



## REASONED LOCAL THERAPY OF MIXED SKIN INFECTIONS IN YOUNG CHILDREN

**Rikhsiev Ulugbek Shavkatovich**

Tashkent Pediatric Medical Institute.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15227533>

### ARTICLE INFO

Received: 10<sup>th</sup> April 2025

Accepted: 15<sup>th</sup> April 2025

Online: 16<sup>th</sup> April 2025

### KEYWORDS

*Skin, newborn, aspects, tests.*

### ABSTRACT

*Our work highlights studies of skin pathologies of mixed infectious nature and selection of treatment based on our own research.*

## ОБОСНОВАННАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ СМЕШАННЫХ КОЖНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Рихсиев Улугбек Шавкатович**

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15227533>

### ARTICLE INFO

Received: 10<sup>th</sup> April 2025

Accepted: 15<sup>th</sup> April 2025

Online: 16<sup>th</sup> April 2025

### KEYWORDS

*Кожа, новорожденный, аспекты, анализы.*

### ABSTRACT

*В нашей работе отмечены исследования кожных патологий смешанной инфекционной природой и подбор лечения основываясь на собственные исследования.*

После рождения новорожденный ребенок попадает из постоянно теплой, влажной, стерильной и безопасной среды в утробе матери в агрессивный быстро меняющийся внешний мир с многочисленным количеством разнообразных микроорганизмов. Первым органом, обеспечивающим защиту малыша от такого негативного воздействия факторов внешней среды, является кожа, выполняющая множество важнейших функций, таких как барьерная, дыхательная, защитная, выделительная, сенсорная, терморегуляторная, иммунная, эндокринная.

Отличительной особенностью детской кожи является тонкий эпидермис с меньшим числом клеточных слоев, предрасполагающий к любой даже самой незначительной механической травме.

Рыхлость основных структурных компонентов эпидермиса обусловлена слабыми межклеточными соединениями за счет слабо развитых десмосомальных структур. Это вызывает слабость механической защиты кожи и слизистых оболочек и создает благоприятные условия для повреждения при незначительной механической травме, воздействии химических раздражителей, а также для развития воспалительных процессов.



Недостаточно сформированная водно-липидная мантия на поверхности кожи новорожденных и повышение щелочности среды, особенно в интертригенозных и себорейных областях играют важную роль в подверженности кожи у новорожденных бактериальными инфекциями.

При этом в наибольшей степени агрессии подвергается роговой слой эпидермиса: именно его структурам отводится одна из главных ролей в приспособлении кожного барьера к окружающей среде. Роговой слой является первой линией обороны, и состоит у новорожденных из 16 слоев корнеоцитов, связанных между собой корнеодесмосомами, встроенных в липидную матрицу.

Отношение площади поверхности тела к массе тела у новорожденных больше, чем у взрослых. Поэтому многие сильнодействующие лекарственные средства, наносимые на кожу, всасываются с оказанием системного эффекта. Например использование анилиновых красителей на спиртовой основе в пеленочной зоне с нарушенной барьерной функции кожи, может быть причиной гемолиза эритроцитов, которое иногда вызывает выраженный общий токсический эффект с серьезными последствиями.

Ведение новорожденных и детей грудного возраста, страдающих кожными болезнями, требует от врача дерматовенеролога точных решений и оперативных действий, эффективность которых во многом зависят от правильной и своевременной диагностики. Детская дерматовенерология в настоящее время оказалась для дерматовенерологов не только чрезвычайно ответственной, но и одной из сложных областей.

Несмотря на то, что в лечении детей с кожной патологией принимают участие врачи разных специальностей, не удается достичь удовлетворительных результатов в плане снижения уровня заболевания и повышения эффективности лечебно - профилактической помощи. Особенно велико число диагностических ошибок. У детей первого года жизни различные поражения кожи обнаруживаются чаще, чем в других возрастных группах. Патология кожи в этот период отличается выраженной специфичностью нозологического профиля и необычностью клинических проявлений дерматозов, отличающихся от идентичных проявлений взрослых.

Врач-дерматовенеролог должен знать об особых состояниях кожи у новорожденных, о специфических подходах к лечению дерматозов, особенностях организма ребенка грудного возраста, определяющих его реакции на медикаменты или способствующих утяжелению и хронизации дерматозов и развитию типичных для этого возраста осложнений. В первые месяцы жизни часто внезапно могут возникнуть тяжелые и остро протекающие дерматозы, когда срочно необходимы установление точного диагноза и экстренная помощь, оказать которую можно лишь совместными усилиями педиатров и дерматологов.

