

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ

В.А. Родионов, проф., **И.Е. Иванова**, проф., **Е.С. Деомидов**, канд. мед.наук
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
E-mail: vladimirodionov@yandex.ru

Дано определение пеленочного дерматита. Названы причины и факторы, вызывающие заболевание. Представлена клиническая характеристика пеленочного дерматита, указаны средства лечения и ухода за кожей у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, кожа, дерматит, сыпь, памперсы, подгузники, мази, крем, присыпка.

Пеленочный дерматит (опрелость новорожденных, *parkindermatitis*, *diaperdermatitis*) – неспецифический термин, характеризующий воспалительные изменения кожных покровов в пеленочной зоне у детей младенческого возраста. Наиболее часто встречается у детей 1-го года жизни, им страдают от 35 до 50% малышей [1–7].

Этиология и патогенез

Пеленочный дерматит развивается только в тех случаях, когда имеет место длительное воздействие на кожу ребенка мокрых и загрязненных пеленок. Именно это и определило название данного заболевания. Согласно современным представлениям, пеленочный дерматит – полиэтиологическое заболевание, в патогенезе которого существенную роль играют не только непосредственно повреждающие, но и предрасполагающие факторы. Среди этиологических факторов выделяют механические (трение, повышенная влажность), химические (ферменты кала и бактерий, продукты расщепления мочевины) и микробные. К предрасполагающим факторам относят возрастные, анатомо-физиологические и конституциональные особенности органов и систем, в первую очередь – кожных покровов. Провоцирующими факторами при этом могут быть как сопутствующие заболевания (диарейный синдром, иммунодефициты, атопический дерматит, себорейный дерматит и др.), так и нарушения гигиенического ухода за кожей (редкая смена подгузников, отказ от купания, нерациональная обработка кожи и т.д.) – табл. 1 [8–10].

Пеленочный дерматит – циклический процесс, начальные этапы которого связаны с усилением повреждающего воздействия на кожу физических, химических и микробных факторов. Длительный контакт кожи с мокрыми пеленками приводит к повышению ее влажности. Это сопровождается возрастанием коэффициента трения, что обуславливает усиление механического повреждения кожи. Возрастает ее проницаемость, повышается чувствительность к другим повре-

ждающим факторам (химическим, микробным). Особое место среди них занимают энзимы кала (липаза, протеаза). Установлено, что неблагоприятное воздействие на кожу этих ферментов связано с разрыхлением эпидермиса, соединительно-тканного матрикса и увеличением проницаемости дермы. При длительном контакте кожи с каловыми массами (в случаях дефектов ухода за ребенком) в результате повреждающего действия липазы и протеазы могут развиваться клинические проявления дерматита.

Неблагоприятное влияние этих энзимов значительно возрастает при одновременном воздействии на кожу кала и мочи. Оказалось, что при этом из мочевины мочи под действием уреазы, синтезируемой микробами кала, образуется аммиак. Возрастание концентрации аммиака приводит к повышению pH кожи, что, в свою очередь, способствует увеличению активности ферментов кала (протеазы и липазы) и их токсическому воздействию на кожу. Повышение pH и влажности кожи способствует усиленному размножению на ее поверхности микроорганизмов (в частности, *Candida albicans* и *Brevibacterium ammoniagenes*). В результате воспаление кожи под подгузником дополнительно усиливается инфекционным компонентом, что не может не сказаться на степени его выраженности и клинических признаках (рис. 1).

Выделяют *первичный* пеленочный дерматит (является следствием неправильного ухода, конституциональных особенностей кожи ребенка) и *вторичный*, который наблюдается у детей с заболеваниями кожи (например, с атопическим дерматитом).

В зависимости от особенностей клинической манифестации пеленочного дерматита принято выделять 3 степени тяжести заболевания: легкую, среднюю



Рис. 1. Механизм развития пеленочного дерматита

Наиболее распространенные формы пеленочного дерматита

Форма дерматита	Причины развития	Клинические проявления	Лечение
Ирритантный	Повышенная влажность, трение, действие ферментов кала	Эритематозные пятна на нижней части живота, ягодицах, бедрах. Сыпь на выпуклых поверхностях, паховые складки не вовлечены	Частая смена подгузников. Защитный крем или мазь при каждой смене подгузников. Можно применять низкоактивные топические ГКС 2 раза в день
Эрозивный пеленочный дерматит Жаке	Воздействие суммы факторов (повышенная влажность, трение и ферменты, содержащиеся в кале и моче)	Поверхностные язвы или изъязвленные узлы с четкими границами	Низкоактивные топические ГКС 2 раза в день и нанесение защитного средства при каждой смене подгузников
Кандидозный	Инфицирование грибами <i>Candida</i>	Эритематозные пятна на выпуклых поверхностях и в паховых складках. Очаги эритемы окружены папулами и пустулами. По краям очагов сыпи – шелушение	Местные противогрибковые средства (Пимафуцин, Пимафукорт и др.)

