

teploty, vlhkost, vlna a syntetické materiály oblečení, detergenty, kožní mikrobiální kolonizace, kontaktní a potravinové alergen. Důležitá je identifikace a vyhýbání se těmto spouštěcím faktorům (7).

Studie zabývající se možnými spouštěcími faktory AD u malých dětí do věku 5 let mezi ně řadí novorozeneckou hyperbilirubinemií, syndrom dechové tísně novorozence (NRDS, Neonatal Respiratory Distress Syndrome), neonatální infekce a infekce během dětství, které mají vliv jak na nástup, tak i přetrvávání AD v raném dětství (8).

Hladina celkového IgE v séru u dětí s AD korelovala s tíží onemocnění; novorozenecká hyperbilirubinemie a NRDS mohou zvyšovat hladinu celkového IgE (8, 9).

Další studie zmiňují například i sebo-roickou dermatitidu (přemnožení kvasinek *Malassezia*) a infekci *molluscum contagiosum* (vznik AD zejména v popliteální oblasti) (1).

## Růst a vývoj

Růst a vývoj v raném dětství je velmi rychlý a důležitý. V poslední době je diskutován vliv AD, případně její léčby na růst a vývoj dětí. Perorální pulzní kortikosteroidní terapie a dlouhodobá aplikace lokálních kortikosteroidů na velké plochy kůže by mohly mít vliv na poruchy růstu. Předpokládá se i možný vliv poruch spánku nejen na růst, ale i psychosociální vývoj (1).

Na letošním AAD 2025 v Orlandu byl prezentován kolegy z Boston Children's Hospital poster na téma „Zkoumání použití melatoninu u dětí s AD – průřezová studie“. Melatonin, volně prodejný doplněk stravy, byl nejčastěji (v 85,7 %) používán ve formě „gummies“ (nám známé jako gumové medvídci). V 50 % bylo jeho užívání zahájeno rodiči nezávisle na doporučení, ve druhé polovině bylo doporučeno zdravotnickými pracovníky, přáteli, rodinou nebo on-line zdroji. Vnímaná účinnost byla různorodá – 21,4 % jej považovalo za velmi užitečný pro zlepšení spánku, 14,3 % za trochu užitečný a 57,1 % za málo užitečný nebo bez efektu (10).

Melatonin je EMA schválený pouze pro léčbu insomnie u dětí s ADHD (Attention Deficit/Hyperactive Disorder) a s poruchami autistického spektra (ASD, Autism Spectrum Disorders) (11).

**Obr. 2.** Zahájení terapie a stav po 3 měsících léčby (archiv Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Bulovka v Praze)



V jiných indikacích se jeho použití u dětí nedoporučuje. V Evropě neexistuje jednotný konsenzus na léčbu nespavosti a použití melatoninu u typicky se vyvíjejících dětí (12).

V raném dětství probíhá i senzorický vývoj dítěte, který může být negativně ovlivněn extenzivním kožním postižením (1).

## Infekce

Malé děti s AD jsou náchylnější ke vzniku nebo vážnějším recidivujícím vzplanutím infekcí, které se mohou překrývat s jejich AD. Děti s aktivní AD se v lékařské ordinaci pediatra i dermatologa objevují velmi často právě v souvislosti s infekcemi. Infekční komplikace začínají již v raném dětství, častá je asociace AD a kolonizace kůže zlatým stafylokokem (*Staphylococcus aureus*). Ve vě-

kovém rozmezí od batolat až po děti mladšího školního věku se typicky setkáváme s infekcí *molluscum contagiosum*, u starších školních dětí a dospívajících s folikulitidou, impetigem a vulgárními verukami. Častou infekcí u dětí s AD je i herpes simplex a v případě rozsáhlého rozšíření herpes simplex viru i obávaná infekce – eczema herpeticatum, u které je nutná systémová antivirová terapie acyklovirem (1).

V klinické praxi je i pro zkušeného dermatologa v terénu AD a přítomnosti četných erozí velmi těžko klinicky rozeznatelné, zda se jedná o bakteriální, či virovou infekci (často se i kombinují), proto je vhodné provedení stěru kůže a odeslání k PCR diagnostice herpetických virů a k bakteriologickému vyšetření.