Согласно профессионально должностным требованиям к специалисту детскую дерматовенерологию должен знать каждый дерматовенеролог, так как отдельной специальности по этой дисциплине нет. На практике этот раздел, особенно патологии кожи у детей первого года жизни, оказывается самым трудным для дерматовенеролога. Только дерматолог зная основные этиологические и патогенетические методы лечения



дерматозов, может определять этапность как терапии, используя разные варианты специального лечения разнообразными топическими средствами.

Далее мы остановимся на воспалительных кожных заболеваниях характерных для детей грудного и раннего возраста часто осложняющихся смешанными кожными инфекциями и вызывающих трудности в проведении местной терапии в практической деятельности дерматологов и педиатров. Как известно опрелость, пелёночный дерматит, потница, везикулопустулёз, себорейный дерматита и другие схожие заболеваний, широко распространены в нашем регионе. И особенно часто встречаются жаркое время года.

Эта кожная патология при несвоевременном и неадекватном лечении осложняется вторичной бактериальной и грибковой инфекцией склонной к дальнейшему распространению и к усугублению общего состояния ребёнка. Основной проблемой лечения таких детей является беспорядочное и длительное использование педиатрами и дерматологами местных кортикостероидов, что в свою очередь имеет множество побочных эффектов и формирует рецидивы с развитием резистентности. В связи с этим поиск эффективных и безопасных для детской кожи методов лечения является актуальным для практикующих врачей.

#### Материал и методы исследования.

№	Назология	Количество больных	
		n	%
1	Пелёночный дерматит и опрелости	43	44%
2	Атопический дерматит	21	22%
3	Везикулопустулёз	17	18%
4	Вирусная экзантема	9	10%
5	Себорейный дерматит	7	6 %
	<b>Всего:</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Под нашим наблюдением было 97 детей в возрасте от 5 дней до 3-х лет страдающих перечисленными патологиями. Наиболее чаще встречаемой патологией исследуемой возрастной группы является ПД. Следующей являлся АД.

Пеленочный дерматит относят к простым контактными дерматитам или кумулятивно-токсическим воспалительным реакциям кожи. Его связывают с трением и раздражением фекальными ферментами (трипсин, протеаза, липаза) и аммиаком, образующимися в результате активности аммоний продуцирующих микроорганизмов в моче. Поражение усиливается при осложнении вторичной инфекцией. Первично поражаются выпуклые участки, соприкасающиеся с пеленками. Складки вовлекаются при присоединении вторичной инфекции. Кожа в этих участках гиперемирована, яркого красного или синюшно-красного цвета по периферии очагов шелушится. Боль при пеленочном дерматите можно сравнить с болью ожога I-II степени.



Хроническое рецидивирующее генетически обусловленное воспалительное заболевание кожи. Заболевание возникает в младенческом возрасте у детей с атопической конституцией, дефектом формирования толерантности к пищевым, аэрогенным, микробным аллергенам и гиперчувствительностью кожи к экзогенным раздражителям.

Характерны остро- и подостровоспалительные экзематозные изменения кожи с характерной симметричной локализацией. Возникают яркие эритематозные и эритематозно-отечные очаги, экссудативные экзематозные папулы и эфемерные папуловезикулы, серозные колодцы, мокнутие, десквамация, серозные корки и трещины.

