

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ
АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



КАФЕДРА НЕОНАТОЛОГИИ

**КАЗАХСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА**

СРС

*“Заболевания кожи в период
новорожденности”*

- ▶ **ВЫПОЛНИЛА:** Саги М.
- ▶ **ОМ 4 КУРС 51-2 ГРУППА**
- ▶ **ПРОВЕРИЛА:** МУСТАФАЗАДЕ Т. Ш.

Введение

- ▶ Период новорожденности - наиболее критический возрастной этап жизни, в котором процессы адаптации едва намечаются. Продолжительность периода новорожденности имеет индивидуальные колебания и составляет от 3 до 6 недель.

Актуальность темы

- ▶ Профилактика и лечение болезни периода новорожденности представляет актуальную проблему не только для дерматологов, но и для педиатров и акушеров. Лечение болезней кожи периода новорожденности осуществляется совместно педиатрами и дерматологами в отделениях новорожденных детских соматических больниц.

Классификация заболевания кожи в период новорожденности:

1. **Физиологическая желтуха новорожденных**
2. **Омфалит**
3. **Опрелости**
4. **Потница**
5. **Себорейный дерматит**
6. **Десквамативная эритродермия новорожденных**

Физиологическая желтуха новорожденных

Появляется у 80% на 2-3 день жизни. Редко к концу 1-ых суток или на 4-6 день. Появляется желтушная окраска кожи, слизистых оболочек и склер. Физиологическая желтуха связана с повышением уровня билирубина в крови новорожденных. При переходе от плацентарного снабжения кислородом к легочному происходит гемолиз эритроцитов. В печени наблюдается функциональная недостаточность глюкоронил - трансферазной системы. Лечение при физиологической желтухе новорожденных не проводят.

Омфалит -воспаление кожи вокруг остатков пупочного канатика.

- ▶ В норме мумифицированный остаток пупочного канатика отпадает обычно к концу 1-й недели. Оставшаяся пупочная ранка эпителизируется, гранулирует и образуется рубец к концу 2-й началу 3-й недели жизни. Если происходит инфицирование пупочной ранки стафилококком, стрептококком, кишечной, синегнойной, дифтерийной, столбнячной палочками отпадение остатка пуповины и заживление пупочной ранки задерживается.

Омфалит



tvoylechebnik.ru

Разновидность омфалита

- ▶ **Мокнувший пупок** (катаральный омфалит). При затянувшемся заживлении пупочной ранки наблюдается ее мокнутие, серозное отделяемое засыхает в корочки. После отторжения корочек обнажаются ранки с кровоточащей поверхностью, по краям ее покраснение. Это сравнительно легкий воспалительный процесс, общее состояние ребенка не нарушается, аппетит хороший, температура остается нормальной.



Собственно омфалит

- ▶ Пупочная область значительно выпячивается, она гиперемирована, отечна, инфильтрирована. Радиально от пупочной ранки отходят тонкие синие полоски (расширенные вены). Часто рядом с синими полосками заметны красные, вследствие присоединения лимфангита. Нарушается общее состояние ребенка, он плохо сосет, срыгивает, становится беспокойным.



Собственно омфалит (продолжение)

Дыхание становится поверхностным, учащенным. Ноги приведены к животу, температура повышается умеренно (37,2-37,5о С). При легком течении заболевания наступает полное выздоровление. В тяжелых случаях возможен перитонит и сепсис.

Лечение омфалита:

- ▶ При мокнущем пупке (катаральный омфалит) ежедневно тщательно промывают пупочную ранку 3% раствором перекиси водорода, осушают и проводят УФО. Затем ранку обрабатывают 1-2% раствором бриллиантового зеленого, или 5% раствором калия перманганата, или 2-5% раствором нитрата серебра. Обрабатывают 1-2 раза в день. При развитии грануляций их прижигают ляписным карандашом. Если воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани и в глубину, и повышается температура, проводят энергичное общее лечение наряду с местным. Назначают инъекции антибиотиков (оксациллин, ампиокс, цепорин, метициллин, фузидин-натрий и др.) и 2-3 инъекции противостафилококкового гамма глобулина или полиглобулина (1-2 раза в неделю). Необходима консультация хирурга. Матери, кормящие грудью ребенка, должны получать вит. А, С, комплекс В, РР.

Профилактика омфалита

- ▶ Пупок обрабатывается сначала 3% раствором перекиси водорода, а затем 5% раствором перманганата калия, 1% спиртовым раствором анилиновых красителей. Делают это ежедневно до заживления.



Опрелости (Intertrigo).

