

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:

www.medicisciences.com



Diaper dermatitis in Lithuania: prevalence, methods of prevention and treatment and parents' knowledge

Neringa Borodičaitė¹, Gabija Jasionytė¹, Inga Kisielienė^{2,3}

¹Vilnius University, Faculty of Medicine

²Clinic of Infectious Diseases and Dermatovenereology, Vilnius University, Faculty of Medicine

³Children's Hospital, Affiliate of Vilnius University Hospital Santaros Klinikos

Abstract

Background: Diaper dermatitis (DD) is a common irritant contact dermatitis in the perineal area. It develops after prolonged contact with urine and faeces.

Aim of the study: To identify the incidence and parents' knowledge of DD.

Materials and methods: A cross-sectional study was performed. The questions were designed to collect sociodemographic data and assess parents' knowledge (maximum 15 points).

Results: 739 parents participated in the study. DD occurred in 200 (27.1%) children – 90 (45.0%) girls and 110 (55.0%) boys. 101 (50.5%) children had DD more than once. Recurrence of DD was significantly more frequent in girls than boys (58.9% vs. 43.6%, respectively, $p = 0.021$). The average age for developing DD was 4.69 ± 3.96 months. In most cases general practitioners (31.5%), paediatricians (24.0%) and dermatovenereologists (4.0%) were visited; 40.5% parents did not seek medical attention. 309 (41.8%) respondents said they had insufficient knowledge about DD. 145 (19.6%) parents' knowledge was evaluated as unsatisfactory. There was no significant difference of knowledge between parents whose children had DD and those whose children did not ($p = 0.777$), but younger parents (< 30 years) showed better results than the older ones (≥ 30 years) (10,1 vs. 9,8, respectively, $p = 0.052$).

Conclusions: In Lithuania, 27% of children develop DD, predominantly at the age of 4-5 months. DD tends to reoccur in girls. Low usage of barrier ointment is associated with a higher incidence of DD. Parents, especially those over the age of 30, lack knowledge about DD. More effective educational measures are needed to reduce the incidence of the disease.

Keywords: parental education, parents' knowledge, diaper dermatitis.

Vaikų vystyklų dermatitas Lietuvoje: paplitimas, prevencijos bei gydymo metodai ir tėvų žinios

Neringa Borodičaitė¹, Gabija Jasionytė¹, Inga Kisieliene^{2,3}

¹Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas

²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika

³Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo Vaikų ligoninės Pediatrijos centras

Santrauka

Įvadas: vystyklų dermatitas (VD) – dažnas vaikų iritacinis kontaktinis dermatitas tarpvietės srityje. Liga išsivysto po ilgalaikio kontakto su dirginantį poveikį turinčiais išmatomis ir šlapimu. Tikslus ligos paplitimas nežinomas, kadangi į gydytojus dažnai nesikreipama.

Darbo tikslas: nustatyti VD paplitimą Lietuvoje bei įvertinti tėvų, auginančių vaikus iki 2 metų, žinias apie šią ligą.

Darbo metodika: 2018 rugsėjo – 2019 spalio mėnesiais vykdytas skerspjūvio tyrimas, naudojant originalią anketą. Anketoje pateikiami klausimai skirti surinkti sociodemografinius, sirgusiųjų VD anamnezės duomenis bei įvertinti tėvų žinias (maksimalus įvertinimas – 15 balų).

Rezultatai: Apklausoje dalyvavo 739 tėvai. VD sirgo 200 (27,1%) tėvų vaikų – 90 (45,0%) mergaičių ir 110 (55,0%) berniukų. 101 (50,5%) vaikui VD pasireiškė daugiau nei vieną kartą, liga reikšmingai dažniau kartojosi mergaitėms nei berniukams (58,9% vs. 43,6%, $p = 0,021$). Amžiaus vidurkis išsivysčiusi ligai $4,69 \pm 3,96$ mėnesio. Susirgus dažniausiai kreiptasi į šeimos gydytojus (31,5%), rečiau – į vaikų ligų gydytojus (24,0%) ir dermatovenerologus (4,0%); 40,5% tėvų į gydytojus nesikreipė. 309 (41,8%) apklaustieji teigė, jog turi nepakankamai žinių apie VD. 145 (19,6%) tėvų žinios įvertintos nepatenkinamai. Žinių lygis reikšmingai nesiskyrė tarp tų, kurių vaikai sirgo VD, ir tų, kurių vaikai šia liga nesirgo ($p = 0,777$), tačiau jaunesni nei 30 metų tėvai ligos ypatybes išmanė geriau už vyresnius nei 30 metų (vid. 10,1 vs. 9,8 balai, $p = 0,052$).

