

# УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

В статье авторы подробно освещают анатомо-физиологические особенности кожи новорожденных детей, роль первородной смазки, особенно выделена группа недоношенных детей. Приводятся примеры факторов риска развития кожных патологий, пути их предотвращения и способы первой помощи.

**Ключевые слова:** кожа, новорожденные, уход, декспантенол.

I.I. RYUMINA, MD, Prof., V.V. ZUBKOV, MD

Kulakov Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of Russia, Moscow  
NEWBORN SKIN CARE

In this article the authors provide a detailed description of anatomic and physiological peculiarities of the newborn children, the role of the vernix caseosa, a group of premature children is described as a separate group. Examples of skin pathology development risk factors, ways to prevent them and first aid measures are provided.

**Keywords:** skin, newborns, care, Dexapantenol.

**А**натомо-физиологические особенности кожи новорожденных, и особенно недоношенных, детей предполагают уязвимость кожных покровов и повышенную чувствительность к различным факторам окружающей среды. Особенности кожи в различные возрастные периоды, влияния различных факторов на структуру и определение функции кожи у новорожденных лежат в основе современных рекомендаций по уходу за кожей ребенка, профилактике заболеваний и повреждений кожи.

Кожа развивается из одного слоя клеток эктодермы у эмбриона до трех слоев, включая промежуточный слой к середине второго триместра, когда образуется эпидермис и дерма [1]. Кожа, так же как и мозг, развивается из эктодермального листка, в процессе внутриутробного развития кожа покрывает мозговую ткань и «изолирует» нервные ганглии, обеспечивая уникальное взаимодействие между ЦНС и окружающей средой. Формирование изолирующего барьера, предотвращающего потерю жидкости и проникновение инфекционных агентов, является чрезвычайно важным для выживания ребенка во внеутробной жизни. Эпидермис дифференцируется в третьем триместре беременности и содержит роговой слой stratum corneum, stratum granulosum (слой зернистых клеток), stratum spinosum (остистый слой) и stratum germinativum (базальный и прорастающий клеточный слой), которые состоят из кератиноцитов [2]. Эпидермис новорожденных, в отличие от детей более старшего возраста и взрослых, намного тоньше и отличается по структуре. Он легко повреждается под влиянием различных механических и химических воздействий. Из-за слабого развития базальной мембраны эпидермис легко отслаивается от дермы, что способствует возникновению эпидермолиза. Роговой слой (корнеоциты, липидные бислои и десмосомы) обеспечивает воздушно-жидкостный барьер и блокирует проникновение физических агентов в кожу. Роговой слой содержит такие факторы гуморального иммунитета, как лизоцим и лактоферрин, препятствующие проникновению бактерий. Клетки базального слоя, в отличие от кожи взрослого человека, значительно

меньшего размера. Верхний слой дермы, сосочковый слой, еще не сформирован, в нем много незрелых соединительнотканых клеток и тонких коллагеновых волокон. Нижний, сетчатый слой, содержит зрелые фибробласты и толстые коллагеновые волокна, что свидетельствует о том, что созревание дермы у новорожденных начинается с ее нижних отделов. У новорожденных снижена способность клеток кожи к образованию пигмента меланина, потовые и сальные железы начинают функционировать позднее. Клетки Лангерганса и меланоциты не образуются из эпидермиса, а мигрируют в эпидермис ближе к концу первого триместра.

Одна из важнейших функций кожи – защита от проникновения инфекции, что прямо зависит от pH кожи. Низкий pH и определенная температура рогового слоя (кислотная мантия) необходимы для нормальной функции ферментов. При рождении поверхность кожи относительно нейтральна (pH-фактор приблизительно 6,5) и постепенно становится более кислой в течение нескольких недель после рождения. Кислая реакция pH кожи формируется в результате изменений на ее поверхности после рождения (выделение пота, кожного сала, микроорганизмов), молочная кислота и свободные жирные кислоты – от метаболических процессов в пределах страты corneum. Значение pH кожи 5,5 обеспечивает кислую реакцию кожи, которая обладает антибактериальным действием, препятствуя росту патогенных бактерий. Окисление также поддерживает эпидермальную целостность барьера, стабилизируя двойную чешуйчатую структуру внутриклеточных липидов. У доношенных новорожденных после 4 дней жизни кожа характеризуется кислой реакцией (pH менее 5), тогда как у недоношенных кожа приобретает кислую реакцию не ранее 8 дней жизни.

