

В.М. ДЕЛЯГИН, д.м.н., профессор, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра поликлинической педиатрии

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ

Пеленочный дерматит встречается не менее чем у 40% детей первого года жизни [1, 17, 18]. Вероятность пеленочного дерматита невелика при смене памперсов шесть и более раз за сутки, естественном вскармливании, домашнем уходе (отказ от детских яслей и садов). Риск пеленочного дерматита резко возрастает при поносах и пероральном приеме амоксициллина. Для профилактики и лечения неосложненных форм пеленочного дерматита рекомендуется Бепантен®.

Ключевые слова: пеленочный дерматит, причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечение

Пеленочный дерматит – воспалительное заболевание кожи в области наложения памперсов (подгузников). Проявляется раздражением, эритемой, папулами или мелкими поверхностными эрозиями кожи промежности, ягодиц, мошонки или вульвы. Чаще регистрируется у детей в возрасте 1–6 месяцев и перестает быть проблемой, как только ребенок приучается к горшку [1]. Раздражение кожи, зуд, возможное наложение инфекции вызывают беспокойство ребенка и родителей.

Пеленочный дерматит – самое частое поражение кожи у детей первого года жизни. По нашим данным, частота по обращаемости достигает 5%, но это касается только распространенных и упорных форм дерматита. При опросах родителей легкие формы пеленочного дерматита отмечаются у 25–40% детей грудного возраста.

Возникновение пеленочного дерматита – результат действия нескольких факторов: избыточная влажность кожи, механическое раздражение памперсом, раздражающее действие кала и мочи, местная микробная флора (*рис.*). Проблема усугубляется многочисленными складками кожи, затрудняющими поддержание местной чистоты. Основными повреждающими факторами являются протеазы и липазы каловых масс. Активность липаз и протеаз резко повышается при ускоренном пассаже кишечных масс, что типично для диареи. Поэтому пеленочный дерматит типичен для детей с нарушением стула. Частота пеленочного дерматита ниже среди младенцев, находящихся на грудном вскармливании, что объясняют меньшей кислотностью мочи и каловых масс при естественном вскармливании [2].

Кожа ребенка – очень надежный защитный барьер. Трансэпидермальная потеря воды у ребенка даже ниже, чем у взрослого. Тем не менее этот барьер разрушают сырость, недостаток аэрации, химические, биологические или механические раздражители. Длительное нахождение в памперсах или в подгузниках ведет к избыточному увлажнению кожи, мацерации рогового слоя и воспалению [4]. Появление сверхвпитывающих памперсов запустило иной механизм развития пеленочного дерматита: пересушивание кожи [3, 4].

Кислотность кожи определяет ее устойчивость к повреждающим факторам. Норма pH кожи – 4,5–5,5. Загрязнение кожи и некоторые моющие средства меняют pH кожи, что нарушает микробный пейзаж, стимулирует развитие пропионобактера и способствует воспалению. Моющие средства с pH 5,5 не изменяют микрофлору кожи и не меняют ее микрофлору [5, 6].

В продаже имеются окрашенные и неокрашенные памперсы. Красители добавляются с целью создания более привлекательного товарного вида или для повышения абсорбции. Но пеленочный дерматит чаще развивается при пользовании окрашенными памперсами, а его проявления быстро смягчаются при переходе на неокрашенные памперсы. То есть в таких случаях оказывается задействован механизм развития контактного аллергического дерматита [7].

Диагностика основывается исключительно на общем клиническом обследовании. Пеленочный дерматит развивается обычно не ранее 3-й недели жизни и не позднее 2-го года. Требуется уточнить время возникновения, длительность и динамику симптомов; возможный контакт с детьми, имею-

Рисунок. Механизм развития пеленочного дерматита (Коровина Н.А., Захарова И.Н., Овсянникова Е.М.)



щами подобные сыпи; наличие сыпей вне области памперсов (подгузников); наличие зуда, беспокойства, изменение общего состояния ребенка; предшествующие заболевания, диареи и прием антибиотиков. Необходимо выяснить тип памперсов, частоту их смены, методы гигиены.

Изменения кожи локализуются четко по площади наложения памперсов и при легком течении представлены яркой эритемой с наличием или отсутствием чешуек. Границы эритемы могут быть смазанными. Более тяжелые варианты характеризуются появлением папул, пузырьков, мелких поверхностных эрозий. Элементы располагаются на ягодичках, внутренней поверхности бедер, на лобке и мошонке.

Лабораторные исследования требуются только для целей дифференциальной диагностики, исключения грибковой, бактериальной или вирусной инфекции.

Дифференциальная диагностика включает следующие состояния (табл. 1):

Милии – обструкция потовых желез. Выглядят как множественные стерильные везикулы, папулы эритематозные на лице, шее, в подмышечных впадинах.

Атопический дерматит – атопия в анамнезе у родственников и/или у ребенка, сыпь на лице и разгибательных поверхностях рук и ног, зуд.

