



Эксфолиативный дерматит Риттера



проф. Провизион А.Н.
Врач-ординатор Трохимчук А.С.

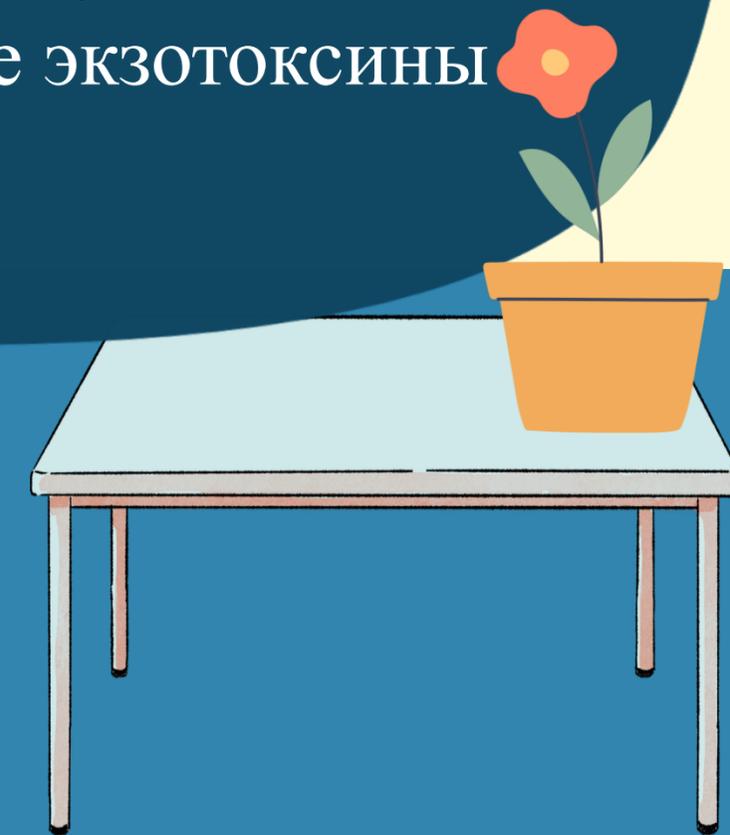
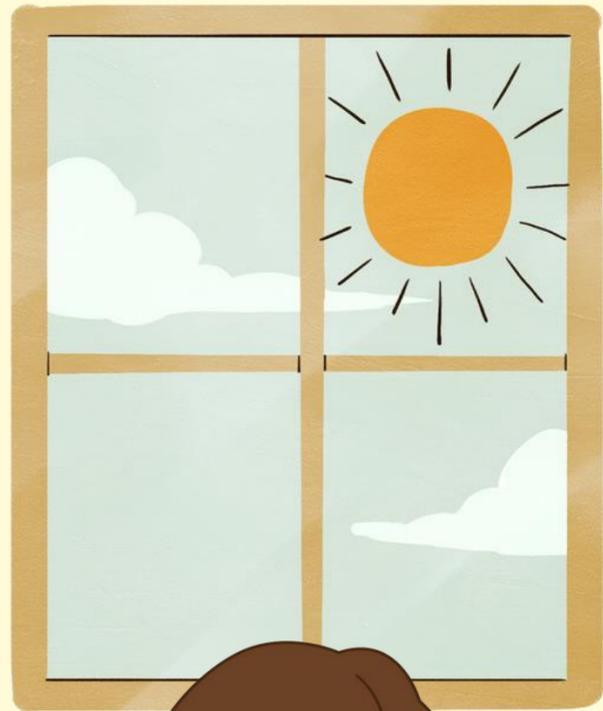
г. Донецк
15.01.2025г.

