

**VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

**Dažniausių naujagimių odos bėrimų apžvalga**

**Overview of the Most Common Skin Rashes in Newborns**

Gabrielė Žaliukaitė VI, 12 grupė

Klinikinės medicinos institutas

Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika

Darbo vadovas

Jaun. asist. Inga Kisieliene

Klinikos vadovas

Prof. dr. Ligita Jančorienė

2024-05-10  
gabriele.zaliukaite@mf.stud.vu.lt

## TURINYS

SANTRUMPOS.....	2
SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	3
ĮVADAS.....	5
DARBO METODIKA.....	8
1. PEREINANČIOS NAUJAGIMIŲ BŪKLĖS – PRAEINANČIOS DERMATOZĖS.....	9
2. KRAUJAGYSLINĖS IR LIMFINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS DISPLAZIJOS.....	12
3. PIGMENTACIJOS SUTRIKIMAI.....	15
4. DERMATITAI.....	15
5. NAUJAGIMIŲ INFEKcinĖS VEZIKOPUSTULINĖS ODOS LIGOS.....	20
5.1. BAKTERINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS LIGOS.....	20
5.2. GRYBELINĖS INFEKCIJOS.....	23
5.3. VIRUSINĖS INFEKCIJOS.....	23
6. ĮGIMTI MELANOCITINIAI APGAMAI.....	24
„RAUDONOJO KŪDIKIO" DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA. NAUJAGIMIŲ ERITRODERMIJA.....	25
IŠVADOS.....	31
REKOMENDACIJOS.....	31

## SANTRUMPOS

AD – atopinis dermatitas

BAB – beta–adrenoblokatoriai

DFA (angl. *direct fluorescent antibody test*) – tiesioginis fluorescencinis antikūnų metodo tyrimas

FDE– 4 – forfodiesterazės–4 inhibitorius

GKS – gliukokortikosteroidai

GPP – generalizuota pustulinė prosiazė

HSV – *Herpes simplex* virusas

IgE – imunoglobulinas E

KOH – kalio hidroksidas

Nd:YAG (angl. *neodymium-doped yttrium aluminium garnet*) – neodimio legiruoto itrio–aliuminio granato lazeris

NMFP – naujagimių *malassezia furfur* cefalinė pustuliozė

PGR (angl. *PCR, polymerase chain reaction*) – polimerazės grandininė reakcija

pH – vandenilio potencialas

PHACE sindromas (angl. *PHACE syndrome*) – užpakalinės kaukolės duobės anomalijos (P), dauginės hemangiomos (H), arterijų anomalijos (A), širdies defektai (C), akių anomalijos (E)

PSR (angl. *PAS, periodic acid–Schiff*) – periodinė Schiff rūgšties reakcija

SD – seborėjinis dermatitas

STŠS – stafilokokinis toksinio šoko sindromas (angl. *staphylococcal scalded skin syndrome*)

TNE – toksinė naujagimių eritema

TVP – transepiderminio vandens praradimas

UVA, UVB – A ir B ultravioletiniai spinduliai

VD – vystyklų dermatitas

VKI – vietiniai kalcineurino inhibitoriai

VZV – *Varicella Zoster* virusas

## SANTRAUKA

Naujagimių oda yra plonesnė ir jautresnė, todėl mažiau atspari aplinkos veiksniams. Ji yra lengviau pažeidžiama, greičiau praranda drėgmę nei suaugusiųjų oda, todėl ši pacientų amžiaus grupė ženkliai dažniau susiduria su įvairios kilmės ir pobūdžio odos bėrimais, o tai gali kelti didelį nerimą tėvams. Naujagimių odos bėrimai gali praeiti savaime arba įspėti apie naujagimių patologijas, todėl gydytojams specialistams svarbu atpažinti dažniausius naujagimių odos pažeidimus ir taikyti odos ligų prevenciją ir tikslus gydymo metodus. Šiame darbe apžvelgiami klinikinėje praktikoje dažniausiai pasitaikantys naujagimių odos bėrimai, jiems būdingi požymiai ir simptomai, gydymas bei diferencinė diagnostika. Darbe aprašomos dažniausios naujagimių odos būklės ir pažeidimai: praeinančios naujagimių dermatozės, kraujagyslinės ir limfinės naujagimių odos displazijos, pigmentacijos sutrikimai, dermatitinės ir infekcinės kilmės bėrimai. Naujagimių odos ligos tarpusavyje yra diferencijuojamos pagal ligai būdingą pasireišimo laikotarpį, bėrimo morfologiją ir lokalizaciją. Labai svarbu tiksliai atpažinti bėrimus, laiku diagnozuoti naujagimių odos ligas ir, esant poreikiui, pradėti gydymą. Lietuvoje trūksta susistemintos informacijos, patvirtintų metodikų ir gydymo gairių, kurios leistų gydytojams specialistams orientotis į specializuotą naujagimių odos bėrimų diagnostiką ir gydymą.

**Raktažodžiai:** naujagimių odos bėrimai, naujagimių praeinančios dermatozės, naujagimių pustulinis bėrimas, toksinė naujagimių eritema, vezikopapuliniai odos pažeidimai.

## SUMMARY

**Background.** Neonatal skin is thinner and more sensitive, thereby less resistant to environmental factors. It is more susceptible to damage and loses moisture more rapidly than adult skin. Consequently, neonates frequently experience rashes of dermatitic and infectious origin, which can significantly concern parents. Neonatal skin rashes may resolve spontaneously or may indicate underlying neonatal pathologies, thus it is essential for specialist physicians to recognize the most common neonatal skin impairments and to implement preventive measures and precise treatment methods for skin diseases. This paper reviews the neonatal skin rashes most commonly encountered in clinical practice, detailing their characteristic signs and symptoms, treatment options, and differential diagnosis. It describes prevalent conditions and impairments of neonatal skin, including transient neonatal dermatoses, vascular and lymphatic skin dysplasias, pigmentation disorders, and rashes of dermatitic and infectious origins. Distinguishing among neonatal skin diseases involves considering the typical onset time of the condition, the morphology of the rash, and its localization. Accurate identification of rashes, timely diagnosis of neonatal skin diseases, and the initiation of

treatment when necessary are of critical importance. In Lithuania, there is a notable lack of systematized information, validated methodologies, and treatment guidelines, which would enable specialist physicians to specialise in the diagnosis and treatment of neonatal skin rashes.

**Keywords:** neonatal skin rashes, neonatal transient dermatoses, neonatal pustular rash, neonatal toxic erythema, vesicopapular skin lesions.

## ĮVADAS

Naujagimių dermatologijoje yra svarbu atskirti sunkias odos ligas, įgimtus sindromus ir praeinančias naujagimių dermatozes. Naujagimių odos bėrimai pasižymi plačia diferencine diagnostika ir gali apimti bėrimus nuo savaimine praeinančių iki grėsmingiausių odos pažeidimų, kurie gali būti susiję su infekciniu procesu arba atsiradę dėl naujagimio odos brandos nebuvimo – tai ilgainiui sąlygoja odos pigmentacijos pokyčius. Praeinančios naujagimių dermatozės, kitaip nei įgimtos ligos, neturi neigiamo poveikio pacientų gyvenimo kokybei ir tolesniam vystymuisi. Įvairios kilmės naujagimių išbėrimai gali kelti tėvams nerimą, todėl šias būkles svarbu atpažinti šeimos gydytojams, pediatrams ir kitų specialybių gydytojams. Atpažinus šiuos išbėrimus, galima anksti diagnozuoti ligą, jei reikia, pradėti gydymą. Tai gali padėti sumažinti tėvų nerimą ir pagerinti naujagimio odos būklę. Lietuvoje trūksta vieningos informacijos ir patvirtintų metodinių gairių, kurios leistų gydytojams specialistams orientuotis į specializuotą naujagimių odos bėrimų diagnostiką ir gydymą, todėl šiuo darbu yra siekiama susisteminti klinikinėje praktikoje pasitaikančius dažniausius naujagimių odos bėrimus, jų atpažinimo, gydymo ir diferencinės diagnostikos algoritmus.

Šio darbo tikslas yra aprašyti dažniausius naujagimių odos bėrimus, jų diagnostikos ir gydymo metodus.

Naujagimių oda, kitaip nei suaugusiųjų, turi savitų ir išskirtinių bruožų. Ji yra žymiai plonesnė, jautresnė, pasižymi mažesniu plaukuotumu, turi mažiau prakaito ir riebalinių liaukų. Šie skirtumai labiau pasireiškia neišnešiotų naujagimių grupėje. Taip pat naujagimio oda yra mažiau atspari aplinkos veiksniams, tokiems kaip mechaninė trintis, toksinis bakterijų poveikis, kintančios oro sąlygos, karščio ir šalčio pokyčiai [1,2].

Gimstant naujagimio oda yra apsaugota bioplėvele, varškiniu vaisiaus dangalu (lot. *vernix caseosa*), kuris susidaro paskutinį nėštumo trimestrą, kai vystosi epidermis ir baigia formuotis raginis sluoksnis. Varškinis dangalas sudarytas iš vandens (80,5 proc.), baltymų ir lipidų (8–10 proc.), jo pH svyruoja nuo 6,7 iki 7,4. Vaisiaus dangalo pagrindinė funkcija yra apsaugoti naujagimio odą nuo lipidų stygiaus ir padėti palaikyti optimalų odos drėgmės lygį. Ši apsauginė odos danga pasižymi specifinėmis antibakterinėmis savybėmis: joje yra antimikrobinių peptidų, kurie apsaugo odą nuo grybelių, bakterijų ir parazitų bei suteikia mechaninę apsaugą nuo amniotinio skysčio poveikio. Vėliau, kai naujagimis praranda odą dengiantį varškinį vaisiaus dangalą, kinta odos pH [1,2].

Naujagimio oda yra plonesnė dėl besiformuojančio epidermio ir kitų odos struktūrų. Epidermis apsaugo nuo drėgmės praradimo, toksinių medžiagų poveikio, infekcijų. Minėtos savybės priklauso nuo epidermio storio ir jame esančio lipidų kiekio. Epidermis pradeda storėti nuo 3 trimestro. Kuo epidermis plonesnis, tuo didesnis transepiderminio vandens praradimas (TEVP), todėl

naujagimiui svarbi kuo drėgnesnė aplinka. Padidėjęs TVP trunka iki 12 mėnesių, kol susiformuoja už tai atsakingos epidermio struktūros. Naujagimiams būdingas neutralus arba šarminis odos paviršiaus pH (pH 6,2–7,5), kuris pirmąją savaitę labai greitai sumažėja ir taip padeda apsaugoti odą nuo patogeninių bakterijų ir grybelių. Vėliau odos pH žemėja ir iki 4 savaitės pasiekia 5,0–5,5. Naujagimių tikrosios odos struktūra formuojasi iki 4 mėnesio. Kaip žinoma, dermoje yra išsidėsčiusios riebalinės liaukos, kraujagyslės, kurios atsakingos už sebumo gamybą ir kūno temperatūros reguliavimą.

Funkcinis ir struktūrinis odos brendimas yra dinamiškas procesas, kuris prasideda gimdymo momentu ir baigiasi pirmaisiais gyvenimo metais. Odos brendimo procesas išnešiotiems naujagimiams prasideda iš karto po gimimo, tačiau neišnešiotiems – vėliau ir pats brendimas trunka ilgiau. Neišnešiotų naujagimių oda po gimimo praėjus 2–3 savaitėms jau prilygsta savalaikio naujagimio odai [1–3]. Pastebėta, kad didesnis riebalinių liaukų aktyvumas ir aktyvesnė riebalų sekrecija yra pirmąjį mėnesį po gimimo, vėliau jis ženkliai sumažėja ir išlieka iki lytinio brendimo pradžios [1]. Naujagimių ir suaugusiųjų odos skirtumai yra apibendrinti 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Naujagimių ir suaugusiųjų odos skirtumų palyginimas [4–11]

<b>STRUKTŪRINIAI SKIRTUMAI</b>	<b>NAUJAGIMIŲ ODA</b>	<b>SUAUGUSIŲJŲ ODA</b>
<b>EPIDERMIS</b>		
Korneocitai	mažesni	didesni
Granulocitai	mažesni	didesni
Raginis sluoksnis ir epidermis	plonesnis	storesnis
Mikroreljefas	tankesnis	mažiau tankus
Paviršiaus glifų gylis	panašus į suaugusiųjų	–
Melanocitai (melanino grūdeliai)	mažiau	daugiau
<b>TIKROJI DERMA</b>		
Odos spenelių (tankis, dydis ir morfologija)	labiau homogeniškos	mažiau homogeniškos
Skirtingas dermos perėjimas iš spenelinio į tinklinį sluoksnį	nestebima	stebima
<b>KOMPOZICINIAI SKIRTUMAI</b>		
<b>EPIDERMIS</b>		
Natūralaus drėkinamojo faktoriaus koncentracija	mažesnė	didesnė
pH	aukštesnis (tik naujagimiams)	žemesnis

**1 lentelė.** Naujagimių ir suaugusiųjų odos skirtumų palyginimas [4–11] (tęsinys)

Sebumo kiekis	mažesnis kiekis (7–12 mėnesių kūdikiams)	didesnis kiekis
Raginio sluoksnio vandens kiekis	didesnis	mažesnis
<b>TIKROJI DERMA</b>		
Kolageno skaidulų tankis	mažiau	daugiau (jaunesniems suaugusiesiems)
<b>KITI SKIRTUMAI</b>	<b>NAUJAGIMIŲ ODA</b>	<b>SUAUGUSIŲJŲ ODA</b>
Vandens absorbcijos greitis	didesnis	mažesnis
Vandens desorbcijos greitis	didesnis	mažesnis
Odos barjerinė funkcija	atitinka amžių	atitinka amžių
Transepiderminis vandens netekimas	didesnis	atitinka amžių



## DARBO METODIKA

Atlikta mokslinės literatūros apžvalga dažniausių naujagimių odos bėrimų tema. Literatūros šaltinių paieška vykdyta „PubMed“, „Embase“, „ScienceDirect“ ir „ClinicalKey“ duomenų bazėse. Analizei buvo naudojami viso teksto straipsniai, skelbti tarptautiniuose recenzuojamuose mokslo leidiniuose, kurių pavadinimas, santrauka ir reikšminiai žodžiai atitiko šios apžvalgos tikslą. Naudoti reikšminiai žodžiai bei jų deriniai: angl. *neonatal skin rashes*, *newborn transient dermatoses*, *neonatal toxic erythema*, *infantile pustular rash*, *vesicopapular skin lesions*, *neonatal pustular eruption*. Informacijos taip pat buvo ieškoma Pasaulinės sveikatos organizacijos oficialiame tinklalapyje. Į literatūros apžvalgą įtraukti 37 paskutinių dešimties metų moksliniai straipsniai ir literatūra, skelbta anglų kalba.

## 1. PEREINANČIOS NAUJAGIMIŲ BŪKLĖS – PRAEINANČIOS DERMATOZĖS

### Miliarija, prakaitinė (lot. *miliaria*)

Sergamumas miliarija tarp naujagimių siekia iki 40 proc. ir dažniausiai pasireiškia per pirmąjį gyvenimo mėnesį. Išskiriamos dvi miliarijos formos – skaidrioji miliarija (lot. *miliaria crystallina*) ir raudonoji miliarija (lot. *miliaria rubra*). Miliarijos etiologija yra siejama su ekzeminėmis prakaito liaukų užsikimšimu raginiame sluoksnyje. *Miliaria crystallina* yra dažnesnė forma nei *miliaria rubra*. Skaidriosios miliarijos bėrimai lokalizuojasi kakle, pažastų srityje, linkiuose ir ten, kur yra didesnė prakaitavimo ir trinties tikimybė (labiau būdinga naujagimiams, gimusiems šilto klimato zonose). Kliniškai stebimos daugybinės viena šalia kitos išsidėsčiusios 1–2 mm dydžio odos spalvos pūslelės be aplinkinio odos paraudimo. Pūslelėms plyšus, oda lupasi, pleiskanoja. Bėrimai išnyksta apytiksliai po 2 dienų arba progresuoja į *miliaria rubra* [3,12]. Pastaroji forma yra antrinis odos pažeidimas, išsivystantis dėl *miliaria crystallina*. *Miliaria rubra* pažeidimui būdingos antrinės, nedidelės uždegiminės papulės ir pustulės. Sergamumas miliarija yra galimas visiems naujagimiams, nepriklausomai nuo jų rasės ar lyties, kadangi pagrindinis miliariją sąlygojantis faktorius yra drėgnos aplinkos sąlygos. Miliarijos diagnostika remiasi klinikinių požymių visuma, retais atvejais – galimas ligos patvirtinimas mikroskopiniu būdu Wright'o dažikliu nudažius pustulės turinį (matyti retos plokščiosios ląstelės) [13–15].

**Gydymas.** Diagnozavus miliariją, specifinis medikamentinis gydymas nėra taikomas. Bėrimų prevencijai svarbu mažinti naujagimio odos perkaitimą. Rekomenduojama kasdien prausti naujagimio odą su vandeniu, drėkinimui naudoti neriebių (mažai lipidų turintį) losjoną ar kremą ir rengti laisvais, natūralaus pluošto rūbais.

### Baltieji naujagimių spuogai (lot. *milia*)

*Milia*, baltieji naujagimių spuogai, tai mažos, balkšvai gelsvos, pavienės paviršinės cistos, kurios dažniausiai lokalizuojasi centrinėse veido, skruostų ir nosies srityse. Cistiniai dariniai susidaro plaukų apatinėje folikulo dalyje dėl perteklinai susikaupusių keratino produktų. Baltieji naujagimių spuogai pasitaiko 40–50 proc. visų naujagimių, tarp neišnešiotų naujagimių jie yra retesni. Bėrimai dažniausiai stebimi nuo gimimo [16,17]. Kliniškai – veido centrinėje, rečiau – skalpo, viršutinėje kūno dalyje susidaro balkšvos iki 1–2 mm papulės be aplinkinės eritemos. Paprastai bėrimas išnyksta per pirmąsias savaites nuo gimimo be randėjimo požymių. Išplitę baltieji spuogai gali būti susiję su paveldima trichodisplazija (Marie Unna hipotrichoze) ir burnos–veido–digitaliniu sindromu. Milijos diagnostika remiasi tik klinikiniais simptomais [12,18,19,20].

**Gydymas.** Specifinis gydymas nėra taikomas, liga dažniausiai praeina savaime po kelių ar keliolikos savaičių.

### **Toksinė naujagimių eritema (lot. *erythema toxicum neonatorum*)**

Toksinė naujagimių eritema (TNE) – tai gerybinė, savaime praeinanti, besimptomė naujagimio odos būklė, pasireiškianti tik naujagimystės laikotarpiu. Tai vienas dažniausių ir labiausiai paplitusių (30–70 proc.) naujagimių odos bėrimų [12,21,22]. TNE prasideda 2–3 gyvenimo parą. Ligos išsivystymo mechanizmas nėra aiškus, manoma, kad bėrimus gali provokuoti alerginė reakcija į transplacentinius arba aplinkos alergenų. Taip pat bėrimai gali atsirasti dėl mechaninio, terminio, cheminio irituojančio odos dirginimo. TNE būdingos pavienės arba daugybinės eriteminės dėmės su centrine papule arba pustule veido, liemens ar galūnių odoje. Naujagimių delnai ir padai dažnai nepažeidžiami ir vaikas būna somatiškai sveikas [20]. Bėrimas gali atsirasti vos gimusiam naujagimiui, tačiau paprastai išryškėja per 24–48 valandas. Bėrimas paprastai išnyksta per penkias – septynias dienas arba iki visiško išnykimo gali blykšti palaipsniui.

TNE diagnozė yra nustatoma remiantis klinikiniu vaizdu. Ligą galima patvirtinti mikroskopiškai ištyrus pūlinio turinio tepinėlių, dažytą *Wright* tirpalu, kuriame stebima didelė eozinofilų koncentracija ir retkarčiais infiltracija neutrofilais, tačiau tai nėra įprastai taikoma praktikoje. Jei ligos pasireiškimas nėra tipiškas, rekomenduojama ligą diferencijuoti su bakterinės, grybelinės ar virusinės infekcijos sukeltu odos pažeidimu [23].

**Gydymas.** Naujagimiams, sergantiems TNE, nereikia specifinio gydymo ir bėrimas paprastai praeina per dvi savaites, retesniais atvejais gali užtrukti ilgiau.

### **Naujagimių odos lupimasis (lot. *desquamatio neonatorum*)**

Naujagimių odos lupimasis yra dažna problema ankstyvuojų laikotarpiu, kai naujagimių oda pradeda luptis dėl savo nebrandžios ir lengvai pažeidžiamos struktūros (ang. „*peel off*“). Odos lupimasis pasireiškia net 65–75 proc. normalių naujagimių ir dažniausiai apima rankų, padų, čiurnų sritis, rečiau – pilvo ir nugaros odą. Neretai tai yra laikinas odos atsinaujinimas, prasidedantis 3–7 parą, ji padeda regeneruoti paviršiniam epidermiui. Tais atvejais, kai pažeidimai užtrunka ilgiau ir oda nenustoja luptis, reikėtų diferencijuoti su ichtioze, nuolatinio lupimosi sindromu ar lengva streptokokine infekcija [18,19,25].

**Gydymas.** Pagrindinis gydymas – reguliariai naudojami emolientai. Rekomenduojama vengti papildomo mechaninio ir fizinio odos pažeidimo bei rinktis natūralaus audinio pluošto rūbus.

## Naujagimių aknė (lot. *acne neonatorum*)

**Naujagimių aknė** yra praeinanti odos liga, kuri pasireiškia iki 8 gyvenimo savaitės. Šia liga serga apie 20 proc. naujagimių. Būklė dažniau pasitaiko vyriškos lyties naujagimiams ir paprastai yra lengvo laipsnio odos pažeidimas, praeinantis per kelis mėnesius. Bėrimų etiologija siejama su padidėjusiu androgenų kiekiu kraujyje, kuris sukelia riebalinių liaukų hiperplaziją ir padidėjusią riebalų sekreciją, sąlygojančią bėrimų išsivystymą. Literatūroje nurodoma, kad *Malassezia spp.* gali dalyvauti naujagimių aknės patogenezėje. Labai retais atvejais bėrimų atsiradimo priežastimi gali būti antinksčių žievės navikai [12,14,26].

