

Е.К. БЕРДНИКОВА, к.м.н., Центр коррекции развития детей раннего возраста ФГБУ МНИИПидХ Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА КОЖЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА,

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Правила ухода за новорожденным и ребенком грудного возраста хорошо известны. Однако в связи с перенасыщенностью рынка самыми разнообразными гигиеническими и косметическими средствами и возникающими в связи с этим проблемами выбора представляется целесообразным расставить некоторые акценты в этом вопросе.

Ключевые слова: новорожденный, эпидермис, дерма, пеленочный дерматит, декспантенол

Следует отметить, что анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста приобретают особое клиническое значение с учетом влияния окружающей среды. Кожа занимает 1/12 часть всей массы тела, уступая только поперечно-полосатой мускулатуре и костной системе. При взаимодействии организма с внешней средой она является первой линией защиты от вредных воздействий [3, 8].

Вся кожа, независимо от того, на каком участке тела она находится, состоит из трех основных слоев: *эпидермиса* – самого тонкого наружного слоя, *дермы*, или среднего слоя, и *подкожно-жировой клетчатки* – *гиподермы*. Эпидермис постоянно обновляется. Подобный эффект связан со специфическими превращениями и миграцией кератиноцитов из глубоких слоев в наружные в ходе их дифференцировки. Вместе с отслаивающимися чешуйками с поверхности кожи удаляются химические и биологические патогены. Он состоит из базального, шиповатого, зернистого, блестящего и рогового слоев. В дерме заключена сеть кровеносных сосудов и нервных волокон, а также специализированные железы и придатки кожи [3, 4].

■ Кожные покровы ребенка в раннем возрасте являются одним из основных органов, участвующих в формировании atopического ответа на антигенное воздействие с различными аллергическими проявлениями

Кожа ребенка имеет следующие структурные отличия. *Эпидермис* у новорожденных нежный, рыхлый. Роговой слой тонкий, состоит из 2–3 слоев легко слущивающихся клеток, что определяет интенсивное испарение влаги, легкую ранимость при механических воздействиях. Эпидермис прочно связан с дермой вследствие слабости базальной мембраны, представленной рыхлой клетчаткой, практиче-

ски не содержит соединительной и эластичной ткани, сосочки дермы сглажены. *Сальные железы (экринные)* начинают функционировать внутриутробно. Секрет, содержащий фрагменты клеток эпителия, образует творожистую смазку, покрывающую кожу плода. После рождения железы продолжают функционировать. Сальные железы большие и активные у новорожденных в основном за счет влияния материнских андрогенов, что служит причиной милиарных высыпаний в данный возрастной период. По структуре железы такие же, как у взрослых, но расположены плотнее. Затем функция сальных желез снижается в течение нескольких недель после рождения и не возобновляется до пубертатного возраста. У новорожденных поверхность кожи покрыта секретом с реакцией среды, близкой к нейтральной, pH составляет 6,7. К концу первого месяца жизни кислотность значительно снижается (у взрослых 5,5). *Эпокринные железы* маленькие, лишены секреторных гранул и в течение первых двух с половиной лет жизни функционируют нерегулярно. Потоотделение обычно начинается со 2–5 дня жизни сначала на лице, затем на ладонях и других частях тела, у незрелых детей оно может начинаться только к концу первого месяца жизни, что нередко приводит к гипертермии. Собственно кожа (дерма) и подкожно-жировая клетчатка у детей раннего возраста содержат клетки, участвующие в распознавании, представлении антигенов и эффекторном ответе на них. В дерме имеется множество фиброцитов, гистиоцитов, лимфоцитов, тучных клеток. Кожные покровы ребенка в раннем возрасте являются одним из основных органов, участвующих в формировании atopического ответа на антигенное воздействие с различными аллергическими проявлениями [3, 5, 8].

Кожа богата кровеносными сосудами с густой сетью широких капилляров, что придает кожным покровам вначале яркий (эритема), а затем нежно-розовый цвет, что обеспечивает у новорожденных хорошую дыхательную функцию. Высокое содержание воды и интенсивное кровоснабжение определяет высокую абсорбционную способность кожи. Однако сосудистая и нервная сети незрелы. Сосудистый рисунок приближается к взрослому только по мере замедления роста кожи, максимум которого приходит-

ся на первые два месяца жизни. Миеленизация *кожных нервов* отсутствует, чувствительные рецепторы до конца не сформированы [2, 5].