Išvados: Lietuvoje VD bent kartą serga apie 27% vaikų, dažniausiai sulaukus 4-5 mėnesių amžiaus. Pastebėta, jog mergaitėms liga linkusi kartotis. Retas barjerinių kremų naudojimas susijęs su didesniu VD susirgimų dažniu. Tėvams, ypač vyresniems nei 30 metų, trūksta žinių apie VD. Norint sumažinti ligos paplitimą, reikalingos efektyvesnės švietimo priemonės.

Raktažodžiai: tėvų švietimas, tėvų žinios, vystyklų dermatitas.

Ivadas

Vystyklų (arba sauskelnių) dermatitu laikomas uždegiminis bėrimas tarpvietės, dengiamos sauskelnėmis, srityje. Liga prasideda kaip neryški eritema su pleiskanojimu, neretai progresuoja į ryškią eritemą su papulėmis, o sunkiais atvejais lemia erozijų ar opų išsivystymą. Bėrimas apima genitalijas, sėdmenis, perianalinę sritį, kartais išplinta į vidines šlaunų ar net juosmens sritis (1). Paprastai bėrimas užtrunka kelias dienas, todėl ligos sukeltas diskomfortas ar skausmas būna trumpalaikis (2). Tačiau ilgiau užsitęsęs vystyklų dermatitas gali komplikotis infekcijomis (dažniausiai *Candida* genties grybelių) ar lemti emocinį stresą tiek vaikams, tiek jų tėvams: pastebimas dažnesnis kūdikių verkimas, sutrikęs maitinimasis ir miegas, retesnis šlapinimasis bei tuštinimasis (1,3,4).

Tikslus vystyklų dermatito paplitimas nežinomas, kadangi, atsiradus bėrimams vystyklų srityje, tėvai dažnai į gydytojus nesikreipia (5). Dažniausiai vystyklų dermatitu sergama iki 24 mėnesių amžiaus, nes šios amžiaus grupės vaikai didžiąją paros dalį praleidžia mūvėdami sauskelnes (2). Nors ši liga yra daugiaveiksni, svarbiausia patogenezės grandimi laikomas odos barjerinės funkcijos pažeidimas. Pastarąjį lemia tarpvietės odos maceracija, trintis su sauskelnėmis, užsitęsęs sąlytis su šlapimu ar išmatomis (1). Rizikos veiksniai, tokie kaip sisteminių antibiotikų naudojimas, viduriavimas, šlapimo takų anomalijos ir kt., skatina greitesnę ligos išsivystymą (3).

Vienas svarbiausių ligos prevencijos ir gydymo būdų yra tinkama tarpvietės higiena, kuriai palaikyti būtinos geros vaikus prižiūrinčių artimųjų žinios (6,7). Tėvų, gerai išmanančių tinkamą genitalijų srities higieną, vaikai ne tik rečiau serga vystyklų dermatitu, bet šie tėvai taip pat linkę geriau laikytis paskirto gydymo vaikui susirgus (8).

Mūsų žiniomis, Lietuvoje anksčiau nebuvo atlikta epidemiologinių vystyklų dermatito tyrimų. Pagrindiniai mūsų darbo tikslai buvo nustatyti vystyklų dermatito paplitimą Lietuvoje bei įvertinti tėvų, auginančių vaikus iki 2 metų, žinias apie šią ligą.

Tyrimo objektas ir metodai

2018 rugsėjo – 2019 spalio mėnesiais vykdytas vienmomentinis skerspjuvio tyrimas, norint išsiaiškinti vystyklų dermatito paplitimą Lietuvoje ir tėvų žinias apie šią ligą. Šiam tikslui įgyvendinti sukurta originali anketa ir apklausti 739 tėvai, auginantys vaikus iki 24 mėnesių. Anoniminė apklausa vykdyta VUL SK Vaikų ligoninėje ir internetu, siekiant didesnės imties ir statistiškai patikimų rezultatų.

Anketa sudaryta iš 33 klausimų, kurie sugrupuoti į tris dalis. Pirmojoje dalyje pateikiami klausimai apie sociodemografinius parametrus – tėvų lytį, amžių, gyvenamąją vietą. Antroji dalis skirta tėvams, kurių vaikai sirgo vystyklų dermatitu. Joje išsiaiškinama sirgusio vystyklų dermatitu vaiko lytis, amžius (mėnesiais), kai atsirado bėrimas, ligos kartojimosi dažnis, mityba sirgimo metu, ligą išprovokavę veiksniai, vystyklų srities priežiūra prieš susergant, asmeninė ir šeiminė atopijos anamnezė, dermatito gydymo priemonės ir atsakas į gydymą. Trečiojoje dalyje įvertinamos tėvų žinios apie ligą, pateikiant klausimus apie būdingą vystyklų dermatito bėrimų lokalizaciją, ligą provokuojančius veiksnius, tinkamą sauskelnių srities priežiūrą. Atsakius teisingai į visus trečiosios dalies klausimus, surenkama 15 balų. Tėvų žinios vertintos kaip nepatenkinamos surinkus iki 9 balų (iki 60%), geros – 9-11,25 balus (60-75%), labai geros – 11,25-12,75 balus (75-85%) ir puikios, jei surinko daugiau nei 12,75 balų (daugiau nei 85% teisingų trečiosios anketos dalies atsakymų).

