

Kožní problémy u kojenců a batolat II.

Co lze zvládnout doma (a jak) a kdy je nutné navštívit pediatra

PharmDr. Klára Bechná

Lékárna Na Středisku, Kopřivnice

Dětská kůže je vysoce citlivý orgán, a proto není divu, že kožní vyrážky a ekzémy patří mezi běžné zdravotní obtíže v nejtěšším věku života. Druhý díl přehledového článku navazuje na problematiku neinfekčních kožních problémů kojenců a batolat. Tentokrát se zaměřením na seboroickou dermatitidu, atopický ekzém a reakce kůže na slunění či kontakt s živočichy.

Klíčová slova: seboroická dermatitida, seboroea, atopická dermatitida, atopický ekzém, fotodermatitida, sluneční alergie, spálení od slunce, kontakt s živočichem, srpnová vyrážka, vyrážka plavců.

Skin problems in infants and toddlers II.

What can be managed at home (and how) and when it is necessary to see a paediatrician

Children's skin is a highly sensitive organ, so it is not surprising that skin rash and eczema are among common complaints in the very early age of life. The second part of the review article further discusses the issue of non-infectious skin problems in infants and toddlers. This time with a focus on seborrhoeic dermatitis, atopic eczema, and skin reactions to sun exposure or to contact with animals.

Key words: seborrhoeic dermatitis, seborrhoea, atopic dermatitis, atopic eczema, photodermatitis, sun allergy, sunburn, contact with animal, trombiculosis, swimmer's itch.

Seboroická dermatitida (dermatitis seborrhoica)

Seboroická dermatitida (SD) je řazena mezi chronické kožní onemocnění, které postihuje především tři skupiny populace – děti v prvních třech měsících života (tzv. *SD infantum*), dospívající v době puberty a dospělí pacienti mezi 40. až 60. rokem života (tzv. *SD adultorum*). Projevy i lokalizace SD jsou u jednotlivých skupin pacientů odlišné. U kojenců je incidence nemoci vysoká, uvádí se až 42 %. SD obvykle propuká mezi 4. a 6. týdnem věku života, častěji se vyskytuje u chlapců, což pravděpodobně souvisí s hormonální androgenní aktivitou (1–3). Lokalizace SD koreluje s oblastmi, kde je zvýšená hustota mazových žláz, zasažena bývá nejčastěji pokožka obličeje (nazolabiální záhyby, oční víčka a obočí), pokožka hlavy (temenní oblast

bývá většinou jedním z prvních míst, které je zasaženo, tzv. *cradle cap*, tedy čepička z kolébky), oblast za ušima, horní část hrudníčku a oblast pod plenkou. Typickým příznakem jsou bílé až žluté mastné šupiny různé síly, od tenkých až po pevně lpějící nánosy, obvykle na lososově načervenalé pokožce. Na rozdíl od atopického ekzému pokožka se seboroeou svědí výjimečně. Přesto může být u malých dětí obtížné rozhodnout, zda ložiska odpovídají seboroické nebo atopické dermatidě. Někteří autoři dokonce zpochybňují existenci SD u kojenců jako samostatné klinické jednotky a považují ji za variantu atopického ekzému (4).

SD je pravděpodobně multifaktoriálním onemocněním. Na jeho etiologii se kromě individuálních faktorů, jako jsou genetické predispozice, imunitní odpověď, činnost mazových žláz,

podílí i na první pohled fyziologická kolonizace kůže kvasinkami rodu *Pityrosporum ovale*, syn. *Malassezia furfur* (5). Ty na predisponované pokožce spouštějí kaskádu kožních reakcí a změn, které se u SD vyskytují (2, 5, 6). SD u dětí obvykle vymizí spontánně do 8. až 12. měsíce života, přesto by se péče o seboroickou pokožku neměla podcenit. Jednou z možných komplikací je sekundární bakteriální nebo kvasinková infekce nebo tzv. *erythrodermie*, při které dochází k olupování pokožky celého těla a která již vyžaduje hospitalizaci.

