

 telefon:

 e-mail:

Zdroje:

HRADISKÁ, Andrea. Periorálna dermatitida. *Medicína pro praxi*, 2010, roč. 7, č. 2, s. 74-75. ISSN: 1214-8687.

VOHRADNÍKOVÁ, Olga. Obličejové dermatózy. *Dermatologie pro praxi*, 2007, roč. 1, č. 3, s. 119-124. ISSN: 1802-2960.

DUCHKOVÁ, Hana. Periorální dermatitida. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 2015, roč. 57, č. 1, s. 5-10. ISSN: 1213-9106.

Příloha č. 3 - Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Martina Rejlová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií obor Ošetrovatelství vybraných klinických oborech. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce na téma: „Periorální dermatitida“. Dotazník je anonymní. Zakroužkujte prosím odpověď, případně ji doplňte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 15 - 20 let
- b) 21 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) 46 - 55 let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity / vyučen
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

4. Jaké je Vaše zaměstnání?

- a) Student/ka
- b) Pracující
- c) Nezaměstnaný/á

5. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli za b, vyberte, v jakém oboru pracujete?

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) stevard/ka | e) učitelka |
| b) kosmetička | f) práce na veřejnosti |
| c) prodavačka | g) servírka |
| d) zdravotní sestra | h) jiné..... |

6. V kolika letech se u Vás poprvé objevila periorální dermatitida?

- a) 15 - 20 letech
- b) 21 - 30 letech
- c) 31- 40 letech
- d) 41 - 50 letech

7. Jak dlouho se léčíte s periorální dermatitidou?

- a) méně jak 1 rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-5 let
- d) 6 let a více

8. Jste si vědomi příčiny, která u Vás vyvolala periorální dermatitidu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano či spíše ano, označte příčinu.

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| a) kosmetika | e) samoléčba |
| b) kortikosteroidy | f) zubní pasty a ústní vody |
| c) UV záření | g) antikoncepce |
| d) mechanické dráždění | h) jiné..... |

10. Navštívili jste při objevení prvního příznaku praktického lékaře?

- a) Ano
- b) Ne

11. Kolik jste navštívili kožních lékařů se svým onemocněním?

- a) 1 lékaře
- b) 2 lékaře
- c) 3 lékaře
- d) 4 a více

12. Chodíte na pravidelné kontroly k lékaři?

- a) Ano
- b) Ne

13. Byli pro Vás informace o Vašem onemocnění od ošetřujícího lékaře dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

14. Máte o problematice periorální dermatitidy dostatek informací?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15. Vyhledávali jste informace o Vašem onemocnění i jinde?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

16. Pokud ano, kde jste se o nich dozvěděli? (Možnost zaškrtnou více odpovědí)

- a) Dočetl/a jsem se o nich v odborné literatuře, časopise či v informačním letáku
- b) Internet
- c) Od známých, přátel
- d) Jiné.....

17. Museli jste být někdy s tímto onemocněním především z estetických důvodů pro značné zhoršení vyrážky v pracovní neschopnosti nebo mít absenci ve škole?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

18. Pokud jste odpověděli ano, kolikrát jste se v této situaci nacházeli?

- a) 1x za rok
- b) 2x za rok
- c) 3x i více za rok

19. Myslíte si, že Vás onemocnění omezuje ve vašem životě?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

20. Léčili jste se někdy s některým z těchto onemocnění?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) atopický ekzém | e) demodikóza |
| b) kontaktní, toxická, alergická dermatitida | f) kvasinkové onemocnění |
| c) akné | g) rosacea |
| d) seborrhoická dermatitida | h) neléčili |

21. Jakou používáte pastu a přípravky zubní hygieny? Vypište.

22. Užíváte antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

23. Upravili jste při léčbě stravu?

- a) Ano
- b) Ne

24. Jaké kosmetické výrobky používáte denně na pleť?

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| a) odličovač, odličovací mléko, | f) make-up, pudr |
| b) mycí gely, čistící pěny | g) oční krém |
| c) pleťová voda | h) podkladová báze |
| d) hydratační krémy | ch) pleťové masky |
| e) krémy proti vráskám | |

25. Jaké léky Vám předepsal Váš lékař? Vypište.

.....

26. Víte co znamená „Nulová terapie“ pokud Ano vypište?

- a) Ano.....
- b) Ne

27. Dodržujete preventivní opatření?

- a) Striktně ano
- b) Pouze některá doporučení
- c) Ne

