

Пеленочный дерматит

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАТРОНАЖЕ МЛАДЕНЦА С ПЕЛЕНОЧНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Е.С. КЕШИШЯН¹, Е.С. САХАРОВА¹, Н.В. АФАНАСЬЕВА²

¹ Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 125412, Россия, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет): 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Информация об авторах:

Кешишян Елена Соломоновна – д.м.н., профессор, руководитель научного отдела неонатологии и патологии детей раннего возраста Обособленного структурного подразделения «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения

Российской Федерации; тел.: +7(495) 483-21-74

Сахарова Елена Станиславовна – к.м.н., ведущий научный сотрудник научного отдела неонатологии и патологии детей раннего возраста Обособленного структурного подразделения «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский

медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7(495) 483-21-74
Афанасьева Наталья Викторовна – ассистент кафедры сестринского дела Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет); тел.: +7(499) 248-38-77

РЕЗЮМЕ

Данная статья является продолжением серии статей о роли медицинской сестры в патронаже детей первого года жизни. В статье представлено видение авторов по созданию командной системы (врач – медицинская сестра) амбулаторной помощи и консультирования родителей в вопросе причин возникновения пеленочного дерматита, методов профилактики и лечения данной патологии в зависимости от стадии процесса. Приводится алгоритм назначения и выбор наружных средств в лечении пеленочного дерматита, определяются их возможности и эффективность в зависимости от форм выпуска – крем или мазь.

Ключевые слова: пеленочный дерматит, этиология, патогенез, стадии лечения, консультирование семьи, лечебные кремы и мази

Для цитирования: Кешишян Е.С., Сахарова Е.С., Афанасьева Н.В. Пеленочный дерматит. Роль медицинской сестры в патронаже младенца с пеленочным дерматитом. *Медицинский совет.* 2019; 2: 33-37. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-33-37>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

A SERIES OF LEARNING LECTURES ON VARIOUS NURSES' ACTIVITIES DURING DISPENSARY OBSERVATION

Diaper dermatitis.

THE ROLE OF A NURSE IN THE CARE OF A BABY WITH DIAPER DERMATITIS

Elena S. KESHISHIAN¹, Elena S. SAKHAROVA¹, Natalia V. AFANASYEVA²

¹ Separate business unit «Research Clinical Institute of Pediatrics named after Academician Yu.E. Veltischev» of the Federal State Educational Institution of Higher Education «Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Health of the Russian Federation; 125412, Russia, Moscow, Taldomskaya Street, 2

² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 8, Trubetskaya Street, Moscow, 119991, Russia, p.

Author credentials:

Keshishyan Elena Solomonovna – Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Scientific Department of Neonatology and Pathology of Young Children of the Separate business unit «Research Clinical Institute of Pediatrics named after Academician Yu.E. Veltischev» of the Federal State

Educational Institution of Higher Education «Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7(495) 483-21-74

Sakharova Elena Stanislavovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of

the Scientific Department of Neonatology and Pathology of Young Children of the Separate business unit «Research Clinical Institute of Pediatrics named after Academician Yu.E. Veltischev» of the Federal State Educational Institution of Higher Education «Russian National

Research Medical University named after N.I. Pirogov « of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7(495) 483-21-74

Afanasyeva Natalia Viktorovna – Assistant of the Department of Nursing of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «First

Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); tel: +7(499) 248-38-77

ABSTRACT

This article is a continuation of a series of articles on the role of nurses in the care of children during their first year of life. The article presents the authors' vision on the creation of a team system (doctor – nurse) of outpatient care and counseling of parents on the causes of diaper dermatitis, methods of prevention and treatment of this pathology, depending on the stage of the process. The algorithm of appointment and choice of external means in treatment of diaper dermatitis is presented, their possibilities and efficiency depending on forms of release - a cream or an ointment are defined.

Keywords: *diaper dermatitis, etiology, pathogenesis, stages of treatment, family counseling, therapeutic creams and ointments*

For citing: Keshishian E.S., Sakharova E.S., Afanasyeva N.V. Diaper dermatitis. The role of a nurse in the care of a baby with diaper dermatitis. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 2: 33-37. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-33-37>.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Организованная работа участкового врача и медсестры, осуществляющих патронаж ребенка на дому после выписки из роддома, наиболее эффективна при разделении полномочий, особенно при ведении ребенка с патологией. Важно разделить обязанности врача и медсестры для достижения эффективного результата лечения. Приведем пример патронажа ребенка с пеленочным дерматитом, т.к. это наиболее распространенная патология, возникающая у детей первых 3 месяцев.