Cílem terapie SD je utlumit zánět, zmírnit mazotok a zabránit komplikacím, tedy kolonizaci mikroorganismy. Péče o pokožku se SD vyžaduje trpělivost, a to nejen proto, že SD velice často recidivuje. Je dobré připravit rodiče dítěte, že účinek léčby se může dostavit po 6 až 8 týdnech.

V žádném případě nestrháváme šupinky násilím. Při koupeli se používají dětské šampony bez antimykotik (např. Linola šampon) a po nanesení šampónu se jemným třením houbičky nebo dětského kartáčku do vlasů usnadňuje odlupování kožních šupin. Mírným pročešáváním vlásků lze vyčesávat volné šupinky i kdykoliv jindy během dne. Pokud tento způsob není zcela účinný, lze doporučit použít cca hodinu před koupáním emolencia (např. olivový nebo slunečnicový olej) s následným zabalením hlavy do teplé mokré pleny (7). Příznivý efekt na pokožku mohou mít přípravky obsahující ureu, např. Excipial U Lipolotio (3). Nebo lze použít krém ABCDerm Baby Squam od Biodermy, který díky kombinaci dvou účinných látek, arabinogalaktanu a esterů kyseliny mléčné, šetrně přispívá k odstranění šupinaté pokožky. V závažnějších případech je možno použít Nizoral šampón s 2% ketokonazolem, účinným proti *Malassezii* (6). U velmi malých dětí s rozsáhlým projevem SD, nebo pokud nedochází ke zlepšení potíží, je vhodné vyhledat odbornou pomoc. V případě, že se SD vyskytuje v intertriginózní oblasti, lze doporučit použití antimykotických past (např. Imazol krémpasta) nebo použití měkké zinkové pasty (1). Použití přípravků s kyselinou salicylovou (např. účinný salicylový olej, Rp. 1) se do 6. měsíce věku vyhýbáme z důvodu vysoké percutánní absorpce kyseliny salicylové přes dětskou pokožku a rizika systémových účinků.

Rp. č. 1 – Salicylový olej	
Ac. salicylici	3,0
Olei olivae	ad 100,0
M.f.sol.	
Poznámky <ul style="list-style-type: none"> ■ Přípravek je vhodné nanést alespoň 3 hodiny před mytím vlásků ■ Poté z vlásků jemně a nenásilně vyčesat uvolněné šupinky a přípravek vymýt ■ Přípravek je vhodný pro ošetření SD ve kčisti u dětí starších půl roku, maximálně 2x za týden 	
Převzato z (1)	

Atopická dermatitida (dermatitis atopica)

Atopická dermatitida (AD) je chronické závažné onemocnění kůže, charakteristické typickým pruritem. Řecké slovo *atopie*, od něhož je název nemoci odvozen, znamená *neobvyklý, bez místa* (8). Jedná se o časté onemocnění, kterým trpí 15 až 30 % dětí. Incidence je u obou pohlaví stejná. Až 80 % případů AD se vyskytne

Tab. 1. Provokující látky, zhoršující AD

- Alergeny (prach, roztoči, pyly, srst domácích zvířat)
- Potravinové alergen (vaječná bílkovina, kravské mléko, arašidy, jahody, citrusové plody a štáva z nich)
- Iritanty (detergenty, nevhodná tělová kosmetika, prací prášek, cigaretový kouř)
- Teplota a vlhko (horká voda, pot, málo vzdušné oblečení)
- Mikroorganismy (bakterie, viry, plísňe, kvasinky)
- Nervozita, podráždění, stres

