

Opruzeniny u dětí, jejich ošetřování a léčba

MUDr. Renáta Kolářová

Oddělení neonatologie, Fakultní nemocnice Ostrava

Opruzeniny mohou postihnout děti v každém věku, nejvíce ohroženou skupinou jsou však novorozenci a kojenci. Správná péče o opruzeniny v začátku onemocnění může předejít vzniku komplikací, jejichž léčba již patří do rukou zkušeného pediatra, popř. dermatologa.

Klíčová slova: opruzeniny, plenková dermatitida, ošetřování, léčba.

Nappy rash in children, care and management

Nappy rash can affect a child of any age; however, those most at risk are newborns and infants. Proper care of nappy rash at the onset may prevent the development of complications the management of which is the responsibility of an experienced paediatrician and/or dermatologist.

Key words: nappy rash, napkin dermatitis, care, management.

Kůže novorozenců a malých dětí se svou anatomicou stavbou a fyziologií výrazně liší od kůže dospělých a je i podstatně méně odolná vůči mechanickému poškození. Vzhledem k nedostatečně vyvinutému ochrannému kyselému plášti má také sníženou odolnost vůči mikrobům a kvasinkám, které přednostně napadají pokožku, jejíž integrita byla již primárně narušena.

Nejčastěji vyskytujícími se formami opruzenin jsou intertrigo a „plenková dermatitida“. Intertrigo predilekčně postihuje kožní záhyby a na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů: mechanické tření kůže, nedostatečná hygiena, obezita, pocení při nadměrném oblékání, popř. nesprávně zvolené těsné oblečení. Výsledkem jsou pak ohraničené, červené, někdy až mokvající plochy, které více pálí, než bolí. „Plenková dermatitida“ je nealergické, toxicko-kumulativní, zánětlivé onemocnění kůže v plenkové oblasti. Onemocnění může probíhat jako kontaktní dermatitida prostá, popř. se kombinovat s intertrigem, následně se komplikovat osídlením kvasinkami (kandidová dermatitida), popř. mikrobi (bakteriální dermatitida). Nezapomínejme, že v „plenkové lokalizaci“ mohou mít své projevy i onemocnění, která mají naprosto odlišný původ (a tedy i léčbu), a že bychom vždy měli pátrat, zda vznik kožních projevů je skutečně vázán na používání plen. V této souvislosti je nutno zmínit zejména svrab, bulózní impetigo, atopický ekzém, seboroickou dermatitidu, pso-

riázu, diseminovanou kandidózu, exantém při kongenitální syfilis, akrodermatitis enteropathica (při nedostatku zinku), popř. exantém při histiocytóze – vzácném, ale závažném onemocnění retikuloendotelového systému.

Kontaktní plenková dermatitida je vyvolána působením amoniaku, který vzniká jako následek bakteriálního rozkladu močovin na místech vystavených těsnému kontaktu s plenami – tedy na klenoucích se plochách hýždí a genitálu. V těchto místech dochází k zarudnutí kůže se šupinatěním, kožní rýhy bývají zpravidla intaktní. Stav se však může dále vyvíjet, přičemž zásadní roli v něm hraje vlhkost zadržovaná plenami. Tření, kontakt s močí, stolicí a přítomnost bakterií v mikroklimatu vlhké zapářky plenek silně poškozují citlivou dětskou kůži, která je lesklá, zarudlá, napjatá, někdy připomínající popáleninu. Exantém se brzy šíří i do kožních řas, které zarudnou, mokvají a zapáchají po amoniaku. Kromě nárůstu vlhkosti podporuje nošení plenek i nárůst pH, což samo o sobě významně přispívá k narušení ochranné kožní bariéry. Hlavními místními iritancii jsou zde proteázy a lipázy (enzymy ze stolice), jejichž aktivita dále stoupá s rostoucím pH a se zvýšenou činností trávicího traktu, např. u průjmu s alkalicky reagující stolicí.

Nejčastější výskyt plenkové dermatitidy spadá do období stáří 2–8 měsíců. Nevychýbá se ani kojencům velmi pečlivých maminek. Matky tuto situaci někdy úzkostně vnímají jako vlastní selhá-

Prakt. lékař. 2010; 6(3): 153–154

Obrázek 1. Plenková dermatitida se sekundární mykotickou infekcí



ní, přestože na vzniku potíží mohou participovat faktory, kterým nelze vždy spolehlivě zabránit – např. přechod na novou stravu, průjemové onemocnění, řídká dysmikrobiická stolice jako projev postantibiotického průjmu apod.

