

## II. Choroby wirusowe, grzybice

### 1. Jak leczyć u dziecka kłykciny kończyste w okolicy odbytu?

Kłykciny kończyste (*condylomata acuminata*) to brodawki wirusowe, które rozwijają się na skórze i błonach śluzowych zewnętrznych narządów płciowych oraz okolicy odbytu. Są wywołane najczęściej przez łagodne typy HPV 6 i 11. W większości przypadków brodawki płciowe nie stanowią zagrożenia życia i mają przebieg bezobjawowy. Wywołują zniekształcenia natury estetycznej, nieraz sprawiają dolegliwości fizyczne i cierpienia psychiczne, wahające się od poczucia wstydu, do gniewu czy wątpliwości (z uwagi na to, że są przenoszone głównie drogą kontaktów seksualnych – w przypadku zarażenia dzieci – należy przeprowadzić wywiad również w kierunku nadużyć seksualnych, które zdarzają się często). Nielezione kłykciny kończyste mogą nie podlegać zmianom, ustępować samoczynnie lub może dojść do zwiększenia ich liczby i rozmiaru. Umiejscowione w okolicy odbytu powodują dyskomfort przy podcieraniu pupy. Rodzice zaniepokojeni wystąpieniem „owych tworów” szukają porady u pediatry lub dermatologa. Najtańszą i najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną jest nanoszenie roztworu wodnej pioktaniny (mającej działanie przeciwwirusowe, wysuszające i przeciwwirusowe) pałeczką bawełnianą punktowo na poszczególne brodawki 2 razy dziennie przez 14 – 20 – 30 dni. Po aplikacji pioktaniny można natłuścić okolicę odbytu maścią Linomag, aby nie doszło do przesuszenia błony śluzowej odbytu. Inną niezabiegową opcją terapeutyczną jest zastosowanie imikwimodu w postaci 5% kremu (Aldara). Leczony obszar skóry należy umyć wodą i łagodnym mydłem i starannie osuszyć. Następnie nałożyć ilość kremu wystarczającą do pokrycia leczonego miejsca i pozostawić na 6-10 godzin. Stosować 3 razy w tygodniu, do ustąpienia zmian (maksymalnie 16 tygodni). Jeśli zmiany nie cofną się albo rodzice pacjenta od razu zdecydują się na leczenie zabiegowe,

najlepszą metodą wydaje się elektrokoagulacyjne usunięcie brodawek. W przypadku gdy brodawki umiejscowione są naokoło odbytu, czynność należy wykonywać dwuetapowo, aby uniknąć powikłania, jakim jest nawykowe zatrzymanie stolca. Wiadomo, że po zabiegu powstają bolesne nadżerki. Jeśli przeprowadzamy go jednostronnie, to po pierwsze przyspieszamy gojenie (brak efektu zlepiania), a po drugie łatwiej jest wtedy małemu pacjentowi się wypróżnić. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu nasiękowym 1-2% roztworem lignokainy. Po zabiegu nadżerki pokrywa się punktowo wodnym roztworem pioktaniny 2 razy dziennie przez 3-5 dni i zabezpiecza przed wysychaniem śluzówki przez aplikację obojętnej maści Linomag, kremu o działaniu przeciwwirusowym (Clotrimazol lub Vratizolin) albo maści z antybiotykiem o działaniu przeciwwirusowym Cusi Erythromycin – 2 razy dziennie do odpadnięcia strupków. Po całkowitym wygojeniu zmian możemy przyjąć pacjenta ponownie w celu dokonania elektrokoagulacji po drugiej stronie odbytu. Tak wykonywane zabiegi są najmniejszą traumą dla małych pacjentów. W profilaktyce onkogennej zaleca się szczepienie dziewcząt przeciwko wirusom HPV przed rozpoczęciem aktywności seksualnej – ok. 13. r.ż.

### 2. Czy jest możliwe kliniczne odróżnienie małych pęcherzyków w przebiegu liszajca zakaźnego od wykwitów ospy wietrznej (wiatrówki)?

