



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ
ДИТЯЧОГО ВІКУ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
Всеукраїнської науково-практичної конференції
16-17 травня 2024 р.**



**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2024**

ЗМІСТ

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШКІРИ ДИТЯЧОГО ВІКУ Макуріна Галина Іванівна	5
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК БРАДИКІНІН-ІНДУКОВАНОГО АГІОНАБРЯКУ Ярцева Дар'я Олександрівна.....	8
АКТУАЛЬНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ВПЛ ШКІРИ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ Головкін Анатолій Вячеславович.....	12
МАСТОЦИТОЗ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ Веретельник Олександр Володимирович	14
УРАЖЕННЯ ШКІРИ ПРИ COVID-19 У ДІТЕЙ Лямцева Олена Валентиніна, Недельська Світлана Миколаївна.....	16
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ПАЦІЄНТІВ В КОНТЕКСТІ ПСИХОДЕРМАТОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ Чернеда Лілія Олексіївна.....	18
АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ Веретельник Ксенія Олександрівна	21
ПРОГНОЗУЮЧІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Дейніченко Олена Валеріївна, Онопченко Світлана Павлівна, Павлюченко Михайло Іванович	23
EXISTING TREATMENT METHODS FOR THE DEVELOPMENT OF FETAL GROWTH RETARDATION Olena Deinichenko, Kyrychenko Mykhailo, Kolokot Natalia.....	26
СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ: ПАТОГЕНЕЗ МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕНЬ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ Сюсюка Володимир Григорович, Сергієнко Марина Юріївна	29

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШКІРИ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Макуріна Галина Іванівна

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Шкіра є найбільшим органом організму людини, його основна функція – захищати організм від шкідливих факторів зовнішнього середовища і водночас, отримуючи стимулятори ззовні, дозволяти організму відповідним чином реагувати. Шкіра новонародженого за своєю структурою і функціями істотно відрізняється від шкіри дорослої людини. Відмінностями є будова епідермісу, дерми, підшкірної клітковини, а також придатків шкіри: волосся, нігтів, залоз. Дитяча шкіра значно тонша. Епідермальний бар'єр у немовлят ще незрілий. Погано розвинений гідроліпідний покрив шкіри, дефіцит шкірного сала, що виробляється сальними залозами, а також харчова та інгаляційна алергія викликають сухість шкіри, яка часто спостерігається у немовлят. Суха шкіра, навпаки, дуже чутлива до зовнішніх факторів, таких як вітер, низька або висока температура, висока вологість, механічні подразники. Тому знання будови та функцій шкіри дитини, використання відповідних дермокосметичних засобів і принципів щоденного догляду за немовлятами та дітьми мають вирішальне значення для правильного функціонування молодого організму. Неправильно підібраний догляд може порушити баланс мікробіоти та погіршити рН шкіри, що призведе до інфекцій.

Епідерміс у немовлят приблизно на 20% тонший, ніж у дорослих. Кератиноцити, які утворюють шар епідермісу, менші і не так міцно з'єднані. Базальний шар (*stratum basale*) складається з одного шару клітин і приблизно на 30% тонший. Є мізерні напівдесмосоми, що з'єднують епідерміс з базальною мембраною. Остистий шар створює слабші міжклітинні зв'язки, утворюючи менше десмосом. Зернистий шар (*stratum granulosum*) слабо виражений і практично вкраплений. Плоский шар (*stratum corneum*) дуже тонкий і делікатний.

Тому він не є ефективним бар'єром проти зовнішніх факторів, які швидше засвоюються організмом. Крім того, у немовлят спостерігається вищий рівень TEWL (транsepідермальна втрата води), що пов'язано з відмінностями в структурі корнеоцитів і складі внутрішньоклітинного цементу. Епідермальний бар'єр незрілий. До першого року життя рівень NMF (природного зволожуючого фактора) поступово зростає, забезпечуючи кращий рівень зволоження епідермісу. Епідерміс новонароджених має товщину близько 50 мкм, тоді як у дорослих – до 0,5 мм .

Одразу після народження так званий вернікс забезпечує дуже низький TEWL. У внутрішньоутробному житті вернікс захищає від амніотичної рідини та ферментів, має антимікробні властивості, знижує рН поверхні шкіри, забезпечує ліпіди та зволоження.

