

# Parazitární onemocnění kůže a vlasů u dětí

MUDr. Stanislava Polášková

Dětská kožní ambulance, Dermatovenerologická klinika VFN a UK v Praze

Nejčastějším parazitárním dětským onemocněním je pedikulóza a pulikóza, často se vyskytuje i scabies. V poslední době se objevují případy cimikózy. V pozdním létě je častá trombidiáza. K parazitárním onemocněním se řadí i poštípání různým hmyzem a přisátí klíštěte. Při léčbě je třeba nejen zlikvidovat parazita a zklidnit kožní projevy, ale současně zamezit recidivám – přeléčit možné kontakty a provést patřičná hygienická opatření.

**Klíčová slova:** parazitární kožní infekce, scabies, pedikulóza, pulikóza, cimikóza, trombidiáza, přisátí klíštěte, poštípání hmyzem, anti-parazitika.

## Parasitic diseases of skin and hair in children

The most common parasitic diseases in children are pediculosis and pulicosis; also, scabies occurs frequently. Recently, cases of cimicosis have been reported. Trombidiiasis is common in late summer. Parasitic conditions also include various insect bites and tick attachment. Treatment needs to be aimed at not only eliminating the parasite and relieving skin manifestations, but also at preventing recurrence, i. e. treating possible contacts and applying proper hygiene measures.

**Key words:** parasitic skin infections, scabies, pediculosis, pulicosis, cimicosis, trombidiiasis, tick attachment, insect bite, antiparasitic agents.

Kožní paraziti mohou žít v kůži (zákožka svrabová) nebo častěji pouze sají krev a v kůži se nezabydlují. Nejčastější příčinou obtíží jsou arthropody, běžně se vyskytující v okolním prostředí. Je jich mnoho druhů, po vpichu se většinou dostaví erytém, otok, urtikariální pomfus, popř. vezikula až bula. Doprovodným příznakem je svědění či bolest, po škrábání může dojít k sekundární impetiginizaci. U citlivých jedinců může dojít k celkové reakci, popř. anafylaktickému šoku.

**Scabies (svrab)** je onemocnění charakterizované úporným svěděním, postihuje všechny věkové kategorie od novorozenců až po staré osoby bez ohledu na pohlaví. *Původcem* je roztoč *Sarcoptes hominis scabiei* (zákožka svrabová lidská). Žije v hnízdech pod rohovinou, samička vyvrtává chodbičky v rohové vrstvě epidermis, klade denně 4–5 vajíček, ze kterých se vyvíjejí nejdříve larvy, pak nymfy a nakonec (asi po 2 týdnech) zralé zákožky, které po několika týdnech umírají a celý cyklus se opakuje. Zákožky jsou citlivé na vyschnutí i vlhko, mimo tělo hostitele při pokojové teplotě nejsou schopny aktivního pohybu a za několik dní odumírají. *Přenos* se děje hlavně kontaktem z člověka na člověka nebo zprostředkovaně infikovanými lůžkovinami, ručníky a prádlem. Přímo dochází k nazeze při úzkém tělesném kontaktu, např. při spaní ve společné posteli, při společném hraní dětí. Občas dochází k epidemiím v lůžkových zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Zvýšený výskyt svrabu se cyklicky po několika letech opakuje, což je jev dosud nedostatečně vysvětlený. *Inkubační*

*doba* je 2–6 týdnů. Onemocnění začíná silným svěděním, nejdříve v místech kožních projevů, později je generalizované. Svědění je nejsilnější večer po zahřátí v posteli, často ruší spánek. Postupně si začnou na svědění stěžovat i ostatní členové rodiny. *Klinické projevy* jsou zpočátku typické – drobné zarudlé papulky kryté krustou, popř. uspořádané „ve dvojičkách“ (obrázek 1). Mezi nimi bývají někdy patrné chodbičky dlouhé několik mm, na jejichž konci může být černá tečka (roztoč) (obrázek 2).

*Predilekčními lokalizacemi* jsou meziprstní prostory rukou a nohou, volární plochy zápěstí, přední axilární záhyby, prsní dvorce, oblast pasu, pupku, podbřišek, penis, vnitřní kotníky nohou. Onemocnění vynechává hlavu – s výjimkou kojenců, u kterých jsou navíc postiženy i dlaně a plosky. Protože projevy silně svědí, dochází k exkoriacím a na jejich podkladě k impetiginizaci, vlivem imunologické reakce k ekzematizaci a napodobování ekzému. Tehdy se klinický obraz stává polymorfním a diagnóza nesnadnou. Výrazem hyperergické reakce jsou pruriginózní uzlíky lokalizované na scrotu a v axilách, které mohou přetrvávat i po léčbě, silně svědit; nejsou infekční. *Diagnózu* učiníme většinou na základě anamnézy a klinického obrazu. Potvrzení svrabu je možné histologickým průkazem roztoče ve stratum corneum nebo mikroskopickým průkazem roztoče vypíchnutého z kůže (většinou se nepodaří). V *diferenciální diagnóze* přichází v úvahu impetigo, poštípání hmyzem, atopický či jiný ekzém, kožní projevy při diabetu, onemocnění jater, leukemie, m. Hodgkin,