Liszajec zakaźny pęcherzowy (*bullous impetigo*) jest zlokalizowaną postacią gronkowcowego zapalenia skóry wywołanego działaniem eksfoliatyn (typu A i B) wydzielanych przez szczepy *Staphylococcus aureus* (grupy fagowej II). Toksyny te rozszczepiają desmogleinę 1, prowadząc do powstania powierzchniowych, podrogowych pęcherzy w miejscu infekcji. Podstawowymi wykwitami są wiotkie, małe pęcherze wypełnio-



**Ryc. II.1.** Liszajec zakaźny rozsiały poprzez autoinokulację zakażenia na kończynie górnej lewej.

ne płynem (i w tym stadium mogą pojawić się wątpliwości diagnostyczne), które powiększają się, tworząc duże pęcherze, ostro odgraniczone od otoczenia, ale bez rumieniowej obwódki. Pęcherze łatwo przerywają się, w wyniku czego powstają wilgotne, czerwone nadżerki otoczone przez kołnierzyk z pękniętych pokryw pęcherzyków. Skłonność do szybkiego rozprzestrzeniania się zmian i tworzenia pęcherzy uwarunkowana jest budową skóry dziecka, a przede wszystkim bardzo licznymi (w stosunku do dorosłych) połączeniami desmosomalnymi (u dorosłych częściej występuje odmiana sucha). Zmiany w przebiegu liszajca zakaźnego pęcherzowego zlokalizowane są głównie w obrębie wilgotnych fałdów skórnych, np. pod pachami, na karku, w fałdach pachwinowych, całej okolicy pieluszkowej, a także na twarzy w okolicy nosa i jamy ustnej, na dłoniach, czyli w miejscach ekspozowanych. Objawy ogólnoustrojowe, w tym gorączka, występują sporadycznie i są zwykle łagodne. Liszajec zakaźny pojawia się częściej w miesiącach letnich i w wilgotnym klimacie. Ospa wietrzna, wiatrówka (*varicella*), jest chorobą wirusową z wy-



**Ryc. II.2.** Liszajec zakaźny rozsiały w okolicy krzyżowo-pośladkowej.



**Ryc. II.3.** Wykwity nadżerkowe i pęcherzykowe w przebiegu ospy wietrznej u 10-letniej dziewczynki.

stępującym z reguły 1-3-dniowym okresem prodromalnym z gorączką i złym samopoczuciem, po którym obserwuje się szybki wysiew zmian pęcherzykowych. W pierwszej fazie wypełnione są przezroczystym płynem (to pierwsze stadium może sprawić trudności diagnostyczne, zwłaszcza gdy wykwitów jest mało i są obecne tylko na skórze gładkiej), ale są one otoczone czerwoną obwódką, co różnicuje je z małymi pęcherzami w przebiegu liszajca pęcherzowego. Pęcherzyki w początkowym stadium są opisywane jako krople rosy na płatkach róży. Mają one cienką pokrywę, która łatwo przerywa się po potarciu jej opuszką palca lub szpatałką do badania gardła. Po 2-3 dniach zmieniają się w krosty, które ok. 4. dnia przysychają, tworząc strupy. Przez 3-4

dni mogą tworzyć się jeszcze nowe wykwity, które pojawiają się rzutami w obrębie skóry gładkiej i owłosionej. Charakterystyczna dla ospy wietrznej jest jednoczesna obecność wykwitów w różnych stadiach rozwojowych, stąd skóra dzieci chorych na wiatrówkę porównywana jest z rozgwieżdżonym niebem (różna wielkość wykwitów i w różnym stadium ewolucji). Zmianom na skórze gładkiej i owłosionej mogą towarzyszyć wykwity w obrębie błon śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych. Te na śluzówkach jamy ustnej ze względu na towarzyszącą bolesność mogą powodować niechęć do jedzenia, a zmiany w obrębie narządów płciowych dolegliwości przy oddawaniu moczu. U pacjenta występuje z reguły 250-500 wykwitów. Dokładnie zebrany wywiad chorobowy, lokalizacja zmian, ich wygląd oraz objawy towarzyszące zwykle pozwalają na odróżnienie tych dwóch jednostek chorobowych, jakimi są liszajec zakaźny i ospa wietrzna.