Statistinė analizė atlikta IBM SPSS 23.0 programa. Aprašomoji statistika atlikta naudojant dažnių ir procentines reikšmes. Duomenų normalumas tikrintas naudojant Kolmogorovo ir Smirnov testą. Kintamieji, nepasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, lyginti naudojant Chi-kvadrato, Fisher tikslųjį testą, *Kruskal-Wallis*, *Mann-Whitney U* testus. Duomenų tarpusavio ryšys vertintas taikant Spirmeno koreliacijos koeficientą. Statistiškai reikšmingas skirtumas laikytas, kai $p < 0,05$.

Rezultatai

Anketą užpildė 739 žmonės – 725 (98,1%) moterys ir 14 (1,9%) vyrų. Apklaustųjų amžiaus vidurkis – 29,13 (\pm 4,89) metai; jauniausiems, užpildžiusiems anketą, buvo 16 metų, vyriausiems – 47 metai. 309 (41,8%) apklaustieji teigė, jog turi nepakankamai žinių apie vystyklų dermatitą (1 lentelė). Objektiviai įvertinus žinias, nustatyta, kad surinktų balų vidurkis yra 9,94 (\pm 1,68), mažiausias įvertinimas – 5, didžiausias – 15 balų. 145 (19,6%) tėvų žinios įvertintos nepatenkinamai (1 grafikas).

200 (27,1%) tėvų pažymėjo, jog jų vaikai yra sirgę vystyklų dermatitu. 90 (45,0%) sirgusių vaikų buvo mergaitės, 110 (55,0%) – berniukai. Amžiaus, kada išsivystė vystyklų dermatitas, vidurkis – 4,69 (\pm 3,96) mėnesio. Sergamumas atskirose amžiaus grupėse pateiktas 2 grafike. 28 (14,0%) vaikai sirgo atopinėmis ligomis, t.y. bent viena iš šių: bronchine astma, atopiniu dermatitu, alerginiu rinitu. 77 (38,5%) vaikams prieš susergant buvo rizikos veiksnių, t.y. vienas ar keli iš šių: antibiotikų vartojimas, viduriavimas, kelionės, mitybos pasikeitimas. Beveik visi tėvai, t.y. 199 (99,5%), prieš išsivystant vystyklų dermatitui naudojo vienkartinės sauskelnes. Dauguma tėvų (151 (75,5%)) sauskelnes iki dermatito atsiradimo keisdavo 6-10 kartų per dieną; 130 (65,0%) tėvų jas

keisdavo ir naktį. 105 (52,5%) tėvai tarpvietę plaudavo tik vandeniu. Atsiradus dermatitui, 119 (59,5%) tėvų kreipėsi į gydytojus (2 lentelė). Taikyti gydymo metodai apibendrinti 3 lentelėje. 124 (62,0%) vaikams bėrimas išnyko per kelias dienas; 99 (49,5%) sirgusiems liga nesikartojė.

Analizuojant vystyklų dermatito gydymo aspektus, nenustatyta statistiškai reikšmingos kreipimosi į gydytojus laiko priklausomybės nuo gyvenamosios vietos ($p = 0,732$) ir tėvų amžiaus ($p = 0,311$). „Oro vonių“ ($p = 0,063$), dažno sauskelnių keitimo ($p = 0,657$), cinko tepalų/barjerinių kremų ($p = 0,326$), antibiotikų ($p = 0,104$), priešgrybelinių vaistų ($p = 0,065$) paskyrimo dažnis tarp skirtingų specialybių gydytojų statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau nustatytas statistiškai reikšmingas hormoninių preparatų skyrimo skirtumas ($p = 0,010$). Net 16,7% vaikų, kurių tėvai kreipėsi į vaikų ligų gydytoją, 12,5%, kurių tėvai kreipėsi į dermatovenerologą, ir tik 4,8%, kurių tėvai kreipėsi į šeimos gydytoją, buvo paskirti hormoniniai tepalai. Gydymo efektas ($p = 0,465$) ir dermatito pasikartojimo skaičius ($p = 0,433$) statistiškai reikšmingai nepriklausė nuo to, ar vaikas sirgo atopinėmis ligomis. Ligos pasikartojimo dažnis statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp lyčių ($p = 0,021$); vystyklų dermatitas kartojosi (2 ir daugiau kartų) 58,9% mergaičių ir 43,6% berniukų.