Tab. 2. Vhodná režimová opatření u AD

- Vyhnout se provokujícím a dráždivým faktorům, zhoršujícím AD
- Aktivně rozpoznávat individuální iritanty dítěte
- Koupat dítě jen 2–3x týdně, krátkou dobu – do 5 minut, ve vlažné vodě 36–37 °C
- Vyhnout se běžným mýdlům, raději používat speciální mýdla a syndety určená pro atopiky
- Používat olejové přísady do koupele
- Dítě po koupeli osušit jemnými pohyby nebo poklepem
- Dodržovat „pravidlo 3 minut“. Po koupeli je nutno ošetřit pokožku vhodným emoliencem do 3 minut, aby kůže zůstala hydratovaná a nedošlo ke kontrakci rohové vrstvy a k dalšímu popraskání pokožky
- Vyhnout se hrubým a dráždivým oděvům (vlna, kožešiny apod.)
- Vyhnout se teplotním extrémům (horké, vlhké nebo naopak studené a suché prostředí)
- Pokud to lze, krmit dítě alespoň do 4. až 6. měsíce výhradně mateřským mlékem
- U nekojených batolat raději zvolit hypoalergenní mléka
- U větších dětí zvolit pestrý, přesto vhodný, nedráždivý jídelníček
- Zabránit rozškrábání pokožky (rukavičky, ostříhané nehty)
- V prevenci pruritu je potřeba vyzdvihnout i význam chladného prostředí

již v prvních pěti letech života (9, 10). Příčiny vzniku jsou multifaktoriální, předpokládá se vliv genetický (pravděpodobně autozomálně dominantní dědičnost), dále neurohumorální dysbalance, imunologické poruchy a dysfunkce kožní bariéry, u které dochází k mutaci pro gen kódující důležitou strukturní bílkovinu pokožky (8, 9, 11). S atopickým ekzémem mohou souviset i další „alergická onemocnění“, jakými jsou astma nebo alergická senná rýma. Provokující látky (Tab. 1) samy o sobě nemohou atopický ekzém vyvolat, mohou však jeho stav zhoršit.

U dětí s AD je důležité vědět, že se jedná o recidivující onemocnění s četnými epizodami exacerbace a remise, s obvyklou tendencí se s rostoucím věkem zlepšovat. Nemoc samu o sobě nelze vyléčit, lze však dosáhnout stavu, kdy na kůži nebude nemoc patrná a bude tzv. zahojená. Postižená kůže je důsledkem odlišné stavby pokožky (nižší obsah ceramidů), která je méně pružná a snáz ztrácí hydrataci. Mimo jiné je citlivější na působení provokujících látek, které často vyvolávají zánět. Kojenecká forma AD zpravidla propuká u dětí mezi 4. až 6. měsícem, nejčastěji na obličejové části hlavy – tváře, čelo, vlasy, oblast okolo uší a krk. Později, u starších dětí mezi prvním a druhým rokem života, jsou více postiženy extenzní plochy paží a nohou, loketní a podkolenní jamky, šije, nártý a zápěstí. Exacerbace nemoci se projevuje prudkým zhoršením, otokem, zvýšenou suchostí a nesnesitelným svěděním. Rozškrábaná kůže je až sekundárním projevem AD. Svědění se může

zhoršovat vlivem tepla, nervozity nebo k večeru. Děti, obzvláště ty menší, bývají více neklidné a plačtivé. Až 60 % dětí mívá díky úpornému svědění problémy se spánkem, ať už se jedná o obtížné usínání, časté noční buzení nebo časně vstávání. Studie dokázaly, že nedostatek kvalitního spánku v prvním roce života ovlivňuje budoucí vývoj jedince. Zejména má neblahý vliv na správný neurobehaviorální a emoční vývoj osobnosti, dále zvyšuje riziko obezity (12).