Себорейный дерматит – типичен для детей в возрасте от 2 недель до 3 месяцев. Выглядит как множественные отшелушивающиеся жирные мелкие корочки на скальпе (молочный струп), в заушных областях, в подмышках, в области грудины. При сочетании тяжелого себорейного дерматита с поносами и нарушением развития требуется исключить дефект С5-комплемента.

Псориаз имеет явные семейные корни, возможно поражение любых участков кожи и ногтей, не отвечает на лечение обычными местными стероидами и противогрибковыми препаратами.

Интертриго возникает на влажных участках кожи, в наиболее ранимых и физиологически травмируемых отделах (межъягодичная складка, межпальцевые промежутки).

Контактный дерматит – частый результат сочетания милии и интертриго. Нередко провоцируется раздражающим действием смеси мочи и кала, застаивающихся в памперсах. Моча в присутствии каловых масс ощелачивается за счет быстрого освобождения аммиака. В свою очередь, в щелочной среде активизируются каловые уреазы, липазы и протеазы. Ферменты разрушают кожный барьер и создают условия для всасывания низкомолекулярных соединений.

Грибковый пеленочный дерматит. Если банальный пеленочный дерматит длится более 3 суток, он в 75% случаев превращается в грибковый (кандидозный) пеленочный дерматит. *Candida albicans* попадает на воспаленную поверхность из каловых масс, в норме дрожжевых грибов в промежности нет. Пероральный амоксициллин ускоряет колонизацию кожи кандидами и утяжеляет течение пеленочного дерматита.

Бактериальный пеленочный дерматит. Активация кишечных энзимов способствует колонизации бактериями, имеет значение и распространение кишечной флоры.

Самыми частыми микробами оказываются стафилококки, затем – стрептококки. Рост нескольких видов возбудителей обнаруживается в 40–50% случаев, в половине из них выделяются анаэробы.

Ягодичная гранулема младенцев – редкое бессимптомное состояние. Вероятно, обусловлено необычной воспалительной реакцией в ответ на длительное сочетание раздражения кожи, кандидоза и применения фторированных кортикостероидов [8, 9].

Кроме того, в дифференциальной диагностике следует учитывать *импетиго, чесотку, врожденный сифилис, ВИЧ-инфекцию, энтеропатический акродерматит, гистиоцитоз клеток Лангерганса*.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика пеленочного дерматита

Частые причины	Редкие причины
Контактный дерматит	Гистиоцитоз клеток Лангерганса
Грибковый пеленочный дерматит	Псориаз
Себорейный дерматит	Врожденный сифилис
Атопический дерматит	Инфекции стафилококковой этиологии
Интертриго	Буллезные (эпидермальный буллез, вульгарный пемфигус)
	Нутритивный дефицит веществ (дефицит ниацина (пеллагра), нарушения в метаболизме жирных кислот и дефицит цинка) – энтеропатический акродерматит
	Ягодичная гранулема младенцев
Милии	Гистиоцитоз клеток Лангерганса

ЛЕЧЕНИЕ

Первый шаг – режим и уход. Требуется частая смена памперсов, нежная обработка кожи естественными материалами (хлопок), не тереть, не давить, «проветривание» (дать ребенку полежать без памперсов при их смене, при наличии дерматита – как можно дольше не одевать памперс). Местно наносятся препараты цинка, глицерина, масла с витаминами А и Д (последнее разделяется не всеми педиатрами). При дерматите, сохраняющемся более 3 суток, – местные противогрибковые препараты. При тяжелых вариантах – в сочетании с противовоспалительными и противомикробными средствами. Перед обработкой ребенка и после нее родители должны тщательно мыть руки.

Ни в коем случае нельзя применять тальк или иные «бес-тальковые» присыпки. Как адсорбенты они малоэффективны, превращаясь в «мочевые компрессы». Также вредно использовать крахмал. Он, впитывая влагу, становится средой, благоприятствующей росту грибов и бактерий.

Для профилактики пеленочного дерматита (опрелостей) и лечения его легких форм показана мазь Бепантен®. Это средство можно применять при каждой смене памперсов (подгузников, пеленок). Препарат не содержит ароматизаторов, красителей и консервантов, которые могли бы сенсиби-

лизировать младенца. Эффект от применения Бепантена достигается за счет нескольких механизмов.

Мазь Бепантен® содержит декспантенол (провитамин пантотеновой кислоты). Декспантенол легко всасывается в кожу и превращается в пантотеновую кислоту. Применение непосредственно пантотеновой кислоты нецелесообразно из-за ее плохой всасываемости. В организме пантотеновая кислота трансформируется в пантетин, входящий в состав коэнзима А, который выполняет важную роль в процессах окисления и ацетилирования, а также участвует в метаболизме белков, жиров и углеводов. Пантотеновая кислота обладает способностью к стимуляции выработки глюкокортикоидов, что частично объясняет эффективность данного витамина в лечении аллергии.