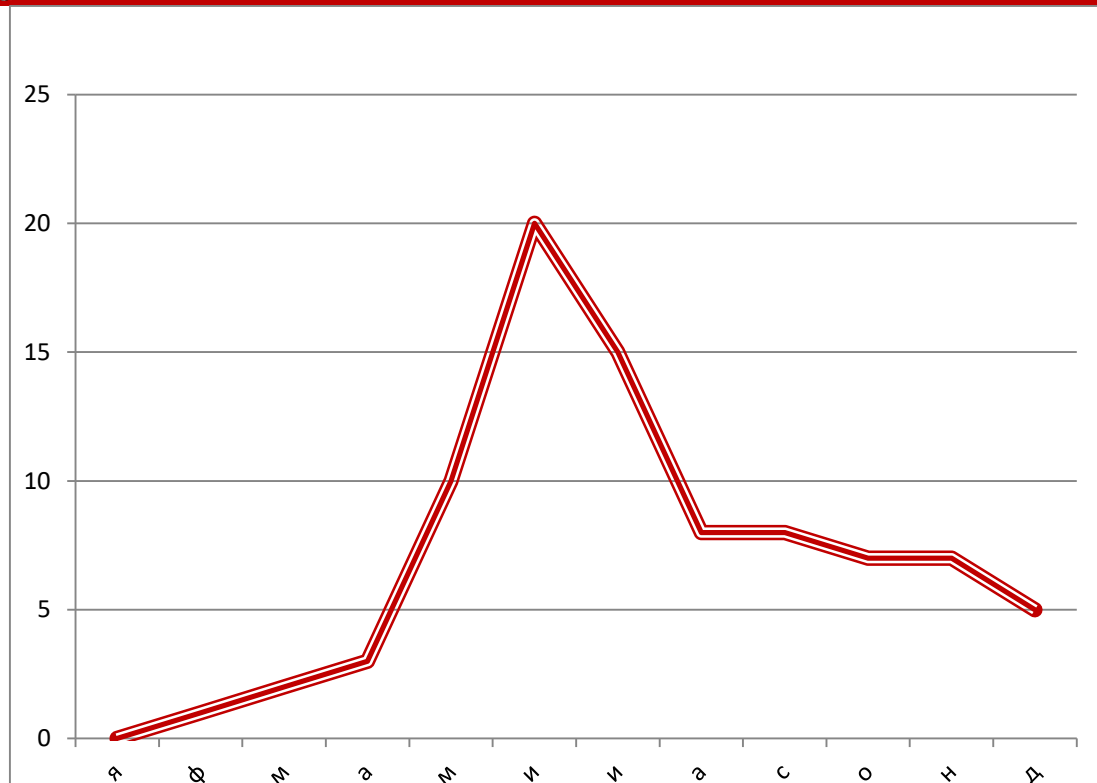
Основные причины дефицит биотина в питании и повышение активности сальных желез в период мини-пубертата, усугубляющая причина связь колонизации кожи липофильными дрожжами, стрептококками, стафилококками

Чаще начинается в первые 3 мес жизни. Клинико-морфологические элементы: воспалительные эритематозные пятна, гиперемированные слабо инфильтрированные бляшки, себорейные чешуйки, адгезивные серозные чешуйко-корки, трещины.

**Результаты проведённого бактериологического исследования соскобов с поверхности поражённых участков**

№	Назология	Количество больных Бак. исслед.		Обнаружено			
		n	%	Candida albicans	Staph. aureus	Streptococcus pyogenes	Proteus mirabilis.
1	Пелёночный дерматит и опрелости	29	54%	+	+		+
2	Атопический дерматит	13	24%		+	+	
3	Везикулопустулёз	7	14%		+	+	
4	Себорейный дерматит	4	8 %	+	+		+
	<b>Всего:</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>				

**Помесячная динамика заболеваемости**



При анализе динамики заболеваемости и присоединение вторичных бактериальных и грибковых осложнений. Показало что основной пик обращений к врачу приходился на весенне – летние месяцы.

Местная терапия, как и общая, всегда требует индивидуального подхода и зависит от распространённости, клинической стадии, локализации и других факторов. Поэтому целью нашей работы было изучение эффективности последовательного местного применения препаратов в комбинации друг с другом для повышения эффективности и максимальном снижении побочного действия на организм ребёнка.

Мы исходили из общих правил применения топических средств: чем острее воспалительный процесс, тем поверхностнее должны действовать лекарственная форма и противовоспалительные вещества, в нее входящие. На мокнущие и островоспалённые участки вначале делались примочки водно-спиртовым экстракт «Виржиндерм». Наш выбор пал на этот препарат, потому что он состоял из растительного сырья местного экологически чистого производства и оказывал подсушивающее, вяжущие, противозудное и ранозаживляющие действие со способностью ускорять регенерацию клеток эпителия.

После снятия островоспалительных явлений терапия продолжалась кремом «Триназол». Который обладает трёхкомпонентным лечебным действием.

**Состав:** 1. **Кетоконазол** характеризуется мощным антимикотическим действием.

**Клобетазолпропионат**- кортикостероидный компонент высокоэффективного противовоспалительного и противоаллергического действия.

3. **Неомицин сульфат** является эффективным средством против грамположительных и грамотрицательных бактерий.