Таким образом, *терморегуляция*, осуществляемая в основном экринными железами, остается несовершенной, поскольку потеря тепла зависит от общего кровотока в коже и радиуса сосудов, которые регулируются симпатической нервной системой. Чрезэпидермальная потеря воды также снижена.

■ Клеточный и гуморальный иммунитет в ранних периодах жизни снижен, что увеличивает чувствительность детей к инфицированию любыми микроорганизмами, проникающими через поврежденный эпидермальный барьер

Тесно связанные между собой выделительная и регулирующая тепло функции окончательно формируются к 3–4-му месяцу жизни. До этого времени ребенок, особенно недоношенный, плохо регулирует теплообмен, легко переохлаждается и перегревается при неправильном уходе [2, 3, 5].

Большое отношение площади поверхности кожи к массе тела ребенка, низкая плотность клеток рогового слоя, содержание высокого количества липидов обеспечивают легкое проникновение жирорастворимых веществ. На этом фоне испражнения ребенка и химические вещества легко вызывают раздражение кожи.

Клеточный и гуморальный иммунитет в ранних периодах жизни снижен, что увеличивает чувствительность детей к инфицированию любыми микроорганизмами, проникающими через поврежденный эпидермальный барьер [2–5].

Таким образом, здоровье кожи зависит от ее целостности, а это значит, что целью ухода за ней с первых дней жизни является уменьшение раздражения и сохранение эпидермального барьера.

Купать ребенка необходимо каждый день, для этого необходимо использовать проточную воду, кипятить ее в условиях централизованного водоснабжения не следует. Для мытья использовать детское мыло или пену. Следует помнить, что современные моющие средства для детей имеют условное название мыла и не содержат сушащих кожу раздражающих веществ. Пену для купания добавляют в ванну по несколько капель, ополаскивания водой после этого не требуется.

Детские влажные салфетки позволяют до минимума свести контакт кожи ребенка с водой и мылом и быстро и эффективно удалить любые загрязнения с кожи ребенка в любых условиях.

Ватные палочки применяют для обработки пупочной ранки. Напомним, что пупочная ранка обрабатывается только один раз в день, согласно приказу Минздрава. Для этого по-прежнему используется 3%-ный H_2O_2 и 1%-ный раствор бриллиантовой зелени или 5%-ный раствор перманганата калия. Необходимо лишь осторожно обработать края ранки, корочку отмачивать и удалять не нужно, т. к. именно под ней

активнее всего идет эпителизация раневой поверхности. Конечно, если мы встречаемся с проявлениями омфалита, то санацию пупочной ранки с удалением корочки проводят так часто, как этого требует ситуация [2].

Умывать лицо ребенка достаточно проточной водой, протирание ватными шариками используется лишь при наличии выделений из глаз. Нос ребенка можно чистить ватными турундами лишь при условии его заложенности и затруднения носового дыхания [2].

Большинство дерматитов в раннем детском возрасте начинается с первичного раздражения кожи, и здесь одним из важных провоцирующих факторов является влажность и трение, которые зависят от качества ухода и, в частности, длительного нахождения младенца в сырых пеленках или одежде из синтетических тканей. Близко контактируя с кожей ребенка, они создают влажную среду и оказывают эффект компресса, что способствует возникновению опрелости или пеленочного дерматита [2, 4].

Контакт с раздражающими веществами может быть уменьшен путем частой смены подгузников и легким очищением кожи. Однако нужно избегать чрезмерного очищения кожи, потому что это может вызвать раздражение, особенно у детей, склонных к аллергическим реакциям. Кроме этого, полезно нанесение барьерного слоя для уменьшения трения и защиты от раздражающих веществ в виде детского масла, крема, детской присыпки с крахмалом. В настоящее время на российском рынке в изобилии представлена косметическая продукция как отечественных, так и зарубежных производителей.

Следует отметить, что косметические средства необходимо применять правильно. Так, масло должно наноситься тонким слоем на проблемные зоны в области промежности и складки кожи. На всю поверхность тела масло наносится лишь при наличии крупнопластинчатого шелушения, при чрезмерной сухости кожи. Крем или мазь также наносится тонким слоем. Применяя косметические средства, необходимо учитывать реакцию ребенка на них и состав препарата. Кремы, содержащие цинк, декспантенол можно применять с лечебной целью [2, 4].