История

Эксфолиативный дерматит Риттера впервые был описан в 1870 году чешским педиатром Готтфридом Риттером фон Риттерсхайном

Определение

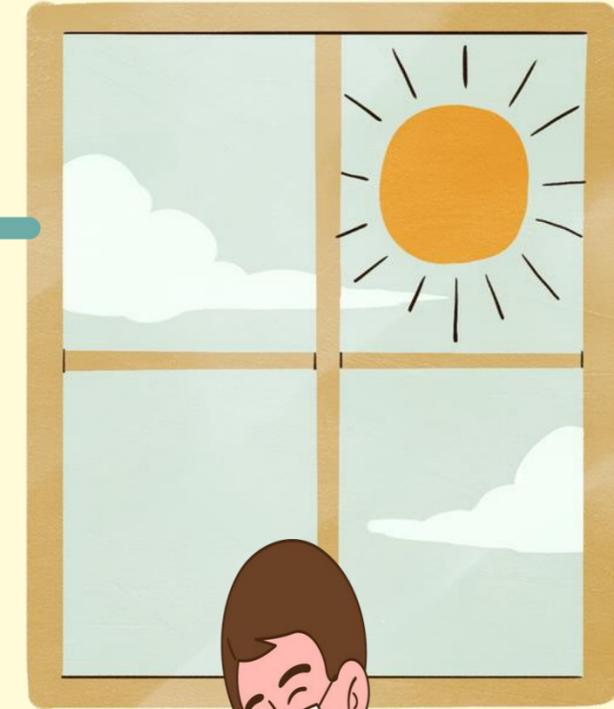
тяжёлое инфекционное поражение кожи новорождённых, вызванное стафилококком второй фаговой группы, продуцирующим эксфолиативные экзотоксины





Характеристика

- Покраснение кожи с образованием вялых пузырей, трансформирующихся в эрозии
- Начинается в области рта, затем распространяется на весь кожный покров и сопровождается выраженным нарушением общего состояния ребенка
- Диагноз устанавливается на основании типичной клиники при исключении других дерматологических заболеваний со схожими проявлениями