Комплекс этих средств делает его высокоэффективным препаратом при местном лечении дерматитов осложнённых смешанными грибково-бактериальными инфекциями, сопровождающихся выраженными воспалениями кожи и зудом.

До начала лечения с матерям, больных детей было проведена разъяснительная беседа по правилам правильного ухода за детьми данной возрастной группы (дезинф.душные ванны, х/б –одежда, деский порошок)

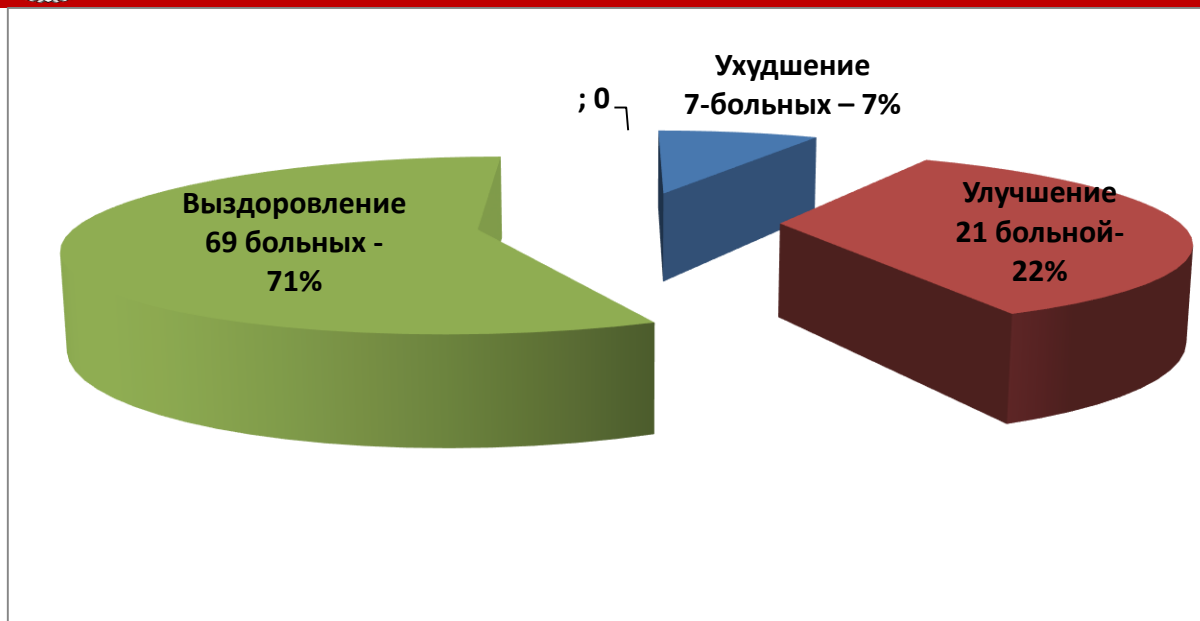
Местная терапия проводилась в начале как мы сказали выше на мокнущие и остро воспалённые участки растительным экстрактом «Виржиндерм» в виде примочек в разведении 1:5 (для разведения применялся дистиллированная вода). Препарат местно применялся 2 раз в день, в виде примочек.

И далее после уменьшения эксудативного процесса на поражённые участки наносился крем «Триназол» в разведении 1:1 с цинковой пастой. Цинковая пасту мы готовили сами, для её приготовления использовалась смесь порошка окиси цинка и ланолина в равных пропорциях.

Это делалось с целью уменьшения в процессе разведения возможного побочного действия кортикостероидного компонента крема «Триназол» на чувствительную кожу детей раннего возраста обладающих повышенной резорбцией, так же учитывалось дополнительное подсушивающее и противовоспалительное действие цинка а ланолин по сравнению с традиционно используемым вазелином в свою очередь лучше смягчал и увлажнял кожу в местах поражения. По мере улучшения КПП постепенно концентрация крема «Триназол» уменьшалась а цинковой пасты соответственно возрастала 1:2, 1:3 и т.д. вплоть до полной отмены крема «Тринозола» и в последующем цинковая паста ещё некоторое время применялась в чистом виде.