### 3. Czy zachodzi potrzeba leczenia łupieżu różowego u dzieci?

Łupież różowy (*pityriasis rosea*) jest niegroźną, samoograniczającą się chorobą, która może wystąpić w każdym wieku, częściej jednak u dzieci w wieku szkolnym i młodych dorosłych, najczęściej u nastolatków. Etiologia pozostaje nieznaną, jednak szczytowa zachorowalność przypadająca na późną zimę, wiosnę i jesień oraz mała liczba nawrotów przemawiają za etiologią zakaźną, prawdopodobnie wirusową. Sugeruje się udział wirusa *Herpes* typu 6 i 7. Wysiew zmian skórnych poprzedzają niekiedy objawy prodromalne, tj. ból głowy i uczucie rozbicia. W ok. połowie przypadków pacjent podaje w wywiadzie obecność bezobjawowej plamy, która pojawiła się przed wystąpieniem reszty wykwitów (blaszka macierzysta, blaszka zwiastunowa). Ta pojedyncza, owalna, złuszczone, różowa zmiana o średnicy 3-5 cm może umiejscowić się w dowolnym miejscu na powierzchni ciała, najczęściej jednak na tułowie lub udach (wygasa nie zmiany w części środkowej często prowadzi do mylnego rozpoznania grzybicy skóry gładkiej – obecność grzyba może być wykluczona na podstawie testu z KOH). W ciągu następnych 1-2 tygodni na skórze pojawiają się liczne mniej-



Ryc. II.4. Liczne wykwity łupieżu różowego Giberta u 16-letniego chłopca.



Ryc. II.5. Łupież różowy Giberta u 4-letniej dziewczynki.

sze zmiany, zazwyczaj skupiające się na tułowie i dosiebnych częściach kończyn. Z początku są to małe, okrągłe grudki, które powiększają się, tworząc owalne ogniska o średnicy 1-2 cm, ciemniejsze w części środkowej i złuszczone na obwodzie. Długie osie ognisk zawsze przebiegają wzdłuż linii napięcia skóry na klatce piersiowej, co sprawia, że układ zmian przypomina



„drzewko bożonarodzeniowe”. Ten drzewkowaty układ na tułowiu o wzorze choinki jest często cytowany jako cecha patognomoniczna, ale należy pamiętać, że nie występuje on u wszystkich dzieci (podobnie jak grudka przetrwała na worku mosznowym czy prąciu jest cechą patognomoniczną dla świerzbu, to jednak nie występuje u 100% zakażonych świerzbem chłopców). O ile u dorosłych zmiany prawie nigdy nie umiejscawiają się na twarzy, dłoniach i stopach, to u dzieci łupież różowy może zająć większość powierzchni skóry, włącznie z twarzą i odsiebnyimi częściami kończyn. Co więcej, w okresie wczesnodziecięcym może być także zajęta owłosiona skóra głowy. Rzadko zmiany koncentrują się w okolicach pach i pachwin (odmiana odwrócona). Niekiedy stan zapalny może być bardzo nasilony, nawet z tworzeniem się pęcherzy i wykwitów krwotocznych – im młodsze dziecko, tym luźniejsze połączenie desmosomalne i większa skłonność do tworzenia pęcherzy (odmiana pęcherzowa). Należy wspomnieć, że do innych odmian zalicza się także grudkową, krostową i pokrzywkową. Zmiany skórne osiągają największe nasilenie po kilku tygodniach i wygasają stopniowo w ciągu 6-12 tygodni. Jednakże przebarwienia pozapalne (szczególnie u osób o ciemnej karnacji skóry) mogą utrzymywać się miesiącami. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić wspomnianą już grzybicę skóry gładkiej, łupież pstry, łuszczycę, przyłuszczycę, kiłę II-rzędową oraz osutki polekowe, pojawiające się w czasie terapii preparatami złota, barbituranami,  $\beta$ -blokerami, kaptoprylem, gryzeofulwiną, metronidazolem i izotretynoiną. Ponieważ wysypka często jest przyczyną troski pacjenta i/lub jego rodziców spowodowanej rozsianym charakterem zmian i ich długim utrzymywaniem się, lekarz powinien wytłumaczyć istotę schorzenia i poinformować o jego samoograniczającym się przebiegu. Gdy współwystępują świąd i nasilony stan zapalny, przydatne mogą być miejscowe kortykosteroidy, np. Mecortolon krem lub recepturowy krem z prednizolonem:

**Rp.**

Prednisoloni 0,3

Aq. destill. 20,0

Eucerini ad 100,0

MDS: 2 x dziennie na zmiany

oraz doustnie leki antyhistaminowe, np. Zyrtec. W wyjątkowych przypadkach, tzw. „kastinogowych”, np. przed I Komunią św. lub studniówką, zachodzi potrzeba „przyspieszenia” ustępowania zmian.