Léčba onemocnění spočívá v dodržování režimových opatření a v optimální péči o pleť, aby došlo k obnově kožní bariéry. Režimová opatření (Tab. 2) kladou vysoký důraz na rodiče pečující o dítě. Dodržováním režimových opatření a systematickou léčbou jsme schopni příznivě modifikovat celkový průběh chronické nemoci. V první řadě je to lékař, kdo by měl rodiče dostatečně edukovat, aby měli přehled o nemoci i jakým způsobem a jakými prostředky zvládat jednotlivé fáze nemoci. V druhé řadě to může být lékárník, u kterého rodiče hledají rady a odpovědi na nejběžnější otázky. V situacích, kdy v lékárně nemáme dostatek volného času, i třeba z důvodu neklidu nemocného dítěte, nám mohou pomoci připravené písemné materiály, např. brožury, letáčky, ověřené webové stránky aj. V případech, kdy jsou v léčbě nasazeny i lokální kortikosteroidy, je dobré rodičům, kromě potřebného dispenzačního minima, vysvětlit a zdůraznit úlohu těchto léčivých přípravků v léčbě AD. V mnoha případech je obava z nežádoucích účinků při použití kortikosteroidů

v léčbě tak velká, zvláště u rodičů malých dětí, že vede k noncompliance, a tak může vznikat začarovaný kruh, který vede k selhání léčby (11). Na přelomu tisíciletí se v léčbě AD objevily nové možnosti léčebné strategie, topická imunomodulancia. Mají protizánětlivý účinek srovnatelný s lokálními kortikoidy, zmírňují svědění a snižují četnost exacerbací. Obě látky, takrolimus i pimekrolimus, jsou k dispozici dětem starším dvou let. U dětí je třeba dát si pozor a dodržet dvou-týdenní rozstup mezi aplikací topických imunomodulancií a očkováním, v opačném případě dojde ke snížení účinnosti očkování.

Základním kamenem léčebného přístupu je použití emoliencií, která mají zvláčňující, promašťující a změkčující vlastnosti. Emolienция se nemusí nanášet jen na postiženou pokožku, naopak je vhodné jimi ošetřit celé tělo dítěte, a to pravidelně několikrát denně i tehdy, pokud nejsou na pokožce patrné žádné zánětlivé léze. Emolienция nahrazují ztráty kožních lipidů a zlepšují bariérovou funkci kůže. Pokožku zjemňují a hydratují, snižují svědění. Platí pravidlo, že čím masnější emolienция, tím lepší účinek na atopickou pokožku. Přesto je důležité respektovat ostatní aspekty, např. roční období nebo denní dobu. Masné krémy a masti používáme k ošetření častěji v zimě nebo na noc, naopak v období teplejších měsíců nebo přes den jsou vhodnější lehčí lotia nebo krémy. Krémy se vstřebávají rychleji, nezanechávají masný film a mají chladivý účinek (1, 9). Některá emolienция obsahují mimo jiné ureu, hydratující a antipruriginózní působící substanci. Použití urey u dětí do 3 let věku není některými autory doporučováno, vhodnější alternativu představuje glycerol nebo dexpanthenol. U kojenců a batolat se s výhodou používají olejové přísady do koupele, které kromě toho, že promažou pokožku dítěte, zabrání i transepidermálním ztrátám vody. Semidispergovatelné olejové přísady do koupele obsahují emulgátor, který umožňuje