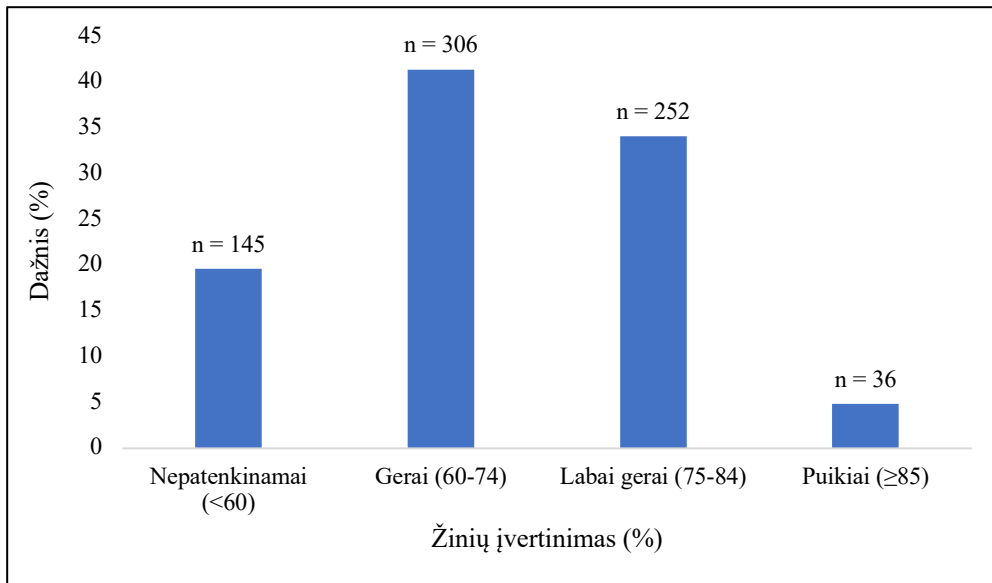
Lyginant tėvų, kurių vaikai sirgo vystyklų dermatitu, ir tų, kurių vaikai šia liga nesirgo, grupes, nustatytas statistiškai reikšmingas cinko tepalų/barjerinių kremų naudojimo skirtumas ($p = 0,008$). 13,5% tėvų, kurių vaikai sirgo vystyklų dermatitu, ir 22,3% tų, kurių vaikai nesirgo, tarpvietės priežiūrai naudojo minėtus preparatus. Sauskelnių keitimo dažnis ($p = 0,757$), pudrų su talku naudojimas ($p = 0,500$), tarpvietės valymo metodai ($p = 0,940$) tarp šių grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Vertinant tėvų žinias, nenustatyta statistiškai reikšmingos žinių lygio koreliacijos su amžiumi ($p = 0,052$), tačiau nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp tėvų iki 30 metų ($n = 411$) ir sulaukusių 30 ir daugiau metų ($n = 328$) ($p = 0,018$) žinių. Jaunesnių tėvų grupės žinių įvertinimo vidurkis – 10,1 ($\pm 1,66$), vyresnių – 9,8 ($\pm 1,68$)

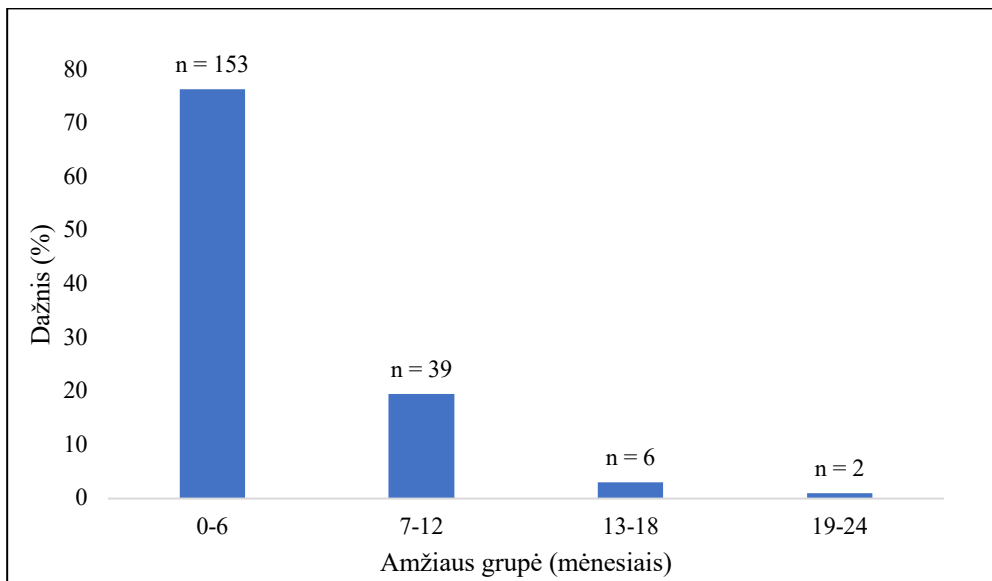
balai. Žinių lygis statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp gyvenančių mieste ir kaime ($p = 0,069$) bei tarp tų, kurių vaikai sirgo vystyklų dermatitu, ir tų, kurių vaikai šia liga nesirgo ($p = 0,777$). Nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp žinių lygio ir subjektyvaus žinių vertinimo ($p = 0,665$).