Профилаггрин, белок-предшественник филаггрина, находится в клетках гранулированного слоя, деградирует в свободные аминокислоты, урокаиновую кислоту и пирролидинкарбоновую кислоту, известные как естественные факторы увлажнения, и влияет на гидратацию рогового слоя, снижая pH кожи. Десквамация рогового слоя –

это строго регулируемый процесс, в котором участвуют протеазы, ингибиторы протеазы и *pH* кожи, вызывая шелушение. Плотное прилегание клеток зернистого слоя эпидермиса создает жидко-жидкостный барьер, который важен для регулирования трансэпителиальной потери жидкости (TEWL). Скорость TEWL является мерой проницаемости барьера кожи, высокие значения которой определяются при поврежденной коже. TEWL меняется у новорожденных в течение первых недель после рождения [3]. Снижению бактерицидных свойств кожи способствуют ее обезжиривание (спирт, эфир), охлаждение организма, раздражение кожи мочой и калом, приводящее к разжижению так называемой водно-липидной мантии эпидермиса. Купание с щелочным мылом может быть причиной изменения *pH* кожи, что также способствует развитию бактериальных инфекций [4].

**Снижению бактерицидных свойств кожи способствуют ее обезжиривание (спирт, эфир), охлаждение организма, раздражение кожи мочой и калом, приводящее к разжижению так называемой водно-липидной мантии эпидермиса. Купание с щелочным мылом может быть причиной изменения *pH* кожи, что также способствует развитию бактериальных инфекций**

Кожа новорожденного является мощным иммунологическим барьером, являясь составной частью врожденного иммунитета [5–7]. Важную роль в барьерной функции выполняет кожный микробиом, на который влияет прежде всего способ родоразрешения [8]. Капоне и соавт. (2011) показали, что развитие микробиома ребенка в течение первого года жизни влияет на восприимчивость к инфекции [9]. Первоначальная колонизация кожи зависит от колонизации кишечника и является важным фактором адаптации ребенка после рождения. Кожа новорожденного – первая линия защиты макроорганизма, имеет большое количество иммунных факторов. К защитным механизмам относится не только роговой слой *stratum corneum*, являющийся анатомическим барьером, и кислая *pH*, как уже ранее упоминалось, но и материнская микрофлора, а также антибактериальные пептиды и фагоциты. Стоит уделить особое внимание грудному вскармливанию новорожденного, т.к. одним из его преимуществ является колонизация не только кишечника, но и кожи новорожденного микроорганизмами матери [10].

В период внутриутробного развития кожные покровы плода окружены амниотическими водами, которые поддерживают необходимую температуру и химический состав кожи, защищают ее от физических раздражителей и инфекции. В первую минуту после рождения кожа ребенка реагирует с «агрессивной» внешней средой, что во многом и является причиной первого крика новорожденного, запускающего механизмы расправления легких. При правильном уходе за здоровым новорожденным его кожа в течение первой недели жизни приобретает розовый цвет.

После 9 месяцев внутриутробного развития ребенок рождается со зрелой кожей и *stratum corneum*. Кожа новорожденного покрыта родовой смазкой (*vernix caseosa*), которая на 80,5% состоит из воды, белков, липидов (холестерин, свободные жирные кислоты, фосфолипиды, церамиды) и антимикробных пептидов [11]. Предположение, что *vernix* – это своего рода «жир», который облегчает процесс рождения, не соответствует действительности, так как у зрелых и переносенных детей смазки очень мало. Скорее *vernix caseosa* – естественное моющее средство, которое обладает противомикробным, антиоксидантным, увлажняющим и заживляющим действием. Возможно, вместо того, чтобы удалять *vernix* с кожи новорожденного младенца, необходимо его втирать. Показано, что *vernix* способствует скоплению влаги в коже и обеспечивает более высокий уровень исходной гидратации, а удаление первородной смазки повышает *pH* кожи новорожденного [12].