Tab. 3. Přehledová tabulka vybraných, volně dostupných přípravků pro atopiky

Kategorie	Název přípravku	Zajímavé detaily přípravku
Masti	Excipial Mast	Lipofilní, amfifilní – vodou smyvatelná mast
	Excipial Mast s mandlovým olejem	96 % lipidů, vodou nesmyvatelná mast
	Leciderm mast	90 % lipidů
Krémy	Lipobase repair cream	63 % lipidů, hydrofobní krém
	Linola-Fett krém	60 % lipidů, masný, hydrofobní krém
	Excipial Masný krém	Hydrofobní, vodou nesmyvatelný krém
	Excipial Kids Creme	34,5 % lipidů, obsahuje hojivý dexpanthenol, hydratující glycerin, zklidňující extrakt z ovsa bílého (SynCalmin)
Lotia a pěny	Excipial U Lipolotio	36 % lipofilních látek, urea 4 %, emulze v/o
	Excipial U Hydrolotio	11 % lipofilních látek, urea 2 %, emulze o/v
	Excipial Kids Lotio	27,7 % lipofilních látek, obsahuje dexpanthenol, glycerin a extrakt z ovsa
	Excipial Kids Schaum	20 % lipofilních látek, pěnová konzistence pro snadné rozetření po celém těle, obsahuje antibakteriální látku (polyhexanid)
	Linola Lotion	Obsahuje olej ze světlice barvířské
	Linola SunLotion	Tělové mléko s obsahem SPF 50
Přísady do koupele	Balmandol olej	Bez emulgátorů, obsahuje mandlový olej a tekutý parafin
	Balneum Hermal	Emulgovaný, obsahuje sójový olej
	Balneum Hermal F	Emulgovaný, obsahuje podzemnicový olej a lehký tekutý parafin
	Balneum Hermal Plus	Emulgovaný, obsahuje sójový olej i antipruriginózní látku laurmakrogol 400
	Linola-Fett Ölbad	Emulgovaný, obsahuje tekutý parafin
	Oilatum emollient	Emulgovaný, obsahuje tekutý parafin
	Oilatum gel	Mycí a sprchový gel, nepálí v očích
Přípravky pro mytí těla	Excipial Kids mycí pěna	Jemná pěnová textura, nepálí v očích
	Linola Shower and Wash	Mycí a sprchový gel, nepálí v očích
	Oilatum soap bar mýdlo	Kostkové mýdlo pro každodenní použití
Mýdla	Excipial šampón	Nepálí v očích
Šampóny	Linola šampón	Nepálí v očích

rozptýlit olej ve vodě, a tyto přípravky mají při nanesení na pokožku čistící efekt. I přes použití olejové přísady do koupele se doporučuje dodržet pravidlo 3 minut a pokožku po koupeli ošetřit emolienciem (9, 10). Souhrnná tabulka (Tab. 3) přináší přehled vybraných, volně dostupných přípravků pro komplexní ošetření atopické pokožky.

Reakce kůže na slunění

Fotodermatózy jsou kožní onemocnění způsobené zvýšenou citlivostí pokožky vůči slunečnímu záření, konkrétně proti ultrafialové

části spektra (Tab. 4). Účinnost UV záření není všude a vždy stejná. Maxima dosahuje UV záření v letních měsících, při jasné obloze, okolo poledne, v rovníkových oblastech, ve vyšších nadmořských výškách, v blízkosti vody, sněhu, betonu nebo bílého písku, kde dochází k odrazu a rozptylu záření. V bezpečí před ním nejsme ve vodě ani za oknem, kdy až 50 % UV záření prochází jak do hloubky 3 m pod hladinu, tak okenním sklem. UV záření nehřeje, a proto není zdravou pokožkou vnímáno. Mimo jiné jsou účinky UV záření kumulativní (8). Děti mají extrémně citlivou pokožku na sluneční světlo.

Tab. 4. Charakteristika slunečního záření jako elektromagnetického vlnění a jeho vliv na kůži

Typ záření	Vlnová délka (λ)	Procentuální zastoupení	Vliv na organismus
Infračervené záření, jedná se o tepelné záření	> 760 nm	50 % energie	Způsobuje vazodilataci a přehřátí (úpal, úžeh)
Viditelná část záření, zahrnuje barevnou škálu	400–760 nm	45 % energie	Má antidepresivní účinek a vzácně může způsobit některé fotodermatózy
Ultrafialová část záření, podobně i umělá radiace např. v soláriích		5 % energie	Biologicky nejvýznamnější záření, vede k podráždění a popálení pokožky, indukuje melanogenezi
■ UVA	320–400 nm	99 % UV spektra	Proniká do nejhlubších vrstev pokožky, má imunosupresivní efekt, vyvolává stárnutí pokožky (tzv. fotoaging)
■ UVB	290–320 nm		Vyvolává pigmentaci a erytém
■ UVC – je zcela pohlceno při průchodu atmosférou	100–290 nm		Při ev. kontaktu s pokožkou je prokazatelně karcinogenní

Chybí jim přirozená ochrana kůže, tedy vlasy, ochlupení, pigmentace nebo rohová vrstva pokožky. I při velice krátkém pobytu na přímém slunci se pokožka velice snadno spálí (13, 14).