1 lentelė. Visų apklausoje dalyvavusių tėvų charakteristikos

Savybės (n = 739)	Dažnis
Lytis	
Moteris	725 (98,1%)
Vyras	14 (1,9%)
Gyvenamoji vieta	
Miestas	639 (86,5%)
Kaimas	100 (13,5%)
Cinko tepalų/barjerinių kremų naudojimas	
Taip	592 (80,1%)
Ne	147 (19,9%)
Pudrų su talku naudojimas	
Taip	97 (13,1%)
Ne	642 (86,9%)
„Oro vonių“ taikymas (palikti be sauskelnių 0,5-1h)	
Taip	585 (79,2%)
Ne	154 (20,8%)
Subjektyvus vertinimas, ar turi pakankamai žinių apie VD	
Taip	180 (24,4%)
Ne	309 (41,8%)
Nežino	250 (33,8%)
Objektyvus žinių įvertinimas	
Nepatenkinamai (<60%)	145 (19,6%)
Gerai (60-74%)	306 (41,4%)
Labai gerai (75-84%)	252 (34,1%)
Puikiai ($\geq 85\%$)	36 (4,9%)



1 grafikas. Tėvų žinių apie vystyklų dermatitą įvertinimas



2 grafikas. Sergamumas vystyklų dermatitu atskirose amžiaus grupėse

2 lentelė. Vaikų, sirgusių vystyklų dermatitu (VD), charakteristikos

Savybės (n = 200)	Dažnis
Atopija	
Taip	28 (14,0%)
Ne	172 (86,0%)
VD pasikartojimo skaičius	
1	99 (49,5%)
2	45 (22,5%)
3 ir daugiau	56 (28,0%)
Maitinimas iki VD atsiradimo	
Tik motinos pienu	99 (49,5%)
Dirbtiniais pieno mišiniais	22 (11,0%)
Motinos pienu ir dirbtiniais pieno mišiniais	16 (8,0%)
Motinos pienu ir papildomais maisto produktais	28 (14,0%)
Dirbtiniais pieno mišiniais ir papildomais maisto produktais	29 (14,5%)
Suaugusiųjų maistu	6 (3,0%)
Sauskelnių keitimo dažnis iki VD	
1-5 kartai per dieną	26 (13,0%)
6-10 kartų per dieną	151 (75,5%)
>10 kartų per dieną	23 (11,5%)
Sauskelnių keitimas naktimis iki VD	
Taip	130 (65,0%)
Ne	27 (13,5%)
Kartais	43 (21,5%)
Tarpvietės valymo metodas iki VD	
Kūdikiams skirtomis drėgnomis servetėlėmis	49 (24,5%)
Drėgnu medvilniniu rankšluosčiu/palute	8 (4,0%)
Įprastu muilu	5 (2,5%)
Kūdikiams skirtu prausikliu	33 (16,5%)
Tik vandeniu	105 (52,5%)
Atsiradus VD, kreiptasi į	
Šeimos gydytoją	63 (31,5%)
Vaikų ligų gydytoją	48 (24,0%)
Dermatovenerologą	8 (4,0%)
Vaistininką	16 (8,0%)
Informacijos ieškojo internete, tarėsi su artimaisiais	49 (24,5%)
Nesiėmė jokių veiksmų	16 (8,0%)

3 lentelė. Taikyti vystyklų dermatito gydymo metodai

Gydymo metodas (n = 200)	Dažnis
„Oro vonios“ (palikti be sauskelnių 0,5-1h)	
Taip	153 (76,5%)
Ne	47 (23,5%)
Dažnas sauskelnių keitimas	
Taip	94 (47,0%)
Ne	106 (53,0%)
Cinko tepalai/barjeriniai kremai	
Taip	162 (81,0%)
Ne	38 (19,0%)
Antibiotikai	
Taip	2 (1,0%)
Ne	198 (99,0%)
Priešgrybeliniai vaistai	
Taip	25 (12,5%)
Ne	175 (87,5%)
Hormoniniai tepalai	
Taip	12 (6,0%)
Ne	188 (94,0%)
Gydyta nebuvo	
Taip	7 (3,5%)
Ne	193 (96,5%)

Diskusija

Vystyklų dermatito paplitimas skirtingose populiacijose svyruoja tarp 16-43,8% (4,6,9), gali siekti net 67,3% (10), priklausomai nuo kultūrinių standartų, šeiminės praktikos ir šalies ekonominio lygio. Atliktoje Lietuvos tėvų apklausoje 27,1% teigė, jog jų vaikai nors kartą sirgo vystyklų dermatitu 0-24 mėnesių amžiuje.