Примечание. ГКС – глюкокортикостероиды.



Рис. 2. Проявления пеленочного дерматита у детей

и тяжелую. Пеленочный дерматит считается осложненным при неэффективности традиционных гигиенических мероприятий в течение 72 ч. Во всех случаях осложненного пеленочного дерматита обнаруживают грибковую флору (*C. albicans*, *Candida spp.*). Второй по частоте встречаемости причинно-значимый возбудитель осложненного пеленочного дерматита – *Staphylococcus aureus*.

Легкая степень пеленочного дерматита характеризуется легкой гиперемией и(или) единичными элементами мелкой макулопапулезной сыпи. Воспалительные изменения при этом носят ограниченный характер и локализованы преимущественно в области промежности (вокруг естественных отверстий), а также в области ягодиц и верхней трети бедер (рис. 2).

Пеленочный дерматит средней степени тяжести характеризуется выраженной гиперемией, локализованной инфильтрацией в местах максимального повреждения, а также распространенной папулезной сыпью. Реже отмечаются единичные пустулы и эрозии. На этой стадии развития заболевания возрастает роль микробного воспаления. Дальнейшее распространение воспаления и развитие деструктивных изменений в виде эрозий и значительной мацерации кожи явля-

ются предпосылкой для развития метаболических и инфекционных осложнений.

Опасность трансформации легкой формы дерматита в среднетяжелую и тяжелую наиболее велика у детей с неблагоприятным преморбидным фоном: диарейным синдромом, грибковой инфекцией, дефицитом витаминов, особенно группы В, микроэлементов (цинка), а также у пациентов с аллергическим и(или) себорейным дерматитом. При неосложненных формах пеленочного дерматита своевременное устранение провоцирующих факторов и нормализация ухода за кожей с использованием адекватных дерматорепаративных препаратов позволяют добиться быстрого регресса клинических проявлений. При этом в качестве топических средств, способствующих быстрому заживлению и восстановлению защитных свойств кожи, в последние годы с успехом применяются флорета, бепантен, драполол, мустела стелатопия, эмолиум и др.

При тяжелом течении пеленочного дерматита клинические признаки характеризуются распространенной (практически на всем протяжении под подгузником) и(или) выраженной гиперемией в сочетании с отечностью и более глубоким поражением кожи в виде распространенной везикуло-папулезной сыпи с наличием глубоких эрозий, мокнутия и изъязвлений. Признаки инфильтративного, гранулематозного (ягодичная гранулема), а также глубокого эрозивно-язвенного воспаления кожи следует считать инфекционными осложнениями дерматита. Для его успешного лечения необходима комплексная местная терапия.

В состав кремов, мазей и лосьонов для лечения тяжелых форм пеленочного дерматита должны входить антибиотики широкого спектра действия или с преимущественным действием на грамположительную флору (гентамицин, эритромицин, фузидин, клиндамицин), противогрибковые препараты (клотримазол и др.), в тяжелых случаях – глюкокортикоидные препараты. Комплексная местная терапия тяжелых и ослож-

ненных форм заболевания предусматривает использование препаратов, содержащих декспантенол (бепантен и др.).

Пантотеновая кислота (B_5) – популярный ингредиент ряда современных косметических средств, иногда ее называют антидерматитным фактором. В организме витамин B_5 трансформируется в пантетин, входящий в состав коэнзима А, который играет важную роль в процессах оксидации и ацетилирования, а также участвует в метаболизме белков, жиров и углеводов. Пантотеновая кислота обладает способностью к стимуляции выработки глюкокортикостероидов, что частично объясняет эффективность данного витамина в лечении аллергии. Витамин B_5 принимает участие и в синтезе нейротрансмиттеров.

Пантотеновая кислота обеспечивает сохранность состояния кожного покрова и слизистых оболочек, что имеет большое значение для системы местного иммунитета. Ценнейшее свойство витамина B_5 (и препаратов на его основе) – его участие в регенерации тканей и замещении поврежденного кожного покрова. В число средств линии «Бепантен» входят мазь, крем и 2,5% лосьон «Бепантен», а также крем «Бепантен плюс» (в последнем представлен 0,5% хлоргексидин гидрохлорид, что обеспечивает дезинфицирующий и антисептический эффекты).