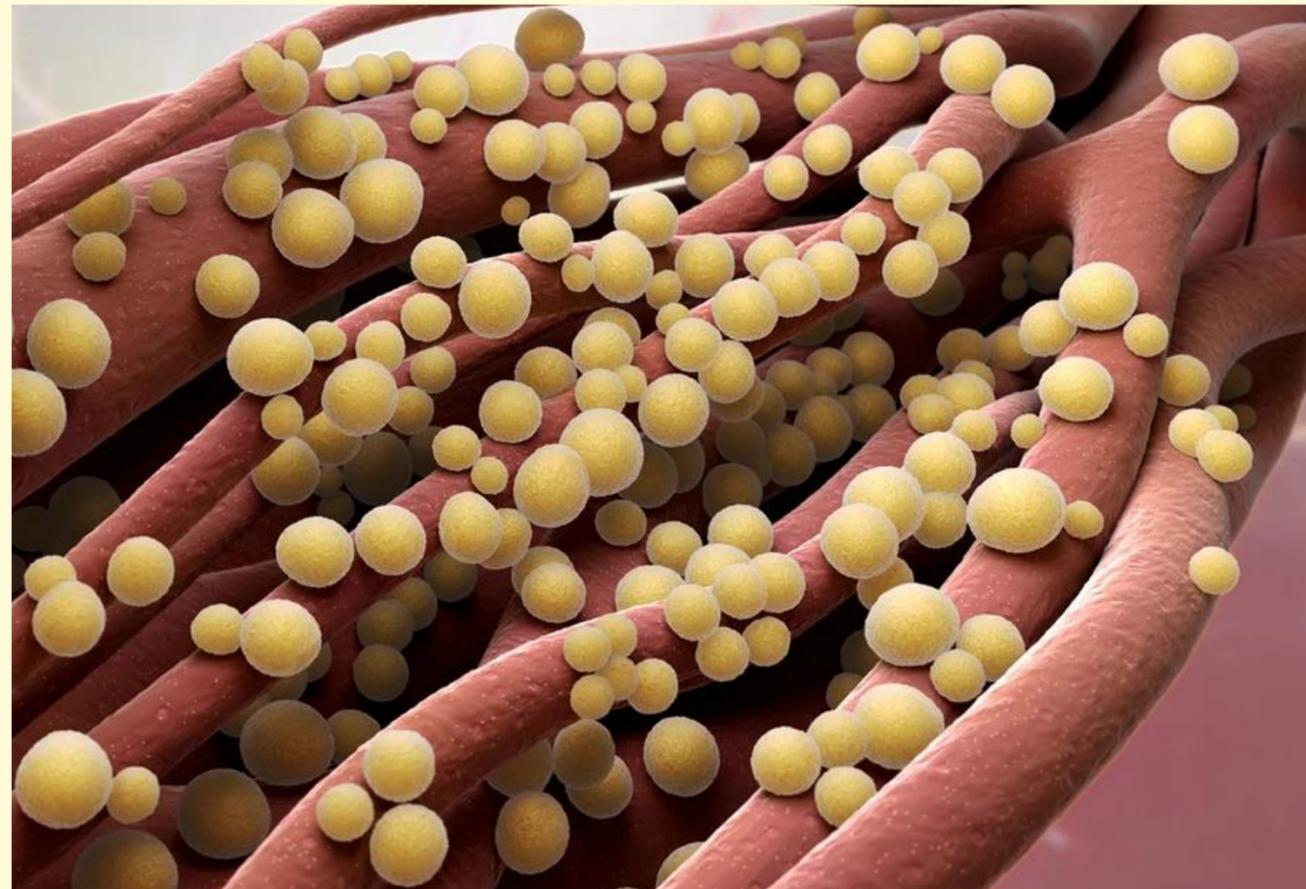
Общие сведения

Дерматит Риттера - особая форма стафилодермии, поражающая младенцев 1-го месяца жизни. В группу риска входят недоношенные и слабые новорожденные с нарушенными приспособительными реакциями к внешней среде



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

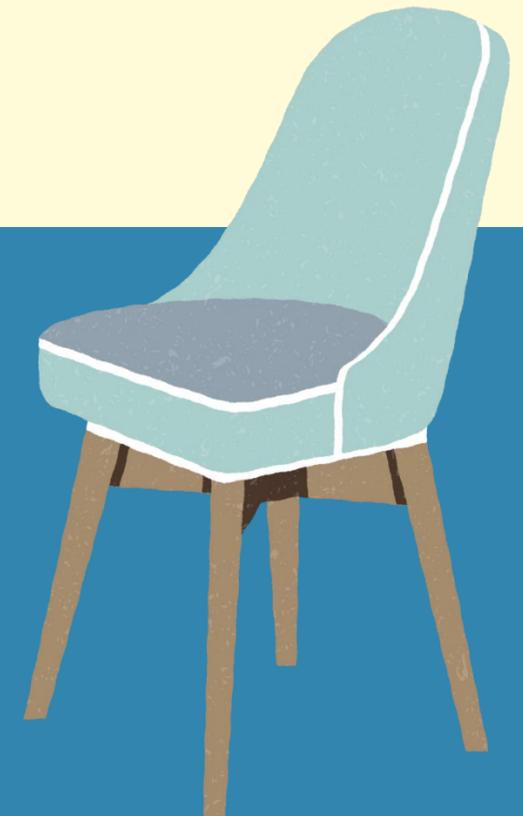
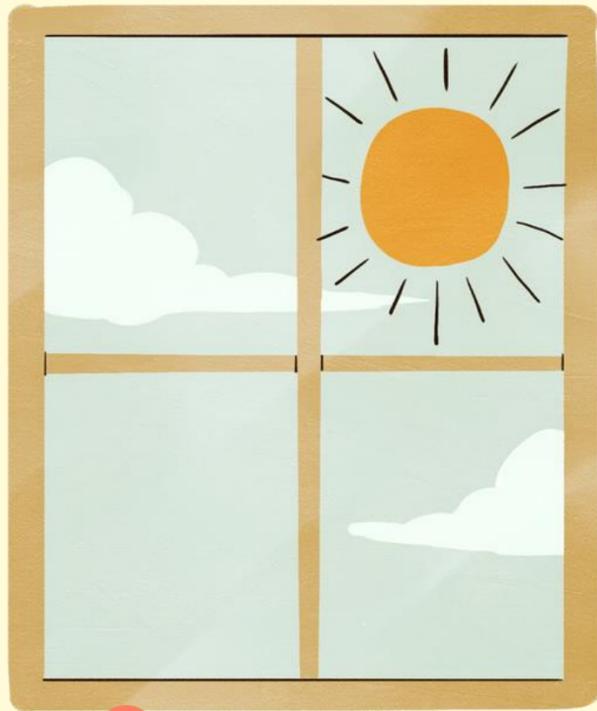
Возбудитель заболевания - золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*) фагогруппы 2, фаготип 71 - шаровидная грамположительная бактерия, которая способна вырабатывать эпидермолитический экзотоксин (эксфолиатин) двух видов: А и В. Эксфолиатины вызывают разрушение десмосом зернистого слоя эпидермиса и отслойку рогового слоя