- ▶ Возникают в местах трения и мацерации кожи (паховые складки, половые органы, шея.)
- ▶ По интенсивности поражения различают три степени: I степень - легкая гиперимия складок, II степень - гиперимия с эрозиями, III степень - эрозии с обильным мокнутием.
- ▶ Лечение: при I степени - присыпка с тальком или дерматолом, при II степени - примочки, а затем присыпки, при III степени - примочки, пасты, анилиновые краски.
- ▶ Профилактика - правильный гигиенический уход



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology



Опрелость средней степени



Потница.

- ▶ Появляется чаще у полных детей при их перегревании.
- ▶ Различают: 1) Кристаллическую потницу- на коже появляются пузырьки с прозрачным содержимым. 2) Красную потницу - появляются папулы с пузырьками на верхушке, вокруг венчик гиперемии. 3) Белую потницу- пузырьки с гнойным содержимым.



- ▶ Потница – мелкоточечная красная сыпь, локализуемая в области естественных складок на туловище. Возникает в связи с дефектами ухода за кожей, перегреванием, возможно инфицирование. Очень часто она возникает из-за слишком теплого укутывания малыша. При хорошем гигиеническом уходе исчезает. Температура воздуха в комнате не должна превышать 20–22 °С. Летом при прогулках необходимо следить за тем, чтобы малыш не находился под прямыми солнечными лучами.



Себорейный дерматит

- ▶ Выделяют 3 формы:
- ▶ 1. Легкая- в складках паховых, бедренных, подмышечных гиперемия, шелушение. Общее состояние не нарушено.
- ▶ 2. Среднетяжелая- гиперемия, инфильтрация, обильное шелушение распространяется на весь кожный покров. Стул 3-4 раза в сутки.
- ▶ 3. Тяжелая- вся кожа инфильтрирована гиперемирована, на голове «кора». Общее состояние тяжелое.



- ▶ Лечение: госпитализация, антибиотики, плазма, гамма-глобулин, местно - гормональные мази и УФО.

Десквамативная эритродермия новорожденных (Лейнера-Муссу).

- ▶ Это тяжелое токсическое состояние вызываемое стафилококком.
- ▶ Проявление: поражение кожи, энтероколиты, изменение картины крови.



- ▶ Поражение кожи: вся кожа гиперимирована, эрозирована, покрыта серозно-гнойными корками.
- ▶ Общее состояние тяжелое: понос, рвота, пневмонии, сепсис.
- ▶ В крови обнаруживается стафилококк, анемия, гипоальбуминемия.

- ▶ Лечение: госпитализация, антибиотики, кортикостероиды, витамины, антистафилококковая плазма, гемотез.
- ▶ Местно мази с антибиотиками.

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- ▶ Везикулопустулез - поверхностная стафилодермия новорожденных, гнойно-воспалительное заболевание кожи возбудителем которого может являться также стрептококки, пневмококки, кишечная палочка, вульгарный протей, синегнойная палочка и др.
- ▶ Способствуют заболеванию - перегревание, потливость, мацерация кожи, искусственное вскармливание.
- ▶ Высыпания - вокруг устьев потовых желез на фоне гиперемии пузырьки с гнойным содержимым.

- Первыми проявлениями везикулопустулеза является розовато-красная сыпь, которую сначала расценивают как потницу.
- При отсутствии лечения в районе устьев потовых желез появляются пузырьки, размером от просяного зернышка до горошины, которые заполнены прозрачной жидкостью.
- Пузырьки окантованы гиперимированным (покрасневшим) валиком и через 1-2 дня их содержимое становится мутным (гнойным) – это стадия возникновения пустул, или гнойничков.