Pediatr. praxi 2011; 12(2): 105–107

**Obrázek 1.** Scabies na břiše



**Obrázek 2.** Chodbičky u scabies



ale také další svědivé dermatózy (např. lichen ruber, m. Duhring), ev. pedikulóza. *Komplikací* může být impetiginizace, zduření lymfatických uzlin, kvůli nočnímu svědění jsou děti unavené a podrážděné. Vzácnou formou je **Scabies norwegica** – rozsáhlé postižení kůže u pacientů s imunodeficiencí, HIV pozitivních, léčených cytostatiky nebo u mentálně postižených. Pruritus je mírný nebo zcela chybí. Na rukou, loktech, kolenou a nad kloubky prstů rukou jsou špinavé hyperkeratózy a nánosy krust, postiženy jsou i nehty, obličej a kštice. Onemocnění může budít

dojem až erytrodemie, je velmi silně nakažlivé. Léčba zahrnuje nejen likvidaci parazitů a léčbu kožních projevů, ale i hygienická opatření, zamezující recidivě onemocnění nebo jeho šíření a přeléčení kontaktů, včetně léčby sexuálních partnerů (tabulka 1).

K léčbě máme k dispozici sírnou mast nebo Infectoscab 5% krém. Sírná mast, pasta nebo tekutý pudr se používá v koncentraci od 2 % do 20 % podle věku (u dětí předškolního věku je vzhledem k nežádoucím účinkům a toxicitě síry vhodná léčba sírnou mastí pouze za hospitalizace). Před aplikací je nutné omytí mýdlem a teplou vodou a okamžitá aplikace na celé tělo kromě hlavy a krku u dospělých včetně mezivrstvy a genitálu. Po jednodenním působení následuje sprcha, výměna prádla; proces se opakuje 3 dny po sobě.

Použití Infectoscabu je pohodlnější – krátkodobější (postačí aplikace na 8 hod.) a kosmeticky přijatelnější. Infectoscab obsahuje antiparazitikum permetrin, který má dobrou účinnost a je bezpečný. Není vhodný pro kojence do 2 měsíců života, do 2 let života je vhodné provádět léčbu pod lékařským dohledem.

Po léčbě může být kůže přesušená, svědí, je zarudlá, olupuje se (iritační dermatitida způsobená lokálním lékem). Rodičům je třeba vysvětlit, že se nejedná o recidivu, předepsat emolienca, popř. s přidavkem slabého kortikosteroidu. Na přetrvávající pruriginózní uzlíky postačí aplikace tekutého pudru nebo lokálních kortikosteroidů. Mohou přetrvávat i několik týdnů po léčbě a odhojují se hyperpigmentací.

**Pediculosis (zavšivení)** je svědivá infestace, kterou vyvolávají vši. Vždy po několika hodinách sají krev hostitele a bez potravy do několika dní hynou. Podle typu vši rozlišujeme 3 typy pedikulózy – pediculosis capitis, pediculosis pubis a pediculosis vestimenti.

**Pediculosis capitis** je u dětí nejčastější. Původce je *Pediculus humanus capitis*, jehož oplodněná samička klade vajíčka (hnidy) přímo na vlasy. Hnidy na vlasech pevně lpějí, po 8 dnech se z nich vyvíjejí larvy a do 3 týdnů dospělí jedinci. Sají krev 2–3 hodiny a několik dní vydrží hladovět. Přenos se děje přímým kontaktem v kolektivech nebo skrze půjčené hřeb-