U malých dětí se fotosenzitivita může projevovat neklidem, zvýšenou plačtivostí nebo narušeným spánkem po slunění, a to i v případě, že na první pohled není patrná žádná kožní reakce. Kojencům a batolatům, kteří nemají dostatečně vyvinuté a plně funkční potní žlázy, navíc kromě viditelného poškození pokožky hrozí reálné riziko rychlého přehřátí a vzniku úpalu nebo úžehu i dehydratace. Nejčastější fotodermatózou u dětí je **polymorfní světlá erupce**, tzv. **eczema solare** (15). Přichází několik desítek minut až hodin po první větší expozici slunečnímu záření, obzvláště na jaře nebo zkraje léta u citlivých, zejména mladších jedinců. Na pokožce se projeví intenzivně svědivými pupínky až puchýřky v exponovaných oblastech kůže (čelo, tváře, nos, šíje, výstřih, extenzorové plochy paží a hřbety rukou). Nejtypičtějším projevem je **spálení od slunce**, tzv. **dermatitis solaris**. Projevuje se ostře ohraničeným, bolestivým erytémem, někdy jsou přítomny i puchýřky. Oběma projevům jde účinně předcházet fotoprotekcí, úlevu od svědění můžou přinést lokální antihistaminika (např. Fenistil gel nebo Fenistil roll-on lze použít pro děti od 6. měsíce).

Děti do 12 měsíců bychom neměli nikdy vystavovat přímému slunečnímu záření. U dětí do tří let bychom se měli vyhnout pobytu na přímém slunci v době mezi 11. a 15. hodinou. Děti je vhodné před UV zářením ochránit. Pomoci nám může stín nebo vysoká oblačnost. Pokožku lze chránit vhodným bavlněným oděvem, optimálně ve tmavých nebo barevných barvách, které absorbují UV záření ve větší míře, než světlé nebo bílé barvy. Tenké, napnuté nebo vlhké tkaniny chrání naopak pokožku méně. Důležitá je pokrývka hlavy, která odstíní i oblast očí, ideálně v kombinaci s certifikovanými ochrannými brýlemi a ochrannými přípravky s vysokým UV faktorem. Po pobytu na slunci je vhodné pokožku ošetřit regeneračním přípravkem, nejlépe s obsahem panthenolu, který kůži zklidní a hydratuje. Pokud je pokožka spálená, je vhodné ji chladit (14).

Sunscreeny jsou vhodné pro děti od 6. měsíce. Zde je souhrn nejdůležitějších poznámek pro výběr i použití ochranných sunscreenů u dětí:

- Dáváme přednost přípravkům s fyzikálním mechanismem účinku (nejčastěji obsahují TiO_2 , ZnO nebo ZrO_2), které se nevstřebávají a sluneční záření odrážejí. Jsou chemicky i biologicky inertní.
- Malým dětem jsou doporučovány přípravky s minimálními hodnotami SPF (*sun protection factor*) 30. SPF je parametr, který udává velikost ochrany proti UVA záření. Ochranný faktor nebrání opálení, ale chrání před spálením. Pro děti jsou lepší voděodolné přípravky bez parfemace.
- Do 12 let nejsou vhodné gely ani spreje z důvodu podráždění.
- Sunscreeny se aplikují na pokožku 15 až 30 minut před sluněním a je doporučeno aplikaci pravidelně, co půl hodiny, opakovat. Zvláště pokud je dítě v kontaktu s vodou, potom nebo po opakovaném používání ručníku.
- Sunscreeny je potřeba nanést v dostatečném množství, pečlivě a rovnoměrně rozmazat.
- Nejsnáze zranitelná je v tomto ohledu pokožka obličeje (nos, tváře) a ramen. Neopomenout by se měly rty, uši, vnitřní strany paží a předloktí, podkolenní jamky, nártý atd.
- Sunscreeny aplikovat dětem pravidelně při pobytu na slunci, nejen v horkých letních dnech. Je potvrzeno, že 80 % veškeré absorbované dávky slunečního záření pohltí kůže před 18. rokem, z toho je naprosto zřejmé, jak moc důležité je o ochranu pokožky před UV zářením dbát.
- Kvalitní sunscreeny pořizovat v lékárnách, ne v drogeriích.