Naujagimių aknės bėrimai lokalizuojasi centrinėje veido dalyje – dažniausiai kaktos, nosies ir skruostų srityse. Dažniausiai vyrauja uždari ir atviri komedonai, kurie gali išsivystyti į papules, pustules, mazgus ir cistas. Sunkios naujagimių aknės atveju, kuri nepraeina ilgesnį laiką ir yra lydima kitų hiperandrogenizmo požymių, yra tikslingas ištyrimas dėl galimos įgimtos antinksčių žievės hiperplazijos, antinksčių ir lytinių liaukų navikų [12,14,26,28].

**Gydymas.** Naujagimių aknė savaime praeinanti odos liga, tačiau gali palikti randus, todėl esant sunkiai formai rekomenduojama šią ligą gydyti. Vyraujant komedonams gydymui skiriami vietiniai azelaino rūgšties (iki 20 proc.) arba tretinoino (0,025–0,05 proc.) preparatai. Vyraujant uždegiminiams bėrimams skiriami vietiniai eritromicino (1–2 proc.), klindamicino (1 proc.) arba benzoilperoksido (2,5–5 proc.) preparatai [27]. Įprastu atveju pažeidimai praeina per 1–3 mėnesius [14,26].

## Naujagimių cefalinė pustuliozė (angl. *neonatal malassezia furfur pustulosis*)

Naujagimių *malassezia furfur* cefalinė pustuliozė (NMFP) yra gerybinė klinikinė būklė, kuriai būdingas trumpalaikis bėrimas pustulėmis, pasireiškiantis 2–4 gyvenimo savaitę. Liga siejama su grybelio *Malassezia furfur* kolonizacija. Šiai būklei būdingi bėrimai, sudaryti iš papulių ir pustulių su aplinkiniu paraudimu, kurie dėstosi skruostų, smakro, vokų, skalpo, kaklo ir krūtinės srityse. Dažniausiai diagnozės patvirtinimui atliekama pustulių tepinėlio mikroskopija, kuri parodo gausią eozinofiliją arba normos variantą. NMFP nėra būdingi atviri ir uždari komedonai, todėl ši liga turi būti diferencijuojama su naujagimių stafilokokodermija ir naujagimių akne, kurioms komedonų atsiradimas itin būdingas. Naujagimiai somatiškai būna sveiki [29,30].

**Gydymas.** Dažniais atvejais NMFP praeina savaime be randėjimo per 3 mėn. Odos priežiūrai galima naudoti antiseptinius nealkoholinius valiklius, specialius priešgrybelinius ir antiseptinius muilus arba šampūnus. Rečiau, kai bėrimas savaime nepraeina, galima skirti vietinius priešgrybelinius vaistus (pvz., ketokonazolį) [29,31].

## 2. KRAUJAGYSLINĖS IR LIMFINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS DISPLAZIJOS

### Paprastasis apgamas (lot. *nevus simplex*, angl. *salmon patch*)

„Lašišos dėmė” (lot. *nevus simplex*) (dar vadinama „gandro žnybiu”, „angelo bučiniu”) – tai dažniausias kraujagyslinis bėrimas naujagimystės laikotarpiu. Bėrimas siejamas su kapiliarinių kraujagyslių malformacijomis. Šiems pažeidimams būdingos dėmės – nuo rožinės iki raudonos spalvos, kurios gali išryškėti dėl fizinio aktyvumo, verkiant, kintant aplinkos temperatūrai. Dėmės dažniausiai atsiranda pakaušio („gandro žnybis”), kaktos, antakių, viršutinių vokų srityse („angelo bučiny”). Rečiau pasitaikančios sritys, kurias gali apimti „lašišos dėmė”, yra nugara, nosis, viršutinė ir/ar apatinė lūpa. Pažeidimas tarpuakio, vokų srityse atsiranda anksčiau ir dažniausiai pranyksta spontaniškai per pirmuosius gyvenimo metus, pakaušio–kaklo dėmė gali išlikti visam gyvenimui [18,20,31]. Bėrimai nėra susiję su kitais organų pažeidimais.

Šią būklę reikia diferencijuoti su kita kraujagysline malformacija, vyno (portveino) dėme, kuri neišnyksta ir lieka visam gyvenimui. Bėrimas dažniausiai išsidėsto vienoje pusėje, turi aiškias ribas ir yra segmentinės struktūros. Spalva kinta nuo rausvos iki purpurinės, tačiau suaugus gali pereiti į mazginius pakitimus. Kitaip nei *nevus simplex*, šis bėrimas turi savitą histologinę struktūrą – ją sudaro kapiliarų ektazijos, kurios gali būti išplitusios visoje dermoje ir laikui bėgant proporcingai plečiasi [18].

**Gydymas.** Pažeidimams išliekant iki pilnametystės, gali būti taikoma lazerio terapija [18,20,31].

### Naujagimių hemangioma (lot. *hemangioma neonatorum*)

Kūdikių hemangiomos yra vieni dažniausių kūdikystės laikotarpiu stebimų nepiktybinių kraujagyslinių navikų, kurie pasitaiko apie 5 proc. naujagimių ir išryškėja jau pirmosiomis gyvenimo savaitėmis. Kūdikių hemangiomos skiriasi savo dydžiu, anatominiu išsidėstymu, darinio gyliu ir evoliucijos stadija. Hemangiomoms būdinga aktyvaus augimo fazė, po kurios augimas stabilizuojasi, vėliau seka kraujagyslinio darinio involiucija. Didžioji dalis hemangiomų savaime regresuoja per 1–2 gyvenimo metus, tačiau kai kuriais atvejais yra reikalingas gydymas ir papildomas kitų organų ištyrimas [4,32–34].

Hemangiomos turi proliferacijos ir involiucijos fazes. Ankstyva proliferacijos fazė prasideda tarp 5–8 gyvenimo savaitės, jos metu hemangiomos labai greitai auga ir pasiekia apie 80 proc. savo dydžio. Šie pažeidimai dažniausiai gali didėti iki 9–12 mėn. Užsitęsusiai proliferacijos fazė dažniausiai būdinga didelėms, segmentinėms, gilioms hemangiomoms kaklo ir galvos srityse. Involiucijos

fazė prasideda dažniausiai 12 mėnesių ir gali trukti iki 3–9 metų. Jos metu hemangiomos nyksta ir gali pilnai regresuoti [4,32–34].

Hemangiomos pagal savo dydį ir išsidėstymą gali būti skirstomos į paviršines, galias arba mišrias. Taip pat klasifikuojamos pagal išsidėstymą odoje: židininės, daugiažidininės, segmentinės ir neiškių ribų. Nors klasifikacija skirtinga, tačiau visų tipų pažeidimams yra būdinga ta pati etiologija ir panaši evoliucija. Paviršinės hemangiomos lokalizuojasi paviršinėje dermoje, joms būdingos ryškiai raudonos spalvos („braškinės“ arba „kapiliarinės“), apribotos aštrių kraštų plokštelės ar dėmės. Giliosios hemangiomos lokalizuojasi giliojoje dermoje, poodiniame audinyje, todėl joms būdingi odos arba melsvai violetinės spalvos poodiniai mazgai arba mazgeliai. Mišrios hemangiomos apima dermą ir poodinius audinius, todėl kliniškai pasireiškia tiek plokštelėmis, tiek mazgeliais. Židininės hemangiomos yra mažos ir lokalizuotos židiniiais vienoje srityje, o segmentinės hemangiomos yra didelės, jų skersmuo didesnis nei 5 cm tam tikroje odos srityje ir gali būti geografinio arba linijinio išsidėstymo [32,33].

Daugelis hemangiomų yra diagnozuojamos remiantis klinikiu vaizdu ir nereikalauja papildomo ištyrimo, labai retais atvejais gali būti atliekama odos biopsija. Siekiant įvertinti hemangiomos gylį, galimą poveikį aplinkiniams audiniams, rekomenduojama atlikti hemangiomų aukšto dažnio ultragarsinį tyrimą. Esant gilioms ir didesnėms hemangiomoms, padidėja rizika ekstrakranijiniams organų pažeidimams. Literatūros duomenimis, daugiau nei penkios hemangiomos rodo padidėjusią kepenų hemangiomos riziką, todėl tikslinga atlikti pilvo organų echoskopiją. Jei gilių ir didesnių nei 5 cm hemangiomų išsidėstymas yra komplikotas (hemangiomos lokalizuojasi galvoje, kaklo, liemens srityse, apima stambiašias kraujagysles), rekomenduojama atlikti magnetinio rezonanso tomografiją [36]. Atkreiptinas dėmesys, kad esant didesnėms nei 5 cm ir intrahepatinėms hemangiomoms, tikslinga atlikti ištyrimą dėl galimo hipotiroidizmo (žr. 2 lentelė) [37]. Hemangiomos yra svarbu diferencijuoti su kitais odos dariniais, apgamais ir navikais (*naevus anaemicus* arba *naevus pigmentosus*, kapiliariniais apsigimimais arba trauminiais pažeidimais) [4,32–34].

**Gydymas.** Hemangiomų gydymas yra labai individualus ir kompleksiškas. Dauguma įgimtų hemangiomų yra linkusios spontaniškai regresuoti. Tais atvejais, kai hemangiomos neregresuoja ar lokalizuojasi anatomiškai pavojingose srityse ir sukelia rimtas komplikacijas, gydymui gali būti taikomi vietiniai ir sisteminiai beta–adrenoblokatoriai (BAB), gliukokortikosteroidai (GKS), lazerinis ir chirurginis gydymas [36–39]. Hemangiomoms, kurioms reikalingas sisteminis gydymas, dažniausiai skiriamas sisteminis propranololis 1 mg/kg 2 kartus per dieną. Retesniais atvejais gali būti skiriamas atenololis. Skiriant šiuos vaistus svarbu monitoruoti naujagimio gyvybinius rodiklius, skirti vaistą kartu su gydytojo kardiologo priežiūra. Sisteminiai GKS skiriami tais atvejais, kai BAB kontraindikuotini arba neefektyvūs. Dažniausiai skiriamas sisteminis prednizolonas 2–3 mg/kg.

Vietinis gydymas BAB yra gana saugus ir efektyvus paviršinėms ir erozuojančioms hemangioms. Dažniausiai skiriamas timololio maleatas 0,5 proc. 2 kartus per dieną. Retesniais atvejais gali būti skiriami vietiniai GKS (pvz., klobetazolio proprionatas 0,05 proc., betametazono proprionatas 0,05 proc.), tačiau didesnis efektyvumas pasiekiamas su timololio preparatais. Hemangių gydymui kartu su vietiniais ir sisteminiais vaistais gali būti taikomas pulsinis dažų arba ilgo pulsavimo Nd:YAG lazeris. Esant židininėms hemangioms gali būti taikomas gydymas injekuojamaisiais GKS, krioterapija. Komplikuotais atvejais taikomas chirurginis gydymas ir hemangių embolizacija. Skiriant vietinius ir sisteminus vaistus svarbu monitoruoti naujagimio būklę dėl galimų šalutinių vaistų poveikių [37–39].

**2 lentelė.** Papildomi tyrimai esant didesnėms nei 5 cm hemangioms [4,32–35,37]

Klinikinis pasireiškimas	Rizika	Tyrimai ir papildomas ištyrimas
> 5 naujagimių hemangios.	Intrahepatinė hemangioma.	Kepenų ultragarsinis tyrimas.
Intrahepatinė arba didelė (>5 cm) hemangioma.	Periferinis hipotirodizmas (↓T3, ↑T4).	TSH, T3 ir T4 hormonų tyrimai.
Naujagimių hemangioma smako, kaklo srityje.	Kvėpavimo takų obstrukcija.	Laringoskopija, bronchoskopija.
Periokulinė naujagimių hemangioma.	Astigmatizmas, regėjimo ašies susiaurėjimas, nosiaryklės latakų obstrukcija, ptozė, strabizmas.	Gydytojo oftalmologo konsultacija.
Perioralinė naujagimių hemangioma.	Dantų dygimo vėlavimas, emalio hipoplazija.	Gydytojo odontologo konsultacija.
Didelės veido naujagimių hemangios (>5 cm).	PHACE sindromas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vidurio linijos susiliejimo defektai;</li> <li>- cerebrovaskulinės smegenų struktūrinės anomalijos;</li> <li>- širdies veiklos sutrikimai ir aortos koarktacija;</li> <li>- akių anomalijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Išsamus fizinis ištyrimas;</li> <li>- galvos ir kaklo MRT tyrimas (su/be gadolinio kontrasto) ir kt. MRT (įskaitant aortos lanką, bronchocefalinę pradžią);</li> <li>- echokardiografija (širdies MRT esant anomalijoms);</li> <li>- oftalmologo konsultacija.</li> </ul>
Galimas ar neabejotinas PHACE sindromas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- susijęs su smako sritimi;</li> <li>- multisegmentinė naujagimių hemangioma arba su klausa susijusios vaizdavimo anomalijos;</li> <li>- vidurio linijos kaukolės ar smegenų apsigimimas,</li> <li>- apimantis žandikaulio ir/arba apatinio žandikaulio sritį arba perioralinę sritį.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvėpavimo takų obstrukcija;</li> <li>- sensorineuralinis arba laidusis klausos praradimas;</li> <li>- centrinė hipotirozė;</li> <li>- dantų anomalijos, dantų šaknų nebuvimas, emalio hipoplazija, daugybinės ertmės.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otorinolaringologo konsultacija;</li> <li>- išsamus audiologinis ištyrimas;</li> <li>- periodontinė augimo parametrų stebėseną;</li> <li>- odontologo konsultacija ir tolimesnis ištyrimas.</li> </ul>

Santrumpas: T3 – tiroksinas; T4 – trijodtironinas; TSH – tiotropinis hormonas; PHACE sindromas (angl. *PHACE syndrome*) – užpakalinės kaukolės duobės anomalijos (P), dauginėmis hemangioms (H), arterijų anomalijos (A), širdies defektai (C), akių anomalijos (E); MRT – magnetinio rezonanso kompiuterinė tomografija.



### 3. PIGMENTACIJOS SUTRIKIMAI

#### Mongolinės dėmės

Mongolinės dėmės – tai dažnas gerybinis naujagimių odos pigmentacijos pakitimas, kuriam būdingos melsvos spalvos dėmės odoje dėl melanocitų sankaupų apatinėje dermos dalyje. Melanocitinės dėmės dažniausiai pastebimos kryžkaulio srityje, tačiau gali atsirasti ir ant veido, pečių, juosmens ar sėdmenų srityse [27]. Retesnė mongolinių dėmių forma yra įgimta odos melanocitozė, kuri atsiranda ant naujagimio galūnių. Didžiausias mongolinių dėmių paplitimas stebimas tarp afroamerikiečių, azijiečių, indų ir romėnų naujagimių – siekia iki 90 proc. Tuo tarpu šviesaus gymio europiečių naujagimiams mongolinės dėmės pasireiškia rečiau [20,27,40].

**Gydymas.** Mongolinės dėmės įprastai nereikalauja specifinio gydymo, išnyksta per kelias savaites, gali trukti iki metų [20,40].

### 4. DERMATITAI

#### Atopinis dermatitas (lot. *dermatitis neonatorum*)

**Atopinis dermatitas (egzema) (AD)** – tai viena dažniausių lėtinių uždegiminių naujagimių odos ligų, kuri ankstyvuojų metu gali pasireikšti nuo gimimo iki 2 metų amžiaus. AD yra viena iš egzeminių ligų grupės, įskaitant numuliarinį, seborėjinį ir sauskėlių dermatitus. Literatūros duomenimis, pirmieji AD dermatito simptomai pasireiškia naujagimiams iki 6 mėnesių, o tai atitinkamai sudaro net 45 proc. visų vaikų, sergančių AD vėlesniame amžiuje [41].

AD ligos patogenezė yra sudėtinga ir daugiafaktorinė, apimanti odos apsauginio barjero nepakankamumą, vietinės ir sisteminės imuninės reguliacijos sutrikimus, žarnyno ir odos disbiozę bei genetinius veiksnius, kurie sąveikauja tarpusavyje [42,43]. Odos apsauginio barjero defektai yra siejami su filargino geno (struktūrinio odos baltymo), ekspresuojamo odos raginiame sluoksnyje, mutacijomis [44]. Sunkaus AD rizika yra susijusi su homozigotine filargino geno mutacija, o tai sąlygoja ankstyvą ligos išsivystymą ir lėtinį persistavimą [45]. Egzistuoja ir kiti veiksniai, turintys įtakos AD išsivystymui ankstyvajame amžiuje – tai sumažėjęs odos keramidų kiekis, dėl kurio padidėja TVP ir didėja dirgiklių, alergenų ir aplinkos mikrobu patekimo rizika pro odos apsauginį barjerą [46]. Odos fiziologinio barjero sutrikdymas lemia lėtinį uždegiminį procesą, epidermio ir uždegiminių ląstelių (dendritinių, eozinofilinių, T-ląstelių) infiltraciją. Dėl šių uždegiminių ląstelių pertekliaus organizme ekspresuojama daugiau citokinų, o išaugusi imunoglobulino E (IgE) koncentracija sukelia sisteminių ir vietinių uždegiminių procesą [47].

AD bėrimui būdingas intensyvus niežulys, paraudimai, sausa, pleiskanota oda, užsikimšę plaukų folikulai, dėl kurių formuojasi vezikulės, papulės, egzemos tipo bėrimas ant veido, žastų ir šlaunų srityse. AD tipinis klinikinis pasireiškimas naujagimiams – simetriniai eritemos plotai,



eksudacijos ir pleiskanų dėmės, apimančios skruostų, smakro, kaktos, akių, kaklo bei krūtinės sritis, tiesiamuosius kūno odos paviršius (alkūnes ir kelius). Pirmiausiai bėrimai naujagimiams ir vaikams atsiranda veide, vėliau išplinta į galūnių tiesiamųjų paviršių sritis. Naujagimiams, kitaip nei vyresnio amžiaus vaikams ir suaugusiesiems, būdingi šlapiuojantys AD bėrimai („šlapioji egzema“) [48]. Šaltinių duomenimis, AD odos pažeidimai gali būti aptinkami naujagimiams prieš atsirandant koordinuotam kasymosi refleksui iki 2 mėnesių amžiaus, kadangi netrukus po gimimo gali būti išryškėjusi odos kserozė, apsauginio odos barjero nepakankamumas, niežulys [20].

AD diagnozė naujagimiams yra nustatoma remiantis fizinės apžiūros duomenimis, rizikos veiksnių buvimu bei šeimine anamneze (pvz., polinkis į atopiją; asmenys šeimoje, sergantys astma, alerginiu rinokonjunktyvitu, atopiniu dermatitu). Diagnozės patvirtinimui nėra naudojami jokie specifiniai laboratoriniai tyrimai, kadangi daugumai AD sergančių asmenų, nepriklausomai nuo jų amžiaus, gali būti padidėjęs IgE kiekis kraujo serume ir aptinkama eozinofilija periferiniame kraujyje. Klinikinėje praktikoje yra plačiai naudojami Jungtinės Karalystės darbo grupės (angl. *UKWP*) sukurti AD diagnostikos didieji ir mažieji kriterijai pagal Hanifin JM ir Rajka (2 priedas) [49]. Remiantis šiais kriterijais, AD diagnozė yra patvirtinama, kai nustatoma  $\geq 3$  didžiuosius ir 3 mažuosius kriterijus. Nustatyta, kad AD diagnostinių Hanifin ir Rajka kriterijų jautrumas ir specifiskumas yra atitinkamai 87,9–96 proc. ir 77,6–93,8 proc., o tai yra laikoma tikslesniais ir specifiškesniais rodikliais naujagimių bei mažų vaikų grupėse, lyginant su suaugusiaisiais [50].

**Gydymas.** AD yra taikomas pakopinis gydymas, atsižvelgiant į ligos sunkumo laipsnį (angl. *SCORAD*) (1 priedas), ligos paūmėjimus ir gydymo galimybes šioje amžiaus grupėje. AD gydymas pasižymi kompleksiskumu, kadangi būtina atsižvelgti į rizikos ir ligą provokuojančius veiksnius tam, kad būtų sumažintas lėtinės ligos paūmėjimų dažnis ir kaip įmanoma ilgiau išlaikoma ligos remisija. Vietinis AD gydymas apima emolientų, vietinių tepamųjų GKS, kalcineurino ir fosfodiesterazės–4 inhibitorių (FDE–4) naudojimą. Gydymas vietiniais vaistais yra laikomas AD sergančių pacientų gydymo pagrindu, tačiau, esant sunkesnei ligos formai, gali būti naudojama kombinuojant su sisteminiu gydymu ir/ar ultravioletinių B tipo spindulių (UVB) fototerapija. Vietinis gydymas GKS yra laikomas efektyvesniu būdu kontroliuoti vidutinio sunkumo ir sunkaus AD paūmėjimus lyginant su gydymu vietiniais kalcineurino inhibitoriais (VKI) ar FDE–4. Naujagimių AD gydymui nėra rekomenduojami antihistamininiai ir vietiniai antimikrobiniai vaistai dėl sukeliama šalutinio poveikio [51].