ny, čepice a šály. Ve školkách a školách dochází k různě velkým epidemiím. *Klinické projevy* jsou způsobené sáním krve. Vpich nebolí, ale kvůli reakci na sliny svědí. Nejdříve je infikována oblast za ušima a v zátylku, postupně dochází k šíření po celé kštici. Vši jsou viditelné pouhým okem, jsou tmavé a rychle se pohybují. Hnidy jsou oválná šedohnědá vajíčka asi 1 mm dlouhá, pevně přilepená na vlasu. Vši je kladou těsně k úponu vlasu, s vlasem pak odrůstají (vzdálenost hnidy od kožního povrchu 1 cm odpovídá infestaci 1 měsíce). Škrábání vede k exkoriacím a následné impetiginizaci, která se projevuje krustoskvamami a zduřením regionálních lymfatických uzlin. *Diagnóza* je jasná z klinických projevů, při vyšetření Woodovou lampou svítí hnidy perleťově bíle. V *diferenciální diagnóze* je třeba odlišit jiné svědivé dermatózy – ekzém, psoriázu, hnidy mohou být zaměněny za lupy při seborrhoické dermatitidě, šupení u povrchných trichofycií nebo za zbytky laku či gelu. Při impetiginizaci je třeba vyloučit impetigo. *Léčba* bývá mnohdy obtížná a neúspěšná. Důvodem je buď selhání použitého prostředku (vzrůstá rezistence vši na chemické přípravky), nedodržení návodu anebo odvšivení není provedeno v celém kolektivu najednou (často jsou postiženy celé třídy ve školkách a školách a také rodinní příslušníci). Po léčbě je potřeba vyměnit a vyprat prádlo, ručníky, vyčistit hřebeny a vzájemně si je nepůjčovat. K dispozici máme šampony, vlasové vody, olejové přípravky hubící vši bez chemických přípravků (zadušením) a antiparazitikum používané v léčbě svrabu (Infectoscab). Šampony jsou pouze první pomocí a pro léčbu nedostačující, protože hubí pouze živé vši a nikoliv hnidy. Karbamátové insekticidum Diffusil H forte působí na vši i na hnidy. Přípravky na olejové bázi jsou volně prodejné v lékárnách a je jich dosti velký výběr – s kokosovým olejem (např. Paranit spray, Parasidose), se silikonovým olejem (Pedicul), s eukalyptem, levandulovým olejem, rozmarýnem, na olejové bázi je i Diffusil Care s velmi dobrou účinností.

**Pediculosis pubis** způsobuje veš ohanbí (*Phthirus pubis*), která žije v ochlupení genitálu, popř. v axilách, obočí a v řasách (tam ji lze zachytit u novorozenců postižených matek).

Sedí u úponu vlasu, předními kusadly zanořená do kůže. Její sliny obsahují enzymy s antikoagulačním účinkem, proto jsou v místě vpichu šedomodré makuly tzv. maculae coeruleae o průměru do 1 cm. Stejně jako veš hlavová klade na vlas hnidy. Onemocnění se přenáší nejčastěji pohlavním stykem, u dětí je vzácné.

**Pediculosis corporis (vestimenti)** způsobuje veš šatní, která žije na vláknech oděvů a příležitostně sají krev člověka. Vajíčka klade na vlákna oděvů. V místě vpichu jsou makuly, papuly, urtikariální pomfy, četné exkoriace ze škrábání (onemocnění silně svědí). U dětí je velmi vzácné, vyskytuje se ve velmi špatných hygienických podmínkách (bezdomovci, období válek). Může přenášet skvrnitý tyfus či volyňskou horečku.

**Cimicosis** je poštipání štěnicemi (*Cimex lectularius*). Štěnice má plochý tvar těla, je 4–5 mm dlouhá a 3 mm široká, nažloutlé barvy, která se po nasátí krví mění v červenou. Je světloloplachá, přes den se ukrývá v temných koutech ve škvírách podlah, v nábytku, za obrazy, může být v elektrických zásuvkách a lampách. V noci sají krev, řadu týdnů až měsíců vydrží bez potravy. *Klinické projevy* silně svědí, více u dětí a alergiků, postupem času po opakovaných atakách se svědění zmírňuje stejně jako kožní projevy. Na odkrytých částech těla jsou mnohočetné urtikariální pomfy, v jejichž středu je při vitropresi jasně viditelná hemorhagická tečka (místo vpichu). U dětí mohou být projevy puchýřnaté, někdy i s otoky víček. *Diferenciální diagnóza*: akutní urtikarie, strophulus infantum, poštipání jiným hmyzem, erythema exsudativum multiforme. *Léčba* je symptomatická, ztišení svědění je velmi obtížné, antihistaminika nemají patřičný efekt, lokálně ošetřujeme tekutými pudry s mentolem, mentolovým líhem nebo Fenistil gelem. Štěnice je nutné ničit insekticidy v celém bytovém objektu (včetně sousedních bytů).

**Pulicosis** způsobuje blecha obecná (*Pulex irritans*), která žije na zvířatech (psi, kočky, ptáci). Hnidy klade nejen na srst zvířat, ale i na koberec, deky a do pelíšků, kde zvířata přebývají. Skáče až 50 cm do výšky, sají krev, žije až 1,5 roku. Na zakrytých partiích těla, často na dolních končetinách jsou asymetrické často lineárně uspořádané svědivé červené makulopapuly až pomfy s centrální petechií. U dětí mohou vznikat až buly. *Léčba* je symptomatická, vyžaduje přeléčení zvířat, profylakticky je možno použít repelenty.

