

Problematika péče o dětskou pokožku

MUDr. Renáta Kolářová¹, doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.²

¹Oddělení neonatologie, Fakultní nemocnice Ostrava

²Gynartis s.r.o. – NZZ, Vřesina

Stavba dětské kůže se mění s věkem dítěte, každé období má svá specifika, a proto i péče o tělesný povrch u dětí vyžaduje individuální přístup, který zohledňuje každé období věku dítěte. Komplexní léčba kožních onemocnění u dětí spadá do péče specialisty – dětského dermatologa. Cílem článku je objasnit důležité skutečnosti, týkající se výjimečnosti dětské pokožky a poukázat na ošetřování nejběžnějších dermatóz, se kterými se v dětském věku můžeme setkat.

Klíčová slova: dětská pokožka, dermatózy, léčba.

Paediatric skin care

The structure of child skin changes with the child's age with each period having specific features; therefore, skin care in children requires an individual approach which takes into account the particular periods of childhood. Complex therapy for skin diseases in children is taken care of by a specialist, a paediatric dermatologist. The aim of the paper is to clarify important facts concerning the uniqueness of child skin and to highlight the treatment of the most common dermatoses that can be encountered in paediatric patients.

Key words: child skin, dermatoses, treatment.

Dětská pokožka vyžaduje pravidelnou péči, jen tak se dá předejít celé řadě problémů, které mohou vést k vzniku patologických stavů vyžadujících speciální postup, popř. léčbu. Kůže dětí se od kůže dospělého člověka odlišuje morfologickými i funkčními zvláštnostmi. Pojem „dětský věk“ v sobě zahrnuje jedince od narození až do puberty, kdy kůže prochází četnými změnami ve svém vývoji a každá etapa dětského věku vyžaduje i specifický přístup. Tloušťka kůže u zralého novorozence je cca 1,2 mm, u dospělého cca 2,1 mm, podkožní vrstva obsahuje méně tuku, ale více vody. Dermoepidermální spoje jsou chabé, a proto snadno dochází k tvorbě puchýřů. Podkožní tuk se ukládá postupně s věkem – u donošených novorozenců je značně redukován, u nedonošených dětí nebývá téměř žádný. Potní žlázy jsou v činnosti prakticky od 3. dne života a mají významný podíl na termoregulaci. Mazové žlázy jsou zvýšeně aktivní přechodně po porodu, dále pak až mezi 4.–5. měsícem života. U zdravého novorozence tvoří mechanickou bariéru před průnikem bakterií mázek, tzv. vernix caseosa. Kyselý ochranný plášť u novorozence prakticky chybí, což spolu s nevyzrálými imunitními mechanismy způsobuje menší odolnost vůči mikrobům. Z toho všeho vyplývá, že jinak je třeba pečovat o kůži novorozence, jinak o kůži dítěte školního věku. Kožní kryt u nedonošených dětí tvoří tenká, atrofická pokožka, na jejímž povrchu chybí vrstva ochranného „biofilmu“, tzv. mázku. Podkožní tuk prakticky není vyvinutý, osídlení kůže stafylokoky ohrožuje jedince sepsí.

Pokožka si vyžaduje specifický a vysoce kvalifikovaný přístup s umístěním dítěte do inkubátoru a aplikací hydrofobních extern. Omývání doporučujeme pouze fyziologickým roztokem či převařenou vodou. U těchto dětí je zralost a odolnost kůže jedním z limitujících faktorů pro jejich další přežití.

Všechny výše jmenované skutečnosti mají za následek, že kůže v dětském věku je méně odolná vůči mechanickému poškození, má sníženou odolnost vůči mikrobům, plísním a je také méně odolná vůči UV záření. Naprosto zásadní je však nepoměr velké plochy k váze dítěte, který musíme respektovat při aplikaci všech kožních extern vzhledem k riziku intoxikace. Za vysoce rizikové se považují zejména přípravky s obsahem acidi borici, acidi salicylici, které jsou stále používány v praxi. Jedná se zejména o aplikaci 3 % salicylového oleje k odstranění seborrhoických krust ve křtici novorozenců a batolat, dále promazávání Ondřejovou masťou, či použití Jarischova roztoku, borové vody a Pityolu drm. ung. s obsahem kyseliny borité.

Zvýšená schopnost permeability a schopnost resorpce nás tak omezuje při používání zevně aplikovaných léků, které mohou vyvolat nežádoucí (systémové) účinky. U velmi malých dětí nelze podcenit také význam kůže při řízení tělesné teploty, kdy snadno dochází jak k přehřátí, tak i k podchlazení organismu.