Этиопатогенез дерматита Риттера



1. Инфицирование кожи новорожденного золотистым стафилококком
2. Заражение новорожденного может происходить от матери или не дообследованного медицинского персонала
3. Слабая барьерной функций кожи и иммунных механизмов у детей первого месяца жизни



Клиническая картина

развивается на 1-2-й недели жизни ребенка. Типично начало заболевания с интенсивного покраснения и пластинчатого шелушения кожи вокруг рта и в области пупка. Кожа ярко гиперемирована, отёчна с большим количеством вялых пузырей. Напоминает ожог 2-й степени. Симптом Никольского положительный

Выделяют 3 стадии заболевания:

1. Эритематозная
2. Эксфолиативная
3. Регенеративная



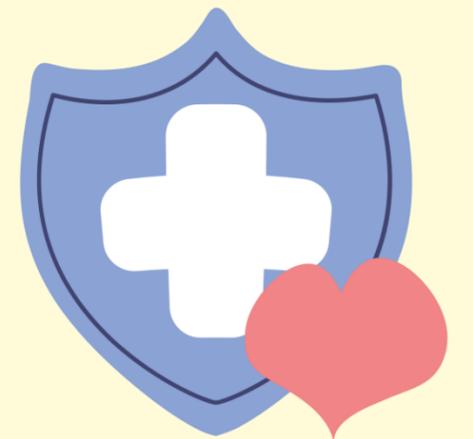
Эритематозная стадия

- ✓ возникает покраснение и отшелушивание кожи в области рта и пупка, затем оно быстро распространяется по крупным складкам кожи, гениталиям и заднему проходу, а потом по всему телу. На поверхности тела возникает отечность, появляются пузыри. Возможно поражение слизистой оболочки рта, красной полосы губ, слизистой половых органов



Эксфолиативная стадия

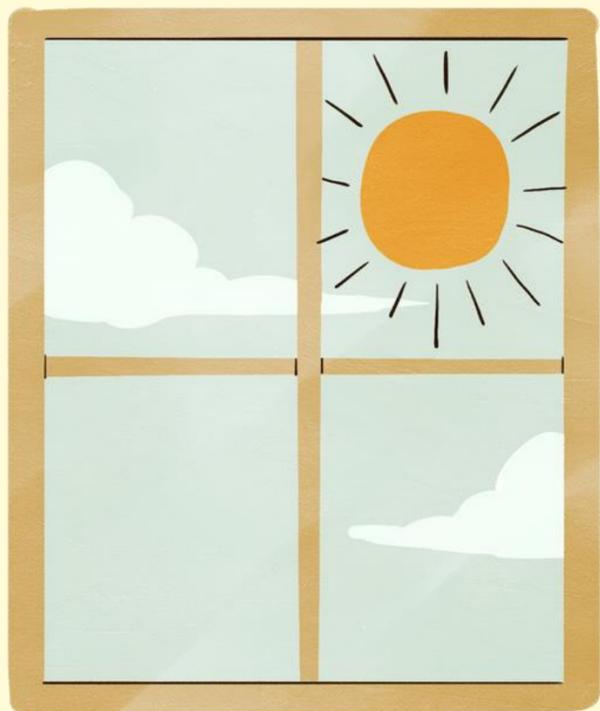
- ✓ Начинается с появлением на месте вскрывшихся пузырей эрозий. Эрозивные дефекты увеличиваются в размерах и склонны сливаться между собой. Внешне клиническая картина этой стадии эксфолиативного дерматита Риттера схожа с ожогом кожи II степени. Состояние новорожденного резко нарушено. Отмечаются подъемы температуры тела до 40°C, диарея, астенизация. Ребенок плохо сосёт грудь и заметно теряет в весе