Vietinio poveikio GKS yra priešuždegiminiai vaistai, kurie veikia slopindami uždegimą sukeliančių citokinų išsiskyrimą iš imuninių ląstelių. GKS skiriami tiek aktyviems pažeidimams gydyti, tiek atkryčių profilaktikai. GKS yra skirstomi į klases pagal stiprumą nuo labai mažo (VII klasė) iki labai didelio (I klasė), remiantis vietiniu vazokonstriktiniu poveikiu. AD sergantiems pacientams rekomenduojama vartoti GKS vieną ar du kartus per dieną ligos paūmėjimo metu ir vieną

ar du kartus per savaitę, kai liga remisijoje, kaip aktyvų metodą, siekiant užkirsti kelią ligos atkryčiui tiems, kurie serga sunkia ir lėtine liga. Pacientams rekomenduojama tepti pakankamą vietinio poveikio kortikosteroidų kiekį (0,5 g arba suaugusio žmogaus piršto galo vieneta į plotą, lygų dviems delnams). Nors vietiniai GKS yra pakankamai veiksmingi, tačiau per dažnai arba netinkamai naudojami gali sukelti nepageidaujamą poveikį (pvz., odos purpurą, teleangiektazijas, strijas ir odos atrofiją bei kt.). Sisteminiis šalutinis GKS poveikis pasireiškia retai, tačiau, naudojant didelio ir labai didelio stiprumo steroidus (I ir II klasės), gali pasireikšti sisteminė absorbcija ir dėl to gali būti slopinama pagumburio, hipofizės ar antinksčių ašis. Svarbu tai, kad naujagimių AD gydymui yra saugu skirti I ir II klasės GKS [52], tačiau gydytojais turėtų nepamiršti, kad dėl didesnio paviršiaus ploto ir svorio santykio naujagimių ir vaikų amžiaus grupėse absorbcijos laipsnis odoje yra didesnis. VKI – tai dar viena priešūždegiminių vaistų grupė, kurios vietinis veikimas pasireiškia slopinant nuo kalcineurino priklausomą T ląstelių aktyvaciją, blokuojant prouždegiminių citokinų ir AD uždegiminės reakcijos mediatorių gamybą. Klinikiniais tyrimais įrodyta, kad VKI yra veiksmingi pacientams, sergantiems aktyviu AD, kadangi efektyviai mažina pažeistos odos paviršiaus plotą ir ligos simptomus. Šiai vaistų grupei priklauso vietinio poveikio takrolimuzo tepalas (0,03 proc. ir 0,1 proc. preparatai) ir pimekrolimuzo 1 proc. kremas, tačiau ne visi šie preparatai yra tinkami ir patvirtinti naudoti naujagimiams kaip saugūs. Pimekrolimuzo 1 proc. kremas yra patvirtintas kaip saugus ir leidžiamas naudoti jaunesniems nei 3 mėnesių amžiaus naujagimiams. VKI galima naudoti jautriose odos vietose (pvz., veido ir odos raukšlių srityse) ir kaip steroidus tausojančią terapiją, kad būtų išvengta odos atrofijos. Dermatovenerologai rekomenduoja VKI naudoti du kartus per dieną, jei liga aktyvi, ir du ar tris kartus per savaitę, kad būtų išvengta ligos atkryčių. Šalutinis VKI poveikis yra odos dilgčiojimas ir deginimas tepant preparatą [53,54].

Dėl epidermio barjerinės funkcijos sutrikimo ir išryškėjusios odos kserozės naujagimių AD gydymui yra rekomenduojama skirti emolientus odos drėkinimui. Nustatyta, kad emolientų naudojimas sumažina AD paūmėjimų riziką, skaičių bei GKS vartojimo poreikį, reikalingą AD kontrolei. Įrodyta, kad vietinis priešūždegiminis gydymas, taikomas kartu su emolientų naudojimu, yra veiksmingesnis gydant AD [55]. Emolientų sudėtyje yra minkštinančių, okliuzinių ir/ar drėkinančių ingredientų, tokių kaip glikolis, glicerilo stearatas ir sojų steroliai. Okliuzinės medžiagos (pvz., vazelinai, dimetikonas, mineralinis aliejus) neleidžia arba lėtina TVP, tuo tarpu humektantai (drėkikliai) pritraukia ir sulaiko odos drėgmę (pvz., glicerolis, pieno rūgštis, karbamidas). Vietinio poveikio drėkinamosios priemonės taip pat būna įvairių sudėčių, įskaitant kremus, tepalus, aliejus, gelius ir losjonus. Tepalai yra geresni, nes juose paprastai nėra konservantų, kurie gali dar labiau sudirginti AD sergančio naujagimio odą. Losjonai ir kremai yra lengviau tepami, mažiau riebiūs, tačiau losjonuose yra didesnis vandens kiekis, kuris greitai išgaruoja ir jų drėkinamasis poveikis yra ženkliai trumpesnis lyginant su tepalais. Nors dauguma rekomenduojamų drėkinamųjų priemonių yra

nereceptiniai, yra nauja receptinių emolientų priemonių (PED) klasė – tai specialūs kremų preparatai, turintys atskirų lipidų ir komponentų (pvz., keramidų ir filagrinų skilimo produktų). Rekomenduojama rinktis drėkinamuosius kremus, kuriuose nėra pridėtinių, kvapiųjų medžiagų ir kvėpalų, galinčių dar labiau sudirginti uždegiminę AD odą [51].

Nustatyta, kad emolientų naudojimas gali padėti atkurti odos elastingumą, palaikyti odos homeostazę ir kontroliuoti TVP, o reguliarius drėkinamųjų kremų naudojimas nuo pat gimimo gali būti laikomas veiksminga atopinio dermatito profilaktikos priemone naujagimiams, turintiems didelę riziką susirgti atopiniu dermatitu [56,57].

### **Seborėjinis dermatitas (lot. *seborrheic dermatitis*)**

Seborėjinis naujagimių dermatitas (SD) – tai lėtinė, recidyvuojanti, uždegiminė naujagimių odos liga, kuriai būdingas papulinis, rausvos spalvos pleiskanojančių plokštelių ir dėmelių bėrimas. SD paplitimas naujagimiams yra didžiausias apie trečiąjį gyvenimo mėnesį (diagnozuojama 70 proc. visų naujagimių), tačiau vėlesniu periodu sergamumas SD nuolat mažėja ir pasireiškia iki 7 proc. vaikams nuo vienerių iki dvejų metų amžiaus. Naujagimių SD dažnai išsidėsto tose odos srityse, kuriose gausu riebalinių liaukų (pvz., galvos plaukuotoje odoje, išorinėje ausies dalyje, veido vidurinėje ar tarpuplaučio srityse). Būdingiausias SD tipas naujagimiams pasireiškia besimptomiu, neuždegiminiu galvos odos bėrimu su gelsvomis žvynuotomis dėmelėmis ir yra vadinamas „lopšio kepurė“ (angl. *cradle cap*). Dažniausiai pažeidžiama viršugalvio ir priekinė veido dalis (kakta, antakiai, akių vokai, skruostai ir nosies raukšlės). SD taip pat gali pasireikšti ir sauskėlių dermatitu, liemens, bambos ar tarpumenčių srityse [58].

SD etiologija nėra pilnai išaiškinta, tačiau tikima, kad kai kurie aplinkos veiksniai, tokie kaip žema temperatūra ar didelė aplinkos drėgmė gali skatinti SD išsivystymą. Nustatyta, kad SD progresavimui ir riebalinių liaukų veiklai daro įtakos mieliagrybio *Malassezia spp.* kolonizacija, taip pat imunosupresija, endokrininiai, neurogeniniai ir jatrogeniniai veiksniai. Yra nustatyta, kad mieliagrybių kolonizacijų skaičius mažėja vartojant priešgrybelinius vaistus ir vėl didėja esant ligos recidyvui. Žinoma, kad *Malassezia spp.* pasižymi lipazės aktyvumu, kuris hidrolizuoja žmogaus riebalų trigliceridus ir išskiria nesočiausias riebalų rūgštis, tokias kaip oleino ir arachido rūgštis. Šių metabolitų buvimas odoje sutrikdo epidermio barjero funkciją ir skatina keratinocitus gaminti priešuždegiminius citokinus, tokius kaip interleukinai (IL)-1 $\alpha$ , IL-6, IL-8 ir naviko nekrozės faktorius TNF- $\alpha$ , taip sukeldami uždegiminį procesą odoje. Tuo tarpu pagrindinė nuolatinės mikrofloros dalis su *Propionibacterium acnes* būna labai sumažėjusi sergant SD, todėl galima teigti, kad šios ligos atsiradimas yra susijęs su odos mikrofloros disbalansu. Naujagimiams ir kūdikiams ypatingai pirmųjų 3 mėnesių laikotarpyje atsirandantys dermatito kilmės odos pažeidimai leidžia daryti prielaidą, kad

tam galėjo turėti įtakos per didelė motinos hormonų sukelta riebalinių liaukų veikla ir mikrobiomos pokyčiai [59,60].

SD sergantis naujagimis jaučiasi gerai, maitinimas ir miegas nesutrunka, kadangi daugeliu atvejų niežulys būna saikingas arba jo visiškai nebūna. Klinikiniai požymiai varijuoja, tačiau dažniausiai lengvo tipo SD bėrimai išnyksta spontaniškai per kelias savaites ar mėnesius. Retais atvejais, jei bėrimai neišnyksta per 12 mėnesių, rekomenduojama tikslinti diagnozę ir diferencijuoti su kitais galimais odos pažeidimais [59,60].

**Gydymas.** Naujagimiams, sergantiems lengvu ir vidutinio sunkumo SD, dėl sisteminės vaistų absorbcijos nėra rekomendacijų skirti stiprius vietinio veikimo vaistus. Pirmo pasirinkimo gydymui patartina rinktis natūralius priešuždegiminius preparatus (pvz., stearilo gliciretinato, alavijo, vitamino E, ežiuolės, laktoferino ir kt.), turinčius priešgrybelinių savybių ar minkštinamuosius hialurono rūgšties gelius. Pleiskanoms nusluoksniuoti yra naudojami kremai su keratolitikais (kurių sudėtyje 2,5–5 proc. šlapalo). Sunkesnio SD atveju rekomenduojama naudoti mieliagybių kolonizacijų dauginimąsi slopinančius vaistus ar jų sudėtinės dalis turinčius kremus ir šampūnus (pvz., ketokonazolio, klotrimazolio ir kt.). Antrinės infekcijos profilaktikai yra skiriami cinko kremai, seleno sulfido šampūnai ir kremai. Sunkaus SD uždegimui slopinti retkarčiais yra skiriami vietinio poveikio GKS, VKI ar sisteminiai GKS. Naujagimiams, sergantiems sunkia SD forma, kartu su vietiniu gydymu vaistais yra rekomenduojama taikyti ir fototerapiją (UVB 311nm) [51,58–60].

### **Naujagimių vystyklų dermatitas (lot. *dermatitis*, angl. *diaper dermatitis*)**

Vystyklų dermatitas (VD) – uždegiminė naujagimių odos liga, kurios paplitimas, skirtingais literatūros duomenimis, šioje amžiaus grupėje svyruoja nuo 7 iki 35 proc. Naujagimių VD yra priskiriamas iritacinio kontaktinio dermatito rūšiai, kadangi oda nuolatos kontaktuoja su ją irituojančia medžiaga – vystyklais, šlapimu ir/ar išmatomis. Bėrimai gali apimti sėdmenis, tarpvietę, lytinius organus, vidines šlaunų dalis ir/ar juosmenį, tačiau, priešingai nei seborėjinis dermatitas, ši dermatito forma nesusidaro odos raukšlėse [61,62].

Yra nustatyti specifiniai rizikos veiksniai, susiję su VD išsivystymu [63]:

- amžius: naujagimių oda yra nepakankamai brandi ir pasižyminti didesniu jautrumu aplinkos iritacinėms medžiagoms;
- mityba: mitybos pokyčiai, naujagimiui augant, yra susiję su žarnyno mikrobiotos ir išmatų pH pokyčiais, tuo tarpu įrodyta, kad žindymas motinos pienu naujagimio organizmą veikia kaip apsauginis veiksnys;
- higiena: ilgalaikis kontaktas su dirgikliais (vystyklais, šlapimu, išmatomis) didina odos uždegimo riziką. Naujagimiai, kuriems sauskelnės yra keičiamos dažniau, paprastai mažiau serga vystyklų dermatitu nei vyresni kūdikiai.

Vystyklų srityje būdingas padidėjęs odos pH bei nuolatinis odos kontaktas su šlapimu ir išmatomis, o tai sudaro sąlygas vystytis uždegiminei odos reakcijai. Antra pagal dažnumą VD priežastis yra infekcijos sukeltas uždegiminis procesas. Dažniausias VD infekcijos sukėlėjas yra *Candida albicans* grybelinė infekcija. Vystyklų dermatito kandidozė gali būti pirminė dermatito priežastis arba antrinė, atsirandanti kaip papildoma infekcija dėl nuolatinio iritacinio poveikio. Galimos kitos dermatofitinės mikozės, susijusios su vystyklų dermatitu (pvz., *Malassezia* sukeltas SD paūmėjimas; pseudomikozės sukelta eritrazma ir kt.) [64]. Bakterinės infekcijos yra antra pagal dažnumą infekcinio vystyklų dermatito priežastis. *Staphylococcus aureus* infekcija gali pasireikšti naujagimiams dėl antrinės kolonizacijos iš bambagyslės. *Streptococcus pyogenes* taip pat yra etiologinis veiksnys, neretai sukeliantis šią būklę [65]. Fizinio ištyrimo metu bėrimo srityse galima stebėti eritemą su papulovezikuliniais arba pūsliniais pažeidimais, taip pat erozijas ir odos įtrūkimus. Įprastai klinikinei diagnozei patvirtinti užtenka fizinio ištyrimo ir dermatoskopijos, retais atvejais, įtariant *Candida albicans* sukeltą infekciją, diferencinei diagnostikai galima atlikti mikroskopinį tyrimą [64].

**Gydymas.** VD gydymo metu būtina užtikrinti pažeistos odos gijimą ir bėrimo pasikartojimo prevenciją. Siekiant išlaikyti odos vientisumą ir užkirsti kelią tolesniam pažeidimui, būtina laikytis higienos. Sumažinti dirgiklių (šlapimo ir išmatų) poveikį galima dažnai keičiant ir naudojant gerai absorbuojančias sauskelnes, kurios padeda sumažinti odos perteklinį drėkinimą. Naujagimius maudyti ir valyti sauskelnių sritį patariama vandeniu ir valikliu be muilo. Vietinio poveikio emolientus (pvz., cinko oksido, vazelino ir kt. tepalus) rekomenduojama naudoti tiek vystyklų dermatito profilaktikai, tiek gydymui. Jie gali pagerinti odos barjerinę funkciją, taip pat sukurti barjerą tarp odos ir irituojančių dirgiklių, todėl sumažina dirginimą ir apsaugo odą nuo per didelės drėgmės. Nesant pagerėjimui per 2–3 dienas, taikant anksčiau minėtas priemones arba esant vidutinio sunkumo ar sunkiam VD, rekomenduojama skirti mažo stiprumo vietinius GKS (pvz., hidrokortizono 0,5 proc.) trumpą laiką. Kandidozės sukeltam VD gydyti rekomenduojama papildomai skirti vietinio poveikio priešgrybelinius vaistus (pvz., klotrimazolą, mikonazolą ar ketokonazolą) [66].

## 5. NAUJAGIMIŲ INFEKcinĖS VEZIKOPUSTULINĖS ODOS LIGOS

### 5.1. BAKTERINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS LIGOS

Pirminės bakterinės odos infekcijos naujagimiams gali pasireikšti pustuliniais, vezikopapuliniais ar folikuliniiais odos pažeidimais (pvz., pūslinė, pūlinėline (*impetigo*), folikulitu). Dažniausi naujagimių bakterinių odos infekcijų sukėlėjai yra *Staphylococcus aureus* ir  $\beta$  grupės hemolizinis streptokokas. Be šių bakterijų, pustulinius odos pažeidimus taip pat gali sukelti įgimto

sifilio sukėlėjas *Treponema pallidum*, perduodamas hematogeniniu keliu iš motinos naujagimiui. Kai pirminė odos dermatozė yra pakartotinai užkrečiama bakterijomis, naujagimiams gali pasireikšti antrinė bakterinė odos liga [28,67].

Dermatozes, kurios gali pasireikšti pustulėmis naujagimystės laikotarpiu, galima suskirstyti į dvi pagrindines grupes: infekcines ir neinfekcines (sterilias) [68]. Gydytojui specialistui yra svarbu atpažinti gerybinius ir praeinančius naujagimių odos pažeidimus ir, svarbiausia, atskirti naujagimius, kuriems pasireiškia sisteminis pažeidimas, nuo tų, kuriems dermatozė apsiriboja tik laikinu odos apsauginio barjero sutrikdymu. Naujagimių dermatozės, kurios pasireiškia pustuliniu bėrimu, yra pateikiamos 3 lentelėje [28].

**3 lentelė.** Naujagimių dermatozės, pasireiškiančios pustuliniu bėrimu [28]

INFEKČINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS LIGOS
<b>1) Bakterinės:</b>
- Pūslinė impetiga ( <i>Staphylococcus aureus</i> )
- Folikulitas ( <i>Staphylococcus aureus</i> , streptokokas, neigiamos Gramo bakterijos)
- Ektima (angl. <i>Ecthyma</i> ) ( <i>Staphylococcus aureus</i> )
- Gangrenozinė ektima (angl. <i>Ecthyma gangrenosa</i> ) ( <i>Pseudomona aeruginosa</i> )
- Įgimtas sifilis ( <i>Treponema pallidum</i> )
<b>2) Virusinės:</b>
- Naujagimių paprastoji pūslelinė ( <i>Herpes simplex virusas</i> )
- Įgimtas herpesas (intrauterininė infekcija, sukelta <i>Herpes simplex viruso</i> )
- Naujagimių vėjaraupiai ( <i>Varicella zoster virusas</i> )
- Citomegalinė inkluzinė liga (Citomegalo virusas)
- Įgimtas Epšteino-Baro viruso sindromas ( <i>Epstein-Barr virusas</i> )
<b>3) Grybelinės:</b>
- Įgimta naujagimių kandidozė ( <i>Candida albicans</i> , <i>C. glabrata</i> )
- Įgyta naujagimių kandidozė ( <i>Candida albicans</i> , <i>C.parapsilosis</i> )
- Pityrosporų folikulitas ( <i>Malassezia spp.</i> )
<b>4) Parazitinės:</b>
- Niežai ( <i>Sarcoptes scabiei</i> )
NEINFEKČINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS LIGOS
1. <i>Miliaria pustulosa</i> arba <i>profunda</i>
2. Pereinamosios gerybinės naujagimių pustulės:
a) toksinė naujagimių eritema (angl. <i>Erythema toxicum neonatorum</i> )
b) praeinanti naujagimių cefalinė pustuliozė
3. Kūdikių akropustuliozė
4. Gerybinė kaukolės pustuliozė, įskaitant naujagimių aknę
5. Pigmentacijos sutrikimai
6. Naujagimių Langerhanso ląstelių histiocitozė
7. Trumpalaikis mieloproliferacinis sutrikimas Dauno sindromą turintiems pacientams
8. Naujagimių ozinofilinis pustulinis folikulitas
9. Eozinofilinis papulopustulinis išbėrimas esant hiper IgE sindromui
10. Eozinofilinė pustuliozė
11. Naujagimio Behčeto liga
12. Naujagimių pustulinė žvynelinė

## Užkrečiamoji impetiga (angl. *Impetigo bullosa neonatorum*)

Naujagimiai yra ypatingai jautrūs daugeliui bakterinių odos infekcijų, kurių daugelis yra susijusios su fiziniais ar mechaniniais odos pažeidimais. Naujagimių užkrečiamąją impetigą (pūlinėlinę-šašinę paviršinių odos sluoksnių ligą) dažniausiai sukelia *Staphylococcus aureus* bakterija. Pūsliniai, pustuliniai odos pažeidimai eriteminiame fone gali pasireikšti jau 2–3 gyvenimo parą. Bėrimui plečiantis, susilieję, susidaro įvairaus dydžio ir formos židiniai, pasidengę geltonais šašais (medaus ar gintaro spalvos) arba pereina į didesnius pūslineus pažeidimus [28].

**Užkrečiamoji impetiga yra lokali stafilokokinio šoko sindromo forma**, kurią sukelia *S. aureus* (II fagogrupės) išskiriami eksfoliaciniai A ir B toksinai. Šie toksinai skaldo desmogleiną 1, todėl infekcijos vietoje susidaro paviršinės pūslės [28,69]. Toksinai lokalizuojasi infekcijos vietoje, todėl, diagnozuojant ligą, sukėlėją *S. aureus* galima išauginti iš pūslių turinio. Liga dažniausiai pasireiškia naujagimiams ir kūdikiams, kurie neturi antikūnų prieš eksfoliacinius toksinus. Infekcija plinta tiesioginio kontakto būdu, todėl užsikrečiama nuo kitų sergančių asmenų. Pūlinėlinės pažeidimai dažniausiai apima veido perioralinę, kirkšnies ir sėdmenų sritis. Pirmieji odos pažeidimai prasideda nuo neryškių raudonų dėmelių, kurios greitai pasikeičia į paviršines pūsleles, o pastarosios per 2–3 dienas tampa pustulinėmis. Pūslelės yra pakankamai trapios ir linkusios greitai plyšti, todėl jų vietoje susidaro žiediniai šašai su centrine eritema, kuri pamažu pasidengia „medaus spalvos“ apnaša. Pažeidimai gali savaime eliminuotis laikui bėgant, tačiau įprastai negydoma liga gali išlikti ir dar labiau išplisti [70,71].

Kita galima naujagimių pūlinėlinės apraiška – stafilokokinis toksinio šoko sindromas (angl. *staphylococcal scalded skin syndrome*) (STŠS). Tai reta, tačiau labai pavojinga gyvybei patologija, kurios metu *S. aureus* padermės gamina eksfoliacinį toksiną (naujagimių atveju pavojingi A ir B), kuris gali suskaidyti paviršinį epidermį grūdėtojo sluoksnio lygyje ir patekti į sisteminę kraujotaką. STŠS gali apimti visą kūno odą ir turi būti gydomas agresyviau nei lokali užkrečiamoji impetiga [72].

**Gydymas.** Paviršinė užkrečiamoji impetiga dažniausiai yra gydoma lokaliais mupirocino ar fuzido rūgšties preparatais, tačiau, esant išplitusiai infekcijai, rekomenduojama skirti sisteminius antibiotikus, priklausomai nuo jautrumo sukėlėjui (pvz., peniciliną, cefalosporiną ar vankomiciną). STŠS atveju visada yra taikomas tik sisteminis gydymas intraveniniais antibiotikais [1,70,72].

## Naujagimių folikulitas ir furunkulas

Folikulitas ir/ar furunkulas dažniausiai pasireiškia tik naujagimiams, turintiems imuninės sistemos sutrikimų. Dažniausias naujagimių folikulito sukėlėjas yra *S. aureus* bakterija. Stafilokokinis folikulitas naujagimiams pasireiškia mažomis, skausmingomis pustulėmis folikulų srityse su aplinkine eritema. Rizika naujagimiui sirgti folikulitu didėja esant prastai odos higienai,

šiltam aplinkos orui (dažniau serga naujagimiai tropiniuose kraštuose), taip pat esant odos maceracijai, folikulų okliuzijoms ar mechaniniam odos traumavimui (netinkami, sintetinio pluošto rūbai). Furunkulas susidaro esant plačiam perifolikuliui uždegimui, kuris apima kelis folikulus ir tuo pat metu formuoja abscesą [73].

**Gydymas.** Paviršinio ir ribotos apimties folikulito atveju naujagimiams patariama skirti vietinio veikimo mupirocino, eritromicino ar klindamicino antibiotikus. Išplitusiam naujagimių folikulitui ir forunkulams gydyti yra skiriami sisteminiai antibiotikai [28,73].