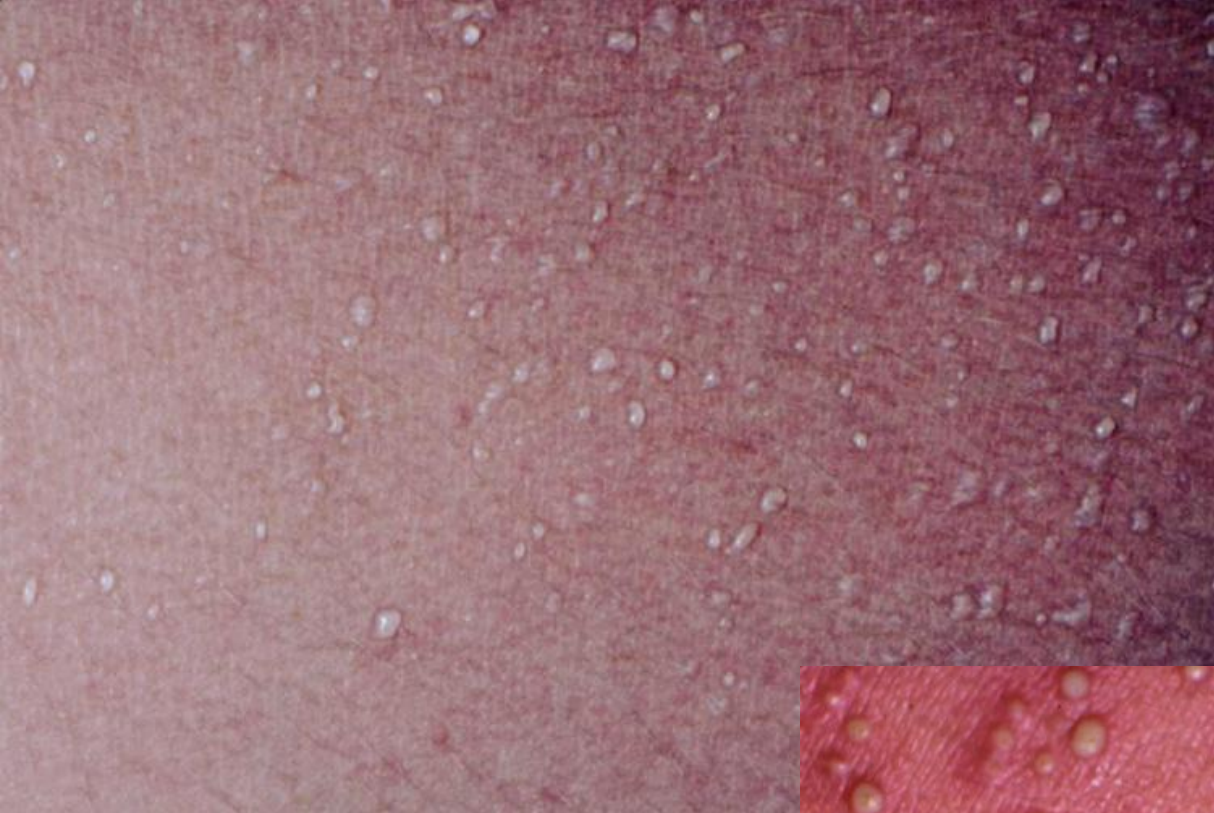
Симптомы везикулопустулеза

- ▶ По истечению еще нескольких дней пустулы либо самопроизвольно вскрываются, и на их месте образуются язвочки, либо подсыхают и покрываются корочкой.
- ▶ При соответствующем лечении после отхождения корочек и заживления язв рубцы или депигментные пятна не образуются.
- ▶ Как правило, пустулы локализуются в местах, где практически отсутствует естественная вентиляция (в подмышечных впадинах, в паховых и ягодичных складках, на волосистой части головы в затылочной области). Пустулы имеют тенденцию к быстрому распространению и слиянию.
- ▶ Общее состояние ребенка практически не страдает.
- ▶ При адекватном лечении везикулопустулез проходит через 7-10 дней.



ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ Фингера

- ▶ Воспаление потовых желез, иногда как продолжение везикопустулеза .
- ▶ Локализация: волосистая часть головы, шея, спина, ягодицы.
- ▶ Клиника - появляются множественные узлы, багрово - синюшного цвета, болезненные.
- ▶ В центре появляется флюктуация, абсцесс вскрывается с выделением гноя.
- ▶ Общее состояние крайне тяжелое.



ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ

- ▶ Заболевание контагиозно, возникает чаще всего в 1-ю неделю жизни ребенка.

Источник заражения - больная мать или персонал.

- ▶ Клиника: на коже живота, спины и конечностей появляются пузыри с серозно-гнойным содержимым, вскрывающиеся с образованием эрозий.
- ▶ Общее состояние тяжелое, возможен сепсис.





ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ (дерматит Риттера)

- ▶ Это наиболее тяжелая форма пиодермии в период новорожденности. Возбудитель заболевания патогенный золотистый стафилококк.
- ▶ Клиника: кожа ярко гиперимирована, отёчна, с большим количеством вялых пузырей. Симптом Никольского положительный. Картина напоминает ожог второй степени.
- ▶ Общее состояние тяжелое: желудочно-кишечные расстройства, отит, пиелонефрит.

Лечение пиодермий у новорожденных

- ▶ Основой лечения всех форм стафилодермий является применение бактерицидных и антисептических средств, иммуномодуляторы, гемодез.
- ▶ Местно: мази или пасты с антибиотиками, УФО.
- ▶ Профилактика: тщательное соблюдение гигиенического режима в отношении больного ребенка, медицинского персонала и родителей.