Регенеративная стадия

✓ Наступает при благоприятном течении эксфолиативного дерматита Риттера. Отмечается уменьшение эритемы и отечности, эпителизация эрозивных поверхностей. Процесс заканчивается выздоровлением ребенка



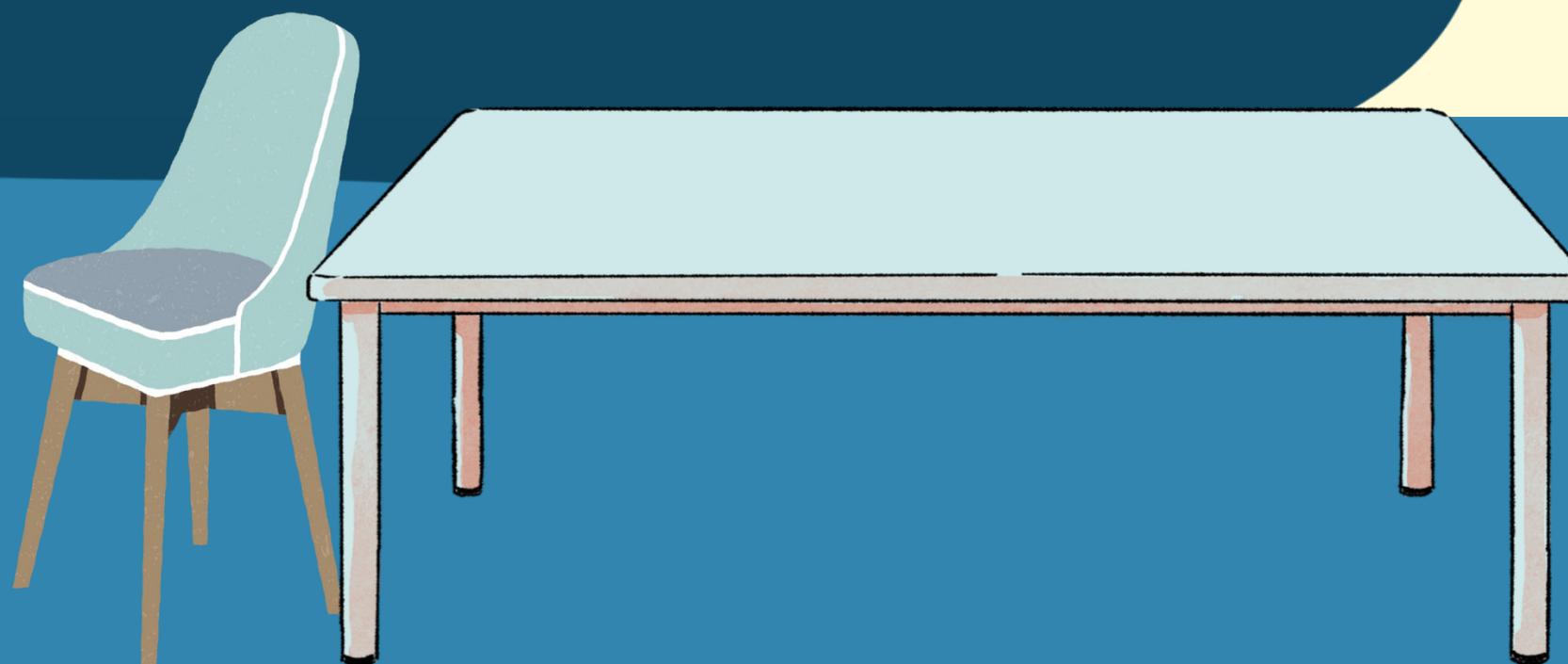


Осложнения заболевания



1. Пневмония
2. Менингит
3. Отит
4. Пиелонефрит
5. Острой энтероколит
6. Флегмоны