Stejně nezanedbatelný je i podíl propustnosti kůže na rovnováze vodního hospodářství, kdy ztráty tekutin přes tenkou a nezralou pokožku, mohou tvořit velmi významnou část celkového

denního příjmu tekutin, a tak se přímo podílet na případné dehydrataci organismu.

Na prvním místě v péči o dětskou pleť stojí její čistota. Přehnaná hygiena a používání nadměrného počtu parfemovaných kosmetických přípravků mohou být stejně nebezpečné jako hygiena nedostatečná. Kůže by měla být udržována v přiměřeně suchém a pokud možno nedráždivém prostředí, což u soběstačných dospívajících jedinců již zpravidla nebývá problém. Malým dětem, které ještě nemají své vyměšovací pochody pod kontrolou, hrozí při nesprávné technice ošetřování intimních partií vznik opruzenin. Časté přebalování je velmi důležité v ochraně citlivé dětské pokožky před agresivním působením moči a stolice. Důsledná péče o plenkovou oblast je pak nejlepší prevencí vzniku opruzenin a infekce kůže. K pečlivému očištění kůže od zbytků moči a stolice postačí voda a žínka, lze také používat dětské textilní ubrousky. Tyto bývají impregnovány dětským čistícím mlékem, které umožňuje odstranění nečistot i zbytků tuků ze stolice. Některé ubrousky navíc obsahují antibakteriálně působící látky či látky s hydratačním účinkem. Dbáme na důslednou hygienu zadečku, genitálu, taktéž všech okolních kožních záhybů. Po oschnutí je vhodné kůži ošetřit preventivně masťou proti opruzeninám, nejlépe s obsahem oxidu zinečnatého, která vytváří ochrannou vrstvu a zabraňuje působení dráždivých látek na pokožku.

Ještě v dobách nedávno minulých byly hojně používány pudry, které dnes ustupují do pozadí. Příčinou je riziko vdechnutí částic

Prakt. lékař. 2009; 5(2): 59–63

pufru při přímém pudrování. Pokud pudr přesto chceme použít, nejdříve jej nasypeme na vlastní ruku a teprve pak jemně nanese-me na kůži. Pudr nesmí být nikdy aplikován na mokravou a olejem ošetřenou pokožku. Následně zabalíme dítě do čisté pleny. Vždy věnujeme pozornost výběru správné velikosti plen, stejně nevhodné jsou příliš malé jako i ple-ny přesplíši velké.

Dříve byly doporučovány zásady každo-denního koupání novorozence a batolete, dnes je trend jiný – večerní koupání se stává spíše rituální záležitostí jakožto příjemné zakončení dne, kdy bezprostřední kontakt s rodičem při umývání a jemná masáž kůže osuškou napo-máhá zklidnění a přípravě dítěte na večerní usí-nání. Denně stačí pouze omývat obličej, ruce a hlavní místa možné zapáčky – hýždě a kožní záhyby na krku, popř. v podpaždí. **Optimální frekvence koupele je ob den, délka koupele u novorozenců do 5 minut a u starších dětí max. do 15 min.** Teplota vody by měla být asi 36–37 °C. K mytí je nevhodnější dětské mýdlo s obsahem glycerinu. Pravidelně se doporučují mydlit jen místa vlhké zapáčky, ruce, nohy a za-deček. Na celé tělo je možné použít mýdlo jen jednou týdně, preferujeme tzv. syndety (synte-tické mycí emulze). Se stejnou frekvencí se myjí i vlásky, zpočátku jen mýdlem. Později, když jsou vlasy hustší, se již používá dětský šampon, který by neměl pálit a dráždit oči. Jako přísada do koupele nejsou vhodné pěny, protože kůži zbytečně vysušují. Olejové emulze přidáváme jako prevenci vysušení pokožky, pravidelně pak u dětí s konstitučně suchou pokožkou, např. u ichtyoz a atopického ekzému. I tak je u těchto dětí nevhodný dlouhý pobyt ve vodě. Zvláštní pozornost je třeba věnovat chlorované vodě. Vysoká koncentrace chloru a zvýšená citlivost pokožky mohou vést také k projevům dermati-tidy. V takových případech lze používat speciální filtry na vodu nebo alespoň vodu převařuje-me (chlor se odpařuje). Zdravou kůži kojence není třeba po koupeli promazávat. Přesto jsou v oblibě čtená mléka a krémy. Pokud jim ne-odoláme, je vhodné používat již osvědčenou kosmetiku bez zbytečného experimentování. Pokud se nám zdá pokožka sušší nebo vykazuje známky jiného kožního postižení, je vhodné poradit se s dermatologem. Budme opatrní při bezhlavé realizaci zaručených „receptů našich babiček“, které doporučují koupele v odvarech z heřmánku, slámy apod. Mohou dětskou kůži snadno alergizovat či jinak podráždit.