Literatūros duomenimis, sergamumas vystyklų dermatitu nepriklauso nuo lyties (6,9–11). Mūsų tyrime stebėtas statistiškai didesnis vystyklų dermatito kartojimosi dažnis tarp mergaičių (58,9%) nei berniukų (43,6%) ($p = 0,021$), nors, kitų tyrėjų

duomenimis, ligos kartojimosi dažniui lytis įtakos neturi (12). Gautą didesnę mergaičių ligos atkryčių skaičių galima sieti su prasta genitalijų srities higiena bei netinkamu vietinio poveikio vaistų naudojimu (pvz.: *Permethrinum* turi būti kruopščiai nuvalomas po aplikacijos praėjus 8-12 valandoms) (13). Nepilnai pašalinamos išmatos arba vaistai susikaupia aplink lytines lūpas ir galimai provokuoja tolimesnę uždegimą.

Mūsų tyrimo duomenimis, sergamumo vystyklų dermatitu pikas yra tarp 4-5 mėnesių amžiaus. Kitų tyrėjų duomenimis, didžiausias sergamumas šia liga fiksuojamas 1-6 mėnesių

amžiuje (6,9). Šie duomenys prieštarauja iki šiol vyravusiam įsitikinimui, jog dažniausiai sergama 9-12 mėnesių, kai kūdikiai praddami primaitinti kietu maistu (14). Dėl pasikeitusios mitybos vyksta išmatų pH pokyčiai, aktyvinamos išmatose esančios proteazės bei lipazės, kurios pažeidžia epidermį ir sutrikdo odos barjerinę funkciją (15). Didesnis sergamumas vystyklų dermatitu iki 6 mėnesių amžiaus siejamas su dažnesniu kūdikiu tuštinimusi ir per retai keičiamomis sauskelnėmis (9).

Lydinčios atopinės ligos (atopinis dermatitas, bronchinė astma, alerginis rinitas) gali provokuoti vystyklų dermatito pasireiškimą ir dažnesnius ligos atkryčius (9). Atlikto tyrimo duomenimis, 14,0% vaikų, sirgusių vystyklų dermatitu, taip pat vargino bent viena iš atopinių ligų. Anksčiau sauskelnių gamybai buvo naudojami dispersiniai dažai, kurie, veikiami kūno drėgmės ar trinties, skildavo ir sensibilizuotiems asmenims sukeldavo alergines reakcijas (16). Šiuolaikinėse vienkartinėse sauskelnėse dispersiniai dažai pakeisti pigmentais, kurie neskykla ir nesukelia odos reakcijų (17). Vis dėlto jei vaikui, turinčiam atopijos anamnezę, vystyklų dermatitas kartojasi, reikėtų apsvarstyti lopo testų atlikimą dėl kitų alergenų (pvz., kvapiųjų medžiagų, latekso), esančių sauskelnių, barjerinių kremų ar prausiklių sudėtyje, sukeliamų reakcijų (5).

Įvairūs rizikos veiksniai, kurie keičia mitybos įpročius, tuštinimąsi, apsunkina tinkamos tarpvietės higienos palaikymą, gali provokuoti vystyklų dermatito išsivystymą (18). Atliktas tyrimas atskleidė, jog 38,5% vaikų vystyklų dermatitu susirgo po pirminio rizikos veiksnio poveikio. Vienas jų – viduriavimas. Skystos konsistencijos išmatos greičiau pasišalina iš žarnyno, todėl jose aptinkamas didesnis kiekis aktyvių virškinimo fermentų, kurie dirginančiai veikia odą (6). Taigi esant rizikos veiksniams (pvz.,

mitybos pasikeitimas, antibiotikų vartojimas, viduriavimas, kelionės ir kt.) reikėtų atkreipti ypatingą dėmesį į vystyklų dermatito prevencijos metodus.

Netinkama tarpvietės higiena yra viena pagrindinių vystyklų dermatito priežasčių (6). Tradiciškai vystyklų sritis plaunama vandeniu ir valoma drėgnu rankšluosčiu ar vatos gumulėliu (16). Genitalijų plovimas tik vandeniu gali būti netinkamas higienos būdas dėl išmatose esančių riebalų, kurių vanduo negali emulguoti (12). Mūsų tyrimas atskleidė, kad 52,5% tėvų, kurių vaikai sirgo vystyklų dermatitu, genitalijų higienai palaikyti naudojo tik vandenį. Remiantis rekomendacijomis, norint išvengti vystyklų dermatito, kartu su tradiciniu higienos būdu reikėtų naudoti kūdikiams skirtą prausiklį, bet ne dažniau nei 2 kartus per dieną (17). Rutininis drėgnų servetėlių naudojimas nerekomenduojamas dėl didesnės *Candida* genties grybelinių infekcijų rizikos (12).