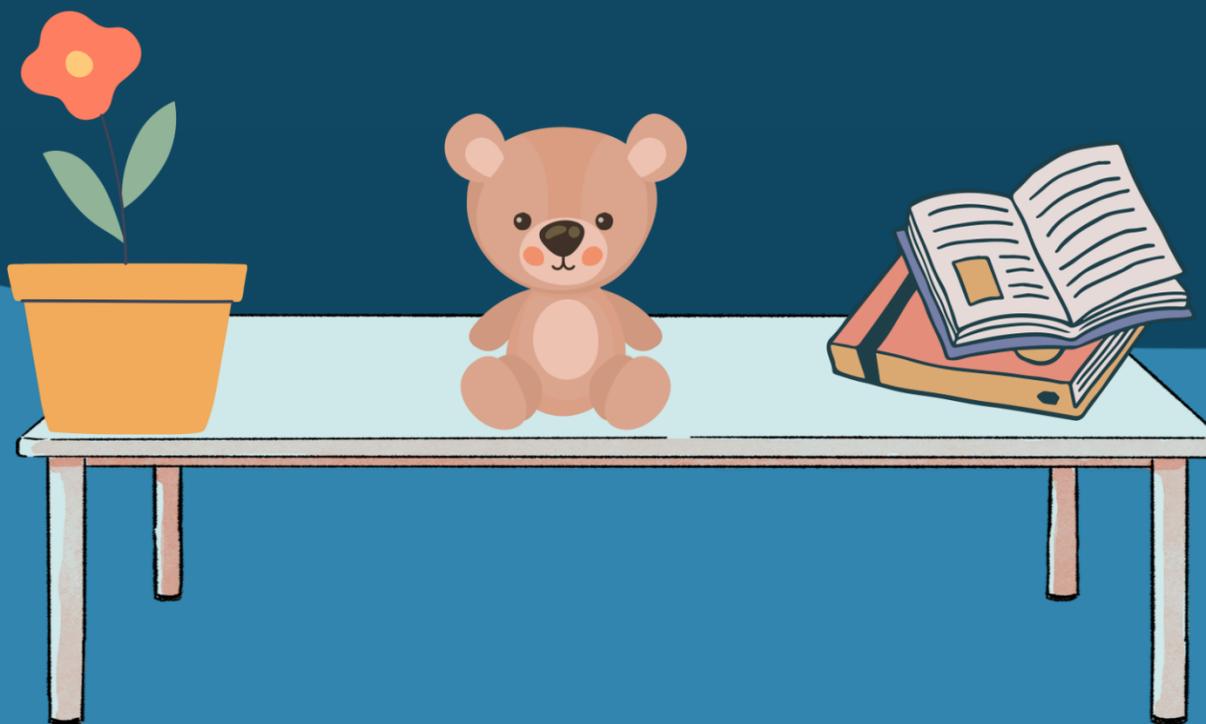
В этих случаях возможен летальный исход заболевания.