**Результаты исследования.** У больных на 2-3е сутки после начала поэтапного местного лечения растительным экстрактом «Виржиндерм» с последующим применением крема «Триназол» в разведении с Цинковой пастой, в очагах поражения начиналось высыхание мокнувших участков, везикулы и фликтены ссыхались в корочки а на 4-5-е сутки эрозии эпителизировались. Так же у детей отмечалось заметное снижение беспокойства и нормализация сна. У 7-х больных на растительный компонент экстракта «Виржиндерм» наблюдалась местная аллергическая реакция в виде усиления эритемы и интенсивности зуда но эти нежелательные изменения быстро прошли после отмены препарата. При правильном применении препарата «Триназол» в оптимальном разведении с Цинковой пастой с последующим постепенным снижением концентрации топического кортикостероида в очагах поражения у больных не наблюдалось нежелательных побочных явлений.

### **Эффективность проведённой терапии**



**Вывод.** Поэтапное и последовательная местная терапия с учётом особенностей детской кожи и тяжести воспалительного процесса в очагах поражения с предварительным уменьшением островоспалительных явлений препаратом «Виржиндерм» и последующим применением крема «Триназол» в оптимальном разведении с Цинковой пастой, оказались эффективным препаратом для местного применения в лечении дерматитов со смешанными инфекционными осложнениями у детей грудного и раннего возраста в условиях жаркого климата. Препараты обладали быстрыми противовоспалительным, антисептическим и эпителизирующим действиями. Местная терапия проводилась с учётом особенностей детской кожи, где особое внимание отводилось максимальному снижению нежелательных последствий применения топических кортикостероидов. Особо хотелось бы отметить что кроме удобства применения этих лекарственных препаратов они были экономически заметно выгодны для родителей.

### References:

1. Стручков, А. А. Цитологические изменения в ожоговой ране под влиянием озонированного оливкового масла [Текст] / А. А. Стручков, М. Ю. Лебедев // Казан, мед. журн. - 2007. - Т. 88, № 4: прил. - С. 230.
2. Суворова, К. Н. Детская дерматовенерология [Текст] / К. Н. Суворова, В. Т. Куклин, М. С. Рукавишникова. - Казань, 1996. - 440 с.
3. Ровда, Ю. И. Аллергическая аномалия конституции [Текст] : учебное пособие / Ю. И. Ровда. - Кемерово, 2003. - 77 с.
4. Ровда, Ю. И. Лечение аллергического дерматита у детей [Текст] / Ю. И. Ровда // Мать и Дитя в Кузбассе. - 2009. - № 4. - С. 28-32.
5. Деева, Е. В. Клинико-патогенетическое обоснование и сравнительная эффективность противовоспалительной терапии легкого и среднетяжелого



атопического дерматита у детей [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Деева Е. В. - Томск, 2009. - 24 с.

6. Poznyak, T. Ozone application for the people health state monitoring by the total unsaturation index determination [Text] / T. Poznyak, A. Garsia, E. Kiseleva // Revista Ozonoterapia. - 2008. - Vol. 1, № 1. - P. 15-23.

7. Sampson, H. A. Food allergy - accurately identifying clinical reactivity [Text] / H. A. Sampson // Allergy. - 2005. - Vol. 60 (Suppl. 79). - P. 19-24.

8. Schafer, T. Prevention of atopic eczema. Evidence based guidelines [Text] / T. Schäfer // Hautarzt. - 2005. - Vol. 56. - P. 232-240.

9. Simon, D. Eosinophils and atopic dermatitis [Text] / D. Simon, L. R. Braathen, H. U. Simon // Allergy. - 2004. - Vol. 59. - P. 561-570.

10. Skin-infiltrating CD 8+ T cells initiate atopic dermatitis lesions [Text] / A. Hennino, M. Vocanson, Y. Toussaint et al. // J. Immunol. - 2007. - Vol. 178. - P. 5571-5577.

11. Bocci, V. Scientific and medical aspects of ozone therapy. State of the art [Text] / V. Bocci // Arch. Med. Res. - 2006. - Vol. 37. - P. 425-435.

12. Boguniewicz, M. Atopic dermatitis: a disease of altered skin barrier and immune dysregulation [Text] / M. Boguniewicz, D. Y. Leung // Immunol. Rev. - 2011. - Vol. 242, № 1. - P. 233-246.

13. Brain-derived neurotrophic factor is increased in atopic eczema and modulates eosinophil functions compared with that seen in nonatopic subjects [Text] / U. Raap, C. Goltz, N. Deneka et al. // J. Allergy Clin. Immunol. - 2005. - Vol. 115.— P. 1268-1275.