При уходе за грудными детьми 5% мазь «Бепантен» наносят на ягодичцы, возле ануса и паховую область при каждой смене подгузников (для профилактики и лечения пеленочного дерматита), предварительно обработав кожу теплой водой (без мыла) и промокнув насухо (дважды в течение дня с профилактической целью, не менее 4 раз – с лечебной).

Серьезным осложнением пеленочного дерматита могут быть различные формы гнойно-воспалительного процесса (абсцессы, инфильтраты, импетиго), сопровождающиеся лихорадкой, симптомами интоксикации, нарушением аппетита, сна, характера стула, гипотрофией. Наиболее частый его возбудитель – золотистый стафилококк. Кроме того, во всех случаях осложненного дерматита обнаруживают грибковую флору. Доминирующее кандидозное воспаление характеризуется яркой гиперемией кожи в области паховых складок, ягодич, бедер, живота и гениталий. Появляются папулы, везикулы, которые быстро распространяются, образуя обширные области поражения. Возможно образование эрозий и изъязвлений (рис. 3).

При упорном, рецидивирующем течении пеленочного дерматита с выраженными проявлениями инфекционного компонента требуется исключить иммунодефициты, гиповитаминозы, недостаточность микроэлементов (в первую очередь – цинка) и другие патологические состояния.

Кандидозный пеленочный дерматит развивается обычно у детей, которые являются носителями грибов



Рис. 3. Осложнение пеленочного дерматита кандидозной инфекцией*

Candida в кишечнике. Развитию заболевания способствуют теплая влажная кожа, а непроницаемая для воздуха пеленка или памперс создают оптимальную среду для роста грибов. Заболевание проявляется интенсивно окрашенными эритематозными бляшками с бахромчатой границей и четко выраженным краем, которые формируются при слиянии многочисленных папул и везикул. Обычно в процесс вовлекается кожа перианальной области, паховых складок, промежности и нижней части брюшной стенки. У мальчиков может быть поражена кожа мошонки и полового члена с развитием эрозивного баланита, у девочек – половые губы и влагалище. У некоторых детей раннего возраста процесс распространяется, эритематозные изменения появляются за пределами области, контактирующей с пеленкой или памперсом. В некоторых случаях может развиваться грибковая аллергическая реакция (реакция гиперчувствительности).

Кандидозные паронихии и онихомикоз характеризуются эритематозным воспалением основания ногтя с эпизодическим отделением гнойного содержимого. Возможно вторичное поражение ногтевой пластинки.

Кандидоз слизистых оболочек ротовой полости сопровождается гиперемией и умеренная отечность пораженных слизистых оболочек, наличие легко снимающихся налетов белого цвета, творожистого вида; возможен зуд. Часто поражена слизистая оболочка полости рта – псевдомембранозный кандидоз, известный под названием молочницы. Клинические признаки чаще возникают на 5–14-й день жизни: белый налет, слегка приподнятый над слизистой оболочкой полости рта и напоминающий свернувшееся молоко или творог. После снятия налета становится видна гиперемированная поверхность, которая может слегка кровоточить. Кандидоз слизистой оболочки половых органов у девочек – вульвит и вульвовагинит, у мальчиков – баланит и баланопостит.

В типичных случаях диагноз ставят только на основании клинических данных. В случае затяжного течения показано микробиологическое исследование (соскоб) для идентификации возбудителя.

Немедикаментозное лечение: тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками, обязательны гиги-

енические ванны с раствором калия перманганата 1:10 000, отварами цветков ромашки, травы череды, чистотела большого. Из физиотерапевтических методов используют ультрафиолетовое облучение.

Медикаментозное лечение

При локализованном кандидозе кожи применяют только местную терапию противогрибковыми кремами и мазями: сертаконазолом, клотримазолом, миконазолом. Нистатин в виде мази наименее эффективен. При распространенном кандидозе показана терапия системным антимикотиком флуконазолом (8–10 мг/кг однократно в сутки в течение 5–7 дней). При кандидозе слизистой оболочки полости рта проводят обработку 0,1% раствором хлоргексидина и 1% раствором клотримазола. С меньшим успехом используется 2% раствор натрия гидрокарбоната. При распространенном кандидозе слизистых оболочек к лечению подключают флуконазол (5–8 мг/кг 1 раз в сутки). В случае поражения половых органов слизистые оболочки обрабатывают кремом, мазью или раствором клотримазола.