Dětské pokožce neprospívá nadměrné po-cení, nevhodně zvolené materiály i nesprávná

velikost oblečení. Přírodní materiály se stále jeví jako nejlepší zdroj pro výrobu dětské-ho oblečení. Na oděv by měly být používány šetrné prací prostředky, testované pro daný věk a prádlo by mělo být řádně vymáchané. Nedoporučujeme používat aviváž (zejména pak u atopických dětí), ale nelze popřít, že některé bavlněné materiály jsou bez použití změkčo-vadel drsné a po přežehlení vysloveně tvrdé a neforemné. Máme-li doma novorozence, ne-zapomínejme, že pro miminko zůstává nejprí-jemnějším parfémem vůně matky a mateřského mléka. Jakékoliv další esence – ať už z aviváží, parfémů či deodorantů kojících matek – mohou působit mírně rušivě při vytváření správné soci-ální vazby mezi matkou a jejím dítětem.

Některé kožní potíže, jejich formy i lokalizace jsou v dětském věku často spjaté s konkrétním obdobím. **Např. v porodnici se můžeme setkat s projevy erythema neonatorum – jedná se o zčervenání kůže a zvýšenou cévní kresbu.** Tato změna vzniká bezprostředně po narození, je nastartována vlivem adaptace organismu na nové prostředí a trvá řádově hodiny až dny. Je považována za fyziologickou, tedy normální. Stejně tak cutis marmorata projevující se mra-morováním pokožky je běžnou reakcí na chlad okolního prostředí. I tato změna je považována za fyziologickou a dočasnou a pomine se změnou okolních podmínek. 2.–4.den života může dominovat žluté zbarvení kůže v rámci icterus neonatorum – z valné části se jedná o fyziolo-gické žluté zbarvení kůže (žloutenka) vlivem přechodně zvýšené hladiny bilirubinu z rozpa-du fetálních erytrocytů. Fyziologická žloutenka většinou spontánně odezní. Patologická žlou-tenka vzniká z řady příčin – nesoulad krevních skupin matky a dítěte, žloutenka z nezralosti jater nebo třeba ikterus při probíhající infekci. Léčba těchto diagnóz patří do rukou specialis-ty – pediatra = neonatologa.

U novorozenců se někdy můžeme setkat s nadměrným olupováním kůže – tato situace nastává zejména u dětí přenášných a léčba je jen symptomatická – promašťování pokožky indiferentní dětskou masťou. **U zdravých dono-šených novorozenců se v prvním týdnu života často na kůži nachází tzv. erythema toxicum neonatorum (ETN).** Objevuje se v různé míře v obličejí, na hrudníčku, na zádech i na kon-četinách. Projevy bývají polymorfní, typické jsou zejména zarudlé skvrny 2–3 cm v průměru s centrálním pupínkem. Vyrážka nesvědčí a dítě jinak dobře prospívá. Příčina této vyrážky nebyla zatím uspokojivě vysvětlena. Může jít o reakci kůže adaptující se na nové podmínky zevního

prostředí. Někteří autoři obviňují různé dráždivé látky v prostředí, zejména zbytky pracích prášků v oblečení. Jiní hovoří o alergické reakci na složky potravy matky, které pronikají do mateřského mléka. ETN nevyžaduje léčbu, mizí spontánně nejpozději do 2 týdnů.

Téměř polovina novorozenců je postiže-na drobnými bílými papulkami v obličejí, které označujeme jako milia. Zpravidla nevyžadují léčbu a mizí spontánně.

Velmi časté jsou projevy acné neonatorum, které se objevují ve 2.–3. týdnu života. Jedná se o papulozní až papulopustulozní projevy v obličejí, regredující po aplikaci přípravků s ob-sahem imidazolu.