## 5.2. GRYBELINĖS INFEKCIJOS

Dažniausios naujagimių grybelinės infekcijos yra sukeltos *Candida albicans* patogeno, kitų grybelinių patogenų sukeltos infekcijos naujagimiams yra retos. Grybelių sukeltos infekcijos specialistų praktikoje yra dažnai pamiršamos, kadangi didžiąją dalį infekcinių ligų naujagimiams sukelia bakterijos ir virusai. Grybelines infekcijas naujagimiui reikėtų įtarti, kai atsiranda pustulinių pažeidimų su aplinkine eritema. Odos kandidozė ir *Malassezia* sukeliama pustuliozė yra dvi pagrindinės naujagimių grybelinės kilmės pustuliozės priežastys. Naujagimiams kandidozės gali būti skirstomos į įgimtas (patogenas perduodamas iš motinos naujagimiui gimdymo metu) arba įgytas (patogenu naujagimis užsikrečia nuo aplinkos) [28].

### *Malassezia* pustuliozė (*pityrosporum* folikulitas)

***Malassezia* pustuliozė** – dažna paauglių ir jaunų suaugusių asmenų liga, tačiau gali būti reta naujagimių folikulito priežastis. Folikulinės papulės ir retos pustulės veido ir galvos odoje – tai būdingi pažeidimai, sergant *Malassezia* pustulioze. Diagnozės patvirtinimui rekomenduojama atlikti mirksokopiją ir pasėlį [74,75].

**Gydymas.** Naujagimių *Malassezia* pustuliozei gydyti yra skiriami vietiniai priešgrybeliniai imidolo derivatų kremai (pvz., mikonazolas, klotrimazolas ar ketokonazolas) [74,75].

## 5.3. VIRUSINĖS INFEKCIJOS

*Herpes simplex* virusu (HSV) intrauterininiu būdu užsikrečia maždaug 5 proc. naujagimių. Kadangi HSV inokuliacija vyksta intrauterininiu metu, atsižvelgiant į kintantį inkubacinį laiką, naujagimiams pirmieji HSV simptomai gali pasireikšti bet kuriuo laikotarpiu per pirmąsias 4–6 gyvenimo savaites. Infekcijos požymiai pirmąją gyvenimo dieną gali pasireikšti ¼ visų HSV užsikrėtusių naujagimių [76].



## Įgimta naujagimių *Herpes simplex* infekcija

Naujagimio užsikrėtimo rizika HSV siekia apie 1 proc., jei motina užsikrečia virusu pirmąjį nėštumo trimestrą, tačiau, užsikrėtus trečiąjį trimestrą, rizika dėl apsauginių antikūnų susidarymo padidėja iki 30–50 proc. [77,78]. Apie 70 proc. naujagimių herpetinė infekcija yra susijusi su 2 tipo HSV, kuriuo užsikrečiama transplacentiniu, intranataliniu (praėjus gimdymo takus) arba postnataliniu būdu per tiesioginį kontaktą su sergančiais asmenimis. Paprastoji pūslelinė naujagimiams pasireiškia viena iš trijų galimų jos formų: odos, akių ir burnos pažeidimas, encefalitas arba išplitusi HSV. Pastarosios dvi formos sudaro daugiau nei pusę herpeso užsikrėtimo atvejų tarp naujagimių. Odos pažeidimai pasireiškia 2–4 mm dydžio pūslelėmis ir pustulėmis su aplinkine eritema. Dažnai pastebimi negilūs gleivinės išopėjimai su aplinkiniu uždegimu. Išplitę odos pažeidimai gali būti susiję su šoku, išplitusia intravaskuline koaguliacija, neurologinėmis komplikacijomis ir dauginiu organų nepakankamumu, dėl kurio mirtingumas yra pats didžiausias. Maždaug 4 proc. visų naujagimių infekcijų yra perduodamos gimdoje ir sukelia įgimtą HSV infekciją, pasireiškiančią mikrocefalija, hidrocefalija, chorioretinitu ir vezikuliniu odos išbėrimu. Diagnozė patvirtinama remiantis anamneze, fizinio ištyrimo duomenimis bei vezikulių tepinėliuose randamomis gigantinėmis daugiabranduolėmis Tzancko ląstelėmis (viruso pasėlis arba tiesioginis imunofluorescencinis tyrimas) [79,80].

**Gydymas.** Cezario pjūvio operacija yra indikuotina esant aktyviai HSV infekcijai (nėščiosios herpetiniai pažeidimai lyties organuose) gimdymo metu arba 6 val. iki gimdymo pradžios (plyšus vaisiaus dangalams). Nėščiajai, sergančiai HSV antrojo arba trečiojo trimestro metu, būtina skirti gydymą acikloviru. Esant sunkiai ar išplitusiai naujagimio HSV infekcijai, rekomenduojama taikyti gydymą intraveniniu acikloviru po 20 mg/kg kas 8 val. [81,82].

## 6. ĮGIMTI MELANOCITINIAI APGAMAI

Įgimtų apgamų atsiradimas kūdikystės laikotarpiu yra siejamas su gerybine melanocitų proliferacija epidermyje, dermoje arba abiejuose sluoksniuose. Įgimti apgamai kūdikiams gali būti susiformavę nuo pat gimimo, tačiau kai kurie jų gali išryškėti per pirmuosius kelerius gyvenimo metus. Pagal melanocitų jungties tipą, įgimti apgamai skirstomi į jungties, dermalinius, kombinuotus ir mišrius. Taip pat jie klasifikuojami pagal savo dydį į mažus (<1,5 cm), vidutinio dydžio (1,5–19,9 cm) ir didelius (≥20 cm) [83,84].

Kliniškai stebimos rudos ar rusvos spalvos aiškių ribų dėmės, papulės, plokštelės, kurios, vaikui augant, gali proporcingai didėti (1 pav.). Su amžiumi įgimti apgamai šviesėja, išryškėja plaukai

ant apgamo. Kartais aplink įgimtus apgamus gali būti stebima šviesi aureolė (vadinamasis Halo apgamas) [83–85].

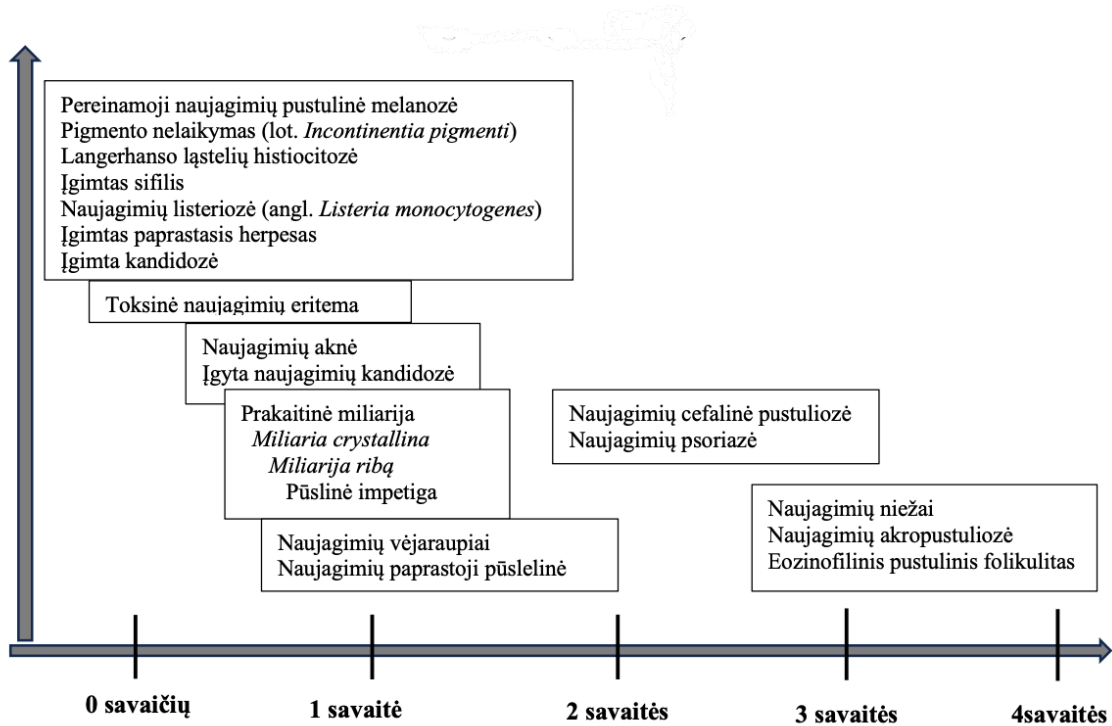
Įgimta odos melanoma naujagimiams labai reta, literatūroje aprašyti vos keli atvejai, todėl nėra pateikiama konkrečių naujagimių melanomos patogenezės ir gydymo rekomendacijų [86]. Įgimtų melanocitinių apgamų išsivystymas į melanomą taip pat labai retas, svyruoja nuo 0 iki 4,9 proc. mažų ir nuo 1 iki 31 proc. didelių įgimtų apgamų atvejų [87].

Klinikinis ištyrimas remiasi dermatoonkologo konsultacija ir dermatoskopija. Jeigu vaikui su įgimtu apgamu pasireiškia neurologinė simptomatika arba įgimtas apgamas yra >40 cm. dydžio, turi >20 satelitų, tikslinga atlikti MRT tyrimą dėl galimos centrinės nervų sistemos pažeidimo. Esant pakitimams vaiką būtina nukreipti neurologo konsultacijai.

**Gydymas.** Įgimtų apgamų stebėseną yra būtina naujagimiui augant ypatingai tais atvejais, kai įgimti apgamai iš pažiūros ima keisti savo apimtį, formą, kinta paviršiaus grublėtumas, apgamai įgauna spalvos ir struktūros pokyčių. Vertinant atipinius apgamus patariama remtis požymių taisykle pagal ABCDE kriterijus: A (angl. *asymmetry*) – formos asimetrija, B (angl. *borders*) – netaislingi arba neaiškiai apriboti apgamo kraštai, C (angl. *colour*) – apgamas dviejų ar daugiau spalvų, D (angl. *diameter*) – didesnio nei 6 mm skersmens apgamas, E (angl. *evolution*) – greitai auga. Stebint apgamų atipinius pokyčius, apgamai gali būti šalinami chirurginiu būdu. Skirtingi literatūros šaltiniai pateikia skirtingas rekomendacijas dėl chirurginio įgimtų apgamų gydymo. Didelių ir labai didelių apgamų eksciziją rekomenduojama atlikti pirmaisiais gyvenimo metais, nes oda pasižymi didesniu elastingumu, o atrofinių randų tikimybė yra kur kas mažesnė. Chirurginis gydymo būdas yra pasirenkamas priklausomai nuo įgimto apgamo dydžio ir lokalizacijos. Dažniausiai yra rekomenduojamas chirurginis apgamų šalinimas atliekant plastiką audinių plėtimo lopais arba transplantais ir/ar atliekant etapinę eksciziją [87].

## **„RAUDONOJO KŪDIKIO" DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA. NAUJAGIMIŲ ERITRODERMIJA**

Nespecifinius naujagimių odos pažeidimus reikia diferencijuoti su įvairiais bėrimo tipais ir būklėmis, tokiomis kaip praeinančiomis naujagimių dermatozėmis, naujagimių eritrodermija, vezikopapuliniu ir pustuliniu bėrimais, infekcijos sukeltais ir neinfekciniais bei įgimtais odos pažeidimais. Naujagimių bėrimai ir jų atsiradimas pagal laikotarpį nuo gimimo skiriasi, todėl, siekiant tiksliau diagnozuoti odos pažeidimus, pravartu žinoti naujagimystės metu atsirandančių odos ligų pasireiškimo laiką (žr. 1 pav.). Dauguma naujagimių odos bėrimų gali regresuoti savaime, neskiriant papildomo gydymo, tačiau aktyvesnius ir ilgesnį laiką (>2 sav.) trunkančius bėrimus būtina stebėti bei, esant indikacijoms, nedelsiant pradėti gydymą [88].



**1 pav.** Diagraminis naujagimių pustulinių pažeidimų vaizdavimas pagal laikotarpį nuo gimimo (savaitėmis) [88]

Praeinančios naujagimių dermatozės nėra laikomos grėsmingomis būklėmis, tačiau gali reikalauti didesnės naujagimių odos priežiūros ir higienos. Vezikopapulinius ir pustulinius naujagimių odos bėrimus reikia diferencijuoti su praeinančiomis naujagimių dermatozėmis, infekcinės kilmės, neoplastinio ar uždegiminio proceso sukeltais bėrimais (žr. 4 lentelę; 2 pav.).

Naujagimių eritrodermija (angl. *neonatal erythroderma*, “red baby rash”) yra generalizuota odos liga, pasireišianti eritema, pleiskanojimu ir apimanti ne mažiau kaip 90 proc. viso kūno paviršiaus. Tai apsauginis odos reakcijos mechanizmas, kuris gali komplikuotis į daugelį kitų odos ligų, o pavėluotas teisingos diagnozės nustatymas naujagimiams gali būti mirtinas. Nors naujagimiams eritrodermija pasitaiko palyginti retai, ji gali būti daugelio įgytų ir paveldėtų ligų, įskaitant infekcijas, uždegimines odos ligas, ichtiozes ir įgimtus imunodeficitus, požymis ir yra ypač pavojinga naujagimiams per pirmąjį gyvenimo mėnesį. Eritrodermija sergantiems naujagimiams yra dažnai klaidingai diagnozuojama egzema, o netinkamas vietinis gydymas GKS gali sąlygoti nepageidaujamų šalutinių reiškinių atsiradimą (pvz., Kušingo sindromą). Todėl gydytojams specialistams yra labai svarbu atpažinti naujagimių eritrodermiją ir atskirti ją nuo kitų odos būklių ir ligų. Suaugusiesiems gali pasireikšti pirminė eritroderma, vaistų sukelta arba antrinė, atsirandanti dėl anksčiau buvusių ligų. Tuo tarpu naujagimiams eritroderma gali būti pirminė kelių ligų apraiška ir gali kelti didelius iššūkius specialistų praktikoje. Diferencinė eritrodermos diagnostika yra daugiapakopė, kurią sudaro klinikinis naujagimio odos būklės įvertinimas, šeiminė ir nėštumo anamnezė, klinikiniai požymiai ir simptomai, laboratoriniai bei gydymo metodai (žr. 3 priedas).

Nustatyti eritrodermiją sukėlusią priežastį retai įmanoma be laboratorinių, histologinių, mikrobiologinių ar molekulinų genetinių tyrimų. Atitinkami laboratoriniai tyrimai pasirenkami atsižvelgiant į naujagimio anamnezę ir klinikinį vaizdą. Eritrodermijos klinikinė išraiška naujagimiams neretai būna vienas svarbiausių diagnostinių rodiklių, kadangi pasižymi savitu klinikiniu vaizdu ir turi būti diferencijuojama su atitinkamomis eritrodermiją sukeliančiomis ligomis. Nepriklausomai nuo priežasties, naujagimių eritrodermija yra potencialiai pavojinga gyvybei būklė, kadangi naujagimiams gresia hipernatreminė dehidratacija. Diagnozavus eritrodermiją būtina palaikyti pakankamą naujagimio organizmo rehidrataciją, stebėti elektrolitų kitimus kraujo serume, skirti gydymą emolientais, vietiniais ar sisteminiais GKS ir/ar antibiotikais, priklausomai nuo ligą sukėlusios priežasties [89,90].

#### 4 lentelė. Naujagimių vezikulopustulinių ligų diferencinė diagnostika [91,92]

LIGA	LIGOS PASIREIŠKIMO LAIKOTARPIS	BĖRIMO MORFOLOGIJA	BĖRIMO LOKALIZACIJA	DIAGNOZĖS NUSTATYMAS	PASTABOS
<b>INFEKCIŅĖS NAUJAGIMIŲ ODOS LIGOS*</b>					
<b>Stafilokokinė odos ligos: piodermija ir pūslinė impetiga</b>	Nuo kelių dienų iki kelių savaitių ar ilgiau.	Pustulės, pūslės, kartais pūslės; paviršinės erozijos su žvyneliais, plutelės; furunkulai.	Dažniausiai apima vystyklų ir tarpvietės sritis.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramteigiami koky telkiniai; bakterijų pasėlis.	Liga gali pasireikšti protrūkiais.
<b>A grupės streptokokinė infekcija</b>	Kelios dienos iki kelių savaitių.	Pavienės pustulės, pasidengusios medaus spalvos apnaša.	Pažeidžia kurią kūno sritį; dažniau apima bambos ir odos raukšlių sritis.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramteigiamos koky grandinė; greitis antigeno testas; A grupės streptokoko pasėlis.	Retkarčiais kartu gali pasireikšti celiulitas, meningitas, pneumonija.
<b>B grupės streptokokinė infekcija</b>	Nuo gimimo iki pirmųjų dienų.	Pūslės, erozijos, pustulės, pasidengusios medaus spalvos apnaša.	Pažeidžiama bet kuri kūno sritis.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramteigiamos koky grandinė; bakterijų pasėlis.	Retkarčiais kartu gali pasireikšti celiulitas, meningitas, pneumonija.
<i>Listeria monocytogenes</i> infekcija	Nuo gimimo iki pirmųjų gyvenimo valandų.	Hemoraginės pustulės ir petechijos.	Generalizuotos formos odos liga. Ypač dažnai pasireiškia liemens ir galūnių srityse.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramteigiamos lazdelės; bakterijų pasėlis iš pustulių.	Sepsis; kvėpavimo sutrikimas; motinos karščiavimas ir priešlaikinis gimdymas.
<i>Haemophilus influenzae</i> infekcija	Nuo gimimo iki kelių pirmųjų gyvenimo dienų.	Pūslės, papulės.	Odos pažeidimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramneigiamos bacilos; bakterijų pasėlis.	Bakteremija, meningitas.

**4 lentelė.** Naujagimių vezikulopustulinių ligų diferencinė diagnostika [91,92] (tęsinys)

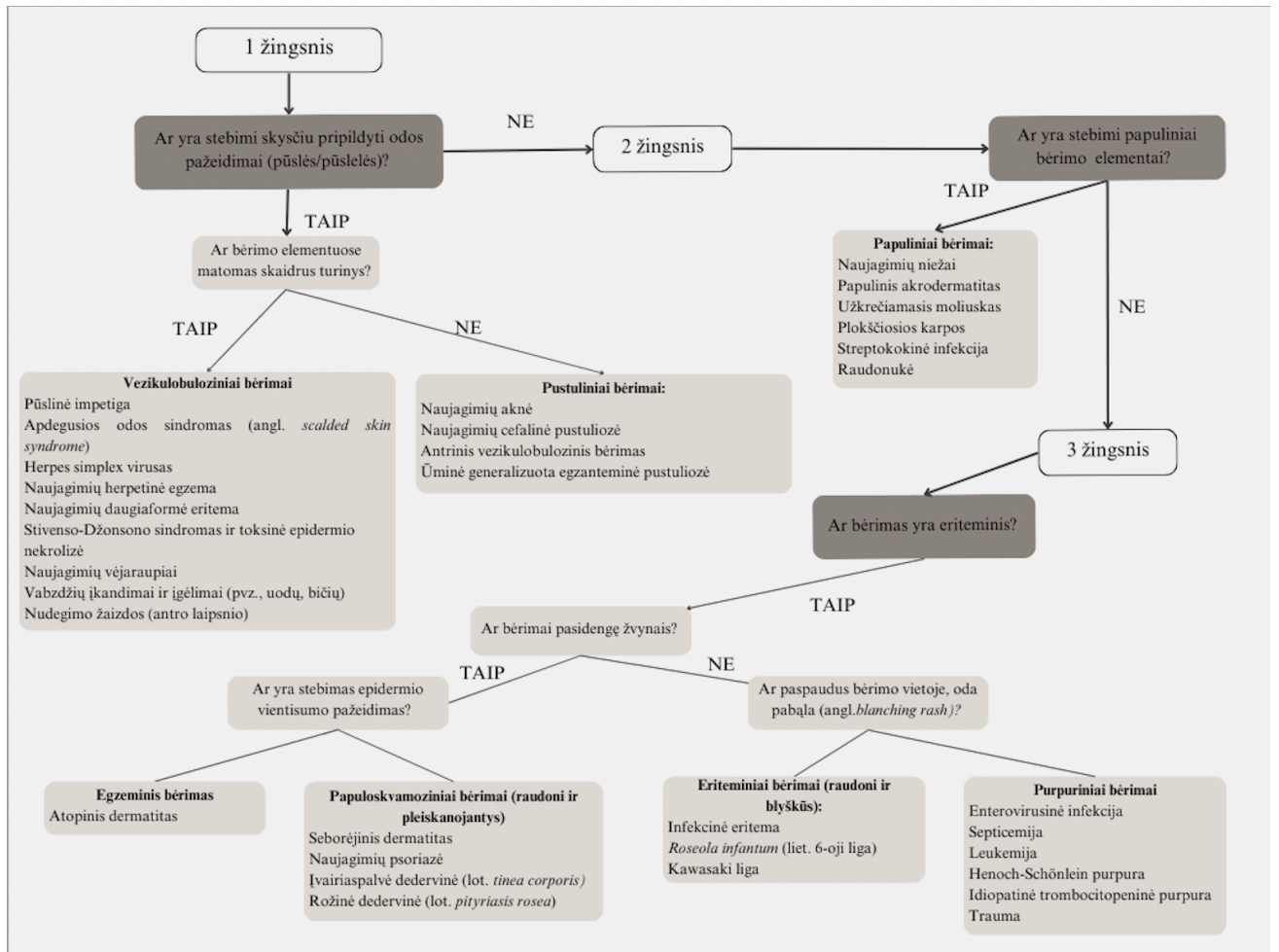
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> infekcija	Nuo kelių dienų iki kelių savaitių ar vėliau.	Aplinkinė odos eritema su pustulėmis, hemoraginėmis pūslelėmis, nekrozinėmis opomis.	Bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje; dažniausiai – anogenitalinėje srityje.	Mikroskopija ir dažymas Gramo būdu: gramteigiamos lazdelės; bakterijų pasėlis.	Rizikos veiksniai: neišnešiotumas, mažas gimimo svoris, imunodeficitinė būklė.
Igimta naujagimių kandidozė	Nuo gimimo iki pirmųjų kelių dienų po gimimo.	Eritema, mažos papulės ir pustulės, smulkus pleiskanojimas; panašus į nudegimą bėrimas, jei naujagimis gimė labai neišnešiotas.	Bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje; dažnai pažeidžiami delnai ir pėdos; gali būti pažeisti nagai.	Mikroskopija su KOH: mielės, grybelio kultūra; gali būti placentos ir virkštelės pažeidimų.	Rizikos veiksniai: neišnešiotumas, svetimkūnis gimdos kaklelyje ir (arba) gimdoje; didelė rizika gimdos infekcijai.
Naujagimių kandidozė	Pasireiškia 1–2 savaitių amžiaus naujagimiams.	Raudonos dėmės su odos lupimusi; pavienės pustulės ar papulės.	Bėrimai dažniausiai pasireiškia sauskelnių ir krūtinės srityse.	Mikroskopija su KOH: mielės, pseudohifai; grybelių kultūra.	Paprastai serga sveiki naujagimiai; liga užkrečiama gimdymo metu arba po gimdymo.
Naujagimio HSV infekcija	Nuo gimimo iki 2 savaitių, paprastai po 5 dienų.	Pūslelės, pustulės, plutos, erozijos.	Bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje; dažniausiai apima gleivinės, galvos odos ir liemens sritis.	<i>Tzanck</i> preparatas, PGR, imunoperoksidazės tyrimas, HSV viruso pasėlis iš pūslelių turinio.	Esant sunkiai ligos formai, stebėti dėl sepsio požymių (padidintas dirglumas, mieguistumas). Reikia atmesti HSV sukeltą encefalitą ar meningitą.
Intrauterininė HSV infekcija	Perduodama gimdymo metu.	Pūslelės, pustulės, išplitusios erozijos, randai, odos nebuvimo plotai.	Pažeidimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje.	<i>Tzanck</i> preparatas, PGR, imunoperoksidazės tyrimas, HSV viruso pasėlis iš pūslelių, erozijų.	Naujagimiai gimsta mažo kūno svorio, stebima mikrocefalija, chorioretinitas.
Naujagimių vėjaraupiai	Nuo gimimo iki 2 savaitių.	Pūslelės eriteminiame fone.	Generalizuota odos liga.	<i>Tzanck</i> preparatas, PGR, DFA, viruso kultūra.	Anamnezės duomenys: motinos pirminė vėjaraupių infekcija 7 dienas prieš gimdymą iki 2 dienų po gimdymo.
Naujagimių niežai	Paprastai pasireiškia 3–4 savaitių ar vyresniems naujagimiams.	Papulės, mazgeliai, plutelės, pūslelės, pustulės, niežų nareliai.	Gali pasireikšti bet kurioje srityje – dažniausiai pažastyse, kirkšnyse, delnuose ir/ar pėdose bei riešuose.	Dažniausiai diagnozuojama remiantis niežams tipiniu dermatostopiniu vaizdu.	Anamnezės duomenys: šeimoje niežais sergantys asmenys, pasireiškiantis niežulys ir panašūs odos bėrimai.