Не стоит забывать о лечении народными средствами, которое также может быть эффективным. Используются настои трав и растений с антисептическими свойствами: ромашки, коры дуба, череды, чистотела, овса. 2 столовые ложки сухого сырья заливают стаканом кипятка и оставляют на 30 мин. Настои наносят на пораженные участки. Лечение этими средствами позволяет снять раздражение и подсушить раны на коже ребенка.

Пеленочный дерматит проще предотвратить, чем потом мучиться с воспалением кожи. Профилактические меры позволят избежать неприятных раздражений, нервозности и нарушения сна. Лечение пеленочного дерматита у детей, как и его предотвращение, в наибольшей степени основано на правильном уходе за кожей. Избежать болезни помогают: частая смена подгузника; обработка кожи ребенка специальными кремами; отказ от использования присыпки; частые подмывания теплой водой; подбор подгузника по размеру во избежание чрезмерного трения; создание барьерного слоя из специального крема; добавление в питание препаратов с витамином D.

Средства ухода за кожей детей раннего возраста

Существующие средства ухода за кожей детей условно можно разделить на 4 категории: лосьон детский; крем детский; масло детское; защитный (барьерный) крем; табл. 2.

Лосьон детский. Характерное отличие детских лосьонов – отсутствие в их составе спирта. Детские лосьоны некоторых производителей носят название «молочко». Их основное предназначение – очищение и увлажнение кожи, когда ее очистка от загрязнения с помощью воды и обычных моющих средств оказыва-

ется затрудненной. Детский лосьон обычно используется утром – при утреннем туалете; он не оставляет жирной пленки на коже. Существуют также специальные лосьоны для защиты детской кожи от солнца (обычно – с невысоким фактором защиты, что вполне приемлемо для природно-климатических условий большей части России).

Крем детский – основное средство ухода за кожей ребенка. Основа крема представлена эмульсией, состоящей из 2 частей: водной и масляной. Детский крем оказывает увлажняющее и противовоспалительное действие, поэтому предусмотрено его неоднократное применение в течение дня (от 2 до 5 раз) с нанесением практически на всю поверхность кожного покрова.

Масло детское образует протективную пленку, защищающую кожу от влаги, смягчает сухость, позволяет устранить раздражение небольшой выраженности. Детское масло способствует улучшению эластичности кожи. Помимо смягчающего действия, оказывает согревающий и успокаивающий эффекты. Детское масло может также использоваться при проведении массажа детям грудного и раннего возраста.

Барьерный крем. Его назначение – профилактика и лечение пеленочного дерматита. Барьерный крем обязательно должен использоваться при применении не только одноразовых подгузников, но и матерчатых изделий аналогичного назначения.

Присыпка детская (тальк, пудра) – несколько устаревшее средство ухода, в настоящее время используется редко. Преимущественно предназначена для удаления излишков влаги с участков мокнущей на коже. У педиатров вызывает определенное беспокойство возможность попадания мелкодисперсных фрагментов детской присыпки в дыхательные пути ребенка.

Водные процедуры – важнейший элемент полноценного ухода за кожей ребенка. В связи с этим при купании детей грудного и раннего возраста следует применять только специальные средства, предназначенные для данной возрастной категории.

Мыло детское. Его основное отличие от обычных сортов мыла – минимальное содержание щелочи (нейтральность pH). В связи с этим детское мыло не вызывает нежелательного высушивания и раздражения кожного покрова. Не следует пользоваться детским мылом чаще 1 раза в неделю (не считая регулярных подмываний).

Шампунь. Используется с 2–4-недельного возраста для промывания волосного покрова головы ребенка. В состав многих детских шампуней входят лаурилсульфаты (жесткие тензиды), препятствующие слезотечению и снижающие чувствительность глазного яблока (шампуни «без слез»). В ряде случаев лаурилсульфаты могут быть небезопасны для детей грудного и раннего возраста.

Средство для купания обычно представляет собой так называемую пену для ванн. Использовать его при

Средства ухода за кожей ребенка

Средства	Цель применения
Мыло детское, pH-нейтральное	Очищение, увлажнение кожи
Присыпка	Защита кожи, впитывание влаги, предупреждение повреждения
Масла	Защита, регенерация кожи, увлажнение
Косметическое молочко	Очищение, защита кожи, увлажнение
Крем	Защита кожи, увлажнение, противовоспалительное и противоаллергическое действие, профилактика пеленочного дерматита
Мази	Защита кожи, увлажнение, профилактика и лечение пеленочного дерматита
Влажные салфетки	Очищение, увлажнение кожи

каждой процедуре купания нецелесообразно. Достаточно применять средство 1–2 раза в неделю.