■ Контакт с раздражающими веществами может быть уменьшен путем частой смены подгузников и легким очищением кожи

Пеленочный дерматит, или папуло-эрозивная стрептодермия, или сифилиподобное папулезное импетиго, характерен исключительно для детей грудного возраста, включая период новорожденности. В более старших возрастных группах заболевание не наблюдается. По данным Британской ассоциации дерматологов, эта проблема отмечается у 57% грудных детей, из них раздражение в области ягодиц встречается в 39%, в области гениталий – в 35%, в области гениталий и ягодиц – в 10% случаев [4, 8, 9].

Хотя пеленочный дерматит не представляет серьезной опасности, раздражение может быть болезненным и причи-

нять страдания детям и родителям. Ощущения при пеленочном дерматите можно сравнить с болью при сильном солнечном ожоге. Очень часто это является причиной капризов и плача малыша, влияет на душевное благополучие родителей, формируя у них чувство вины.

Как правило, дерматит развивается при снижении сопротивляемости организма, присоединении инфекционных заболеваний, глистной инвазии, в поствакцинальный период, при переводе ребенка на искусственное вскармливание, при вводе новых продуктов питания. Особенно часто это бывает при разжиженном стуле у ребенка и механическом раздражении, вызванном непромокаемым бельем, мешающим испарению и усиливающему чресэпидермальную потерю воды. Иногда этому способствует раздражение кожи синтетическими моющими средствами, содержащими препараты хлора, сильные щелочи и другие химические вещества, которыми стирают пеленки, а последние к тому же еще и недостаточно выполаскиваются. Особое значение приписывают раздражающему действию аммиака мочи. Аналогичное явление наблюдается и тогда, когда кал имеет щелочную реакцию (например, если ребенок вскармливается коровьим молоком, а производящие аммиак бактерии развиваются в щелочной среде толстой кишки). Склонность к дерматиту может быть у детей с рахитом, когда при ацидозе также увеличивается содержание аммиака в моче. Наконец, у детей, находящихся на естественном вскармливании, «кислые испражнения» также могут раздражать кожу [4, 5, 8, 9].

Перечисленные химические и механические раздражения создают наиболее благоприятные условия для жизнедеятельности патогенной микрофлоры, среди которой доминируют грам-отрицательные бактерии и грибковая флора.

Таким образом, факторы, которые могут предрасполагать к раздражению кожи, включают в себя частый непосредственный контакт с мочой и с фекалиями, как результат этого, с аммиаком и бактериями. Постоянный влажный – сухой – влажный цикл в областях контакта с тканью пеленки и частое подмывание кожи в области промежности являются осложняющими обстоятельствами.

■ Д–Пантенол успешно применяется также для профилактики и лечения трещин и воспалений сосков у кормящих женщин, с этой целью сосок смазывают мазью после каждого кормления

При анализе ситуаций повседневной жизни, при которых кожа ребенка подвергается различным воздействиям, становится очевидным, что первоначально важным является поддержание естественно сильной кожной защиты от вредных факторов окружающей среды.

Пеленочный дерматит обычно начинается с небольшого покраснения кожи и появления мелкой точечной сыпи в области подгузника, в особенности вокруг гениталий, на

Рисунок 1. Пеленочный дерматит



ягодицах и на соседних участках кожи. Это *легкая степень*. При *средней степени* тяжести отмечается эритема без отека, ограниченная областью мочеполовых органов или большей площадью с шелушением, появлением единичных папул синюшно-красного цвета размером с горошину, окруженных островоспалительным венчиком – ободком отслоившегося слоя рогового эпидермиса. При *тяжелой степени* эритема сильная, с отеком; нарушение состояния кожных покровов в виде папул, фликтен, оставляющих эрозии, часто с присоединением вторичной инфекции (рис. 1) [4, 5, 8, 9].