*Vernix* синтезируется в течение последнего триместра беременности и состоит из эмбриональных корнеоцитов, которые содержат большое количество воды, и этим объясняется способность первородной смазки защищать кожу ребенка от потери жидкости. Есть предположение, что легочный сурфактант, синтезирующийся в эмбриональных легких, также играет определенную роль в отделении *vernix* от поверхности кожи в процессе внутриутробного созревания ребенка, он смешивается с амниотической жидкостью, вызывая помутнение амниотической жидкости, что является признанным маркером зрелости легкого. Развитие относительно непроницаемого кожного барьера является важным условием адаптации новорожденного к внеутробному существованию, не менее важным, чем адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В момент рождения *stratum corneum* защищает организм новорожденного от потери воды, от проникновения инфекции, участвует в терморегуляции и защите от ультрафиолетового света, а также от химических агентов. В первородной смазке содержатся многочисленные противомикробные, противогрибковые и противопаразитарные вещества, которые защищают кожу ребенка от патологической колонизации патогенными микроорганизмами [13].

**Низкий *pH* и определенная температура рогового слоя (кислотная мантия) необходимы для нормальной функции ферментов. При рождении поверхность кожи относительно нейтральна (*pH*-фактор приблизительно 6,5) и постепенно становится более кислой в течение нескольких недель после рождения**

До недавнего времени считалось, что первородная смазка, так же как кровь, меконий, амниотические воды, загрязняет кожу и ее надо сразу же после рождения удалить. Однако удаление первородной смазки и купание новорожденного сразу после рождения нарушают *pH* кожи. Современные клинические рекомендации,

**Рисунок 1. Сухость кожи****Рисунок 2. Пластинчатое шелушение кожи у недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении****Рисунок 3. Токсическая эритема**

в том числе рекомендации ВОЗ, учитывая потенциально неблагоприятный эффект удаления первородной смазки в родильном зале, не рекомендуют удалять первородную смазку с кожи новорожденных, а купание должно быть отсрочено, по крайней мере на 6 часов после рождения [14, 15].

### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КОЖИ

Для многих детей характерно физиологическое шелушение кожи, которое не требует лечения, но за такой кожей необходимо тщательно ухаживать (рис. 1, 2). Любое заболевание ребенка в периоде новорожденности сопровождается изменением состояния кожных покровов. При многих патологических состояниях в неонатальном периоде кожа приобретает мраморный рисунок, цвет кожи варьирует от ярко-красного до синюшного. Изменение цвета кожи, тургора, появление патологических образований является важным диагностическим признаком, характеризующим состояние новорожденного. У многих здоровых детей первых дней жизни можно выявить признаки закупорки сальных желез кожи. У части доношенных детей (21–41% новорожденных) в возрасте 24–48 ч жизни выявляется токсическая эритема, которая по своей природе является аллергоидной реакцией на заселение кишечника ребенка условно-патогенными микроорганизмами (рис. 3). У половины детей на 3–7-й день жизни отмечается физиологическая желтуха, которая в отдельных случаях требует проведения фототерапии.

***В первую минуту после рождения кожа ребенка реагирует с «агрессивной» внешней средой, что во многом и является причиной первого крика новорожденного, запускающего механизмы расправления легких. При правильном уходе за здоровым новорожденным его кожа в течение первой недели жизни приобретает розовый цвет***

Состояние кожи напрямую зависит от адекватного питания ребенка. Как правило, у детей с низким весом при рождении и у новорожденных в тяжелом состоянии невозможно обеспечить потребность в калориях и питательных веществах только за счет энтерального питания, поэтому назначается парентеральное питание. Потребность в аминокислотах варьирует от 2,5 до 4,5 г/кг/сут, чем меньше ребенок, тем выше потребность для обеспечения активного роста.

### ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Дефекты ухода могут привести к инфекции кожи даже у здорового новорожденного.

Нарушение температурного режима, тугое пеленание, редкое купание и перегрев ребенка могут быть причиной появления потницы, которая не относится к тяжелым поражениям кожи, однако может быть причиной плохого

самочувствия – ребенок становится беспокойным, плохо сосет грудь, срыгивает (рис. 4).