Nepakankamas sauskelnių keitimo dažnis taip pat skatina vystyklų dermatito išsivystymą (4). Sauskelnės turėtų būti keičiamos po kiekvieno pasituštinimo arba pasišlapinimo, bet ne rečiau nei kas 3-4 valandas (17). Tai reiškia, jog per parą sauskelnes reikėtų keisti 6-8 kartus. Literatūros duomenimis, sauskelnių keitimas mažiau nei 3 kartus nakties metu didina riziką susirgti vystyklų dermatitu, o mažiau nei 3 kartus dienos metu nežymiai koreliuoja su ligos pasireiškimu (9). Taigi dažnesnis sauskelnių keitimas dienos metu negali kompensuoti reto keitimo naktimis. Mūsų tyrimo duomenimis, prieš vaikui susergant vystyklų dermatitu, 75,5% tėvų sauskelnes keisdavo 6-10 kartų per dieną, o nakties metu jas keisdavo 65,0% tėvų. Vadovaujantis stebėjimų duomenimis, sauskelnių keitimas po kiekvieno kūdikio pasišlapimo ar pasituštinimo padeda išvengti ligos, todėl tėvai turėtų būti aktyviau skatinami keisti

vystyklus ne tik dienos, bet ir nakties metu ne mažiau nei 3 kartus.

Daugeliu ligos atvejų į gydytojus nesikreipiama, kadangi bėrimas dažnai per kelias dienas išnyksta savaime (5). Tyrimo duomenimis, atsiradus bėrimams, 59,5% tėvų kreipėsi į gydytojus: 31,5% lankėsi pas šeimos, 24,0% – vaikų ligų gydytoją, 4,0% – dermatovenerologą. Remiantis oficialia Jungtinių Amerikos Valstijų statistika, daugiau nei 90,0% pacientų su vystyklų dermatitu konsultuoja šeimos ir vaikų ligų gydytojai (19). Vystyklų dermatitas gydomas kompleksiskai, įtraukiant nemedikamentines ir medikamentines priemones. Visais atvejais turėtų būti skiriami barjeriniai kremai, o išsivysčius sunkiam vystyklų dermatitui – vietinio poveikio gliukokortikosteroidai (15). Mūsų tyrimo duomenimis, gydant vystyklų dermatitą, barjeriniai kremai buvo naudojami 81,0%, o hormoniniai tepalai – 6,0% atvejų. Gliukokortikosteroidų skyrimas statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp įvairių specialybių gydytojų ($p = 0,010$), rečiausiai juos skyrė šeimos gydytojai (4,8%). Mūsų nuomone, šeimos gydytojai gliukokortikosteroidus skiria retai dėl to, jog sunkesniais vystyklų dermatito atvejais, kuriems būtinas gydymas hormoniniais tepalais, kreipiamasi į gydytojus specialistus, pvz. dermatovenerologus. Įvertinus tėvų kreipimosi dažnį į gydytojus bei skiriamą vystyklų dermatito gydymą, galime manyti, jog didžioji dalis pacientų serga lengvomis ir vidutinio sunkumo ligos formomis.

Norint sumažinti sergamumą vystyklų dermatitu, didžiausią dėmesį reikėtų skirti ligos prevencijai (15). Vystyklų dermatito profilaktikai užtikrinti išskiriami 5 pagrindiniai veiksniai: „oro vonių“ taikymas, barjerinių kremų naudojimas, tinkamas vystyklų srities prausimas, vienkartinį sauskelnį naudojimas ir tėvų mokymas (20). „Oro vonios“ – tai kūdikio buvimas be sauskelnį nuo 30

minučių iki 1 valandos, taip sumažinant nuolatinį sauskelnį trinties ir dirginančio šlapimo bei išmatų poveikį odai (7). Tyrimo duomenimis, savo vaikams „oro vonias“ taikė net 79,2% apklaustųjų. Barjerinių kremų sudėtyje yra titano oksido, minkšto parafino ar hidrofobinių medžiagų (pvz., dimetikono ar kitų silikonų), kurie sukuria lipidinį sluoksnį, penetruojantį į raginį sluoksnį ir taip apsaugantį odą (21). Atlikus tyrimą, nustatyta, jog barjerines priemones dažniau naudojo tėvai, kurių vaikai nesirgo vystyklų dermatitu (22,3%), nei tie, kurių vaikai šia liga buvo sirgę (13,3%) ($p = 0,008$), tačiau abi grupės tai darė per retai. Remiantis rekomendacijomis, barjeriniai kremai turėtų būti naudojami po kiekvieno sauskelnį pakeitimo (17). Tinkamas vystyklų srities prausimas bei Lietuvos tėvų dažniausiai pasirenkami metodai aptarti ankstesnėse dalyse. Visais atvejais rekomenduojama rinktis vienkartinės sauskelnės, kurios dėl jų gamybai naudojamų želė konsistencijos absorbicinių medžiagų daug stipriau sugeria šlapimą ir efektyviau sumažina odos maceraciją nei daugkartinės (6). Mūsų tyrimo duomenimis, 99,5% tėvų rinkosi vienkartinės sauskelnės. Tėvų žinios apie vystyklų dermatitą ir reikiamybę jas gerinti bus aptarti toliau.