**4 lentelė.** Naujagimių vezikulopustulinių ligų diferencinė diagnostika [91,92] (tęsinys)

PEREINANČIOS NAUJAGIMIŲ BŪKLĖS – PRAEINANČIOS DERMATOZĖS					
<b>Toksinė naujagimių eritema</b>	Paprastai pasireiškia per 24–48 valandas, bet gali išryškėti ir vėliau po gimimo (iki 2 savaičių).	Eriteminės dėmelės, papulės, pustulės, didesni bėrimo plotai kūne.	Bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje, išskyrus delnų ir padų odą.	Diagnozuojama remiantis ligai tipiniu klinikiniu vaizdu. Ligą galima patvirtinti mikroskopiškai ištyrus pūlinio turinio tepinėlį, dažytą <i>Wright</i> tirpalu (stebima didelė eozinofilų koncentracija).	Rizikos grupei priskiriami išnešioti naujagimiai (kūno svoris > 2500g).
<b>Pereinamoji naujagimių pustulinė melanozė</b>	Užsikrečiama gimdymo metu.	Pustulės be eritemos; odos lupimosi/pleiskanojimo židiniai; hiperpigmentuotos dėmelės.	Bėrimai gali pasireikšti bet kurioje kūno srityje; dažniausiai – kaktos, kaklo, apatinės nugaros dalies, blauzdų srityse; gali apimti delnus/padus.	Diagnozuojama remiantis ligai tipiniu klinikiniu vaizdu. Ligą galima patvirtinti mikroskopiškai, atlikus <i>Wright dažymą</i> (stebima didelė neutrofilų koncentracija, kartais – eozinofilija).	Rizikos grupei priskiriami išnešioti, dažniau afrikiečių kilmės naujagimiai.
<b><i>Miliaria crystallina</i> (skaidrioji praktinė miliarija)</b>	Nuo gimimo iki ankstyvosios kūdikystės.	Trapios pūslės be eriteminio fono.	Bėrimai dažniausiai apima kaktos, viršutinės liemens dalies, rankų sritis.	Diagnozuojama remiantis ligai tipiniu klinikiniu vaizdu.	Rizikos veiksniai: karščiavimas, drėgnos ir karštos aplinkos sąlygos.
<b><i>Miliaria rubra</i> (raudonoji praktinė miliarija)</b>	Paprastai pasireiškia vyresniems nei 1 savaitės amžiaus naujagimiams.	Eriteminės papulės su ant jų esančiomis pustulėmis.	Dažniausiai pažeidžiama kakta, kaklas, viršutinė liemens dalis; didelę trintį turintys odos plotai.	Diagnozuojama remiantis ligai tipiniu klinikiniu vaizdu.	Rizikos veiksniai: karščiavimas, drėgnos ir karštos aplinkos sąlygos.
<b>Naujagimių cefalinė pustuliozė (naujagimių "aknė")</b>	Pasireiškia nuo 5 dienų iki 3 savaičių po gimimo.	Papulės ir pustulės eriteminiame fone.	Dažniausiai pažeidžiami skruostai, kakta, smakras, akių vokai; rečiau – kaklas, viršutinė krūtinės dalis, galvos oda.	Diagnozuojama remiantis ligai tipiniu klinikiniu vaizdu.	

\*(dažniau pasitaikančios būklės pažymėtos paryškintu šriftu)

Santrumpos: KOH – kalio hidroksidas; PGR (angl. *polymerase chain reaction*) – polimerazės grandininė reakcija; DFA (angl. *direct fluorescent antibody test*) – tiesioginis fluorescencinis antikūnų metodo tyrimas.



**2 pav.** Naujagimių, kūdikių ir vaikų odos bėrimų atpažinimo algoritmas, remiantis kliniškai stebimais bėrimo elementais [93]



## IŠVADOS

1. Naujagimių oda skiriasi nuo vaikų ir suaugusiųjų odos, taip pat skiriasi ir odą žalojančios ligos naujagimių amžiaus grupėje. Didelė dalis naujagimių kenčia nuo odos bėrimų, kurie regresuoja savaime, netaikius papildomo gydymo.
2. Didžiąją dalį naujagimių odos bėrimų galima diagnozuoti pirminio klinikinio ištyrimo metu. Išskirtiniais atvejais rekomenduojama taikyti išsamų laboratorinį ir instrumentinį ištyrimą.
3. Odos ligos ankstyvame amžiuje gali pabloginti naujagimių sveikatą ir gyvenimo kokybę, todėl labai svarbu tiksliai diagnozuoti ir laiku pradėti gydymą, siekiant išvengti nepageidaujamų komplikacijų ir ligų progresavimo.
4. Lietuvoje trūksta patvirtintų metodinių gairių ir tikslių naujagimių odos bėrimų gydymo algoritmų, todėl šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai savo praktikoje susiduria su dideliais iššūkiais diagnozuojant naujagimių bėrimus ir taikant efektyvų gydymą.

## REKOMENDACIJOS

1. Ankstyvuojų gyvenimo laikotarpiu naujagimiai dažnai serga odos ligomis, todėl yra labai svarbi tėvų ir visuomenės edukacija. Svarbu, kad tėvai būtų pakankamai informuojami apie dažniausias naujagimių odos būkles, jų odos priežiūrą ir atvejus, kada būtina kreiptis į gydytoją specialistą.
2. Šiuo metu nėra patvirtintų gairių naujagimių odos bėrimų tema, todėl rekomenduojama plėtoti ir atkurti nacionalines metodikas bei mokymo programas, skirtas naujagimių odos ligų diagnostikai ir gydymui. Nacionaliniu mastu pripažintos metodikos gydytojams specialistams leistų lengviau diagnozuoti, diferencijuoti ir laiku pradėti naujagimių odos ligų gydymą.
3. Užtikrinti nuolatinį gydytojų dermatovenerologų, neonatologų, pediatrų, šeimos gydytojų ir kitų sričių specialistų švietimą. Rekomenduojama rengti mokymų programas, atsižvelgiant į naujausius mokslinius tyrimus ir klinikinę praktiką, susijusią su dažniausiomis naujagimių odos ligomis, praeinančiomis dermatozėmis, įgimtomis odos patologijomis.



## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Hoeger P., Kinsler V., Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al., editors. Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. 1st ed. Wiley; 2019 Nov 20. DOI: 10.1002/9781119142812.
2. Zuniga R, Nguyen T. Skin conditions: common skin rashes in infants. *FP Essent.* 2013;407:31–41.
3. Rayala BZ, Morrell DS. Common Skin Conditions in Children: Neonatal Skin Lesions. *FP Essent.* 2017;453:11–7.
4. Stamatas GN, Nikolovski J, Luedtke MA, Kollias N, Wiegand BC. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatr Dermatol.* 2010;27(2):125–31. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2009.00973.x.
5. Chiou YB, Blume-Peytavi U. Stratum corneum maturation. A review of neonatal skin function. *Skin Pharmacol Physiol.* 2004;17(2):57–66. DOI: 10.1159/000076015.
6. Yosipovitch G, Maayan-Metzger A, Merlob P, Sirota L. Skin barrier properties in different body areas in neonates. *Pediatrics.* 2000;106(1 Pt 1):105–8. DOI: 10.1542/peds.106.1.105.
7. Evans NJ, Rutter N. Development of the epidermis in the newborn. *Biol Neonate.* 1986;49(2):74–80. DOI: 10.1159/000242513.
8. Fluhr JW, Darlenski R, Taieb A, Hachem J-P, Baudouin C, Msika P, et al. Functional skin adaptation in infancy - almost complete but not fully competent. *Exp Dermatol.* 2010;19(6):483–92. DOI: 10.1111/j.1600-0625.2009.01023.x.
9. Brenner M, Hearing VJ. The protective role of melanin against UV damage in human skin. *Photochem Photobiol.* 2008;84(3):539–49. DOI: 10.1111/j.1751-1097.2007.00226.x.
10. Mack MC, Tierney NK, Ruvolo E, Stamatas GN, Martin KM, Kollias N. Development of Solar UVR-Related Pigmentation Begins as Early as the First Summer of Life. *J Invest Dermatol.* 2010;130(9):2335–8. DOI: 10.1038/jid.2010.104.
11. Vitellaro-Zuccarello L, Cappelletti S, Dal Pozzo Rossi V, Sari-Gorla M. Stereological analysis of collagen and elastic fibers in the normal human dermis: variability with age, sex, and body region. *Anat Rec.* 1994;238(2):153–62. DOI: 10.1002/ar.1092380202.
12. Kutlubay Z, Tanakol A, Engýn B, Onel C, Sýmsek E, Serdaroglu S, et al. Newborn Skin: Common Skin Problems. *Maedica.* 2017;12(1):42–7.
13. Taieb A, Boralevi F. Common transient neonatal dermatoses. *Textb Pediatr Dermatol.* Blackwell Oxford; 2006;2:55–71.
14. Eichenfield L, Larralde M. Neonatal skin and skin disorders. *Pediatr Dermatol 3rd Ed* Edinb Mosby. 2003.

15. Atherton D, Gennery A, Cant A. The neonate. *Rook's Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Science; 2004;1:66–14.
16. Sachdeva M, Kaur S, Nagpal M, Dewan SP. Cutaneous lesions in newborn. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;68(6):334–7.
17. Honda Y, Egawa K, Baba Y, Ono T. Sweat duct milia--immunohistological analysis of structure and three-dimensional reconstruction. *Arch Dermatol Res*. 1996;288(3):133–9.
18. Cohen BA. Chapter 2 - Neonatal Dermatology. In: Cohen BA, editor. *Pediatric Dermatology (Third Edition)*. Edinburgh: Mosby; 2005. DOI: 10.1016/B978-0-323-02363-4.50007-0.
19. Chang MW. Chapter 107. Neonatal, Pediatric, and Adolescent Dermatology. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8e*. [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012 [cited 2024 Jan 18]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56056058](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56056058).
20. Prose NS, Kristal L. Benign and Malignant Pigmented Lesions. In: Weinberg's Color Atlas of Pediatric Dermatology, 5e. [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education Medical; 2017. Available from: [accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?aid=1133964562](https://accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?aid=1133964562).
21. Carr JA. Relationship Between Toxic Erythema and Infant Maturity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1966;112(2):129. DOI: 10.1001/archpedi.1966.02090110073006.
22. Bassukas ID. Is erythema toxicum neonatorum a mild self-limited acute cutaneous graft-versus-host-reaction from maternal-to-fetal lymphocyte transfer? *Med Hypotheses*. 1992;38(4):334–8. DOI: 10.1016/0306-9877(92)90028-b.
23. Roques E, Ward R, Mendez MD. Erythema Toxicum. In: StatPearls. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Feb 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470222/>.
24. Kalyanpad Y, Kharkar V. Cross-sectional descriptive study of the neonatal skin findings in postnatal ward in a tertiary care centre. *International Journal of Current Research* [Internet]. 2017;9(08):55732–5. Available from: <http://www.journalcra.com/article/cross-sectional-descriptive-study-neonatal-skin-findings-postnatal-ward-tertiary-care-centre>.
25. Godínez-Chaparro JA, Vidaurri-De La Cruz H. Acné en el recién nacido. *Bol Méd Hosp Infant México*. 2021;78(5):5762. DOI: 10.24875/BMHIM.20000327.
26. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician*. 2008;77(1):47–52.
27. Mindy Smith M MD, Cristina Fernandez M. Normal Skin Changes of Infancy. In: Usatine RP, Chumley HS, Sabella C, Mayeaux EJ, Appachi E, Smith MA, editors. *The Color Atlas of Pediatrics*. [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. Available from: [accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?aid=1114874080](https://accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?aid=1114874080).

28. Reginatto FP, Villa DD, Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. *An Bras Dermatol*. 2016;91(2):124–34. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20164285.
29. Niamba P, Weill FX, Sarlangue J, Labrèze C, Couprie B, Taïeh A. Is common neonatal cephalic pustulosis (neonatal acne) triggered by *Malassezia sympodialis*? *Arch Dermatol*. 1998;134(8):995–8. DOI: 10.1001/archderm.134.8.995.
30. Antoniou C, Dessinioti C, Stratigos AJ, Katsambas AD. Clinical and therapeutic approach to childhood acne: an update. *Pediatr Dermatol*. 2009;26(4):373–80. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2009.00932.x.
31. Leung AKC, Barankin B, Hon KL. Persistent Salmon Patch on the Forehead and Glabellum in a Chinese Adult. *Case Rep Med*. 2014;2014:1–3. DOI: 10.1155/2014/139174.
32. Wassef M, Blei F, Adams D, Alomari A, Baselga E, Berenstein A, et al. Vascular Anomalies Classification: Recommendations From the International Society for the Study of Vascular Anomalies. *Pediatrics*. 2015;136(1):e203-214. DOI: 10.1542/peds.2014-3673.
33. Garzon MC, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: evidence for an association. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42(2 Pt 1):275–9. DOI: 10.1016/S0190-9622(00)90138-5.
34. North PE, Waner M, Mizeracki A, Mihm MC. GLUT1: A newly discovered immunohistochemical marker for juvenile hemangiomas. *Hum Pathol*. 2000;31(1):11–22. DOI: 10.1016/S0046-8177(00)80192-6.
35. Smith CJF, Friedlander SF, Guma M, Kavanaugh A, Chambers CD. Infantile Hemangiomas: An Updated Review on Risk Factors, Pathogenesis, and Treatment. *Birth Defects Res*. 2017;109(11):809-815. DOI: 10.1002/bdr2.1023.
36. Horii KA, Drolet BA, Frieden IJ, Baselga E, Chamlin SL, Haggstrom AN, et al. Prospective Study of the Frequency of Hepatic Hemangiomas in Infants with Multiple Cutaneous Infantile Hemangiomas. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(3):245–53. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2011.01420.x.
37. Rodríguez Bandera AI, Sebaratnam DF, Wargon O, Wong L-CF. Infantile hemangioma. Part 1: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(6):1379–92. DOI: 10.1016/j.jaad.2021.08.019.
38. Sethuraman G, Yenamandra V, Gupta V. Management of infantile hemangiomas: Current trends. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2014;7(2):75. DOI: 10.4103/0974-2077.138324.
39. Sandru F, Petca A, Radu A-M, Preda AG, Turenschi A, Constantin AT, et al. Infantile Hemangioma: Risk Factors and Management in a Preterm Patient—A Case Report. *Y Rep*. 2024;7(1). DOI: 10.3390/reports7010003.

40. Snow T. Mongolian Spots in the Newborn: Do They Mean Anything? Neonatal Netw. 2005;24(1):31–3. DOI: 10.1891/0730-0832.24.1.31.
41. Boguniewicz M, Alexis AF, Beck LA, Block J, Eichenfield LF, Fonacier L, et al. Expert Perspectives on Management of Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Multidisciplinary Consensus Addressing Current and Emerging Therapies. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5(6):1519–31. DOI: 10.1016/j.jaip.2017.08.005.
42. Kantor R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. Expert Rev Clin Immunol. 2017;13(1):15–26. DOI: 10.1080/1744666X.2016.1212660.
43. Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. Allergy Asthma Proc. 2019;40(2):84–92. DOI: 10.2500/aap.2019.40.4202.
44. Kaufman BP, Guttman-Yassky E, Alexis AF. Atopic dermatitis in diverse racial and ethnic groups—Variations in epidemiology, genetics, clinical presentation and treatment. Exp Dermatol. 2018;27(4):340–57. DOI: 10.1111/exd.13514.
45. Irvine AD, McLean WHI, Leung DYM. Filaggrin Mutations Associated with Skin and Allergic Diseases. N Engl J Med. 2011;365(14):1315–27. DOI: 10.1056/NEJMra1011040.
46. Li S, Villarreal M, Stewart S, Choi J, Ganguli-Indra G, Babineau DC, et al. Altered composition of epidermal lipids correlates with *Staphylococcus aureus* colonization status in atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2017;177(4):e125–7. DOI: 10.1111/bjd.15409.
47. Egawa G, Kabashima K. Barrier dysfunction in the skin allergy. Allergol Int. 2018;67(1):3–11. DOI: 10.1016/j.alit.2017.10.002.
48. Davari DR, Nieman EL, McShane DB, Morrell DS. Current Perspectives on the Management of Infantile Atopic Dermatitis. J Asthma Allergy. 2020;Volume 13:563–73. DOI: 10.2147/JAA.S246175.
49. Vakharia PP, Chopra R, Silverberg JI. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. Am J Clin Dermatol. 2018;19(1):15–22. DOI: 10.1007/s40257-017-0299-4.
50. Brenninkmeijer EEA, Schram ME, Leeftang MMG, Bos JD, Spuls PH. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. Br J Dermatol. 2008;158(4):754–65. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.08412.x.
51. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014;70(2):338–51. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.10.010.

52. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(9):1409–31. DOI: 10.1111/jdv.18345.
53. Carr WW. Topical Calcineurin Inhibitors for Atopic Dermatitis: Review and Treatment Recommendations. *Pediatr Drugs.* 2013;15(4):303–10. DOI: 10.1007/s40272-013-0013-9.
54. Norris DA. Mechanisms of action of topical therapies and the rationale for combination therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(1):S17–25. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.04.027.
55. Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Arents BWM. Emollients and moisturizers for eczema: abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol.* 2017;177(5):1256–71. DOI: 10.1111/bjd.15602.
56. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNPD. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol.* 2011;86(1):102–10. DOI: 10.1590/S0365-05962011000100014.
57. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, Cork MJ, McLean WHI, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;134(4):818–23. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.08.005.
58. Foley P, Zuo Y, Plunkett A, Marks R. The frequency of common skin conditions in preschool-age children in Australia: atopic dermatitis. *Arch Dermatol.* 2001;137(3):293–300.
59. Sarkar R, Garg V. Erythroderma in children. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76(4):341. DOI: 10.4103/0378-6323.66576.
60. Al-Dhalimi MAA. Neonatal and infantile erythroderma: A clinical and follow-up study of 42 cases. *J Dermatol.* 2007;34(5):302–7. DOI: 10.1111/j.1346-8138.2007.00277.x
61. Tüzün Y, Wolf R, Bağlam S, Engin B. Diaper (napkin) dermatitis: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol.* 2015;33(4):477–82. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.04.012.
62. Mactaggart E, Orchard D, Mui Tam M. Baby wipes and nappy rash – what is the relationship? A review. *Australas J Dermatol.* 2021;62(4):470–7. DOI: 10.1111/ajd.13715.
63. Kellen PE. Diaper Dermatitis: Differential Diagnosis and Management. *Diaper Dermat Differ Diagn Manag* [Internet]. 1990;36:1569–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280139/#reference-sec>.
64. Bonifaz A, Rojas R, Tirado-Sánchez A, Chávez-López D, Mena C, Calderón L, et al. Superficial Mycoses Associated with Diaper Dermatitis. *Mycopathologia.* 2016;181(9–10):671–9. DOI: 10.1007/s11046-016-0020-9.
65. Coughlin CC, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatr Dermatol.* 2014;31(s1):19–24. DOI: 10.1111/pde.12500.

66. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(S1). DOI: 10.1111/pde.13495.
67. Ghosh S. Neonatal Pustular Dermatoses: An Overview. *Indian J Dermatol*. 2015;60(2):211. DOI: 10.4103/0019-5154.152558.
68. Larralde M, Luna PC. Pustulosis neonatales estériles:[revisión]. *Dermatol Pediatr Latinoam Impr*. 2008;2–9.
69. Amagai M, Matsuyoshi N, Wang ZH, Andl C, Stanley JR. Toxin in bullous impetigo and staphylococcal scalded-skin syndrome targets desmoglein 1. *Nat Med*. 2000;6(11):1275–7. DOI: 10.1038/81385.
70. Hlady W, Middaugh J. An epidemic of bullous impetigo in a newborn nursery due to *Staphylococcus aureus*: epidemiology and control measures. *Alaska Med [Internet]*. 1986;28(4):99–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3565708/>.
71. Dajani AS, Ferrieri P, Wannamaker L. Endemic Superficial Pyoderma in Children. *Arch Dermatol*. 1973;108(4):517. DOI: 10.1001/archderm.1973.01620250005001.
72. Yamasaki O, Yamaguchi T, Sugai M, Chapuis-Cellier C, Arnaud F, Vandenesch F, et al. Clinical Manifestations of Staphylococcal Scalded-Skin Syndrome Depend on Serotypes of Exfoliative Toxins. *J Clin Microbiol*. 2005;43(4):1890–3. DOI: 10.1128/JCM.43.4.1890-1893.2005.
73. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJC, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. *Clin Infect Dis*. 2005;41(10):1373–406. DOI: 10.1086/497143.
74. Araújo TD, Schachner L. Erupções vesicopustulosas benignas no neonato. *An Bras Dermatol*. 2006;81(4):359–66. DOI: 10.1590/S0365-05962006000400009.
75. Ayhan M, Sancak B, Karaduman A, Arıkan S, Şahin S. Colonization of neonate skin by *Malassezia* species: Relationship with neonatal cephalic pustulosis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(6):1012–8. DOI: 10.1016/j.jaad.2007.02.030.
76. Conlon JD, Drolet BA. Skin lesions in the neonate. *Pediatr Clin North Am*. 2004;51(4):863–88. DOI: 10.1016/j.pcl.2004.03.015.
77. Enright AM, Prober CG. Neonatal herpes infection: diagnosis, treatment and prevention. *Semin Neonatol*. 2002;7(4):283–91. DOI: 10.1053/siny.2002.0115.
78. Chen KT, Segú M, Lumey LH, Kuhn L, Carter RJ, Bulterys M, et al. Genital Herpes Simplex Virus Infection and Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus: *Obstet Gynecol*. 2005;106(6):1341–8. DOI: 10.1097/01.AOG.0000185917.90004.7c.
79. Jones C. Herpes simplex virus infection in the neonate: clinical presentation and management. *Neonatal Netw NN*. 1996;15(8):11–5.
80. Jacobs RF. Neonatal herpes simplex virus infections. In: Elsevier; 1998. p. 64–71.

81. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases, Pickering LK. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases [Internet]. 25th ed. American Academy of Pediatrics; 2000 [cited. (Red Book: American Academy of Pediatrics). Available from: <https://books.google.lt/books?id=2pTgAAAAMAAJ>.
82. Kimberlin DW, Lin C-Y, Jacobs RF, Powell DA, Corey L, Gruber WC, et al. Safety and Efficacy of High-Dose Intravenous Acyclovir in the Management of Neonatal Herpes Simplex Virus Infections. *Pediatrics*. 2001;108(2):230–8. DOI: 10.1542/peds.108.2.230.
83. Ibrahim OA, Alikhan A, Eisen DB. Congenital melanocytic nevi: Where are we now? *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(4):515.e1-515.e13. DOI: 10.1016/j.jaad.2012.06.022.
84. Macneal P, Patel BC. Congenital Melanocytic Nevi. 2020. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563168/>.
85. Hawryluk EB, Liang MG. Pediatric melanoma, moles, and sun safety. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(2):279–91. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.11.004.
86. Zhou J, Lv M-X, Duan L, Xie Y-C, A Z-X, Wu H-F, et al. Giant congenital nodular melanoma in a newborn: a case report and literature review. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):121. DOI: 10.1186/s12887-021-02590-7.
87. Farabi B, Akay BN, Goldust M, Wollina U, Atak MF, Rao B. Congenital melanocytic naevi: An up-to-date overview. *Australas J Dermatol*. 2021;62(2):e178–91. DOI: 10.1111/ajd.13535
88. Afra T, Daroach M, Mahajan R, De D, Handa S. Pustular lesions in the neonate: Focused diagnostic approach based on clinical clues. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2022;88:708–16. DOI: 10.25259/IJDVL\_209\_2021.
89. Berth-Jones J. Eczema, Lichenification, Prurigo and Erythroderma. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 1sted. Wiley; 2010. DOI: 10.1002/9781444317633.ch23.
90. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, Van Vloten WA. Erythroderma. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35(1):53–7. DOI: 10.1016/S0190-9622(96)90496-X.
91. Tarang G, Anupam V. Incidence of vesicobullous and erosive disorders of neonates. *J Dermatol Case Rep*. 2011;5(4):58–63. DOI: 10.3315/jdcr.2011.1078.
92. Kehinde Ogunmakin M, Bryan Carroll M, Daneeque Woolfolk M. Resident Rounds Part II: A Review of Neonatal and Infantile Rashes. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2015;14:308–14.
93. Schellack N. Skin rashes in children. *SA Pharm J [Internet]*. 2011;78:13–22. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:58814765>.
94. Kudzytė J, Rudzevičienė O, Vaideliene L. Vaikų atopinio dermatito diagnostika ir gydymas. *LR SAM Protokolas*; 2014.

## **PADĖKA**

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovei Vilniaus universiteto ligoninės Santarų klinikų, Vaikų pulmonologijos ir alergologijos skyriaus gydytojai dermatovenerologei, jaun. asist. Ingai Kisielienei už skirtą brangų laiką, profesionalų vadovavimą, žinias. Dėkoju už patarimus, profesinės patirties pamokas. Esu dėkinga už įkvėpimą, už kantrybę, už tikėjimą manimi.



## PRIEDAI

**1 priedas.** Atopinio dermatito sunkumo vertinimas pagal SCORAD vertinimo balų sistemą [94].

Atopinio dermatito sunkumas nustatomas pagal SCORAD (*angl. SCORing Atopic dermatitis*) indeksą. Pagal ligos eigą AD yra skirstomas į lengvą, vidutinio sunkumo ir sunkų. Indeksas vertinamas keliais etapais. Pirmiausia apskaičiuojamas pažeistos odos plotas. Vėliau objektyviai įvertinamas pagrindinių simptomų (eritemos, edemos, šlapiavimo, nukasymo, lichenifikacijos, sausumo) intensyvumas iki ir po gydymo. Galiausiai atsižvelgiama į subjektyvius požymius: niežulio intensyvumą ir miego sutrikimus [94].

SCORAD indekso reikšmė	Atopinio dermatito eigos sunkumas
1–24 balai	Lengvas
25–50 balų	Vidutinio sunkumo
> 50 balų	Sunkus

### Atopinio dermatito sunkumo laipsnio nustatymas „SCORAD“

Ligonio vardas, pavardė

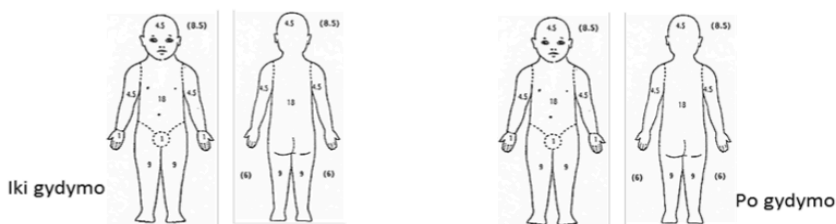
.....

Gimimo data

.....

Lapo užpildymo data (gydymo pradžia) .....

Lapo užpildymo data (gydymo pabaiga) .....



A. Išplitimas (piešinyje pažymėtos pažeistos vietos)

B. Objektyvūs simptomai:

Kriterijai	Intensyvumas	
	Iki gydymo	Po gydymo
Eritema		
Edema/papulės		
Šlapiavimas/šišai		
Nukasymas		
Lichenifikacija		
Sausumas		

Intensyvumo įvertinimas	
0	Nėra
1	Silpnas
2	Vidutinio stiprumo
3	Labai išreikštas

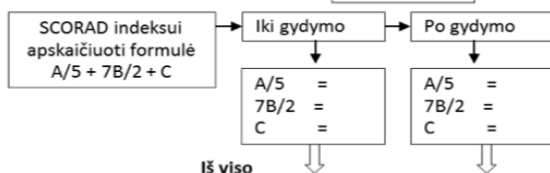
C. Subjektyvūs simptomai:

1) Niežulys (0-10 balų) Iki gydymo

Po gydymo

2) Sutrikęs miegas (0-10 balų) Iki gydymo

Po gydymo



Išvados (iki gydymo):

1. SCORAD .....
2. ....
3. ....

Išvados (po gydymo):

1. SCORAD .....
2. ....
3. ....

## 2 priedas. AD diagnostikos kriterijai (pagal Hanifin J. ir Rajka G.)

---

### **Didieji diagnostikos kriterijai:**

- Būdingos odos pažeidimo vietos:
  - Kūdikiams – veidas ir galūnių *tiesiamieji* paviršiai
  - Vyresniems – veidas ir galūnių *lenkiamieji* paviršiai
- Niežulys
- Lėtinė ligos eiga
- Anamnezėje gretutinės alerginės ligos
- Geneologinė anamnezė – alerginės ligos šeimoje

### **Mažieji diagnostikos kriterijai:**

- Odos sausumas
  - Ankstyva ligos pradžia
  - Niežulys prakaituojant
  - Baltasis dermatografizmas
  - Veido išblyškimas arba paraudimas
  - Cheilitas
  - Periorbitalinės raukšlės (*Dennie–Morgan*)
  - Cheilitas
  - Paryškėjusios padų ir delnų raukšlės
  - Imlumas odos infekcijoms
  - Balta pitiriazė
  - Vilnos ir tirpiklių netoleravimas
  - Maisto netoleravimas
  - Odos imlumas infekcijoms (ypač auksiniam stafilokokui ir *herpes* virusui)
  - Ūminės I tipo odos reakcijos
  - Padidėjęs serumo IgE
  - Pasikartojantis konjunktyvitas
  - Polinkis nespecifiniams rankų, pėdų dermatitams
  - Folikulinė keratozė
  - Aplinkos ir emocinių veiksnių įtaka ligai
  - Oftalmologiniai simptomai: keratokonusas, priekinė subkapsulinė katarakta ir kt.
-

**3 priedas.** Naujagimių eritrodermija: diferencinė diagnostika ir gydymas (*adaptuota pagal Harper HP, et al., 1998; Kehinde Ogunmakin M, et al, 2015*); [1,92]

Liga/būklė	Klinikiniai požymiai	Ištyrimas	Gydymas
<b>Infekcijos</b>			
<b>Stafilokokinis nudegusios odos sindromas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ankstesnė pūlinga infekcija;</li> <li>- odos jautrumas;</li> <li>- paviršinės pūslės;</li> <li>- teigiamas Nikolskio simptomas (suėmus ir patraukus odos atplaišą nusilupa sveikai atrodančių audinių epidermis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Odos tepinėlis – <i>S aureus</i> toksinų kiekio įvertinimas.</li> <li>- Odos biopsija: paviršinis skilimas (žemiau granulinio sluoksnio), nedaug uždegiminių ląstelių arba jų nėra bulvoje ar dermoje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intraveniniai antibiotikai (flukloksacilinas, amoksisilinas/klavulano rūgštis);</li> <li>- vengiama kontakto su toksigeninių padermių nešiotojais.</li> </ul>
<b>Toksinio šoko sindromas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gretutinė motinos infekcija;</li> <li>- odos jautrumas;</li> <li>- hipotenzija/šokas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Odos tepinėlis, <i>S aureus</i> arba <i>Streptococcus pyogenes</i> toksinų kiekio įvertinimas.</li> <li>- Odos biopsija: paviršiniai perivaskuliniai ir intersticiniai neutrofiliniai infiltratai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intraveniniai antibiotikai (flukloksacilinas, amoksisilinas/klavulano rūgštis);</li> <li>- vengiama kontakto su toksigeninių padermių nešiotojais.</li> </ul>
<b>Įgimta odos kandidozė</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motinos makšties <i>Candida</i> infekcija;</li> <li>- burnos ertmė nepažeista;</li> <li>- gali būti paronychija ir nagų distrofija.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Odos nuograndų mikroskopija su KOH reagentu (stebimi pseudohifai);</li> <li>- pasėlis iš šlapimo, kraujo, smegenų skysčio;</li> <li>- odos biopsija: pseudohifai ir sporos ragenos sluoksnyje PSR (periodinės Schiff rūgšties) (angl. PAS) dažymo būdas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vietiniai preparatai (nistatinas, mikonazolas) ir geriamieji vaistai (nistatinas, flukonazolas) antimikotiniai; gali prireikti intraveninio amfotericino;</li> <li>- skiriamas gydymas motinos makšties <i>Candida</i> infekcijai.</li> </ul>
<b>Vaistų sukelta eritrodermija</b>			
<b>Ceftriaksonas/vanomicinas/kiti antibiotikai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infekcinė liga, kuriai gydyti buvo paskirtas ceftriaksonas, vankomicinas ar kitas antibiotikas;</li> <li>- staigi hipotenzija ir eritema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinikinis ištyrimas remiantis anamnezės duomenis;</li> <li>- "raudonojo žmogaus sindromas" būdingas vartojant vankomiciną.</li> </ul>	Indikacija keisti arba nutraukti paskirtą antibiotiką.
Liga/būklė	Klinikiniai požymiai	Ištyrimas	Gydymas
<b>Kitos eritrodermijos priežastys</b>			
<b>Kūdikių seborėjinis dermatitas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Išryškėjęs berimas kaklo, pažastų ir sauskelnių odos raukšlėse; galvos odoje („lopšio kepurė“).</li> </ul>	–	Drėkinamosios medžiagos; mikonazolo ir hidrokortizono tepalai, emolientų naudojimas sauskelnių srityje.
<b>Atopinis dermatitas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egzema galvos odos ir veido srityse;</li> <li>- bendras odos sausumas; atopija šeimoje.</li> </ul>	Padidėjęs serumo IgE; eozinofilija. Odos biopsija: spongiozė, limfocitai, egzocitozė.	Silpni vietiniai steroidai; sisteminiai antibiotikai, jei oda infekuota. Galima alergija karvės pienui.
<b>Psoriazė</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eritematoskvamoziniai bėrimai;</li> <li>- gali būti pustulės (sterilios);</li> <li>- gali būti teigiama šeiminė anamnezė.</li> </ul>	Odos biopsija: hiper- ir parakeratozė, mikroabscesai.	Emolientai, drėgni tvarsčiai. Naujagimiui paaugus arba progresuojant žvynelinei – vietinis gydymas tepamaisiais vaistais, fototerapija.
<b>Pityriasis rubra pilaris</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Panašus į psoriazė bėrimas;</li> <li>- folikulinis delnų ir padų odos sustorėjimas;</li> </ul>	Odos biopsija: kaip psoriazė, folikulinė hiperkeratozė.	Gydymo principai panašūs į žvynelinės.
<b>Difuzinė mastocitozė</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Darier</i> požymis, dažnai pūslėmis pasireiškiantis bėrimas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histaminas ir metabolitai kraujo serume ir šlapime;</li> <li>- odos biopsija: putliųjų ląstelių infiltratas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- H1 ir H2 antagonistai;</li> <li>- geriamasis natrio kromoglikatas;</li> <li>- vengti medžiagų, galinčių sukelti putliųjų ląstelių degranuliaciją (pvz., kodeino, opiatų, aspirino, prokaino, radiografinių dažiklių, skopolamino, pankuronijaus).</li> </ul>

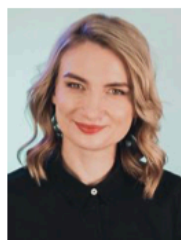


## Dažniausių naujagimių odos bėrimų apžvalga

OVERVIEW OF THE MOST COMMON SKIN RASHES IN NEWBORNS

Gabrielė Žaliukaitė<sup>1</sup>, Alina Vilkaitė<sup>1,2</sup>, Inga Kisielienė<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>VU Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Santariškių vaikų ligoninė Vaikų pulmonologijos ir alergologijos skyrius



### Santrauka

Naujagimių dermatologijoje yra svarbu atskirti sunkias ligas, įgimtus sindromus ir praeinančias naujagimių dermatozes. Pastarosios, kitaip nei įgimtos ligos, neturi neigiamo poveikio pacientų gyvenimo kokybei ir tolesniam vystymuisi. Įvairios kilmės naujagimių išbėrimai sukelia tėvams didelį susirūpinimą, todėl šias būkles svarbu atpažinti šeimos gydytojams, pediatrams ir kitų specialybių gydytojams. Atpažinus šiuos išbėrimus, galima anksti diagnozuoti ligą ir pradėti gydymą, o tai gali padėti sumažinti tėvų nerimą ir pagerinti naujagimio odos būklę. Šiame straipsnyje apžvelgiama naujagimių odos fiziologija, dažniausios praeinančios naujagimių dermatozės bei kitos naujagimių odos ligos, jų patofiziologija, diagnostika ir gydymo rekomendacijos.

**Reikšminiai žodžiai:** naujagimių bėrimai, toksinė eritema, baltieji naujagimių spuogai, naujagimių aknė, mongolinės dėmės, naujagimių odos lupimasis.

### Summary

In newborn dermatology, it is crucial to differentiate between severe diseases, congenital syndromes, and transient newborn dermatoses. Unlike congenital diseases, transient conditions do not have a negative impact on the patient's quality of life or future development. Various types of newborn skin rashes can cause significant concern for parents, highlighting the importance of recognizing these conditions for family doctors, pediatricians, and other specialty physicians. Early diagnosis and treatment of these rashes can help alleviate parental anxiety and improve the newborn's skin condition. This article provides an overview of newborn skin physiology, the most common transient dermatoses, and other skin conditions, including their pathophysiology, diagnosis, and treatment recommendations.

**Keywords:** newborn skin rashes, toxic erythema, neonatal milia, neonatal acne, Mongolian spots, neonatal peeling.

### ĮVADAS

Naujagimių oda, kitaip nei suaugusiųjų, turi savitų ir išskirtinių bruožų. Ji yra žymiai plonesnė, jautresnė, pasižymi mažesniu plaukuotumu, turi mažiau prakaito ir riebalinių liaukų nei suaugusiųjų oda. Šie skirtumai labiau pastebimi neišnešiotiems naujagimiams. Naujagimio oda yra mažiau atspari aplinkos veiksniams, tokiems kaip mechaninė trintis, toksinis bakterijų poveikis, kintančios oro sąlygos, karščio ir šalčio pokyčiai.

Gimstant, naujagimio oda yra apsaugota bioplėvele – varškiniu vaisiaus dangalu (lot. *vernix caseosa*), kuris susidaro paskutinį nėštumo trimestrą, kai vystosi epidermis ir baigia formuotis raginis sluoksnis.

Varškinis dangalas sudarytas iš vandens (80,5 proc.), baltymų ir lipidų (8–10 proc.), jo pH svyruoja nuo 6,7 iki 7,4. Dangalas apsaugo naujagimio odą nuo lipidų stygiaus ir padeda išlaikyti nuolatinę odos drėgmę. Ši apsauginė odos danga pasižymi specifinėmis antibakterinėmis savybėmis: joje yra antimikrobinų peptidų, kurie apsaugo odą nuo grybelių, bakterijų ir parazitų bei suteikia mechaninę apsaugą nuo amniotinio skysčio poveikio. Vėliau, kai naujagimis praranda odą dengiantį varškinį vaisiaus dangalą, kinta odos pH.

Naujagimio oda yra plonesnė dėl besiformuojančio epidermio ir kitų odos struktūrų. Epidermis apsaugo nuo drėgmės praradimo, toksinių medžiagų poveikio, infekcijų. Šios

savybės priklauso nuo epidermio storio ir jame esančio lipidų kiekio. Epidermis pradeda storėti nuo trečio nėštumo trimestro ir didėja su naujagimio amžiumi. Kuo epidermis plonesnis, tuo didesnis transepiderminio vandens praradimas (TVP), todėl naujagimiui svarbi kuo drėgnesnė aplinka. Padidėjęs TVP trunka iki 12 mėn., kol susiformuoja už tai atsakingos epidermio struktūros. Naujagimiams būdingas neutralus arba šarminis odos paviršiaus pH (6,2–7,5 pH), kuris pirmą savaitę labai greitai sumažėja ir taip padeda apsaugoti odą nuo patogeninių bakterijų ir grybelių. Vėliau odos pH lėtai normalizuojasi ir iki 4 sav. pasiekia 5,0–5,5 pH. Naujagimių tikrosios odos struktūros formuojasi iki 4 mėn. Žinoma, kad dermoje yra išsidėsčiusios riebalinės liaukos, kraujagyslės, kurios atsakingos už sebumo gamybą ir kūno temperatūros reguliavimą.

Pastebėta, kad didesnis riebalinių liaukų aktyvumas ir riebalų sekrecija yra aktyvesnė pirmą mėnesį po gimimo, vėliau jis žymiai sumažėja ir išlieka iki paauglystės [1].

Funkcinis ir struktūrinis odos brendimas yra dinamiškas procesas, kuris prasideda gimdymo momentu ir baigiasi pirmaisiais gyvenimo metais. Odos brendimo procesas išnešiotiems naujagimiams prasideda iš karto po gimimo, tačiau neišnešiotiems – vėliau ir pats brendimas trunka ilgiau. Neišnešiotų naujagimių oda jau 2–3 sav. po gimimo prilygsta laiku gimusio naujagimio odai [1–3].

Naujagimių ir suaugusiųjų odos skirtumai yra pateikiami 1 lentelėje.

Toliau straipsnyje apžvelgiamos dažniausios pereinančios naujagimių dermatozės, kraujagyslinės ir limfinės odos displazijos bei pigmentacijos sutrikimai. Žinios apie naujagimių odos ligas yra būtinos bendrosios praktikos gydytojams, šeimos gydytojams bei gydytojams dermatovenerologams, kurių darbo kasdienybė yra neatsiejama ir nuo vaikų odos ligų diagnostikos, diferenciacijos bei gydymo pritaikymo.