**Развитие относительно непроницаемого кожного барьера является важным условием адаптации новорожденного к внеутробному существованию, не менее важным, чем адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

Пеленочный дерматит является неспецифическим термином, используемым для описания любых воспалительных реакций кожи в области промежности (подгузника), и одним из наиболее распространенных заболеваний кожи у новорожденных и младенцев [16, 17]. Частота пеленочного дерматита, по данным различных авторов, составляет 25–50% в зависимости от возраста и методов, применяемых в конкретных исследованиях, кроме того, врачи и родители не сообщают о многих случаях, потому что они исчезают через несколько дней без медицинского лечения [18–21]. В патогенезе пеленочного дерматита большое значение имеет сочетание факторов, из которых наиболее важным является длительный контакт кожи с мочой и фекалиями [22, 23]. Редкая смена подгузника увеличивает гидратацию кожи и повышает ее pH, в то время как воздействие фекальных ферментов нарушает целостность кожного барьера и повышает его проницаемость, делая кожу восприимчивой к раздражению и микробной инвазии, приводя к локализованному воспалению кожи (рис. 5, 6). Ранние признаки пеленочного дерматита проявляются в виде бессимптомной легкой эритемы на ограниченной поверхности кожи, с минимальной мацерацией и натиранием. Областями кожи, которые больше всего поражены, являются ягодицы, гениталии, брюшная полость, перианальная область и бедра. По мере прогрессирования заболевания может развиваться умеренная эритема с мацерацией, площадь поверхности поврежденной кожи увеличивается, появляются экссудация и или изъязвления. При неблагоприятных условиях инфицирование поврежденной кожи может привести, в свою очередь, к развитию септического процесса.

Современные методы интенсивной терапии новорожденных включают большое количество инвазивных процедур, нарушающих целостность кожных покровов. Нередко повреждения кожи возникают при фиксации многочисленных катетеров и датчиков на коже больных новорожденных детей.

Предотвращение повреждений кожи (травма, ожог, химические повреждения (ожог раствором йода, марганцовки), потертости, пролежни, воспаление), уход за кожей – сложная, но чрезвычайно важная задача всего персонала.

При каждом осмотре ребенка необходимо оценить состояние кожных покровов и фиксировать результаты осмотра в истории развития новорожденного или в амбулаторной карте. Оценку кожи в баллах рекомендуется проводить каждый день, отмечая положительную или

**Рисунок 4. Потница у новорожденного**



**Рисунок 5. Пеленочный дерматит**



**Рисунок 6. Пеленочный дерматит**



отрицательную динамику показателей. Оценка кожи новорожденного проводится начиная с волосяного покрова головы, заушных областей, кожи лица и заканчивая кожей стоп. Оценивается, как правило, цвет, сухость или гидратация, тургор, наличие эритемы, образований и повреждений кожи (рис. 7). Нормальная кожа обычно оценивается как розовая, эластичная, чистая, без патологических образований.

**Рисунок 7. Сухость кожи и инфицирование**

Однако такой субъективный подход не дает возможность количественно определить такие свойства кожи, как сухость или интенсивность эритемы.

Для того чтобы сделать более объективной оценку кожи, предлагаются различные шкалы, например, оценивается сухость, покраснение кожи и повреждение (табл.) [24].

Использование такой шкалы показало достаточно высокое совпадение оценки кожи медицинским персоналом [25].

Существует убедительное доказательство того, что различные процедуры очищения не оказывают клинического влияния на функцию кожи, pH кожи, потерю жидкости, а также на степень микробной колонизации и колонизации *Candida* [26–29].

В повседневном уходе за кожей новорожденного необходимо использовать различные средства для смягчения сухой кожи, уменьшения потерь воды через кожу (например, при фототерапии), для заживления поврежденной кожи или для защиты кожи от повреждений. С этой целью рекомендуется использовать средства по уходу, содержащие пантотеновую кислоту или ее производное – декспантенол, которые стимулируют эпителизацию кожи, нормализуют клеточный метаболизм и обладают противо-

**Таблица. Клинические проявления для оценки состояния кожи**

Признак	Клинические проявления	Баллы
Сухость	Нормальная кожа, признаков сухости нет	1
	Сухая кожа с участками шелушения	2
	Очень сухая кожа с обильным шелушением, трещинами, повреждениями	3
Эритема	Нет покраснения/эритемы	1
	Видимое покраснение/эритема (<50% поверхности тела)	2
	Видимое покраснение/эритема (>50% поверхности тела)	3
Повреждение	Нет очевидных	1
	Маленькие и/или локализованные области повреждения	2
	Обширные участки повреждения кожи	3