#### 4. Jak odróżnić zanokcicę opryszczkową palców?

Zanokcica to zapalenie proksymalnych i/lub bocznych obrąbków naskórka paliczka dystalnego, częściej palców rąk niż stóp, przebiegające w przypadku zakażenia wirusowego w sposób ostry. Jest to zakażenie pierwotne wywołane przez ludzkiego herpeswirusa typu 1 (*Human herpesvirus – HHV*), zwyczajowo zwanego *Herpes simplex virus (HSV-1)*. Wirusy wszczepiają się i rozwijają zawsze w uszkodzonym naskórku, najczęściej u niemowląt i dzieci ssących palce, a więc dotyczą kciuka, palca wskazującego i środkowego (rzadziej pozostałych). Zakażenie przenosi się przez kontakt z osobą chorą, u której wystąpiła typowa opryszczka wargowa, nazwana potocznie „zimnem”, opryszczkowe zapalenie dziąseł i jamy ustnej, wyprysk opryszczkowy albo inne, mniej swoiste zakażenia, zarówno pierwotne, jak i wtórne. Dzieci całowane są po paluszkach w sposób naturalny przez rodziców, rodzeństwo i opiekunów nieświadomych niebezpieczeństwa albo też same dotykają strupka na wardze osoby zakażonej, ponieważ w tym okresie rozwojowym (najczęściej 6. m.ż.-5. r.ż.) są ciekawe świata. A gdy jest osoba zakażająca i zakażana, wrota zakażenia i czynnik zakażający, to zawsze może dojść do zakażenia i rozwoju choroby zakaźnej. W zanokcicy opryszczkowej skóra jest zaczerwieniona, napięta, pulsująca, a zmieniona okolica – bardzo bolesna. Tworzą się głębokie pęcherze, trudne do rozpoznania i bardzo rzadko w ich pobliżu powierzchowne pęcherze wypełnione przezroczystym płynem. Pęcherzowe zapalenie odsiebnych części palców (*blistering distal dactylitis, phalangitis, dactylitis bullosa*), wywołane przez paciorkowce  $\beta$ -hemolizujące z grupy A, może być błędnie rozpoznane jako zanokcica opryszczkowa. W zakażeniu paciorkowcowym wykwity na opuszkach palców zazwyczaj zlewają się w jeden lub kilka pęcherzy o średnicy 5-10 mm, o cienko zabarwionej, stabilnej pokry-



**Ryc. II.6.** Zanokcica opryszczkowa palca u 7-miesięcznego niemowlęcia.

wie, zlokalizowane na rumieniowym podłożu. Możliwe jest zajęcie wielu palców (także paluchów stóp). Najczęściej chorują dzieci w wieku szkolnym. Częsty jest związek z nosicielstwem bakterii w jamie nosowo-gardłowej lub infekcyjnym zapaleniem spojówek. Przy występowaniu pęcherzy i podejrzeniu zakażenia wirusem opryszczki można wykonać test Tzancka. Polega on na usunięciu pokrywy pęcherza za pomocą skalpela lub nożyczek i zdrapaniu z jego dna wilgotnego, mętnego osadu. Zebrany materiał rozprowadza się ostrzem skalpela na szkiełku podstawowym, odwadnia 95% etanolem, a następnie barwi się metodą Giemsy lub Wrighta. Cechą pozwalającą rozpoznać pęcherzyki o etiologii wirusowej jest wielojądrzysta komórka olbrzymia ze zwyrodnieniem w jądrach (degeneracja balonowata). W zakażeniu paciorkowcowym barwienie wymazu metodą Grama oraz posiewy wykazują obecność bakterii wywołującej chorobę. Nie zawsze jednak można wykonać wyżej wymienione badania, a dziecko należy leczyć jak najszybciej ze względu na ból, zakaźność itp. W takim przypadku zgodnie z zasadą „mokre na mokre” można zalecić pędzlowanie zmian 2% wodnym roztworem piktaniny 2 razy dziennie przez kilka dni (do przyschnięcia pęcherzy w strupy). Ma ona działanie nie tylko osuszające, ściągające, lecz także przeciwzapalne, przeciwwirusowe i przeciwbakteryjne [wbudowuje się w ściany komórkowe, zwłaszcza bakterii Gram-dodatnich (G+), i „rozbija je”, jakby cegłą rzucić o podłogę]. Po utworzeniu strupków w następnej kolej-

ności, zgodnie z zasadą „suche na suche”, można zalecić maść z antybiotykiem, np.:

**Rp.**

Gentamycini 0,04

Aq. destill. 10,0

Eucerini ad 50,0

MDS: 2 x dziennie na zmiany

lub gotowe preparaty, np. 1% Ung. Detro-mycini, Cusi Erythromycin 2 razy dziennie do odpadnięcia strupków. W tym czasie palców nie należy zawiązać plastrami, oklejać, bandażować itp. Można dodatkowo podać doustnie środek przeciwbólowy w dawce odpowiedniej do wieku. W zależności od stopnia ciężkości zakażenia i sprawności układu immunologicznego w przypadku zanokcicy opryszczkowej do leczenia można włączyć acyklowir, a w pęcherzowym zapaleniu dystalnych części palców – doustne lub domięśniowe preparaty penicyliny odpornej na penicylinazę.

### 5. Czy można pomylić występującą na twarzy opryszczkę nawrotową z półpaścem?

Wirus opryszczki zwykłej/pospolitej *Herpesvirus* typu 1 (HHV-1), zwyczajowo zwany *Herpes simplex virus 1* (HSV-1), wywołuje infekcje najczęściej w okolicy twarzy. Pierwszy kontakt HSV-1 występuje zwykle u niemowląt lub małych dzieci i ma przebieg subkliniczny. Wirus wnika do wnętrza zakażonej komórki po fuzji swojej otocz-



**Ryc. II.7.** Opryszczka zwykła twarzy w okolicy wargi dolnej i policzka lewego o układzie liniowym.



**Ryc. II.8.** Opryszczka zwykła twarzy w okolicy warg i brody u 15-letniego chłopca.

ki z błoną komórkową i rozpoczyna replikację. Charakterystyczne dla wirusów HSV jest powinowactwo do komórek układu nerwowego. Po ustąpieniu skórnych objawów zakażenia infekcja przechodzi w stan bezobjawowy o zróżnicowanej długości trwania. Wirus osiąga wtedy stan latencji w neuronach zwojów czuciowych rdzenia kręgowego lub nerwów czaszkowych, w tym nerwu trójdzielnego odpowiedzialnego za unerwienie twarzy. Sytuacjami prowokującymi ponowne pojawienie się opryszczki jest czasowe osłabienie funkcjonowania odporności komórkowej dziecka, najczęściej w wyniku chorób przebiegających z podwyższoną temperaturą ciała, przemęczenia, gwałtownego przegrzania lub oziębienia organizmu, silnego stresu, a u niektórych dziewcząt także w czasie miesiączki. Przed wystąpieniem zmian skórnych pojawiają się miejscowe objawy prodromalne, tj. swędzenie, pieczenie i przeczulica. Po krótkim okresie wylęgania pojawiają się na rumieniowym podłożu drobne, zgrupowane pęcherzyki wypełnione treścią surowiczą, przechodzące następnie w nadzěrki i płytkie owrzodzenia pokryte strupem. Zmiany goją się bez pozostawienia blizny. Pierwotne zakażenie wirusem ospy wietrznej i półpaśca (*Varicella zoster virus* – VZV) wywołuje ospę wietrzną. Jest to ostra choroba zakaźna wieku dziecięcego, zwykle o łagodnym przebiegu, charakteryzująca się wysypką pęcherzykową i niezbyt nasilonymi ob-