### PRAEINANČIOS DERMATOZĖS – PEREINANČIOS NAUJAGIMIŲ BŪKLĖS

#### Miliarija, prakaitinė (lot. miliaria)

Sergamumas miliarija tarp naujagimių siekia iki 40 proc. ir dažniausiai pasireiškia per pirmą gyvenimo mėnesį. Išskiriamos dvi miliarijos formos – skaidrioji (lot. *miliaria crystallina*) ir raudonoji miliarija (lot. *miliaria rubra*). Miliarijos etiologija yra siejama su ekrininių prakaito liaukų užsikimšimu raginiame sluoksnyje. Skaidrioji miliarija yra dažnesnė nei raudonoji. Skaidriosios

miliarijos bėrimai lokalizuojasi kakle, pažastų srityje, linkiuose ir ten, kur yra didesnė prakaitavimo bei trinties tikimybė. Kliniškai stebimos dauginės, viena šalia kitos išsidėsčiusios, 1–2 mm dydžio odos spalvos

#### 1 lentelė.

#### Naujagimių ir suaugusiųjų odos skirtumų palyginimas [4–11]

Struktūriniai skirtumai	Naujagimių oda	Suaugusiųjų oda
<b>EPIDERMIS</b>		
Korneocitai	Mažesni	Didesni
Granulocitai	Mažesni	Didesni
Raginis sluoksnis ir epidermis	Plonesnis	Storesnis
Mikroreljefas	Tankesnis	Mažiau tankus
Paviršiaus gliučių gylis	Panašus į suaugusiųjų	–
Pigmentocitai (melanino grūdėliai)	Mažiau	Daugiau
<b>DERMIS</b>		
Odos spenelių (tankis, dydis ir morfologija)	Labiau homogeniškos	Mažiau homogeniškos
Skirtingas dermos perėjimas iš spenelinio į retikulinį sluoksnį	Nestebima	Stebima
<b>KOMPOZICINIAI SKIRTUMAI</b>		
<b>Epidermis</b>		
Natūralaus drėkinamojo faktoriaus koncentracija	Mažesnė	Didesnė
pH	Aukštesnis (tik naujagimiams)	Žemesnis
Sebumo kiekis	Mažesnis kiekis (7–12 mėn. naujagimiams)	Didesnis kiekis
Raginio sluoksnio vandens kiekis	Didesnis	Mažesnis
<b>Dermis</b>		
Kolageno skaidulų tankis	Mažiau	Daugiau (jaunesniems suaugusiesiems)
<b>STRUKTŪRINIAI SKIRTUMAI</b>		
Vandens absorbcijos greitis	Didesnis	Mažesnis
Vandens desorbcijos greitis	Didesnis	Mažesnis
Odos barjerinė funkcija	Atitinka amžiui	Atitinka amžiui
Transepiderminis vandens netekimas	Didesnis	Atitinkamas amžiui

**Gabrielė Žaliukaitė**, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto V kurso studentė.

**Alina Vilkaitė**, gydytoja dermatovenerologė, Santariškių vaikų ligoninė Vaikų pulmonologijos ir alergologijos skyrius, Lietuvos ir užsienio kongresų, konferencijų lektorė, mokslinių pranešimų bei publikacijų bendraautorė, Lietuvos dermatovenerologų draugijos (LDVD) narė, Europos dermatologų ir venerologų akademijos (EADV) narė.

**Inga Kisieliienė**, gydytoja dermatovenerologė, Santariškių vaikų ligoninė Vaikų pulmonologijos ir alergologijos skyrius, VU Medicinos fakulteto asistentė, Lietuvos ir tarptautinių kongresų lektorė, Lietuvos dermatovenerologų draugijos (LDVD) ir Europos pediatriškos dermatologijos asociacijos (ESPD) narė.



pūslelės be aplinkinio odos paraudimo. Pūslelėms plyšus, oda lupasi, pleiskanoja. Bėrimai išnyksta apytiksliai po 2 d. arba progresuoja į raudonąją miliariją [3, 12]. Pastaroji forma – antrinis odos pažeidimas, išsivystantis po skaidriosios miliarijos. Raudonosios miliarijos pažeidimui būdingos antrinės, nedidelės uždegiminės papulės ir pustulės [13–15].

**Gydymas.** Gydymas nereikalingas. Bėrimų prevencijai svarbu mažinti naujagimio odos perkaitimą. Rekomenduojama kasdien prausti naujagimio odą su vandeniu, drėkinimui naudoti neriebių (mažai lipidų turintį) losjoną arba kremą ir rengti laisvais, natūralaus pluošto audinio drabužiais.

#### **Baltieji naujagimių spuogai** (*lot. milia*)

Baltieji naujagimių spuogai (*lot. milia*) – tai mažos, balkšvai gelsvos, pavienės paviršinės cistos, kurios dažniausiai lokalizuojasi centrinėse veido, skruostų ir nosies srityse. Cistiniai dariniai susidaro plaukų apatinėje folikulo dalyje dėl keratino produktų pertekliaus. Baltieji naujagimių spuogai pasitaiko 40–50 proc. visų naujagimių, tarp neišnešiotų naujagimių jie yra retesni. Bėrimai dažniausiai pastebimi nuo gimimo [16, 17]. Kliniškai – veido centrinėje, rečiau – skalpo, viršutinėje kūno dalyje susidaro balkšvos iki 1–2 mm papulės be aplinkinės eritemos. Paprastai bėrimas išnyksta per pirmas savaites nuo gimimo be randėjimo požymių. Išplitę baltieji spuogai gali būti susiję su paveldima trichodisplazija (Marie Unna hipotrichoze) ir burnos–veido–digitaliniu sindromu. Milijos diagnostika remiasi tik klinikiniais simptomais (1 pav.) [18].

**Gydymas.** Specifinis gydymas netaikomas, liga dažniausiai praeina savaime po kelių – keliolikos savaičių.

#### **Toksinė naujagimių eritema** (*lot. erythema toxicum neonatorum*)

Toksinė naujagimių eritema – tai gerybinė, savaime praeinanti, besimptomė naujagimio odos būklė, pasireiškianti tik naujagimystės laikotarpiu. Tai vienas dažniausių ir labiausiai paplitusių (30–70 proc.) naujagimių odos bėrimų [12, 19, 20]. Toksinė naujagimių eritema prasideda 2–3 gyvenimo parą. Ligos išsivystymo mechanizmas nėra aiškus, manoma, kad bėrimus gali sukelti alerginė reakcija į transplacentinius arba aplinkos alergenų. Taip pat išbėrimų gali atsirasti dėl mechaninio, terminio, cheminio, irituojančio odos dirginimo. Toksinei naujagimių eritemai būdingos pavienės arba dauginės eriteminės dėmės su centrine papule arba pustule veido, liemens arba galūnių odoje (2 pav.). Naujagimių delnai ir padai dažnai nepažeidžiami ir vaikas būna somatiškai sveikas [21].

**Gydymas.** Naujagimiams, sergantiems toksine naujagimių eritema, nereikia specifinio gydymo ir bėrimas paprastai praeina per dvi savaites, retesniais atvejais gali užtrukti ilgiau.

#### **Naujagimių odos lupimasis** (*lot. desquamatio neonatorum*)

Naujagimių odos lupimasis yra dažna problema ankstyvuojų laikotarpiu, kai naujagimių oda pradeda luptis dėl nebrandžios ir lengvai pažeidžiamos struktūros (*angl. peel off*). Odos lupimasis dažniausiai apima rankų, padų, čiurnų sritis, rečiau – pilvo ir nugaros odą. Dažniausiai tai laikinas odos atsinaujinimas, prasidedantis 3–7 parą, kuris padeda regeneruoti paviršiniam epidermiui (3 pav.). Tais atvejais, kai pažeidimai trunka ilgiau ir oda nenustoja luptis, reikėtų diferencijuoti nuo ichtiozės, nuolatinio lupi-



**1 pav.**  
**Baltieji naujagimių spuogai**

Šaltinis: Neil S. Prose, Leonard Kristal: *Weinberg's Color Atlas of Pediatric Dermatology, Fifth Edition* www.accesssneidams.com, © McGraw-Hill Education. All rights reserved



**2 pav.**  
**Toksinė naujagimių eritema**

Šaltinis: Neil S. Prose, Leonard Kristal: *Weinberg's Color Atlas of Pediatric Dermatology, Fifth Edition* www.accesssneidams.com, © McGraw-Hill Education. All rights reserved

mosi sindromo arba lengvos streptokokinės infekcijos [22, 23].

**Gydymas.** Pagrindinis gydymas – reguliariai naudojami emolientai. Reikėtų vengti papildomo mechaninio ir fizinio odos pažeidimo bei rinktis natūralaus pluošto audinio drabužius.

dimo bei rinktis natūralaus pluošto audinio drabužius.

### **Naujagimių aknė (lot. *acne neonatorum*)**

Naujagimių aknė yra praeinanti odos liga, kuri pasireiškia iki aštuntos gyvenimo savaitės. Šia liga serga apie 20 proc. naujagimių. Būklė dažniau pasitaiko vyriškosios lyties naujagimiams ir paprastai yra lengvo laipsnio odos pažeidimas, praeinantis per kelis mėnesius. Bėrimų etiologija siejama su padidėjusiu androgenų kiekiu kraujyje, kuris sukelia riebalinių liaukų hiperplaziją ir padidėjusią riebalų sekreciją, sąlygojančią bėrimų išsivystymą. Literatūroje nurodoma, kad *Malassezia spp.* gali dalyvauti naujagimių aknės patogenezėje. Labai retais atvejais bėrimų atsiradimo priežastimi gali būti antinksčių žievės navikai.

Naujagimių aknės bėrimai lokalizuojasi centrinėje veido dalyje: dažniausiai kaktos, nosies ir skruostų srityse. Dažniausiai vyrauja uždari ir atviri komedonai, kurie gali išsivystyti į papules, pustules, mazgus ir cistas (4 pav.). Sunkios naujagimių aknės atveju, kuri nepraeina ilgesnį laiką ir yra lydima kitų hiperandrogenizmo požymių, yra tikslingas tyrimas dėl galimos įgimtos antinksčių žievės hiperplazijos, antinksčių ir lytinių liaukų navikų [24–26].

**Gydymas.** Naujagimių aknė savaime praeinanti odos liga, tačiau gali palikti randus, todėl, pasireiškus sunkiai formai, rekomenduojama šią ligą gydyti. Vyraujant komedonams, gydymui skiriami vietiniai azelaino rūgšties (iki 20 proc.) arba tretinoino (0,025–0,05 proc.) preparatai. Vyraujant uždegiminiams išbėrimams, skiriami vietiniai eritromicino (1–2 proc.), klindamicino (1 proc.) arba benzoilperoksido (2,5–5 proc.) preparatai [27]. Įprastu atveju pažeidimai praeina per 1–3 mėn. [25, 26].

### **Naujagimių cefalinė pustuliozė (angl. *cephalic pustulosis*)**

Naujagimių cefalinė pustuliozė yra gerybinė klinikinė būklė, kuriai būdingas trumpalaikis bėrimas pustulėmis 2–4 gyvenimo savaitę. Liga siejama su grybelio *Malassezia furfur* kolonizacija. Šiai būklei būdingi išbėrimai, sudaryti iš papulių bei pustulių su aplinkiniu paraudimu ir atsirandantys skruostų, smakro, vokų, skalpo, kaklo ir krūtinės srityse (5 pav.). Dažniausiai diagnozės patvirtinimui atliekama pustulių tepinėlio mikroskopija, kuri rodo gausią eozinofiliją arba normos variantą. Naujagimių cefalinei pustuliozei nėra būdingi atviri ir uždari komedonai, todėl ši liga turi būti diferencijuo-



**3 pav. Naujagimių odos lupimasis**

Saltinis: Dr. Yogesh Kalyanpad and Vidya Kharkar, 2017. "A Cross-sectional descriptive study of the neonatal skin findings in postnatal ward in a tertiary care center", *International Journal of Current Research*



**4 pav. Naujagimių aknė**

Saltinis: Richard P. Usatine, Mindy Ann Smith, Heidi S. Chumley, Camille Sabella E.J. Mayeaux, Jr., Elumalai Appachi: *The Color Atlas of Pediatrics*; www.accesspediatrics.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



**5 pav. Naujagimių cefalinė pustuliozė**

Saltinis: Antoniou C, Dessinioti C, Stratigos AJ, Katsambas AD. Clinical and therapeutic approach to childhood acne: an update. *Pediatr Dermatol.* 2009 Jul–Aug;26(4):373–80. doi: 10.1111/j. 1525–1470.2009.00932.x. Review. PubMed PMID: 19689511.

jama nuo naujagimių stafilakokodermijos ir naujagimių aknės, kurioms komedonų atsiradimas itin būdingas. Naujagimiai somatiškai būna sveiki [28, 29].

**Gydymas.** Dažnai atvejais cefalinė pustuliozė praeina savaime be randėjimo per 3 mėn. Odos priežiūrai galima naudoti antiseptinius nealkoholinius valiklius, specialius priešgrybelinius ir antiseptinius muilus arba šampūnus. Rečiau, kai išbėrimas savaime nepraeina, galima skirti vietinius priešgrybelinius vaistus (pvz., ketokonazolį) [28, 30].

### KRAUJAGYSLINĖS IR LIMFINĖS NAUJAGIMIŲ ODOS DISPLAZIJOS

#### *Paprastasis apgamas (lot. nevus simplex, angl. salmon patch)*

„Laišos dėmė“ (lot. *nevus simplex*) (dar vadinama „gandro žnybiu“, „angelo bučiniu“) – tai dažniausias kraujagyslinis bėrimas naujagimystės laikotarpiu. Bėrimas siejamas su kapiliarinių kraujagyslių malformacijomis. Šiems pažeidimams būdingos dėmės – nuo rožinės iki raudonos spalvos, kurios gali išryškėti dėl fizinio aktyvumo, verkiant, kintant aplinkos temperatūrai. Dėmės dažniausiai atsiranda pakaušio („gandro žnybis“), kaktos, antakių, viršutinių vokų srityse („angelo bučiny“). Rečiau pasitaikancios sritys, kurias gali apimti „laišos dėmė“, yra nugarą, nosį, viršutinę ir (arba) apatinę lūpa. Pažeidimas tarpuakio, vokų srityse atsiranda anksčiau ir dažniausiai pranyksta spontaniškai per pirmuosius gyvenimo metus, pakaušio–kaklo dėmė gali išlikti visam gyvenimui [21, 22, 31]. Bėrimai nesusiję su kitais organų pažeidimais.

Šią būklę reikia diferencijuoti nuo kitos kraujagyslinės malformacijos – vyno (portveino) dėmės, kuri neišnyksta ir lieka visam gyvenimui (6, 7 pav.). Bėrimas dažniausiai išsidėsto vienoje pusėje, yra aiškių ribų ir segmentinės struktūros. Spalva kinta nuo rausvos iki purpurinės, tačiau suaugus gali pereiti į mazginius pokyčius. Kitaip nei „laišos dėmė“, šis bėrimas turi savitą histologinę struktūrą – ją sudaro kapiliarų ektazijos, kurios gali būti išplitusios visoje dermoje ir su laiku proporcingai plečiasi [22].

**Gydymas.** Pažeidimams išliekant iki pilnametystės, gali būti taikoma lazerio terapija [21, 22].

#### *Naujagimių hemangioma (lot. hemangioma neonatorum)*

Kūdikių hemangiomos yra vieni dažniausių kūdikystės laikotarpiu nustatytų nepiktybinių kraujagyslinių navikų, kurie pa-



6 pav. „Laišos dėmė“

Šaltinis: Hoeger P, Kinsler V, Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al., editors. Harper's textbook of pediatric dermatology. Wiley; 2019.



7 pav. „Gandro žnybis“

Šaltinis: Hoeger P, Kinsler V, Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al., editors. Harper's textbook of pediatric dermatology. Wiley; 2019.

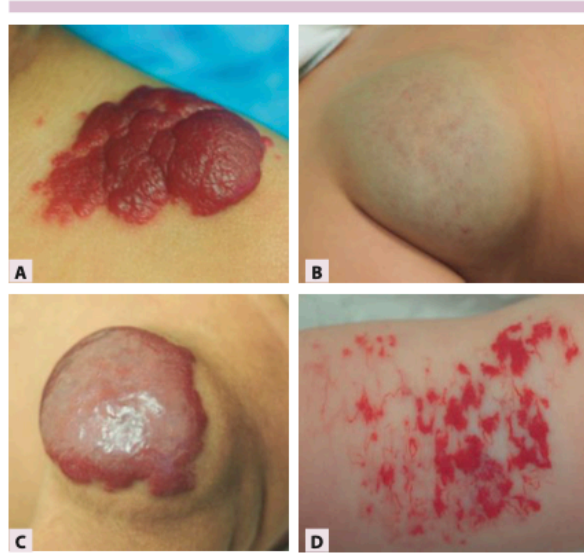
sitaiko apie 5 proc. naujagimių ir išryškėja jau pirmosiomis gyvenimo savaitėmis. Kūdikių hemangiomos skiriasi savo dydžiu, anatomiškai išsidėstymu, darinio gylio ir evoliucijos stadija. Hemangiomoms būdinga aktyvaus augimo fazė, po kurios augimas stabilizuojasi, vėliau prasideda kraujagyslinio darinio involiucija. Didžioji dalis hemangiomų savaime regresuoja per 1–2 gyvenimo metus, tačiau kai kuriais atvejais yra reikalingas gydymas ir papildomas kitų organų tyrimas [32–35].

Hemangiomos turi proliferacijos ir in-



voliucijos fazes. Ankstyvoji proliferacijos fazė prasideda tarp 5–8 gyvenimo savaitės, jos metu hemangiomos labai greitai auga ir pasiekia apie 80 proc. savo dydžio. Šie pažeidimai dažniausiai gali didėti iki 9–12 mėn. Užsitęsusios proliferacijos fazė dažniausiai būdinga didelėms, segmentinėms, gilioms hemangiomoms kaklo ir galvos srityse. Involiucijos fazė prasideda dažniausiai 12 mėn. ir gali trukti iki 3–9 metų. Jos metu hemangiomos nyksta ir gali visiškai regresuoti.

Hemangiomos pagal savo dydį ir išsidėstymą gali būti skirstomos į paviršines, galias arba mišrias. Taip pat jos yra klasifikuojamos pagal išsidėstymą odoje: židininės, daugiažidininės, segmentinės ir neaiškių ribų. Nors klasifikacija skirtinga, tačiau visų tipų pažeidimams yra būdinga ta pati etiologija ir panaši evoliucija. Paviršinės hemangiomos lokalizuojasi paviršinėje dermoje ir joms būdingos ryškiai raudonos spalvos („braškinės“ arba „kapiliarinės“), apribotos aštrių kraujų plokštelės arba dėmės. Giliosios hemangiomos lokalizuojasi giliojoje dermoje, poodiniame audinyje, todėl joms būdingi odos arba melsvai violetinės spalvos poodiniai mazgai arba mazgeliai. Mišrios hemangiomos apima dermą ir poodinius audinius, todėl kliniškai pasireiškia tiek plokštelėmis, tiek mazgeliais. Židininės hemangiomos yra mažos ir lokalizuotos židiniiais vienoje srityje



8 pav.

**Naujagimių hemangiomos:** A – paviršinė hemangioma (raudona eozinofilinė plokštelė), B – gilioji naujagimių hemangioma (mėlyna poodinė masė su paviršiniais odos pokyčiais), C – mišri hemangioma (paviršinė ir gilioji morfologija), D – dėmėta hemangioma su telangiektazėmis

*Šaltinis: Rodríguez Bandera AI, Sebaratnam DF, Wargon O, Wong L-CF. Infantile hemangioma. Part 1: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and assessment. Journal of the American Academy of Dermatology (2021), p. 47 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.08.019>*

**2 lentelė.**

**Reikalingi papildomi tyrimai, jei hemangiomos yra didesnės nei 5 cm [37]**

Klinikinis pasireiškimas	Rizika	Papildomi tyrimai
Daugiau nei 5 naujagimių hemangiomos	Intrahepatinė hemangioma	Kepenų ultragarsinis tyrimas
Intrahepatinė arba didelė (didesnė nei 5 cm) hemangioma	Periferinis hipotirodizmas (↓T3, ↑T4)	TSH, T3 ir T4 hormonų tyrimai
Naujagimių hemangioma smakro, kaklo srityje	Kvėpavimo takų obstrukcija	Laringoskopija, bronchoskopija
Periokulinė naujagimių hemangioma	Astigmatizmas, regėjimo ašies susiaurėjimas, nosiaryklės latakų obstrukcija, ptozė, strabizmas	Gydytojo oftalmologo konsultacija
Perioralinė naujagimių hemangioma	Dantų dygimo vėlavimas, emalio hipoplazija	Gydytojo odontologo konsultacija
Didelės veido naujagimių hemangiomos (didesnės nei 5 cm)	PHACE sindromas: • vidurio linijos susiliejimo defektai; • cerebrovaskulinės ir smegenų struktūrinės anomalijos; • širdies veiklos sutrikimai ir aortos koarktacija; • akių anomalijos	• išsamus fizinis tyrimas; • galvos ir kaklo MRT tyrimas (su (be) gadolinio kontrastu) ir kt. MRT (įskaitant, aortos lanką, bronchocefalinę pradžią); • echokardiografija (širdies MRT, nustačius anomalijas); • oftalmologo konsultacija
Galimas arba neabejotinas PHACE sindromas • susijęs su smakro sritimi • multisegmentinė naujagimių hemangioma arba su klausa susijusios vaizdavimo anomalijos • vidurio linijos kaukolės arba smegenų apsigimimas • apimantis žandikaulio ir (arba) apatinio žandikaulio arba perioralinę veido sritį	• kvėpavimo takų obstrukcija; • sensorineuralinis arba laidusis klausos praradimas; • centrinė hipotirozė; • dantų anomalijos, dantų šaknų nebuvimas, emalio hipoplazija, daugybinės ertmės	• otorinolaringologo konsultacija; • išsamus audiologinis tyrimas; • periodontinė augimo parametru stebėseną; • odontologo konsultacija ir tolesni tyrimai

je, o segmentinės hemangiomos – didelės, jų skersmuo didesnis nei 5 cm tam tikroje odos srityje ir gali būti geografinio arba linijinio išsidėstymo (8 pav.).

Hemangiomas yra svarbu diferencijuoti nuo kitų odos darinių, apgamų ir navikų (*naevus anaemicus* arba *naevus pigmentosus*, kapiliarinių apsigimimų arba trauminių pažeidimų) [32–35].