Nejčastěji probíranou problematikou no-vorozeneckého a kojeneckého věku je plenko-vá dermatitida. Největší výskyt spadá do ob-dobí stáří 9–12 měsíců. „Plenková dermatitida“, jak se mnohdy tato kontaktní dermatitida zjed-nodušeně označuje, je zánětlivé postižení kůže, která je lesklá, zarudlá, někdy až připomínající popáleninu. Přítomny mohou být také červené pupínky, otok a šupinky. Průběh infekce je často kolísavý, s periodami zlepšování a zhoršování. Maximum příznaků bývá v místech největší-ho kontaktu pokožky s plenou – na zadečku, na vnitřních plochách stehén, na stydké kosti, u chlapečků na šourku, u děvčátek na zevním genitálu. Původně zavlhlá a znečištěná pokožka je náchylnější k poškození a delší setrvávání stoli-ce umožňuje přerůstání některých bakteriálních kmenů, zejména pak kvasinek, kdy se na kůži mohou objevovat až bolestivé eroze, doprová-zené mykotickým intertrigem. Vždy se vyplatí věnovat pozornost i jen sebemenší opruzení-ně, protože tak předejdeme vzniku komplikací a přechodu do závažnějšího stadia. Na lehké opruzeniny dostačuje pravidelná aplikace masťou a krémů s oxidem zinečnatým, panthenolem, vitamínem E a zinkem. Erozivní plenková derma-titida svědčí již o zanedbané péči o opruzeninu v její první fázi a poukazuje tak na nedostatečně zvládnutou hygienu kojence. Zde na prvním místě platí čistota a sucho – je-li k tomu vhodné prostředí (léto, vyhřátý byt), pak po šetrném odstranění stolice a očištění perianální oblasti je vhodné ponechat pokožku nějakou dobu volně „dýchat“ a zaschnout, vyhnout se tření ploch v postižené oblasti a na ona místa následně aplikovat ochranný krém – jako vhodné se jeví dětské masťou s obsahem rybího tuku, kosmetické krémy s obsahem oxidu zinečnatého a jiných protizánětlivě působících látek. Při závažnějším podráždění pokožky se nevyhneme použití pas-ty s obsahem antimykotik.

Jiným, velmi často zmiňovaným kožním problémem kojenců, je seborrhoická dermatitida. Nejčastěji se objevuje ve 2.–3. týdnu života výsevem nesvědivých papulek na tvářích a v obočí, postižená místa jsou červená s mastnějšími žlutavými šupinkami. Etiologie seborrhoické dermatitidy je pravděpodobně multifaktoriální, podílí se na ní dědičné faktory, porucha činnosti mazových žláz, zvýšené osídlení kůže kvasinkami typu *Candida albicans* a pravděpodobně i výživové faktory. Průběh onemocnění zhoršuje horko, pocení, tření kůže o oděv a používání příliš mastných masť. Typickým nálezem na temeni hlavy ve vlasové části je crusta lactea (mléčná krusta), povlak mastných šedožlutých šupin pevně lpící k podkladu kůže. Šupinky nikdy nestrháváme násilím, ošetřujeme je přípravky s obsahem urey. Onemocnění obvykle vymizí do jednoho roku života, někdy mají obtížné tendenci přecházet do atopického postižení kůže.

V rozvinutých zemích patří mezi nejčastější dětské choroby atopická dermatitida. Jde o chronické zánětlivé kožní onemocnění, postihující až 16 % dětí do 4 let věku. Bohužel jde o onemocnění dosud trvale nevyléčitelné, obtížně léčitelné a komplikované. Vyžaduje kromě terapie řadu opatření, která umožní dostat onemocnění pod kontrolu a zmírnit jeho průběh. Ekzém se objevuje už v časném dětství, ale nejvíce obtíží přináší až v předškolním a školním věku. Podkladem atopické dermatitidy je vrozená dispozice. Je třeba si znovu uvědomit, že neexistuje zaručený univerzální lék. Léčebný postup musí být u každého atopika zcela individuální a skládá se z režimových opatření a podpůrné léčby. Režimová opatření zahrnují eliminaci vyvolávajících faktorů – je nutné vyvarovat se podráždění a kontaktu s látkami dráždivé povahy, vyhnout se potravinovým alergenům i alergenům okolního prostředí (prach, roztoči, peří, zvířecí alergen apod.), ale také omezit přílišné duševní vypětí a minimalizovat kontakt s infekcemi, které projev ekzému dále zhoršují. Z podpůrné léčby jmenujme alespoň koupele s protizánětlivými, antibakteriálními a antipruriginózními účinky, koupelové oleje k promaštění a zvláčnění suché kůže. „Běžná“ mýdla a sprchové gely se nejvíce vhodné pro atopiky. Po šetrném osušení je třeba vlhkou kůži ihned promastit prostředky s hydrofobními mastovými základy – např. vazelínou. Dobře zvolená promašťovací (emolien) je potřeba používat minimálně 2x denně – zmírní svědění suché pokožky a zlepší bariérovou funkci kůže. Kortikosteroidy se svými protizánětlivými, imunosupresivními a antiproliferačními