Таблица 2. Результаты исследований in vitro о влиянии пантотеновой кислоты на активность генов, участвующих в регуляции воспаления (Wiederholt и соавт., 2009)

Ген	Функция	Действие в присутствии декспантенола
Id1	Стимулирует пролиферацию клеток	Повышается активность
HMOX1	Подавление активных форм кислорода	Повышается активность
IL-6	Регуляция воспаления	Повышается активность
IL-8	Регуляция воспаления	Повышается активность

Пантотеновая кислота обеспечивает сохранность состояния кожного покрова и слизистых оболочек, что имеет большое значение для системы местного иммунитета. Пантотеновая кислота способствует регенерации кожи, восстанавливая естественный кожный барьер. Наряду с этим в составе препарата содержится ланолин, создающий на поверхности кожи защитную пленку, способствующий физиологической гидратации и не препятствующий дыханию кожи. Это позволяет применять мазь в любое время года,

в т. ч. в жаркий летний период. Бепантен® не окрашивает кожу, практически не имеет запаха, а ее жировые компоненты быстро впитываются кожей. Мазь формирует защитный барьер против внешних раздражителей (моча, фекалии). По данным зарубежных и отечественных исследователей, эффективность мази Бепантен® при лечении пеленочного дерматита составляет 94–100% (табл. 2) [14, 15, 19]

Опыт клинической работы с детьми раннего возраста показал, что у более трети пациентов, если после появления первых признаков дерматита не приняты соответствующие меры – своевременно не устранены провоцирующие факторы и не проводится адекватный уход за кожей, наступает достаточно быстрое ухудшение состояния. У ряда детей в течение 1–2 дней может развиваться тяжелая форма дерматита. Это свойственно детям с экссудативным типом конституции, признаками лимфатизма и транзиторной недостаточности. Однако практика показывает, что в подавляющем большинстве случаев у детей даже при выраженных клинических проявлениях пеленочного дерматита воспалительные изменения кожи быстро уменьшаются после обычных гигиенических мероприятий и своевременного начала применения Бепантена.

Прогноз неосложненного пеленочного дерматита благоприятен. При своевременном выявлении и адекватном лечении состояние кожи нормализуется за 1–4 дня. Осложненные формы (наслоение грибковой или бактериальной инфекции, сопутствующий атопический дерматит) требуют комплексной медикаментозной терапии на протяжении нескольких недель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пеленочный дерматит – самое частое поражение кожи у детей первых 6 месяцев жизни. При нарушениях ухода, поздней диагностике, наложении инфекции возможно тяжелое течение дерматита. В качестве профилактики и лечения рекомендуется препарат Бепантен®.



ЛИТЕРАТУРА

- Krafchik B.R., Eczematous Disorder. Textbook of Neonatal Dermatology. 241–2001.
- Longhi F., Carlucci G., Bellucci R. et al. Diaper dermatitis: a study of contributing factors // Contact Dermatitis. 1992. – v. 26. – pp. 248–252.
- Prasad H., Srivastava P., Verma K. Diaper dermatitis – an overview // Indian J. Pediatr., 2003. – v. 70. – pp. 635–637.
- Davis J., Leyden J., Grove G., Raynor W. Comparison of disposable diapers with fluff absorbent and fluff plus absorbent polymers: effects on skin hydration, skin pH, and diaper dermatitis // Pediatr. Dermatol., 1989. – v. 6. – pp. 102–108.
- Wilson P., Dallas M. Diaper performance: maintenance of healthy skin // Pediatr. Dermatol., 1990. – v. 7. – pp. 179–184.
- Prasad H., Srivastava P., Verma K. Diapers and skin care: merits and demerits // Indian J. Pediatr., 2004. – v. 71. – pp. 907–908.
- Adam R. Skin care of the diaper area // Pediatr. Dermatol., 2008. – v. 25. – pp. 427–433.
- Korting H., Braun-Falco O. The effect of detergents on skin pH and its consequences // Clin. Dermatol., 1996. – v. 14. – pp. 23–27.
- Alberta L., Sweeney S., Wiss K. Diaper dye dermatitis // Pediatrics, 2005. – v. 116. – pp. e450–452.
- Walsh S., Robson W. Granuloma gluteale infantum: an unusual complication of napkin dermatitis // Arch. Emerg. Med., 1988. – v. 5. – pp. 113–115.
- Li C., Zhu Z., Dai Y. Diaper dermatitis: a survey of risk factors for children aged 1 – 24 months in china // J. Int. Med. Res., 2012. – v. 40. – pp. 1752–1760.
- Boiko S. Diapers and diaper rashes. Dermatol. Nurs 1997; 9 (1): 33–39.
- Andersen P.H., Bucher A.P., Saeed I. Faecal enzymes: in vivo human skin irritation. Contact Dermatitis. 1994; 30 (3): 152–158.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.