Daugelis hemangiomų yra diagnozuojamos remiantis klinikiniu vaizdu ir nereikalauja papildomų tyrimų, labai retais atvejais gali būti atliekama odos biopsija. Siekiant įvertinti hemangiomos gylį, galima poveikį aplinkiniams audiniams, rekomenduojama atlikti hemangiomų aukšto dažnio ultragarsinį tyrimą. Jei hemangiomoms yra gilios ir didelės, padidėja rizika ekstrakutaniniams organų pažeidimams. Literatūros duomenimis, daugiau nei 5 hemangiomos rodo padidėjusią kepenų hemangiomos riziką, todėl tikslinga atlikti pilvo organų echoskopiją. Jei gilių ir didesnių nei 5 cm hemangiomų išsidėstymas yra kompliktuotas (hemangiomos lokalizuojasi galvoje, kaklo, liemens srityse, apima stambiąsias kraujagysles), rekomenduojama atlikti magnetinio rezonanso tomografiją [36]. Atkreiptinas dėmesys, kad, pastebėjus didesnes nei 5 cm ir intrahepatines hemangiomas, tikslinga atlikti tyrimą dėl galimo hipotiroidizmo (2 lentelė) [37].

**Gydymas.** Hemangiomų gydymas yra labai individualus ir kompleksiškas. Dauguma įgimtų hemangiomų yra linkusios spontaniškai regresuoti. Tais atvejais, kai hemangiomos neregresuoja arba lokalizuojasi anatomsiškai pavojingose srityse ir sukelia sunkias komplikacijas, gydymui gali būti taikomi vietiniai ir sisteminiai beta blokatoriai, gliukokortikosteroidai (GKK), lazerinis ir chirurginis gydymas [36–39].



9 pav. Naujagimių mongolinės dėmės

Šaltinis: Richard P. Usatine, Mindy Ann Smith, Heidi S. Chumley, Camille Sabella E.J. Mayeaux, Jr., Elumalai Appachi: *The Color Atlas of Pediatrics*: www.accesspediatrics.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Pagrindiniai vaistai, skiriami gydyti hemangiomas, yra beta-1 blokatoriai ir kortikosteroidai. Hemangiomoms, kurioms reikalingas sisteminis gydymas, dažniausiai skiriamas sisteminis propranololis 1 mg/kg du kartus per dieną. Retesniais atvejais gali būti skiriamas atenololis. Skiriant šiuos vaistus, svarbu stebėti naujagimio gyvybinius rodiklius, skirti vaistą kartu su gydytojo kardiologo priežiūra. Sisteminiai gliukokortikosteroidai (GKK) skiriami tais atvejais, kai beta blokatoriai kontraindikuotini arba neveiksmingi. Dažniausiai skiriamas prednizolonas 2–3 mg/kg. Vietinis gydymas beta blokatoriais yra gana saugus ir veiksmingas paviršinėms ir erozuojančioms hemangiomoms. Dažniausiai skiriamas timololio maleatas 0,5 proc. du kartus per dieną. Retesniais atvejais gali būti skiriami vietiniai GKK (pvz., klobetazolio propionatas 0,05 proc., betametazono propionatas 0,05 proc.), tačiau didesnis poveikis pasiekiamas, naudojant timololio preparatus. Hemangiomų gydymui, kartu su vietiniais ir sisteminiais vaistais, gali būti taikomas pulsinis dažų arba ilgo pulsavimo Nd:YAG lazeris. Pasireiškus židininėms hemangiomoms, gali būti taikomas gydymas injekuojamaisiais GKK, krioterapija. Kompliktuotais atvejais taikomas chirurginis gydymas ir hemangiomų embolizacija. Skiriant vietinius ir sisteminis vaistus, svarbu stebėti naujagimio būklę dėl galimų šalutinių vaistų poveikio [37–39].

## PIGMENTACIJOS SUTRIKIMAI

### Mongolinės dėmės

Mongolinės dėmės – tai dažnas gerybinis naujagimių odos pigmentacijos pokytis, kuriam būdingos melsvos spalvos dėmės odoje dėl melanocitų sancaupų apatinėje dermos dalyje. Melanocitinės dėmės dažniausiai pastebimos kryžkaulio srityje, tačiau gali atsirasti ir ant veido, pečių, juosmens arba sėdmenų srityse. Retesnė mongolinių dėmių forma yra įgimta odos melanocitozė, kuri atsiranda ant naujagimio galūnių. Didžiausias mongolinių dėmių paplitimas būdingas afroamerikiečių, azijiečių, indų ir romėnų naujagimiams bei siekia 80 proc., o šviesaus gymio europiečių naujagimiams mongolinės dėmės pasireiškia rečiau [21, 40].

**Gydymas.** Mongolinės dėmės įprastai nereikalauja specifinio gydymo, išnyksta per kelias savaites, gali trukti iki metų [21, 40].

### ĮGIMTI MELANOCITINIAI APGAMAI

Įgimtų apgamų atsiradimas kūdikystės laikotarpiu yra siejamas su gerybine melanocitų proliferacija epidermyje, dermoje

arba abiejuose sluoksniuose. Įgimti apgamai kūdikiams gali būti susiformavę nuo pat gimimo, tačiau kai kurie jų gali išryškėti per pirmuosius kelerius gyvenimo metus. Pagal melanocitų jungties tipą, įgimti apgamai skirstomi į: jungties, dermalinius, kompleksiniu ir mišrius. Taip pat jie klasifikuojami pagal savo dydį: mažus (1,5 cm ir mažesnius), vidutinio dydžio (1,5–19,9 cm) ir didelius (didesnius arba lygius 20 cm) [41, 42]

Kliniškai stebimos rudos arba rusvos spalvos aiškių ribų dėmės, papulės, plokštelės, kurios, vaikui augant, gali proporcingai didėti (10 pav.). Su amžiumi įgimti apgamai šviesėja, išryškėja plaukai ant apgamo. Kartais aplink įgimtus apgamus gali būti matoma šviesi aureolė (vadinamasis Halo apgamas) [41–43].

Įgimta odos melanoma naujagimiams labai reta, literatūroje aprašyti tik keli atvejai, todėl nėra pateikiama konkrečių naujagimių melanomos patogenezės ir gydymo standartų [44]. Įgimtų melanocitinių apgamų išsivystymas į melanomą taip pat labai retas, svyruoja nuo 0 iki 4,9 proc. mažų ir nuo 1 iki 31 proc. didelių įgimtų apgamų atveju [43].

Klinikinis tyrimas remiasi dermatoonkologo konsultacija ir dermatoskopija. Jeigu vaikui su įgimtu apgamu pasireiškia neurologinė simptomatika arba įgimtas apgamas yra didesnis nei 40 cm dydžio, turi daugiau nei 20 satelitų tikslinga atlikti MRT tyrimą dėl galimos centrinės nervų sistemos pažeidimo. Jei yra pakitimų, būtina vaiką siųsti neurologui konsultuoti.

**Gydymas.** Įgimtų apgamų stebėseną yra būtina naujagimiui augant, ypač tais atvejais, kai įgimti apgamai iš pažiūros ima keisti savo apimtį, kinta paviršiaus grublėtumas, apgamai įgauna spalvos ir struktūros pokyčių. Stebint nebūdingus apgamų pokyčius, apgamai gali būti eskscizuojami chirurginiu būdu. Skirtingi literatūros šaltiniai pateikia skirtingas rekomendacijas dėl chirurginio įgimtų apgamų gydymo. Didelių ir labai didelių apgamų esksciziją rekomenduojama atlikti pirmais gyvenimo metais, nes oda pasižymi didesniu elastingumu, o atrofinių randų tikimybė yra kur kas mažesnė. Chirurginis gydymo būdas yra pasirenkamas priklausomai nuo įgimto apgamo dydžio ir lokalizacijos. Dažniausiai rekomenduojamas chirurginis apgamų šalinimas, atliekant plastiką audinių pletimo lopais arba transplantais, ir (arba) atliekant etapinę esksciziją [43].

### APIBENDRINIMAS

Dauguma naujagimių kenčia nuo odos bėrimų, kurie yra visiškai normalūs ir dažnai



10 pav. Įgimti naujagimių apgamai (vidutinio dydžio)

Šaltinis: Farabi B, Akay BN, Goldust M, Wollina U, Atak MF, Rao B. Congenital melanocytic naevi: An up-to-date overview. *Australas J Dermatol.* 2021 May;62(2):e178–e191. doi: 10.1111/ajd.13535. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33591589.

išnyksta be papildomo gydymo. Kai kurie naujagimių odos bėrimai gali būti susiję su alergijomis arba infekcijomis ir gali reikauti papildomos medicininės priežiūros. Gydytojai praktikoje dažnai susiduria su įvairiais naujagimių odos bėrimais, todėl yra svarbi tėvų edukacija ir gydytojų kvalifikacijos kėlimas, siekiant atpažinti bėrimų kilmę ir skiriant tikslingą gydymą. Svarbu, kad tėvai būtų pakankamai informuojami apie dažniausias naujagimių odos būkles, jų odos priežiūrą ir žinotų, kada būtina kreiptis į gydytoją.

### LITERATŪRA

1. Hoeger P, Kinsler V, Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al., editors. *Harper's textbook of pediatric dermatology.* Wiley; 2019.
2. Zuniga R, Nguyen T. Skin conditions: common skin rashes in infants. *FP Essent.* 2013 Apr; 407:3–41. PMID: 23600337.
3. Rayala BZ, Morrell DS. Common Skin Conditions in Children: Neonatal Skin Lesions. *FP Essent.* 2017 Feb;453:11–17. PMID: 28196316.
4. Stamatatos GN, Nikolovski J, Luedtke MA, et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology.* 2010, vol. 27, no. 2, p. 125–131.
5. Chiou YB, Blume-Peytavi U. Stratum corneum maturation. A review of neonatal skin function. *Skin Pharmacology and Physiology.* 2004, vol. 17, no. 2, p. 57–66.
6. Yosipovitch G, Maayan-Metzger A, Merlob P, et al. Skin barrier properties in different body areas in neonates. *Pediatrics.* 2000, vol. 106, no. 1, part 1, pp. 105–108.



7. Evans NJ, Rutter N. Development of the epidermis in the newborn, *Biology of the Neonate*, 1986;49(2):74–80.
8. Fluhr JW, Darlenski R, Taieb A, et al. Functional skin adaptation in infancy – almost complete but not fully competent, *Experimental Dermatology*, 2010; 19(6):483–492.
9. Brenner M, Hearing VJ. The protective role of melanin against UV damage in human skin, *Photochemistry and Photobiology*, 2008;84(3):539–549.
10. Mack MC, Tierney NK, Ruvolo JrE, Stamatas GN, et al. Development of solar UVR related pigmentation begins as early as the first summer of life, *The Journal of Investigative Dermatology*, 2010;130(9):2335–2338.
11. Vitellaro-Zuccarello L, Cappelletti S, Dal Pozzo Rossi V, et al. Stereological analysis of collagen and elastic fibers in the normal human dermis: variability with age, sex, and body region, *The Anatomical Record*, 1994; 238(2):153–162.
12. Kutlubay Z, Tanakol A, Engyn B, Onel C, et al., *Newborn Skin: Common Skin Problems*. Maedica (Bucur). 2017 Jan;12 (1):42–47. PMID: 28878836; PMCID: PMC5574071.
13. Taieb A, Boralevi F. Common Transient neonatal dermatoses. In: *Textbook of Pediatric Dermatology*. Eds. Harper, Oranje A, Prose N, 2th ed, Oxford, Blackwell Publ 2006; p. 55–66.
14. Eichenfield L, Larralde M. Neonatal skin and skin disorders. *Pediatric Dermatology*, Eds. Schachner LA, Hansen RC. 3th Ed. London, Mosby, 2003:205–262.
15. Atherton DJ, Gennery AR, Cant AJ. The Neonate. In: *Rook's Textbook of Dermatology*. Eds. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 7th Ed, Oxford, Blackwell Publ 2004;14.1–14.86.
16. Sachdeva M, Kaur S, Nagpal M, Dewan SP. Cutaneous lesions in new born. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:334–337.
17. Honda Y, Egawa K, Baba Y, Ono T. Sweat duct milia immunohistological analysis of structure and three dimensional reconstruction. *Arch Dermatol Res* 1996;288:133–139.
18. Nguyen NV. Pediatric Milia [Internet]. Medscape.com. 2022 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/910405-overview>.
19. Carr JA, Hodgman JE, Freedman RI, Levon NE. Relationship between toxic erythema and infant maturity. *Am J Dis Child* 1966;112:12–134.
20. Bassukas ID. Is erythema toxicum neonatorum a mild self-limited acute cutaneous graft-versus-host-reaction from maternal-to-fetal lymphocyte transfer? *Med Hypotheses*. 1992;38:334–338.
21. Neil S. Prose, Leonard Kristal. *Weinberg's Color Atlas of Pediatric Dermatology*, 5 Edition, 2008.
22. Cohen BA. Neonatal dermatology. In: *Pediatric Dermatology*. Cohen BA, Editor, 3rd Ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005, pp. 15–16.
23. Chang MW, Orlow SJ. Neonatal, pediatric and adolescent dermatology. In: *Fitzpatrick's Dermatology in Medicine*. Eds. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA Ka' Si. 6th ed. New York, McGraw-Hill Co.
24. Godínez-Chaparro JA, Vidauri-De la Cruz H. Acné en el recién nacido [Acne in the newborn]. *Boletín médico del Hospital Infantil de México vol. 78,5 (2021): 443–449*. doi:10.24875/BMHIM.20000327
25. PekcanYasar S, Mansur T. Newborn skin physiological findings. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2005;14:184–192.
26. Eichenfield L, Larralde M. In: *Neonatal skin and skin disorders*. *Pediatric Dermatology*, Eds. Schachner LA, Hansen RC. 3th Ed. London, Mosby. 2003:205–262.
27. O'Connor NR, Mc Laughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician* 2008;77: 47–52.
28. Reginatto FP, Villa DD, Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. *An Bras Dermatol*. 2016 Apr;91(2):124–34. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164285. PMID: 27192509; PMCID: PMC4861557.
29. Niamba P, Weill FX, Sarlangue J, et al. Is common neonatal cephalic pustulosis (neonatal acne) triggered by Malassezia sympodialis? *Arch Dermatol*. 1998, Aug;134(8):995–8. doi: 10.1001/archderm.134.8.995. PMID: 9722730.
30. Antoniou C, Dessinioti C, Stratigos AJ, Katsambas AD. Clinical and therapeutic approach to childhood acne: an update. *Pediatr Dermatol*. 2009 Jul–Aug;26(4):373–80. doi: 10.1111/j.1525-1470.2009.00932.x. Review. PubMed PMID: 19689511.
31. Leung AKC, Barankin B, Hon KL. Persistent salmon patch on the forehead and glabella in a chinese adult. *Case reports in medicine*, *Case Rep Med*. 2014;2014:139174. doi: 10.1155/2014/139174
32. Wassef M, Blei F, Adams D et al. Vascular Anomalies Classification: Recommendations from the International Society for the Study of Vascular Anomalies. *Pediatrics*. 2015;136:e203–14.
33. Garzon MC, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: evidence for an association. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:275–9.
34. North PE, Waner M, Mizeracki A, et al. GLUT1: a newly discovered immunohistochemical marker for juvenile hemangiomas. *Hum Pathol* 2000;31:11
35. Stamatas GN, Nikolovski J, Luedtke MA, Kollias N, et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level, *Pediatric Dermatology*, 2010;27(2):125–131.
36. Kliegman RM, et al. Vascular disorders. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2020. <https://www.clinicalkey.com>.
37. Rodríguez Bandera AJ, Sebatnam DF, Wargon O, Wong L-CF. Infantile hemangioma. Part 1: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and assessment. *J Am Acad Dermatol*, 2021 Dec;85(6):1379–1392. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.019
38. Metry DW. Infantile hemangiomas: Management. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed Feb. 22, 2019.
39. Metry DW. Infantile hemangiomas: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, and complications. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed Feb. 22, 2019.
40. McK-Garrett TM. Assessment of the newborn infant. Access to Internet: Assessment of the newborn infant – UpToDate.
41. Moles. American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org/public/diseases/a-z/naevus-overview>. Accessed Oct. 11, 2021.
42. Hawryluk EB, et al. Pediatric melanoma, moles, and sun safety. *Pediatric Clinics of North America*. 2014; doi:10.1016/j.pcl.2013.11.004.
43. Farabi B, Akay BN, Goldust M, Wollina U, Atak MF, Rao B. Congenital melanocytic naevi: An up-to-date overview. *Australas J Dermatol*. 2021 May;62(2):e178–e191. doi: 10.1111/ajd.13535. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33591589.
44. Zhou J, Lv M-X, Duan L, et al. Giant congenital nodular melanoma in a newborn: a case report and literature review. *BMC Pediatr* 21, 121 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02590-7>.

Gauta: 2023 03 13  
Priimta spausdinti: 2023 03 27

## LĒTINĖMIS ODOS LIGOMIS SERGANČIŲ ASMENŲ MIEGO KOKYBĖS VERTINIMAS

**Darbo autorės.** Rugilė PETRUOKAITĖ, Gabrielė ŽALIUKAITĖ (IV kursas).

**Darbo vadovai.** Jaun. asist. Tadas RAUDONIS, VUL SK Dermatovenerologijos centras, VU MF Infekcinių ligų ir Dermatovenerologijos klinika, gyd. rez. Augė LESINSKAITĖ, VU MF, VUL SK Dermatovenerologijos centras.

**Darbo tikslas.** Įvertinti lėtinėmis odos ligomis sergančių asmenų miego ir gyvenimo kokybės sąsajas bei poveikį psichologinei būklei.

**Darbo metodika.** Atliktas pjūvinis anketinis tyrimas, tiriamieji – lėtine odos liga sergantys asmenys. Apklausa vykdyta VUL SK Dermatovenerologijos centre ir internete 2022 metų sausio – kovo mėnesiais. Respondentai užpildė pateiktus anoniminius klausimynus: dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (DLQI), nerimo ir depresijos skalė (HAD), Rosenberg savivertės skalė, Pitsburgo miego kokybės indeksas (PSQI), taip pat autorių sudarytą anketą, kurioje buvo pateikti klausimai apie demografinius duomenis, ligos trukmę, gretutines ligas, vartojamus medikamentus. Duomenys išanalizuoti naudojantis SPSS20 programine įranga. Intervaline skale išreikštų vidutinių reikšmių palyginimui buvo taikyti neparamestriniai Mann-Whitney, Stjudento t testai ir ANOVA F testai. Nominaline skale išreikštų kintamųjų skirtumų tarp atskirų tyrimo dalyvių grupių nustatymui buvo apskaičiuoti  $\chi^2$  kriterijai. Ryšių tarp atskirų kintamųjų reikšmingumui nustatyti taikyta Spearman koreliacija. Skirtumai tarp dviejų imčių laikomi statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

**Rezultatai.** Anketą užpildė 85, į statistinę analizę įtraukti 79 respondentai, iš jų 47 proc. (n=37) vyrai. Tiriamųjų amžiaus vidurkis  $\pm 43,7$  metai, vidutinė ligos trukmė –  $\pm 13,04$  metų. Respondentų odos ligos buvo išskirtos į dvi grupes – psoriazė (I grupė) (n=44) ir kitas lėtines odos ligas (atopinis dermatitas, mazginis niežulys, opos, kerpligė, vitiligo ir kt.) (II grupė) (n=35). Remiantis PSQI klausimynu, 72 proc. (n=57) visų tiriamųjų nustatyta bloga miego kokybė. Iš jų 53 proc. (n=30) sirgo psoriaze ir 47 proc. (n=27) – kitomis lėtinėmis odos ligomis. Pagal PSQI rezultatus 88 proc. moterų ir 54 proc. vyrų miego kokybė buvo bloga ( $p=0,01$ ). Medikamentus miego kokybei gerinti vartojo 43 proc. respondentų. I grupėje 88 proc. tiriamųjų, kurie vartojo vaistus miego kokybei gerinti, ir 56 proc. tiriamųjų, kurie tokių vaistų nevartojo, miego kokybė buvo bloga ( $p=0,023$ ). Sergančiųjų gretutinėmis ligomis tarp visų respondentų nustatyta 66 proc. (n=52). Vaistus gretutinėms ligoms gydyti vartojo 57 proc. (n=45) apklaustųjų. II grupėje 91 proc. (n=20) tiriamųjų, kurie vartojo vaistų ne odos ligoms gydyti, ir 54 proc. (n=7) tiriamųjų, kurie tokių vaistų nevartojo, miego kokybė buvo bloga ( $p=0,012$ ). Remiantis HAD skale, 77 proc. (n=61) tiriamųjų nelinkę į depresiją, tačiau 46 proc. (n=36) buvo ribinėje nerimo grupėje ar turėjo polinkį į nerimą. Nustatyta, kad aukštesnis HAD-A

balas lėmė blogesnę miego kokybę ( $r=0,350$ ;  $p=0,002$ ). Pagal Rosenberg skalę 33 proc. ( $n=26$ ) respondentų savivertė buvo žema, 10 proc. ( $n=8$ ) – aukšta, o likusiųjų – normali. Apskaičiuotas visų apklaustųjų DLQI balo vidurkis – 7,72, todėl ligos įtaka gyvenimo kokybei vidutinė. DLQI balo vidurkis I ir II grupėse atitinkamai buvo 8,32 ir 6,97. Respondentų, kurių miego kokybė gera, ligos trukmės vidurkis buvo 15,32 metai, o tų, kurių miego kokybė bloga – 12,16 metų ( $p=0,984$ ).

**Išvados.** Daugumos apklaustųjų pastarojo mėnesio miego kokybė buvo bloga. Moterų, sergančių lėtinėmis odos ligomis, miego kokybė prastesnė nei vyrų. Beveik pusė apklaustųjų vartojo medikamentus miego kokybei gerinti. I grupėje tiriamųjų vartojusiųjų medikamentų miegui gerinti, miego kokybė buvo statistiškai reikšmingai blogesnė nei nevartojusiųjų. Taip pat nustatyta, kad II grupėje prastesnė miego kokybė, kai vartojami medikamentai gretutinėms ligoms gydyti. Beveik pusė tiriamųjų turėjo polinkį į nerimą arba buvo ribinėje nerimo grupėje. 1/3 apklaustųjų pasižymėjo žema saviverte. Nustatyta, kad lėtinės odos ligos įtaka tiriamųjų gyvenimo kokybei yra vidutinė. Ryšys tarp gyvenimo kokybės ir lėtinės odos ligos trukmės neaptiktas.

**Raktažodžiai.** Lėtinės odos ligos; miego kokybė; gyvenimo kokybė; savivertė; nerimas; depresija; psoriazė.