



ACADEMY 29. 05. 2014

Kožní mykóza

Dermatofyty jsou vláknité houby, jež se živí keratinem, a proto napadají rohovějící buňky kůže, vlasy a nehty. Zde mají vhodné podmínky, teplo a...

Kožní mykóza je infekce způsobená houbami. Nejčastějšími původci kožních mykóz jsou dermatofyty, které parazitují na keratinu kůže, vlasů a nehtů. Méně často kožní infekci způsobují kvasinky. Existují stovky druhů hub, ale jen některé druhy napadají lidskou kůži. Každý druh může vyvolat různé formy houbové infekce, které se označují názvem tinea. Může se vyskytnout prakticky kdekoliv, nejčastější je kožní mykóza nohou v meziprstních prostorech, dále pak ve tříslech, na ruce, v podpaží či ve vlasech. Postihuje až třetinu dospělé populace. Kožním mykózám se lidově říká plísň.

Dermatofyty

Dermatofyty jsou vláknité houby, jež se živí keratinem, a proto napadají rohovějící **buňky kůže, vlasy a nehty**. Zde mají vhodné podmínky, teplo a vlhkost, aby se mohly množit.

Na člověku žijí dermatofyty z rodu *Trichophyton* a *Microsporum*. Jejich soužití je vyvážené, imunitní systém aktivují omezeně, takže jejich projevy jsou méně nápadné. Existují i agresivnější druhy, které se na člověka přenášejí z domácích zvířat a způsobují výrazné zánětlivé postižení (tinea vousů).

Jak vzniká kožní infekce

Při vzniku kožní infekce mají rozhodující význam vlastnosti houby, věk, pohlaví a celkový zdravotní stav nemocného a místní kožní podmínky.

Vniknutí dermatofyt usnadňuje měkká kůže vzniklá působením zvýšené vlhkosti a tepla tzv. macerovaná kůže. Nejsnadnější vstupní bránou pro plísňové infekce je jakékoliv **poranění**. Dermatofyty nemají schopnost proniknout a přetrvávat v živé lidské tkáni. Tomu zabraňuje nespecifický imunitní systém člověka.

Způsob přenosu kožní infekce

Houbové infekce se přenášejí nepřímo pomocí kontaminovaného materiálu nebo z prostředí. Častý je přenos přímo z jiných ložisek na těle, zpravidla z nohou.

Spóry hub přežívají v bazénech, koupelnách, kobercích nebo botách. Odloučené kožní šupiny napadené mykózou jsou infekční několik měsíců. Dalším zdrojem jsou nástroje na manikúru či vypůjčené hřebeny. K tomu, aby ze spór mohly vyrůst houby, je nutné vlhké, teplé prostředí a nedostatečná hygiena. Vhodné prostředí poskytuje **uzavřená obuv** a nošení **neprodyšného spodního prádla**.

Rizikovými faktory jsou poruchy prokrvení, neuropatie, poruchy buněčné imunity, poranění, cukrovka, obezita i zvýšená potivost. Zvýšený výskyt mykóz provází také užívání antibiotik a léků potlačujících imunitní systém (imunosupresiva a kortikoidy).



Obecné příznaky kožní mykózy

Plísňová infekce se projevuje nepříjemným **svěděním a pálením zarudlé kůže**. Jindy je příznakem suchá kůže, která praská, olupuje se a tvoří se na ní puchýřky. U některých osob kožní mykóza nesvědí, na kůži nejsou viditelné téměř žádné změny nebo jsou skryté v mezprstí, takže dotýčný nemá důvod kožní mykózu řešit a stává se zdrojem nákazy pro další jedince.

Atletická noha (tinea pedis)

Dermatofytická infekce postihuje meziprstní prostory mužů středního věku. V meziprstí nohou se nejprve začíná olupovat začervenalá kůže, která později maceruje, zbělá, ztlušťuje se a praská. Praskliny jsou pak místem vstupu bakteriální infekce, typicky streptokoků, kteří způsobí růži (erysipel) dolních končetin.

Na ploskách nohou a okrajích chodidel se **kožní mykóza** projevuje nenápadně ztlustělou, bělavou, olupující se kůží. Může se objevit zarudlá spodina náchylná k tvorbě prasklin.