Reakce kůže na kontakt s živočichy

S kožními reakcemi po kontaktu s živočichy se u kojenců a batolat setkáváme převážně v letní sezóně. Kožních projevů je mnoho, stejně jako jejich původců. Mezi nejčastější původce kožních reakcí řadíme hmyz (zejména komáři, ovádi, mouchy bodalky, muchničky, vosy, včely, mravenci, klíšťata aj.), ale způsobovat je mohou i jiné druhy živočichů. Larvální stadia roztoče sametky podzimní (syn. *sviluška*, *trombicula autumnalis*) způsobují málo známou a často opomíjenou **tzv. srpnovou vyrážku (syn. trombiculosis)**. Parazitující larvy se vyskytují výhradně v letních měsících, od července do září (odtud název srpnová) v teplých, vlhkých lokalitách a snadno se přichytí na hostiteli, kterým může být malé dítě.

Larva je velice malá, sametově červená, zrakem sotva patrná. Po těle teplokrevného hostitele se pohybuje velice rychle, její kousnutí nebolí. Přichytí se nejčastěji v oblasti třísel okolo pleny, vnitřní strany stehén, okolo pupku, v podpaží nebo v podkolenních jamkách. Zahnížděná larva není okem patrná, po dvou až deseti dnech samovolně nepozorovaně odpadá. Svými lytickými enzymy štěpí kožní buňky, kterými se živí (16). Další možné kožní onemocnění způsobuje larva ptačí motolice, *cerkárie*. Batolata s ní mohou přijít do kontaktu při koupání v nádržích nebo rybnících. Několik mm až cm dlouhá larva hledá po opuštění vodního plže nového, tentokrát teplokrevného hostitele (obvykle husu nebo kachnu), kterému se zavrtá do kůže. Protože člověk není vhodným hostitelem, larva v pokožce hyne a na pokožce hostitele tak zůstává jen svědivá **vyrážka plavců, syn. cerkáriová dermatitida** (17).

Klinický obraz obvyklých kožních reakcí na kontakt s živočichem bývá různý, v závislosti na původci, intenzitě a četnosti pobodání, místě kontaktu, na citlivosti a věku dítěte. Přísátý hmyz nebo jeho ulpělé části co nejrychleji odstraníme a místo vydezinfikujeme. Mezi běžné kožní reakce může patřit zčervenání okolo kontaktního místa, otok, svědění, pálení až bolestivost. V některých případech se můžeme setkat se sekundární infekcí rány, zanícením a teplotami. Nezřídka kdy hrozí navíc riziko nákazy z přenášejících onemocnění (např. klíšťová encefalitida nebo lymfská borelióza aj.).

Důležitou roli hraje i v tomto případě prevence. Kojence i batolata je možné ochránit před nepříjemným hmyzem moskytiérymi přes postýlku nebo kočárek, sítěmi v oknech. Pomoci může oděv, nejlépe s dlouhými rukávy, tentokrát v bílých nebo světlých odstínech. Před pobyt v přírodě je dobré použít vhodný repelent (např. Repelent Predator Junior pro děti od tří měsíců věku a osoby s citlivou pokožkou). Lze využít i přírodních repelentů (kafr, mentol, eukalyptový olej), aplikovaných na oděv nebo na kočárek. Nový trend přináší elektronické odpuzovače hmyzu na principu šíření elektromagnetických ultrazvukových vln. V rámci první pomoci se doporučuje postižené místo chladit, existuje celá řada lokálních přípravků ve formě chladivých gelů, které poskytují úlevu od svědění a otoku, ev. podat volně dostupné lokální nebo

systémové antihistaminikum. V případech, kdy dojde k mnohočetnému pobodání např. u kojenců nebo citlivých dětí, je důležité urychleně vyhledat odbornou pomoc pro zvýšené riziko rozvoje anafylaktické reakce.