Дитяча шкіра приблизно в 10 разів тонша, ніж шкіра дорослої людини. Також дерма-епідермісна межа у дітей більш товста. Дослідження, проведені Stamatas et al. стверджують, що межа між папілярною та сітчастою ділянками помітна лише у дорослих. Дерма характеризується багатою клітинною структурою з переважанням фібробластів. Мережа колагенових і еластинових волокон незріла, волокна тонкі і недостатньо стійкі до механічних подразників. Правильна мережа колагенових і еластинових волокон формується у віці від 3 до 5 років. Колаген типу III є домінуючим волокном у внутрішньоутробному житті і поступово замінюється колагеном типу I, який переважає в шкірі дорослої людини. Одразу після народження шкіра немовляти багата глікозаміногліканами, які зв'язують молекулу води і забезпечують правильний рівень зволоження шкіри. Протягом перших місяців життя судинна мережа шкіри поступово розвивається, утворюючи глибоке судинне сплетення, верхнє судинне сплетення та капілярні петлі в дермальних сосочках. Дрібні кровоносні судини в дермальних сосочках постачають до епідермісу поживні речовини, кисень, гормони тощо.

Відмінності між шкірою немовлят і дорослих проявляються в щільності і розташуванні дермальних сосочків. Співвідношення шкіри дитини до маси тіла в 3 рази більше, ніж у дорослих. Тому потенціал концентрації зібраних речовин у тканинах немовлят і немовлят значно вищий. Більше співвідношення поверхні тіла до маси тіла підвищує біологічну доступність.

Підшкірна клітковина розвивається приблизно на шостому місяці внутрішньоутробного життя. Після народження вона нагадує підшкірну клітковину дорослої людини, але більш тонка. Протягом усього дитинства жирова тканина і адипоцити поступово збільшуються. Отже, кількість адипоцитів зумовлена нашим дитинством. Недорозвинена мережа колагенових і еластинових волокон, а також підшкірної тканини є причиною відсутності належної ізоляції, яка служить для збереження тепла тіла. Механізми терморегуляції ще не працюють ефективно.

Під час внутрішньоутробного життя дитина вкрита сумішшю мертвих клітин і шкірного сала, що утворює вернікс. Протягом приблизно 3 місяців після пологів робота сальних залоз регулюється під впливом системи управління гормонами матері, особливо андрогенами. Вироблення шкірного сала посилюється, і у немовлят можуть бути неонатальні прищі, міліуми та молочна шкіра. Найбільше шкірного сала виділяється через кілька годин після народження, досягаючи піку в перший тиждень життя, після чого поступово зменшується. Рівень виділення шкірного сала знижується після першого місяця життя і майже припиняється, коли дитині виповнюється 3 місяці. Згодом більшість немовлят мають нормальну шкіру, або суху, аж до статевого дозрівання. Кількість сальних залоз залишається більш-менш незмінною протягом усього життя, а з віком вони стають більшими.

Немовлята народжуються з повністю сформованими еккринними потовими залозами, але нервова система та судинна мережа, що керує ними, ще не повністю розвинулися. Система терморегуляції не працює повністю, тому дитині важливо

не перегріватися. Секреція потових залоз відрізняється залежно від місця тіла. Після народження секреція зменшується або залишається стабільною на руках, підшвах і передпліччях. Він не досягає рівня, який спостерігається у дорослих, поки дитині не виповниться рік. У ділянці чола, верхніх кінцівок і живота вже на 2-7-му добу життя спостерігається подібна до дорослих величина секреції потових залоз.

З моменту першого контакту діти, народжені природним шляхом, заселяються материнською мікрофлорою родових шляхів і шкіри. Розвиток належного мікробіому травної системи та шкіри забезпечує здоровий, стійкий розвиток. Новонароджені діти, які народилися природним шляхом, накопичують *Lactobacillus* spp., *Prevotella* spp. і *Sneathia* spp., тоді як шкіра дітей, народжених шляхом кесаревого розтину, в основному населена видами *Staphylococcus*, *Corynebacterium* і *Propionibacterium*. Склад бактеріальної флори на поверхні шкіри змінюється протягом першого року життя дитини. Мікробний дисбаланс, що викликає порушення міжвидової та внутрішньовидової взаємодії мікроорганізмів, може призвести до інфекції. Рівень рН шкіри новонародженого є нейтральним або навіть злегка лужним, приблизно від 6,34 до 7,5, і починає падати лише з часом і стає кислим при рН 5,5. Згідно з різними джерелами, рН шкіри дитини нормалізується між 14 днями і приблизно до 1 року. Заселення бактерій на тілі немовляти відбувається в перші 2-3 дні його життя. Вважається, що на 1 см² шкіри розвивається 50-60 мільйонів бактерій. Надмірно агресивні, особливо сильнолужні мийні засоби та вода з високою температурою ванни можуть порушувати рН гідроліпідного шару шкіри немовлят і викликати дисбактеріоз мікробіоти.