účinky jsou nezbytné pro zvládnutí vzplanutí akutních příznaků. Patří do rukou zkušeného dermatologa stejně jako topické imunomodulátory (tacrolimus a pimecrolimus), které se jeví jistou alternativou lokálně aplikovaných kortikosteroidů. V subakutním a chronickém stadiu se nevyhneme použití dalších protizánětlivých prostředků (dehtové preparáty, ichtamol, tannin, kyselina salicylová, urea). Akutní, mokvající ložiska si zaslouží obklady z černého čaje, slabého roztoku hypermanganu nebo Jarischova roztoku. Někdy je nutno výše uvedenou léčbu doplnit vnitřní léčbou antihistaminiky, zejména k potlačení alergické složky onemocnění nebo ke ztlumení nesnesitelného svědění. V závažných případech je nutná celková léčba kortikosteroidy či imunosupresivy. Léčba atopické dermatitidy rozhodně není krátkodobou záležitostí a tato skutečnost je mnohdy malými pacienty i jejich rodiči obtížně přijímána.

V dětském věku se můžeme často setkat s hnisavými záněty kůže (pyodermie). Patří k nim impetigo contagiosa streptogenes nejčastěji způsobené hemolytickými streptokoky, vzácně i a stafylokoky. Pro vznik infekce je u mikroba rozhodující jeho virulence, rychlost množení, produkce toxických proteinů a schopnost překonat kompetitivní mikroflóru na kůži. V odolnosti organismu hraje roli neporušená kožní bariéra se slabě kyselým pH, přítomnost mazu, místo vstupu infekce a stav imunitního systému i celkové výživy dítěte. Ložiska impetiga mohou být kdekoliv na kůži, nejčastěji však na obličeji, krku, končetinách a rukou. Začínají začervenaním, rychle se mění v puchýřky, jejichž křít rychle praská a žlutavý obsah zasychá v typické „medové“ krustě. Nová vzdálenější ložiska vznikají přenesením z kontaminovaných prstů rukou, hračkami apod. Onemocnění je silně nakažlivé, proto je nutné vyloučení dítěte z kolektivu a přísná hygienická opatření. Léčba postačí někdy lokální (keratolytické masti, oplachování slabým roztokem manganistanu draselného, následně antibiotické masti či krémy), jindy je třeba sáhnout k systémovému použití antibiotik.

Dětské pokožce je potřeba věnovat pozornost a individuální péči 24 hodin denně, a to 365 dní v roce, z čehož vyplývá i rozdílný sezónní přístup k jejímu ošetřování. Léto s sebou přináší nadbytek tepla a příjemného, potřebného, ale i nebezpečného slunečního záření. Naprosto nezbytná je ochrana před slunečními paprsky (fotoprotekce) zejména u nejmenších dětí. Letní čepičky a kšiltovky nejsou jen vhodným módním doplňkem, ale chrání naši ratolest před přehřá-

tím, před úpalem a až z 50 % redukuje záření, které dopadá na oči. Dříve byla snědá pokožka považována za znak dobrého zdraví, dnes ale dermatologové doslova bijí na poplach a varují před nežádoucími účinky nadměrného slunění, které může mít řadu neblahých následků na celý organismus – spálením pokožky počínaje, přes její urychlené stárnutí, až po dramatický nárůst četnosti výskytu rakoviny kůže v dospělosti. Novorozenci a kojenci by nikdy neměli být vystaveni přímému slunci. Nebezpečí spálení je u nich velmi vysoké, protože nemají vytvořené dostatečné zásoby melaninu, a proto se nedoporučuje děti do 3 let vystavovat přímému slunci. V případě, že je ukládáme ke spánku venku, volíme místo ve stínu stromů nebo slunečníku a nesmíme zapomenout ani na odražené paprsky od bílých zdí domů, písku či vody. **Ochrannou „opalovací“ kosmetiku, tzv. sunscreeny doporučujeme používat až u dětí od 6 měsíců věku. Do té doby se kůže chrání před sluncem lehkým oděvem.** Děti do 3 let věku by měly používat tzv. fyzikální sunscreeny. Ty obsahují pigmentové částice (např. oxid titaničitý nebo oxid zinečnatý), které blokují průchod slunečního světla. I u vodotěsných krémů se musí jejich aplikace během dne několikrát opakovat. Ani u nejmenších dětí se není třeba bát vzniku onemocnění z nedostatku vitamínu D. Ke vzniku jeho dostatečného množství v kůži stačí součet malých dávek UV záření tvořících celkem asi hodinu za celý týden.