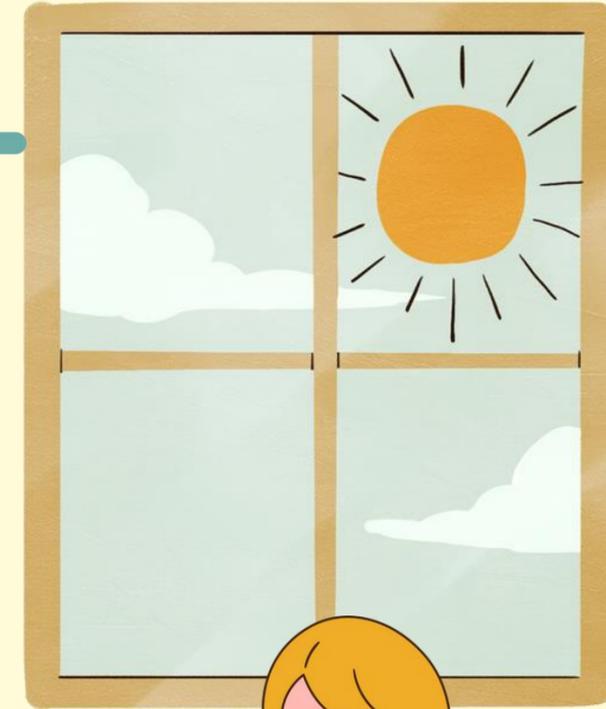




ДИАГНОСТИКА

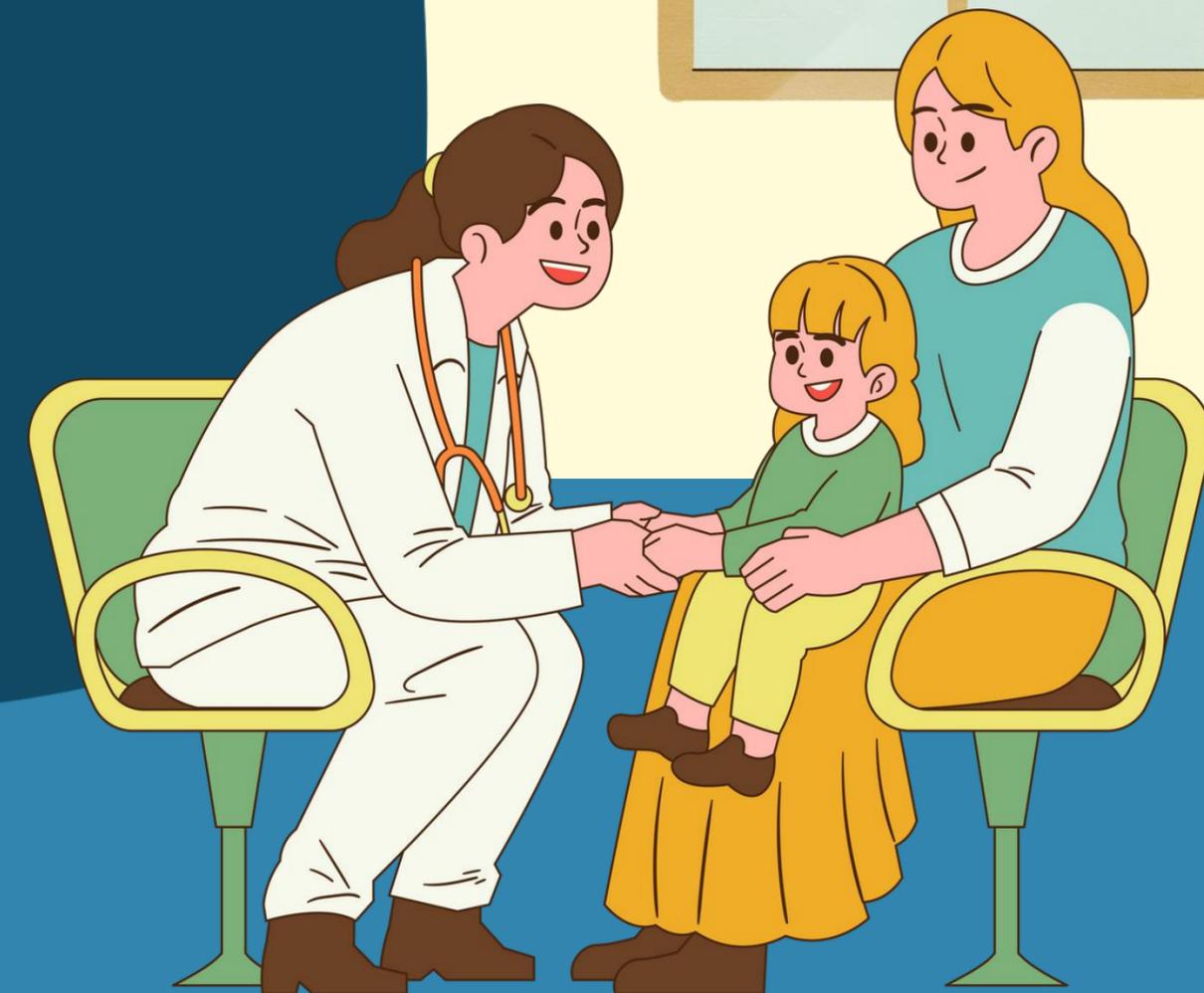
1. Осмотр кожных покровов новорожденного
2. Положительный симптом Никольского
3. Данные общего анализа крови и общего анализа мочи (ОАК: увеличения СОЭ и лейкоцитоз. ОАМ: белок, эпителий и цилиндры)





ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- Врожденная ихтиозиформная эритродермия
- Герпетиформный дерматит Дюринга
- Сифилитическая пузырчатка
- Буллезная форма простого контактного дерматита
- Эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)
- Синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS)



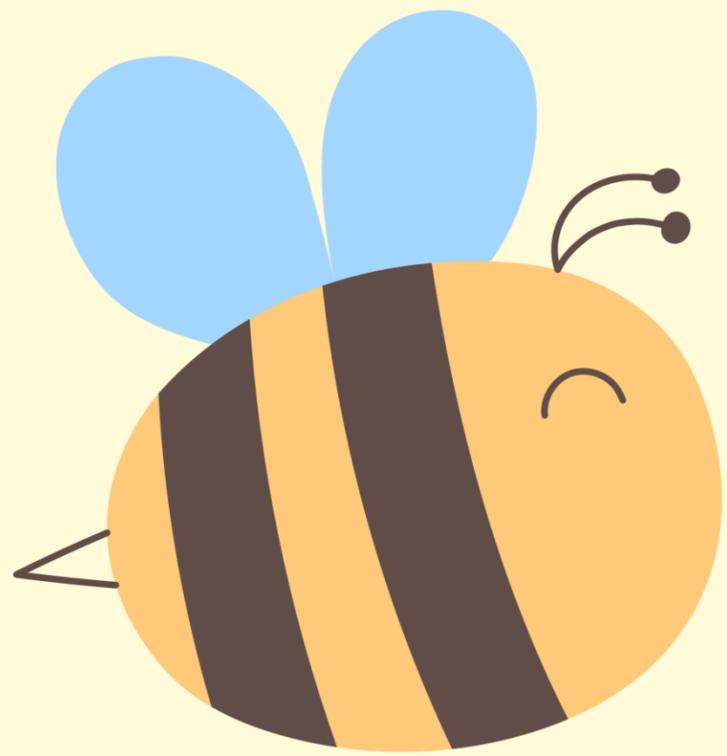
ЛЕЧЕНИЕ

Лечение заключается в антибиотикотерапии, введении парентеральных растворов и средств, повышающих антистафилококковый иммунитет, обработке пораженных участков кожи

- **Антибиотики:** цефалоспоринового и пенициллинового ряда. Бензилпенициллин по 50 000 ЕД каждые 3 часа внутримышечно, эритромицин и др. антибиотики
- **Иммунотерапия:** гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин
- **Детоксикация:** гемодез, 10% альбумина внутривенно, полиглюкин, нативная плазма, 20% раствор глюкозы
- **Витаминотерапия:** аскорбиновая кислота, пиридоксальфосфат, пантотенат, витамины группы В, А и Е, ретинол
- **Наружно:** точечное нанесение 2% водный раствор анилиновых красителей с последующим применением паст и присыпок, содержащих цинка окись (5-10%) с тальком
- Здоровые участки кожи вокруг очагов смазывают 1%-2% водных раствором анилиновых красителей
- Наружно: пузыри прокалывают, тушируют 1% водно-спиртовым раствором анилиновых красителей. Присыпки, аэрозоли с антибиотиками
- Общее УФО. Ванны с раствором перманганата калия

Профилактика

1. Выделение для больных детей отдельных боксов
2. Стерильное нательное и постельное белье с постоянной его сменой
3. Обследование матерей и персонал на золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*)
4. Обязательное кварцевание палат
5. Тщательное соблюдение гигиенического режима в родильных домах



Спасибо за внимание!