Opruzené dítě bývá zpravidla neklidné a rozmrzelé. Matku je potřeba uklidnit a ujistit, že správným ošetřováním lze docílit jednak znatelného zlepšení stavu během 24–48 hodin, jednak předejít vzniku nežádoucích komplikací. Vyvarujeme se unáhlené aplikace kortikoidních extern. Je-li onemocnění v začátku, je kladen důraz na správnou a šetrnou hygienu postižených míst. Jako nejefektivnější se jeví opatrné omytí postižených míst čistou vlažnou vodou, osušení jemným „potukáváním“ po povrchu a ponechání dítěte volně rozbaleného v adekvátně vyhřáté místnosti. Alespoň dočasně se tak eliminuje vliv tření, exkrementů a pokožce

je umožněno volně „dýchat“ a zaschnout. Pokud je matka „v terénu“ odkázaná pouze na vlhčené ubrousky, je vhodné vyhnout se ubrouskům s obsahem alkoholu a dráždivých parfemací. Nedoporučuje se používat neprověřenou či parfemovanou dětskou kosmetiku, která v danou chvíli může u dítěte vyvolávat velmi nepříjemné vjemy a z dlouhodobého hlediska může kůži dráždit a sama se tak podílet na vzniku kontaktní dermatitidy. Nevhodná je také kosmetika s alergizujícími prvky, jako jsou např. extrakty z heřmánku, měsíčku lékařského atd. Na takto očištěná, suchá místa se šetrně nanese ochranná pasta nebo krém s obsahem oxidu zinečnatého, který vytváří účinnou ochrannou bariéru vůči iritancím. Hojivý efekt mají také přípravky s dexpanthenolem (Bepanthen mast) či vitamínem E. V akutních fázích preferujeme aplikaci pasty, pro její vysychavý účinek. Použití mastných krémů je při akutních projevech kontraindikováno. K nezbytnému opatření patří i dostatečně časté přebalování a správná volba velikosti plenkových

kalhotek. Pokud jsou preferovány pleny látkové, neměly by přes ně být nataženy neprodyšné kalhotky. Při praní látkových plen by se měla věnovat zvýšená pozornost jejich dostatečnému máchání, vyhnout se používání aviváže a jsou-li pleny určeny vysloveně pro novorozence, pak je namístě i jejich přežehlení. Pokud se stav pokožky i přes všechna výše uvedená opatření dále zhoršuje, začíná mokvat a vznikají prasklinky, je velmi pravděpodobné, že došlo k sekundární bakteriální nebo kvasinkové infekci. V takovém případě je nutná návštěva pediatra nebo dermatologa, který nález zhodnotí a v indikovaných případech předepíše lokální léčbu antibiotiky, event. mast s antimykotikem (např. clotrimazol, nystatin v pastách). V závažných případech je nutná celková léčba a sanace střevní kandidózy. Doprovázející intenzivní pruritus je možné tlumit perorálními antihistaminiky v kapkách.

Preventivní opatření by měla z velké části vzniku opruzení zabránit. Základem prevence je včasné přebalení, dokonalá hygiena a ošet-

ření zdravé pokožky zadečku ochrannou mastí, která by neměla obsahovat parfemaci, parabeny a zinek. Zinek, jak zmíněno výše, je součástí přípravků určených k léčbě.

Literatura

1. Štork J, et al. Dermatovenerologie. Galén, Univerzita Karlova, 2008.
2. Avery Gordon B. Neonatology. Lippincott Williams & Wilkins 1999: 1330–1331.
3. Havlíčková M. Péče o kůži novorozenců a kojenců. Moderní babičtví 2007: 14 s.
4. Kolářová R, Koliba P. Problematika péče o dětskou pokožku. Praktické lékařství 2009; 5(2): 59–632.
5. Rania Dib. Diaper rash – dostupnost: <http://emedicine.medscape.com/article/801222-overview>.

MUDr. Renáta Kolářová

Oddělení neonatologie, Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba
rekol@seznam.cz