Vienas svarbiausių veiksnių siekiant išvengti ligos – geros tėvų žinios apie vystyklų dermatitą ir tarpvietės odos priežiūrą (7). 41,8% tėvų teigė manantys, jog turi nepakankamai žinių apie šią ligą. Objektiviai įvertinus žinias, nustatyta, kad ligos ypatumus gerai išmanė 41,4% tėvų. Indijos motinų žinių apie vystyklų dermatitą tyrimo duomenimis, 54,8% motinų turėjo patenkinamas žinias, tačiau, pravedus 1 valandos trukmės mokymus, 71,4% iš jų žinios tapo puikios. Motinų žinių apie vystyklų dermatitą pagerėjimas pakeitė jų požiūrį į ligą, vystyklų srities priežiūrą ir ligos gydymą (8). Mūsų tyrimo metu rasta, jog jaunesnių nei 30 metų tėvų žinios statistiškai reikšmingai

geresnės nei vyresnių ($p = 0,018$). Gauti duomenys leidžia tiksliau sudėlioti svarbiausius tėvų mokymo apie vystyklų dermatitą aspektus, daugiau dėmesio skiriant vyresniems tėvams. Atsižvelgus į tai, jog daugiau nei pusės tėvų, auginančių vaikus iki 2 metų, tiek objektyviai, tiek subjektyviai įvertintos žinios yra nepakankamos, švietimas gali būti laikomas esminiu vystyklų dermatito prevencijos būdu.

Literatūra

1. Stamatias GN, Tierney NK. Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatr Dermatol*. 2014 Feb;31(1):1–7.
2. Berg RW. Etiology and pathophysiology of diaper dermatitis. *Adv Dermatol*. 1988;3:75–98.
3. Atherton DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2001 Sep;15 Suppl 1:1–4.
4. Adalat S, Wall D, Goodyear H. Diaper dermatitis-frequency and contributory factors in hospital attending children. *Pediatr Dermatol*. 2007 Oct;24(5):483–8.
5. MO V. Recent advances in diaper dermatitis: etiology and treatment. *Pediatr Health* 2009;3:81–98.
6. Li CH, Zhu ZH, Dai YH. Diaper dermatitis: a survey of risk factors for children aged 1-24 months in China. *J Int Med Res*. 2012;40(5):1752–60.
7. Klunk C, Domingues E, Wiss K. An update on diaper dermatitis. *Clin Dermatol*. 2014 Jul 1;32(4):477–87.
8. K.S. M, Pai M, Dsouza A. Effectiveness of awareness programme on prevention and management of diaper dermatitis among mothers of children of age 0 to 1 year. *Nitte Univ J Health Sci*. 2015 Sep 1;5:77–81.
9. Sukhneewat C, Chaiyarit J, Techasatian L. Diaper dermatitis: a survey of risk factors in Thai children aged under 24 months. *BMC Dermatol*. 2019 Jul 2;19(1):7.
10. Kayaoglu S, Kivanc-Altunay I, Sarikaya S. Diaper Dermatitis in Infants Admitted to Social Pediatrics Health Center: Role of Socio-demographic Factors and Infant Care. *Indian J Pediatr*. 2015 Oct;82(10):904–8.
11. Seifi B, Jalali S, Heidari M. Assessment Effect of Breast Milk on Diaper Dermatitis. *Dermatol Rep*. 2017 Mar 13m;9(1).
12. Ersoy-Evans S, Akıncı H, Doğan S, Atakan N. Diaper Dermatitis: A Review of 63 Children. *Pediatr Dermatol*. 2016 May;33(3):332–6.
13. Helen T, Shin MD. *Pediatric Clinics of North America*, 2014-04-01, Volume 61, Issue 2, Pages 367-382, 2014 Elsevier Inc.
14. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, Franxman JJ, Marrer AM. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. *Pediatr Dermatol*. 1986 Jun;3(3):198–207.
15. Atherton DJ. A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Curr Med Res Opin*. 2004 May 1;20(5):645–9.
16. Adam R. Skin care of the diaper area. *Pediatr Dermatol*. 2008 Aug;25(4):427–33.
17. Wolf R, Wolf D, Tüzün B, Tüzün Y. Diaper dermatitis. The opinions expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily reflect the opinions of the institutions with which they are associated. *Clin Dermatol*. 2000 Nov 1;18(6):657–60.
18. Scheinfeld N. Diaper dermatitis: a review and brief survey of eruptions of the diaper area. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(5):273–81.
19. Ward DB, Fleischer AB, Feldman SR, Krowchuk DP. Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Sep;154(9):943–6.

20. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2018 Mar;35 Suppl 1:s19–23.
21. Clark C. Making the most of emollients. *Pharm J*. 2001;266:227–9.