Nejméně častá forma se projevuje opakujícími se výsevy drobných svědivých puchýřků, které zaschnou a následně se olupují.

Onemocnění má chronický průběh, kdy se střídá období potíží s obdobím klidu.

Tříselná tinea (tinea inguinalis)

Dermatofytické onemocnění třísel se běžně vyskytuje u mužů jako přenesená infekce z kůže nohou a

nehtů.

Na jedné či obou stranách třísel vzniká svědivé malé světle červené ložisko, jež se pomalu rozšiřuje do okolí vyvýšeným červeným lemem tvořeným pupínky a puchýřky. Ložisko v centru bledne a spontánně se vyhojuje, nabývá tedy prstencitého uspořádání. Tinea se může šířit na stehno, hráz, podbřišek i genitál.

Tinea těla (tinea corporis)

Houbová infekce trupu a končetin vzniká přenosem z jiných částí těla nebo po kontaktu s infikovaným zvířetem. Má stejný vzhled jako tříselná tinea. Infekce nevousaté části obličeje se označuje jako tinea faciei.

Tinea rukou (tinea manus)

Mykóza rukou probíhá jako druhotná infekce při mykózy nohou. Zpravidla jednostranně se objevuje nenápadné zarudnutí dlaně se ztlustělou rohovinou a popraškovitým olupováním. Zřetelněji se projevuje ve dlaňových rýhách. Pokud máte pocit přesušené kůže, ruce vás svědí a jsou zarudlé, pravděpodobně trpíte tineou rukou.

Jiná forma se projevuje výsevem svědivých puchýřků na dlaních a postranních plochách prstů. Po jejich zaschnutí zůstávají zarudlá olupující se ložiska.

Onychomykóza neboli tinea nehtu (tinea unguium)

Houbová infekce nehtových plotének tvoří až třetinu infekcí způsobených dermatofyty. Zpravidla se jedná o infekci přenesenou z jiných ložisek na těle. Častěji postihuje prsty nohou, a to hlavně na palci a malíčku. Okraj nehtu se ztlušťuje, žloutne a začíná drolit, což vede k odlučování nehtové ploténky od jeho lůžka (tzv. onycholýze). Méně často dermatofyty proniknou přímo do nehtového lůžka a naruší růst nehtu. Nehet je pak deformovaný, bělavě se barví a ztrácí lesk.

Po vyléčení často dochází k opakované infekci, což je dáno trváním doprovodných nemocí a trvalým přežíváním hub v prostředí. Onychomykóza může být způsobena i kvasinkami.

Tinea hlavy (tinea capitis)

Dermatofytická infekce vlasaté části hlavy, obočí a řas postihuje hlavně děti školního věku. V kolektivech tedy může probíhat jako menší epidemie.

Zánětlivá forma (Kerion celsi) je vyvolána agresivními dermatofyty. Houby napadají zevní vlasovou pochvu, šíří se až k zárodečným buňkám vlasu a ničí tak celý vlasový váček. Vytváří se silně červené olupující se ložisko s pupínky a puchýřky, které splývají v navzájem komunikující hrboly. Vlasy se snadno tahem uvolňují, vlasové váčky zanikají a vzniká jizvící alopecie (plešatost).

Jiné typy infikují vnitřek vlasu, vlasy se lámou a zanechávají černé tečky. Při této nezáznětlivé formě se vytváří oválná ložiska s olupujícím se povrchem a ulámanými vlasy.

Diagnostika kožní mykózy

Při podezření na kožní mykózu navštivte kožního lékaře. Kožní mykózu sice můžete léčit sami řadou volně prodejných prostředků, ale to se nevyplácí. Jednak se můžete s diagnózou splést (podobné jsou některé formy atopického či kontaktního ekzému) nebo špatně zvolenou nedostatečnou léčbou

podpoříte rozšíření infekce.

Lékař provede k potvrzení diagnózy a hlavně určení původce mykologické vyšetřením vzorku, které je nezbytné pro zahájení správné a účinné léčby.

Jako vzorek lékař použije ulámané vlasy, z okraje ložiska sterilním skalpelem seškrábané šupiny, nehtovou nebo podnehtovou drť. Vzorek se vyšetřuje mikroskopicky a kultivačně.