**Trombidiasis autumnalis (srpnová vyrážka)** je způsobená larvou roztoče sametky podzimní (*Trombicula autumnalis*), která žije v trávě a křovinách, sají krev a poté z kůže sa-

**Tabulka 1.** Zásady úspěšné léčby svrabu

Dodržet instrukce o aplikaci léku
Léčit všechny postižené najednou, popř. léčit celou rodinu (i osoby zatím bezpříznakové)
Důsledně vyměnit lůžkoviny a osobní prádlo po léčbě
Vyprat prádlo v co nejteplejší vodě, vyžehlit, 3 dny nepoužívat
Oděvy, které nelze vyprat, a boty uložit na 5 dní do igelitového pytle
Neopakovat léčbu jen kvůli přetrvávajícímu svědění

movolně odpadá. Vyskytuje se v pozdním létě. *Klinicky* se projevuje sytě červenými papulami až urtikami, s centrální hemorhagickou tečkou. Eflorescence dosahují vrcholu po 2 dnech od poštípání, přetrvávají i 2 týdny a odhojují se hyperpigmentacemi. Jsou lokalizovány v místech těsného kontaktu prádla a kůže (pod okrajem ponožek, gumou spodního prádla). *Léčba* je symptomatická – tekuté pudry, Fenistil gel. Preventivně je vhodné použít repelenty.

**Klíšťata** jsou u nás hojně rozšířena ve volné přírodě. Nejčastěji jde o klíště obecné (*Ixodes ricinus*). Jeho vývoj přes vajíčko, larvu a nymfu k dospělé formě trvá asi 3 roky. Při napadení se kusadly přisaje do kůže, kde několik dní saje krev, zvětšuje svůj objem a poté samovolně odpadá. Kolem místa vpichu se dostavuje svědění, zarudnutí až otok. Klíšťata jsou vektorem přenosu dalších onemocnění – klíšťové encefalitidy, borreliózy, ehrlichiozy nebo rickettsiozy. Proto je vhodná prevence – při pobytu v přírodě oděv pokrývající celé tělo, klobouky, použít preventivně repelenty a po návratu domů pečlivě prohlédnout kůži celého těla včetně kštic. Klíště

je potřeba co nejdříve a šetrně odstranit (při odstranění za více než 24 hod. je infekce od nakaženého klíštěte pravděpodobnější). Klíště je nejlépe vyviklat nebo mechanicky vytrhnout pinzetou, poté místo dezinfikovat. Použití oleje nebo vazeliny se nedoporučuje (vyvolá zvracení klíštěte a infikování ranky obsahem zažívacího traktu klíštěte).

**Poštípání hmyzem** je častou příčinou svědivých eflorescencí, jejichž projevy se odvíjejí od druhu hmyzu, intenzity pobodání a citlivosti postiženého. Jde o komáry, mouchy bodalky, muchničky, ovády a další, po jejichž bodnutí vznikají intenzivně svědící až bolestivé makulopapuly, urtikariální pomfy až otoky, vzácněji doprovázené i celkovými příznaky (zvýšenou teplotou, bolestí hlavy, popř. i celkovou alergickou reakcí). Ze škrábání může dojít k sekundární impetiginizaci. Také bodnutí včelou, vosou, sršněm nebo mravenci se projevuje erytémem a otokem v místě vpichu, projevy spíše bolí než svědí, mohou vyvolat i anafylaktickou reakci. *Léčba* je symptomatická – dezinfekce, antihistaminika, lokální korti-

kosteroidy, popř. celková léčba při alergické reakci.

### Závěr

Parazitární kožní onemocnění jsou dosti častou příčinou kožních onemocnění u dětí, mnohdy opomíjenou a zaměňovanou za jinou dermatózu. Při diagnóze napomůže pečlivá anamnéza, zhodnocení epidemiologické situace a popř. i vyšetření osob, které s dítětem přicházejí do styku. Důležitá je znalost základních kožních projevů u jednotlivých onemocnění. Správná léčba přináší pacientovi rychlou úlevu, nesmíme zapomínat ani na doprovodná hygienická opatření k zabránění recidivy onemocnění.

Článek doručen redakci: 29. 11. 2010

Článek přijat k publikaci: 24. 1. 2011

**MUDr. Stanislava Polášková**  
Dětská kožní ambulance,  
Dermatovenerologická klinika VFN  
a UK v Praze  
Karlovo náměstí 32, 120 00 Praha 2  
polaskova.s@centrum.cz