jawami zakażenia ogólnego. Po ustąpieniu objawów wiatrówki wirus, który ma powinowactwo do komórek układu nerwowego, osiąga stan latencji w neuronach zwojów czuciowych rdzenia kręgowego lub nerwów czaszkowych (w tym nerwu twarzowego). W przypadkach osłabienia odporności komórkowej, mimo krążących przeciwciał, dochodzi do reaktywacji wirusa. Mechanizmy latencji i reaktywacji nie zostały jak dotąd dokładnie poznane. Wskutek reaktywacji utajonego zakażenia powstają zmiany zapalne w zwojach nerwowych (stąd przeczulica i ból), a w obszarze unerwionym przez uszkodzony zwój pojawiają się na skórze w obrębie jednego lub kilku dermatomów na jednej stronie ciała linijne, skupione, czerwone grudko-pęcherzyki (u niektórych dzieci wykwity mogą nie sprawiać żadnych dolegliwości). W ciągu 3-5 dni wysypka osiąga największe nasilenie i w ciągu następnego 1 lub 2 tygodni z pęcherzyków i nadzerek tworzą się strupy z pępkowatym zagłębieniem, które następnie oddzielają się (bardzo podobnie jak w ospie wietrznej). Stwierdzenie osutki pęcherzykowej o układzie dermatomalnym jest praktycznie równoznaczne z rozpoznaniem półpaśca. Niekiedy jednak w przebiegu opryszczki zwykłej pęcherzyki mogą skupiać się w obrębie jednego dermatomu. Również półpasiec w początkowym okresie, kiedy obecnych jest zaledwie kilka skupionych pęcherzyków, a dermatomalny układ jeszcze nie jest widoczny, może być mylnie uznany za opryszczkę. Sprawdza się tu powiedzenie, że najmądrzejszy jest ten lekarz, który widzi pacjenta jako ostatni. Dlatego tak ważny jest wywiad chorobowy dziecka i zadanie pytań typu: Czy przechorowało wiatrówkę? Czy zmiany w określonych miejscach mają charakter nawrotowy? Trudniej w przypadku dzieci uzyskać właściwe określenie objawów podmiotowych – czy zmiany bardziej swędzą (wiatrówka), czy bardziej bolą (półpasiec). Ustalone na podstawie obrazu klinicznego podejrzenie zakażenia wirusem opryszczki albo półpaśca może być szybko potwierdzone testem Tzancka. Niestety nie może być on pomocny w różnicowaniu poszczególnych zakażeń wirusowych. Dla zróżnicowania (jeśli zachodzi taka potrzeba) należy wykonać poziom przeciwciał IgM, IgG HSV1/2 i VZV. A i tak, jak to w medycynie bywa, może okazać się trudne rozróżnienie tak kliniczne, jak i serologiczne. Na



szczęście leczenie miejscowe jest podobne i polega na stosowaniu środków osuszających, odkażających (2% wodna pioktamina działa na to i na to) i nieraz przeciwbólowych. U dzieci z niedoborami odporności zaleca się pozajelitową podaż acyklowiru (5 mg/kg masy ciała co 8 godz.).

### 6. Jakie metody lecznicze można zastosować do usunięcia brodawek płaskich, rozsia- nych na skórze twarzy u 16-latki?

Okres nastoletni to szczególny czas, w którym kształtuje się atrakcyjność seksualna młodzieży, to czas buntu i zmagania, to czas, w którym pojawiają się na twarzy zmiany trądzikowe. Jeśli do tego dołączy się jeszcze dodatkowe schorzenie, jakim jest np. zakażenie brodawkami płaskimi, to dla niektórych osób stanowi to poważny problem. O ile z trądzikiem młodzież sobie radzi ze względu na powszechność zjawiska i obecność podobnych zmian u rówieśników, o tyle nie akceptuje tych drobnych, hiperkeratotycznych, często przebarwionych grudek związanych z zakażeniem HPV. Nie przyjmuje również do wiadomości informacji, że brodawki płaskie ustępują samoistnie po różnym czasie trwania. Do leczenia brodawek płaskich w tym okresie, zwłaszcza jeśli współistnieją one z wykwitami



**Ryc. II.9.** Brodawki płaskie na twarzy u 17-letniej dziewczyny.



**Ryc. II.10.** Brodawki płaskie na twarzy u 18-letniej dziewczyny.

trądziku pospolitego, można zalecić Differin codziennie wieczorem, 0,025-0,05% Zorac, środki złuszczące z rezorcyną i siarką, np.:

#### **Rx** Rp.

Resorcini 10,0

Pastae zinci ad 100,0

MDS: 2 x dziennie na zmiany chorobowe

oraz preparaty doustne izotretynoiny „off-label” 20-30 mg/dzień przez 3 miesiące. Niektórzy autorzy proponują też metodę fotodynamiczną.