Для профилактики и лечения опрелостей (пеленочного дерматита) успешно используется Д–Пантенол в форме 5%-ного крема или 5%-ной мази. Препарат улучшает трофику тканей, нормализует клеточный метаболизм, увеличивает прочность коллагеновых волокон. Оказывает регенерирующее, противовоспалительное действие, питает и смягчает кожу. Содержит в своем составе декспантенол – производное пантотеновой кислоты (витамина В5). Пантотеновая кислота входит в состав кофермента А (коэнзима А, КоА) – одного из основных энергетических субстратов. В клетках кожи и слизистых КоА позволяет поддерживать высокий уровень метаболизма, что необходимо для быстрой регенерации [10]. Повышение потребности в пантотеновой кислоте отмечается при повреждении кожных покровов или тканей, именно в этом случае локальный дефицит ее можно восполнить местным применением мази или крема Д–Пантенол. Декспантенол действует на кожу с выраженным эффектом увлажнения: увеличивает гидратацию рогового слоя, уменьшает трансдермальную потерю воды, стабилизирует барьерную функцию эпителия, поддерживает мягкость и эластичность кожного покрова [11].

Вспомогательные вещества улучшают терапевтические свойства мази и крема Д–Пантенол. Низкая молекулярная масса декспантенола, гидрофильность и низкая полярность создают возможность проникновения активных веществ во все слои кожи. Д–Пантенол в форме крема или мази имеет легкую текстуру, что облегчает нанесение на кожу. Наличие диметикона обеспечивает достаточное увлажнение за счет удерживания влаги в роговом слое эпидермиса, создает защитную пленку, обеспечивает шелковистость и гладкость

кожи. В составе крема Д-Пантенол нет ланолина, что делает этот препарат потенциально менее аллергенным [1, 5]. Все вышеперечисленные особенности обеспечивают комфорт для малышей. Для лечения и профилактики пеленочного дерматита крем или мазь Д-Пантенол наносят тонким слоем на кожу после каждой смены подгузника.

Д-Пантенол успешно применяется также для профилактики и лечения трещин и воспалений сосков у кормящих

женщин, с этой целью сосок смазывают мазью после каждого кормления [1, 5].

В заключение хотелось бы отметить, что, пользуясь качественными средствами для профилактики и лечения наиболее частых кожных заболеваний маленького ребенка и правильно их используя, родители смогут способствовать поддержанию здоровья своих детей и больше времени уделять их воспитанию.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Н.А., Горелов А.В., Семеновых Е.Г. Лечение пеленочного дерматита у новорожденных с применением мази Д-пантенол // Педиатрия. 2002. №4. С. 54.
2. Новые разработки по уходу за кожей детей раннего возраста / под ред. проф. Н.А. Коровиной, проф. Г.В. Яцк. Союз педиатров России. М., 1998.
3. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студинцин А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. Л.: Медицина, 1983.
4. Чебуркин А.В., Вихирева З.Н. Предрасположенность к заболеваниям (диатезы), типы конституции и пограничные состояния у детей раннего возраста. Пособие для врачей. М.: РМАПО, 1996.
5. Яцк Г.В., Степанов А.А. Применение мази Д-Пантенол у детей первого года жизни // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 1. №2. С. 90–92.
6. Berg R.W. Etiologic factors in diaper dermatitis: A model for development of improved diapers // Pediatrician. 1986. №14. Suppl. 1. P. 27–33.
7. Jordan W.E., Lawson K.D., Berg R.W. et al. Diaper dermatitis: incidence and severity among a general population // Pediatr. Dermatol. 1986.
8. Berg R.W. Etiologic factors in diaper dermatitis: A model for development of improved diapers // Pediatrician. 1986. Vol. 14. №1. P. 27–33.
9. Jordan W.E., Lawson K., Berg R., Fromxman J. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population // Pediatr. Dermatol. 1986. Vol. 3. P. 198–207.
10. Tahiliani A.G., Beinlich C.J. Pantothenic acid in health and disease // Vitam. Horm. 1991. Vol. 46. P. 165–228.
11. Ebner F., Heller A., Rippke F., Tausch I. Topical use of dexpanthenol in skin disorders // Am. J. Clin. Dermatol. 2002. Vol. 3. №6. P. 427–433.

Здоровая кожа с пеленок —
веселый счастливый ребенок!

Мазь Д-Пантенол

для лечения и ухода за кожей
ребенка и кормящей мамы:

- защитит кожу и вылечит опрелости у малышей
- заживит трещины сосков молочных желез у мам
- не нужно смывать перед кормлением!

ЭКОНОМИЧНО!

Реклама N ЛС-001251 П N011108 www.stada.ru. Производство АО «ЯДРАН», Хорватия. Маркетинг и дистрибуция: ОАО «Нижфарм»

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