Mikroskopické vyšetření je rychlé a nenáročné. Ke kapce louhu se přidají šupiny a vzorek se nechá hodinu odpočinout. Louh rozvolní keratin a lékař může pozorovat houbová vlákna. Pozitivní nález je pouze orientační.

Pro určení druhu mykózy je rozhodující výsledek kultivace. Vzorek se pěstuje ve speciální půdě, do které se přidají antibiotika k potlačení růstu bakterií, po dobu až 6 týdnů.



Léčba kožní mykózy

Základem úspěšné léčby je **pravidelná a šetrná péče o kůži, dodržování hygienických návyků a cílená léčba houbové infekce.**

Při cílené terapii kožních mykóz se používají antimykotika zabraňující růstu a množení hub, k místní (tablety) nebo celkové (masti, krémy, roztoky) léčbě. Léčba plísňové infekce by měla být zahájena co nejdříve. Zabráníte tím rozšíření infekce na další části těla a napadení nehtů.

Lokální léčba kožní mykózy

Většinu houbových infekcí zvládnou lokální prostředky. Nespecifická antimykotika se používala zejména dříve. Dnes se k odstranění ztlustělé a olupující se kůže používají masti s kyselinou salicylovou nebo ureou pro svůj keratolytický účinek. Ke snesení nehtové ploténky se rovněž používá 40% urea (chirurgické odstranění nehtu se neprovádí).

Cílenou a vysoce účinnou léčbu kožních mykóz dnes zajišťují specifická antimykotika. Nejčastější mechanismus účinku spočívá v potlačení tvorby buněčné stěny hub. Existuje několik skupin antimykotik. Dostupné jsou ve formě mastí, krémů, roztoků i laku na nehty.

Volně prodejné jsou přípravky s klotrimazolem (Canesten, Clotrimazol AL či Imazol), ketokonazolem (Nizoral), bifonazolem (Canespor) a terbinafinem (Lamisil). Na lékařský předpis je vázaný přímo na dermatofyty je určený Exoderil nebo o kortikoidy obohacený Pimafucin a Imacort.

Při léčbě onychomykózy se používají laky na nehty s antimykotiky - Locetyl lak na nehty nebo krémy a roztoky s antimykotiky - Batrafen krém a roztok.

Celková léčba kožní mykózy

Systémová léčba je nezbytná u chronických a opakujících se infekcí, rovněž u mykózy většího rozsahu, u onychomykózy při postižení celého nehtu včetně nehtového lůžka a u vlasové infekce.

Výběr správného antimykotika záleží na původci infekce. Nejčastěji se volí antimykotika s účinnou látkou terbinafinem (Lamisil) nebo itrakonazolem (Sporanox, Prokanazol).

Prevence kožní mykózy

- Riziko kožní mykózy můžete snížit dodržováním hygienických návyků – denní mytí nohou s pečlivým vysušením míst vlhké zapáčky a denní výměnu bavlněných ponožek.
- Pravidelně provádějte dezinfekci vnitřní části obuvi, zvláště té sportovní, dezinfekčním sprejem do obuvi. Perte ponožky, ručníku i jiné prádlo kvalitním pracím prostředkem minimálně na 60°C.
- Ve společných šatnách, sprchách, bazénech nebo saunách se neprocházejte naboso. Zásadně používejte vlastní pantofle.
- Noste prodyšnou obuv, nejlépe z pravé kůže. Nohy dostatečně větrejte, protože tam kde se nohy více potí, daří se plísním. V létě chodte v otevřené obuvi.
- Nepoužívejte cizí boty či ručníky na návštěvě nebo ve vlastní rodině, zvláště pokud víte, že někdo trpí mykózou.

Doporučení při kožní mykóze

Terapie mykózy bývá svízelná a dlouhodobá, často se mykóza vrací. Léčbu předčasně neukončujte, dodržujte lékařem doporučenou dobu léčby. Část hub jinak přežije a kožní mykóza se objeví znovu.

Jestliže často trpíte kožní mykózou, po návratu z bazénu ponořte nohy do vody s hypermanganem nebo octem, tím zničíte potenciální plísně.

Dva týdny před mykologickým vyšetřením nepoužívejte lokální antimykotika. Postižené nehty neošetřujte šest týdnů před odběrem vzorku.