### 7. Jak odróżnić łupież różowy Giberta od łuszczycy skóry gładkiej?

Łupież różowy Giberta (*pityriasis rosea Gibert*) występuje u dzieci i młodzieży pod postacią plamistych i grudkowo-plamistych, płaskich, owalnych („medalionowatych”) wykwitów koloru różowego (stąd jeden człon nazwy) lub różowo-żółtego. Zmiany wykazują niewielkie, głównie obwodowe złuszczenie (kolejny człon



**Ryc. II.11.** Zmiany typu łupież Giberta na tułowie u 16-letniej dziewczyny.



**Ryc. II.12.** Zmiany typu łupież Giberta na tułowie u 4-letniej dziewczynki.

nazwy). Układ zmian jest drzewkowaty, równoległy z przebiegiem żeber. Często wysiew zmian jest poprzedzony o 1-2 tygodnie pojawieniem się tzw. blaszki macierzystej, tj. większego pojedynczego wykwitu, podobnego do występujących później. Ten pojedynczy wykwit z reguły nie powoduje zaniepokojenia rodziców dziecka, ale już rozsiew (jak to mówią rodzice) zmian niepokoi na tyle, że zgłaszają się z dzieckiem do pediatry lub dermatologa. Zmiany czasami są swędzące (tym bardziej niepokojące). W dobie internetu, czyli w czasach, w których wszyscy mogą „diagnozować się sami”, wcale nie jest zaskakujące dla lekarza, że rodzice przychodzą do gabinetu z gotowym rozpoznaniem, np. grzybicy.

## 8. Jak odróżnić grzybicę od łupieżu różowego Giberta i łuszczycy skóry gładkiej?

Grzybica skóry gładkiej jest powierzchownym dermatofitowym zakażeniem nieowłosionej skóry twarzy, tułowia lub kończyn. Zlokalizowana jest głównie w okolicy skóry odsłoniętej. Wykwity podstawowe to koliste lub wielokoliste, czer-



**Ryc. II.13.** Łuszczycyca zwyczajna plackowata u 16-letniej dziewczyny.



**Ryc. II.14.** Ognisko grzybicy skóry gładkiej w okolicy lędźwiowo-krzyżowej u 6-letniej dziewczynki.



**Ryc. II.15.** Ognisko grzybicy skóry gładkiej na udzie lewym u 7-letniej dziewczynki.





**Ryc. II.16.** Łuszczyca zwyczajna obrączkowata na tułowiu i kończynach u 9-letniego chłopca.



**Ryc. II.17.** Łuszczyca zwyczajna plackowata u 9-miesięcznego chłopczyka.

wone, złączające tarczki, szerzące się obwodowo z nasileniem stanu zapalnego na obwodzie. Postępujący obwodowo brzeg tarczki zazwyczaj pokrywa łuska z licznymi strzępkami grzyba. Na obwodzie tarczki mogą występować grudki lub pęcherzyki (widać wyraźnie uniesiony brzeg). Ustępowanie wykwitu w środku tarczki daje wygląd obrączkowaty. Środek zmiany jest



**Ryc. II.18.** Łupież różowy Giberta. Blaszką macierzystą.

znacznie częściej przebarwiony w porównaniu z innymi dermatozami (łupieżem różowatym czy wypryskiem pieniążkowatym). Zmiany mogą być pojedyncze lub mnogie. Objawom przedmiotowym towarzyszy świąd. Najtrudniej odróżnić świeży wykwit grzybicy od blaszki macierzystej łupieżu różowego. O rozpoznaniu rozstrzyga wyizolowanie i identyfikacja grzyba z materiału pochodzącego od pacjenta. Ma to istotne znaczenie, ponieważ wiele zmian skórnych może przypominać grzybicę (wyprysk atopowy, wyprysk pieniążkowaty, łupież różowy Giberta, ziarniak obrączkowaty, łuszczyca, rumień obrączkowaty odśrodkowy), a samo zakażenie grzybicze ma często nietypowy przebieg. Jeśli pacjent był leczony miejscowymi kortykosteroidami, to łuska i stan zapalny mogą nie występować (grzybica *incognito*).



**Ryc. II.19.** Łupież różowy Giberta z bardzo rozległymi zmianami skórnymi u 10-letniej dziewczynki.