Опасные ингредиенты. Не все компоненты, используемые зарубежными и отечественными производителями средств для ухода за детской кожей, могут считаться безопасными. Существует ряд ингредиентов детской косметики, которые относятся к потенциально токсичным и вредным не только для кожи, но и для всего организма (раздражение, интоксикация). Это – феноксиэтанол (консервант/антисептик), гидроксид натрия (корректор кислотности), этиленоксид (стабилизатор), представители группы парабенов (метил-, этил-, пропил-, ибутилпарабен), консерванты, лаурилсульфаты. Некоторые парфюмерные добавки (ароматизаторы) также не вполне благоприятно сказываются на здоровье детей грудного и раннего возраста.

«Непонятная» косметика. В эту рубрику следует включить изделия, обозначенные производителями, например, как «очищающее масло» и т.д. Всегда требуется уточнить, к какому из основных классов средств для ухода за кожей детей они относятся (лосьон, крем или масло).

Детские косметические средства во избежание аллергических реакций, токсических эффектов и реализации онкогенного действия на организм детей обязательно должны отвечать следующим требованиям:

- все их ингредиенты должны быть разрешены к применению у детей грудного и раннего возраста;
- косметические изделия должны пройти тесты на безопасность и быть сертифицированы;
- на упаковке должны быть указаны производители изделий, а также все составляющие этого вида продукции, включая консерванты, ароматизаторы, эмульгаторы и т.д.

Нельзя применять для обработки кожи здорового грудного ребенка косметические средства, содержащие антибиотики. Это может привести к нарушению микробиоценоза кожных покровов, а также способствовать развитию грибковой инфекции. С целью профилактики пеленочного дерматита, инфекции, мацерации кожи под воздействием фекалий и мочи кожу после тщательного очищения необходимо

припудрить, смазать маслом, специальным кремом или мазью. Все средства следует наносить на кожу в умеренном количестве с обязательной оценкой эффективности их действия. Часть детей плохо переносит любые косметические средства. В таких случаях хорошо помогают воздушные ванны области гениталий в течение 10–15 мин несколько раз в день.

Необходимо устранить возможность значительного обезжиривания и обезвоживания кожи, которые могут наблюдаться после частого применения ванн, мыла, пены, растительных добавок у детей, предрасположенных к заболеваниям кожи, особенно таким, как себорейный или атопический дерматиты. При этом кожа детей становится сухой, в роговом слое появляются трещины, усиливаются реакции раздражения в виде покраснения, мелкоотрубевидного шелушения. В таких случаях могут применяться водные и масляные эмульсии, детское косметическое молочко.

Литература

1. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров. М.: Союз педиатров России, 2009. 248 с.
2. Галлямова Ю.А. Пеленочный дерматит и травматизация кожи у детей. Лечащий врач. – 2013; 9: 42–6.
3. Григорьев К.И. Уход за ребенком: эволюция и современное состояние проблемы. Медицинская сестра. 2008; 8: 3–10.
4. Детская дерматология: справочник. Под ред. Д.П. Кроучука, А.Дж. Манчини; пер. с англ. под ред. Н.Г. Короткого. М.: Практическая медицина, 2010. 608 с.
5. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. СПб.: Сотис, 1994. 235 с.
6. Касихина Е.И. Лечение дерматозов у детей грудного возраста: учебное пособие. М.: РМАПО, 2012. 35 с.
7. Кудрявцева А., Мингалиев А., Нескородова Е. Атопический дерматит у детей: возможные причины прогрессирования заболевания, лечение. Врач. 2015; 5: 30–3.
8. Неонатология: Национальное руководство. Под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 848 с.
9. Котлукова Н.П. и др. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий). Педиатрия. 2012; 91 (6): 60–4.
10. Хереп Петер Г. Мастоцитозы. Детская дерматология. Пер. с нем. под ред. А.А. Кубановой, А.Н. Львова. М.: БИНОРМ, Лаборатория знаний. 2013; 487–93.

DIAPER DERMATITIS IN INFANTS

Prof. V.A. Rodionov, Prof. I.E. Ivanova, E.S. Deomidov, Cand. Med. Sci.

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper gives the definition of diaper dermatitis and its causes and provoking factors. It provides the clinical characteristics of diaper dermatitis and indicates remedies for skin treatment and care in infants.

Key words: infants, skin, dermatitis, rash, diapers, nappies, ointments, cream, powder.