воспалительным действием. Например, препарат, соответствующий европейским стандартам качества, Д-Пантенол на основе 5%-ного декспантенола в форме крема или мази (по 25 и 50 г), а также в виде косметического средства – спрея (200 мл). Мазь Д-Пантенол используют при уходе за сухой кожей, так как в ней содержится ланолин, способствующий быстрому впитыванию, увлажнению и усвоению активного вещества мази. Крем имеет более легкую текстуру в отличие от мази, поэтому его рекомендуют применять для профилактики и лечения опрелостей. Крем желательно наносить после купания и при каждой смене подгузника. Необходимо наносить средства на кожу тонким слоем, очень бережно, мягко, не растирать, особенно у глубоко недоношенных детей. Удобен в использовании спрей Д-Пантенол, благодаря распылителю нанесение средства исключает контакт с поврежденной кожей.

Согласно данным различных исследований и клинических наблюдений, применение Д-Пантенола при первых проявлениях пеленочного дерматита и опрелостей у детей достаточно эффективно [30, 31]. Кроме этого, Д-Пантенол можно рекомендовать для ежедневного ухода за кожей ребенка с профилактической целью.

В 2009 г. были опубликованы первые Рекомендации Европейского круглого стола по купанию и использованию очищающих средств у новорожденных в процессе ежедневного ухода, которые были пересмотрены и обновлены в свете новых появившихся доказательств, а также устранены неточности [30].

Купание новорожденного можно проводить без вреда для ребенка при соблюдении основных мер безопасности. Во время купания можно использовать только специально разработанные жидкие моющие средства, которые не нарушают процесс нормального созревания кожи. Зона подгузника должна быть чистой и сухой; с самого рождения зону подгузника необходимо осторожно очищать с помощью ватных шариков/квадратиков и воды или с помощью специально разработанных салфеток. Средства для ухода соответствующего состава могут использоваться для поддержания и повышения барьерной функции кожи. Средства, предназначенные для ухода за кожей новорожденных и детей раннего возраста, должны обладать буферными свойствами и поддерживать pH поверхности кожи младенцев приблизительно 5,5. Кроме того, все средства, а также компоненты, входящие в их состав, должны быть исследованы на безопасность и долго храниться. Следует избегать использования средств, содержащих агрессивные поверхностно-активные вещества, в частности, такие как лаурилсульфат натрия.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Loomis C, Koss T, Chu D. Fetal skin development. In: Eichenfield L, Frieden I, Esterly N, eds. Neonatal dermatology, 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2008: 1–17.
- Shwyder T, Akland T. Neonatal skin barrier: structure, function, and disorders. *Dermatol Ther*, 2005;18: 87–103.
- Fluhr JW, Darlenski R, Lachmann N, et al. Infant epidermal skin physiology: adaptation after birth. *Br J Dermatol* 2012, 166: 483–490.