Zima je spjata s působením chladu na odkryté partie obličeje. Před procházkou se dítěti na obličej vždy aplikuje ochranná mast, např. přípravky obsahující panthenol. Při teplotách nižších než minus 5 °C je lepší zvážít, zda od procházky s kojencem raději neupustit. V zimě se někdy snažíme za každou cenu zabránit dítěti dýchat mrazivý vzduch, a proto volíme šálu přes obličej, popř. kuklu. Při dýchání se však vnitřní strana textilie zpravidla orosí, navlhne, poté zmrazne a krystalky ledu jsou v těsném kontaktu se rty a okolní pokožkou, což rozhodně není žádoucí. Pokud si ani v zimních měsících neodpustíme plavání a koupání v bazénech, nepodceňujeme riziko mykotických infekcí, kterými se naše děti mohou v těchto objektech snadno nakazit. Lze se poměrně efektivně chránit obuví, kterou ve společných prostorách a sprchách použijeme. Léčba plísňového onemocnění nohou a nehtů antimykotickými roztoky a mastmi může být někdy nepříjemně zdoluhavá.

V období puberty se nejčastěji setkáváme s projevy acné vulgaris. Považuje se za konstituční onemocnění mladých jedinců

s multifaktoriální etiopatogenezí. Uplatňují se zde genetické predispozice, aktivita mazové žlázy se zvýšenou produkcí, porucha ve složení mastných kyselin, hormonální faktory (nejspíše poměr androgenů a estrogenů), bakteriální osídlení kůže a spoluúčast přirozené obranyschopnosti. V kůži vznikají četné komedony, v jejichž okolí se vyvíjejí zánětlivé změny, vznikají červené papuly, někdy i pustuly. V těžším případě se objevují tuhé fialové zánětlivé hrboly až abscesy se ztíženým hojením, mnohdy následně vznikají koloidní jizvy. Ke zvládnutí lehké formy akné dostačuje zpravidla pečlivá hygiena s cílenou dermokosmetikou. K povrchovému čištění dobře poslouží speciální čistící gely, adstringentní pleťové vody, event. lihové roztoky s kyselinou salicylovou. Hlubokým čištěním (po předchozí napáře teplými obklady) odstraníme obsah komedonů. Závažnější formy akné vyžadují

celkovou léčbu odborníkem (antibiotika, imunomodulancia, hormonální terapie – antiandrogeny, isotretinoin).

Nezapomínejme, že kůže je zrcadlem zdravotního stavu celého organismu. Ačkoliv existuje nepřehledné množství dalších, vyloženě „kožních“ onemocnění, které nepochybně spadají do odborné péče lékaře – dermatologa, nelze pominout ani skutečnost, že některá celková onemocnění se manifestují prvními příznaky právě na kůži a sliznicích (např. dětské potravinové alergie či exantémové nemoci). Odtud také pramení nezbytnost velmi úzké spolupráce pediatra a dermatologa.

Literatura

1. Machovcová A. Péče o kůži u atopické dermatitidy. *Pediatr. pro Praxi* 2007; 2: 100–105.

2. Hybášek P, a kol. *Dermatovenerologie pro studující lékařství*, část B, 1991: 337–240, 261–263.
3. Benáková N. Léčba atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře. *Dermatol. pro Praxi* 2007; 3: 111–118.
4. Gomella TL. *Neonatology*. 2003.
5. Junášek M. Seboroická dermatitida. *Pediatr. pro Praxi* 2006; 5: 250–256.
6. Čapková Š. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Pediatr. pro Praxi* 2008; 6: 369–375.
7. Paulová M. Kůže a její onemocnění. *Neonatologický edukační program*, 1996.
8. Havlíčková M. Péče o kůži novorozenců a kojenců. *Moderní babičtví* 2007; 14.

MUDr. Renáta Kolářová

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