Závěr

Péče o kůži kojenců a batolat, obzvláště o tu nemocnou nebo poškozenou, vyžaduje

jemný a šetrný přístup. V dnešní době existuje mnoho rádobý zaručených postupů, včetně osvědčených „babských rad“, které jsou v době internetu k dispozici široké veřejnosti a budme si jisti, že rodiče těch nejmenších ratolestí je mají velice dobře načteny. Budme lékárníky, kteří přesto všechno umějí trpělivě a erudovaně poradit, vysvětlit, poučit, ale i vyvrátit mýty... Mimo jiné, povzbudíme rodiče malých

atopiků nebo dětí se seboreou, podpoříme jejich snahu v péči o nemocnou dětskou pokožku. Vždyť mnozí se pečovat o nemocnou pokožku dítěte teprve učí a výsledky jejich každodenní práce nepřijdou vždy hned. V neposlední řadě ani my lékárníci nezapomínejme, jak důležitá je prevence, a to nejen ve vztahu kůže a slunečních paprsků či nechtěných štípanců.

LITERATURA

1. Čapková Š. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Pediatric pro praxi* 2008; 9(6): 369–375.
2. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *Journal of clinical and investigative dermatology* 2015; 3(2): 10. 13188/2373–1044. 1000019.
3. Reginatto FP, Villa DD, Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2016; 91(2): 124–134.
4. Polášková S. Obličejové dermatózy u dětí. *Pediatric pro praxi* 2009; 10(4): 241–246.
5. Martinásková J. Farmaceutická péče o problematiku vlasovou pokožku při onemocnění lupy, seborhoickou dermatitidou a psoriázou kůže. *Praktické lékařství* 2015; 11(5): 182–184.
6. Clark GV, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis. *American Family Physician* 2015; 91(3): 185–190.
7. Viktorinová M. Seboroická dermatitida. *Medicina pro praxi* 2005; 4: 161–166.
8. Mallory SB, Bree A, Chern P. Illustrated manual of Pediatric Dermatology, Diagnosis and Management. Taylor & Francis group 2005: 9–32.
9. Hašek J. Atopická dermatitida. Doporučený postup ČLnK. 2014. In press.
10. Hašek J. Péče o pacienta s atopickou dermatitidou – doplnění doporučeného postupu ČLnK. *Praktické lékařství* 2014; 10(2): 53–60.
11. Hachem et al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Italian Journal of Pediatrics* 2017; 43: 22.
12. Dogan et al. Sleep patterns of young children with newly diagnosed atopic dermatitis. *Advances in Dermatology and Allergology* 2017; 34(2): 143–147.
13. Tolašová V, Kobsa M. Letní období a dětská kůže z pohledu praktického lékaře. *Pediatric pro praxi* 2016; 17(3): 163–170.
14. Jirásková M, Jirásek L. Je opalování pro děti vhodné, nebo jim škodí? *Pediatric pro praxi* 2007; 3: 163–167.
15. Polícarová M. Dermatózy. *Dermatologie pro praxi* 2016; 10(2): 60–61.
16. Guarneri C, Lanteri G, Tchernev G, Bevelacqua V. Trombiculiasis: The Uninvited trekker. *IDCases* 2017; 9: 4–5
17. Horák P, Mikeš L, Brant S. Avian Schistosomes and Outbreaks of Cercarial Dermatitis. *Clinical Microbiology Reviews* 2015; 28(1): 165–190.