4. Adam R. Skin Care of the Diaper Area. *Pediatric Dermatology*, 2008, 25(4): 427–433.
5. Dorschner RA, Lin KH, Murakami M, et al. Neonatal skin in mice and humans expresses increased levels of antimicrobial peptides: innate immunity during development of the adaptive response. *Pediatr Res*, 2003 53: 566–572.
6. Walker VP, Akinbi HT, Meinzen-Derr J, et al. Host defense proteins on the surface of neonatal skin: implications for innate immunity. *J Pediatr*, 2008, 152: 777–781.
7. Levy O. Innate immunity of the newborn: basic mechanisms and clinical correlates. *Nat Rev Immunol*, 2007, 7: 379–390.
8. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2010, 107: 11971–11975.
9. Capone KA, Dowd SE, Stamatias GN, et al. Diversity of the human skin microbiome early in life. *J Invest Dermatol*, 2011, 131: 2026–2032.
10. Jost T, Lacroix C, Braegger CP, et al. New insights in gut microbiota establishment in healthy breast fed neonates. *PLoS One*, 2012, 7: e44595.
11. Pickens WL, Warner RR, Boissy YL, et al. Characterization of vernix caseosa: water content, morphology, and elemental analysis. *J Invest Dermatol*, 2000;115:875–881.
12. Visscher MO, Narendran V, Pickens WL, et al. Vernix caseosa in neonatal adaptation. *J Perinatol*, 2005, 25: 440–446.
13. Tollin M, Bergsson G, Kai-Larsen Y, et al. Vernix caseosa as a multi-component defence system based on polypeptides, lipids and their interactions. *Cell Mol Life Sci*, 2005, 62: 2390–2399.
14. Базовая помощь новорожденному – международный опыт. Под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих, науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. 208 с.
15. Избранные клинические рекомендации по неонатологии. Под ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дягтерева. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016. 240 с.
16. Berg RW. Etiology and pathophysiology of diaper dermatitis. *Adv Dermatol*, 1988, 3: 75–98.
17. Visscher MO, Hoath SB. Diaper dermatitis. In: Maibach H, ed. Handbook of irritant dermatitis. Berlin: Springer, 2006: 37–51.
18. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW et al. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. *Pediatr Dermatol*, 1986, 3: 198–207.
19. Philipp R, Hughes A, Golding J. Getting to the bottom of nappy rash: ALSPAC survey team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Br J Gen Pract*, 1997, 47: 493–497.
20. Visscher MO, Chatterjee R, Munson KA et al. Development of diaper rash in the newborn. *Pediatr Dermatol*, 2000, 17: 52–57.
21. Visscher MO. Recent advances in diaper dermatitis: etiology and treatment. *Pediatr Health*, 2009, 3: 81–98.
22. Berg RW. Etiology and pathophysiology of diaper dermatitis. *Adv Dermatol*, 1988, 3: 75–98.
23. Atherton D. Maintaining healthy skin in infancy using prevention of irritant napkin dermatitis as a model. *Community Pract*, 2005, 78: 255–257.
24. The Royal Women's Hospital. Clinical Practice Guideline – Skin Care for Newborn Babies. 2016.
25. Lund CH and Osborne JW. Validity and Reliability of the Neonatal Skin Condition Score. *JOGNN Clinical Research*, 2004, 33(3) 320–327.
26. Lavender T, Furber C, Campbell M et al. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: assessor-blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC Pediatr*, 2012, 12: 59.
27. Garcia Bartels N, Massoudy L, Scheufele R et al. Standardized diaper care regimen: a prospective, randomized pilot study on skin barrier function and epidermal IL-1alpha in newborns. *Pediatr Dermatol*, 2012, 29: 270–276.
28. Adam R, Schnetz B, Mathey P et al. Clinical demonstration of skin mildness and suitability for sensitive infant skin of a new baby wipe. *Pediatr Dermatol*, 2009, 26: 506–513.
29. Garcia Bartels N, Scheufele R, Prosch F et al. Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatr Dermatol*, 2010, 27: 1–8.
30. Белоусова Н.А., Горелов А.В., Семеновых Е.Г. Лечение пеленочного дерматита у новорожденных с применением мази Д-пантенол. *Педиатрия*, 2002, 4: 54.
31. Студеникин В.М., Студеникина Н.И. Уход за кожей детей первых лет жизни: нейрорпедиатрические аспекты. *Леч. врач*, 2008, 3: 66–70.
32. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ruymina I, Stalder J-F, Torrero A, Cork MJ. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatric Dermatology*, 2016 1-11.

# Д-Пантенол

## Д-ПАНТЕНОЛ СПОСОБСТВУЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖИ<sup>1</sup>

**ФОРМЫ ВЫПУСКА:**

**мазь** **крем**  
25 и 50 г 25 и 50 г

1. КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА Д-ПАНТЕНОЛ (МАЗЬ РН: П N011108, КРЕМ РН: ЛС-001251)  
**Торговое название (мазь, крем):** Д-Пантенол. **МНН (мазь, крем):** декспантенол.  
**ПОКАЗАНИЯ.** Мазь. Лечение и профилактика трещин и воспаления сосков молочной железы во время лактации, опрелостей у грудных детей. Крем. Повреждения кожи легкой степени: царапины, ссадины, ожоги различного происхождения (в т.ч. солнечные), дерматиты. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.** Мазь, крем. Повышенная чувствительность к одному из компонентов препарата. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.** Мазь, крем. Возможны незначительные аллергические реакции. **МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ.** Крем. Только для наружного применения. Не наносить на мокнущие раны. Мазь. Только для наружного применения. Не наносить на мокнущие раны. Лечение трофических язв и плохо заживающих кожных трансплантатов должно проводиться под наблюдением лечащего врача.

Компания, принимающая претензии потребителей:  
 ООО «ГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.  
 Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31.  
 E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ,  
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ  
С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ  
КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА

ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

DPN\_Modul\_1/244\_02\_17 Реклама