Врач, прежде всего, должен:

- поставить диагноз, дифференцируя от других раздражений кожи;
- разъяснить причины возникновения пеленочного дерматита;
- назначить правильное лечение в зависимости от установленной стадии процесса;
- объяснить, какую группу препаратов для наружного применения нужно использовать – кремы или мази, определив их состав, кратность нанесения средств на кожу и длительность лечения;
- предоставить информацию об аналогичных средствах, т.е. дать выбор родителям, учитывая, что, кроме наличия в составе наружного средства необходимых лечебных компонентов, препараты отличаются по составу основы. Также имеет место индивидуальный ответ кожи ребенка на тот или иной близкий по составу крем или мазь.

Медицинская сестра должна:

- знать теоретические основы проблемы пеленочного дерматита и уметь определить заболевание для своевременного оповещения врача;
- проконсультировать родителей о правилах проведения туалета промежности ребенка, демонстрируя правильность нанесения крема или мази;
- проконтролировать эффективность лечения, оценить результат лечения, чтобы передать эту информацию врачу.

В результате командной работы патронаж врача-педиатра более рационален, т.к. врачу не нужно проводить многократные повторные осмотры ребенка и уделять много времени консультированию по методам проведения наружного лечения, внимание этому уделяет медсестра. Кроме этого, обязанности патронажной медсестры и ответственность за их выполнение позволяют повысить статус и привлекательность ее работы.

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология, патогенез, профилактика и лечение

С момента рождения и до двух лет дети подвержены ряду общих заболеваний кожи, и пеленочный дерматит является одним из них. Данное состояние часто возникает из-за раздражения кожи ребенка в результате контакта с мочой и калом, в подгузниках, причем разница несущественна – в одноразовых или многоразовых подгузниках. В то же время можно с уверенностью сказать, что марлевые, тканевые многоразовые подгузники оказывают более негативное влияние на кожу ребенка при вынужденном промедлении их смены.

Необходимо отметить, что часто родители обвиняют себя в развитии у ребенка пеленочного дерматита, это подтверждают наблюдения английского врача-педиатра Джульет Криккелли, которыми она поделилась в большом исследовательском труде по изучению влияния подгузников на кожу ребенка («Опрос по раздражению кожи от подгузников», ICM Research, 1999): «Родители часто обвиняют себя, если у ребенка появляется раздражение кожи в области подгузников: возможно, я недостаточно хорошо ухаживаю за своим малышом, он испытывает боль, и я страдаю от его боли, в которой, наверное, виновата я».

Также профессор Стенли Блихен подтверждает это мнение, характеризуя поведение и восприятие родите-

лей, дети которых страдают пеленочным дерматитом, – «это целая страна виноватых родителей».

Конечно, пеленочный дерматит не является угрозой для жизни ребенка, однако беспокойство родителей объяснимо, т. к. данный процесс влияет на качество жизни ребенка, вызывая болезненные ощущения и причиняя страдания ребенку. При беседе с родителями при патронаже новорожденного в качестве основной жалобы (47%) – раздражение кожи малыша, в частности пеленочный дерматит.

Термин «пеленочный дерматит» (ПД) обозначает вариант контактного дерматита в области подгузника. Боль при ПД можно сравнить с болью при сильном солнечном ожоге, т. к. кожа становится такой же красной и чувствительной («Опрос по раздражению кожи от подгузников» (ICM Research, 1999)).

Пеленочный дерматит встречается повсеместно, практически все дети неизбежно страдают подобными раздражениями кожи в тот или иной период. Наиболее часто данное раздражение кожи наблюдается в первый год жизни ребенка и сопровождается почти все стрессовые для ребенка состояния, например:

- При прорезывании зубов.
- При присоединении инфекционных заболеваний.
- В поствакцинальный период.
- При переводе ребенка на искусственное вскармливание.
- При введении новых продуктов питания.
- При нарушении правил пользования подгузниками.

Основные причины пеленочного дерматита

- Контакт с аммиаком, образующимся из мочевины мочи, или с бактериями, содержащимися в кале.
- Частый стул.
- Трение подгузника о кожу.
- Редкая смена подгузников.
- Применение плотных, не дышащих подгузников.

● **Рисунок 1.** Начальные проявления ПД

● **Figure 1.** Initial symptoms of DD



● **Рисунок 2.** ПД средней степени тяжести

● **Figure 2.** Moderately severe DD



- Слишком «грубая» процедура туалета кожи.
- Изменение рациона.
- Прием некоторых лекарственных препаратов (антибактериальные препараты).
- Болезненное состояние ребенка, особенно вирусные простуды.

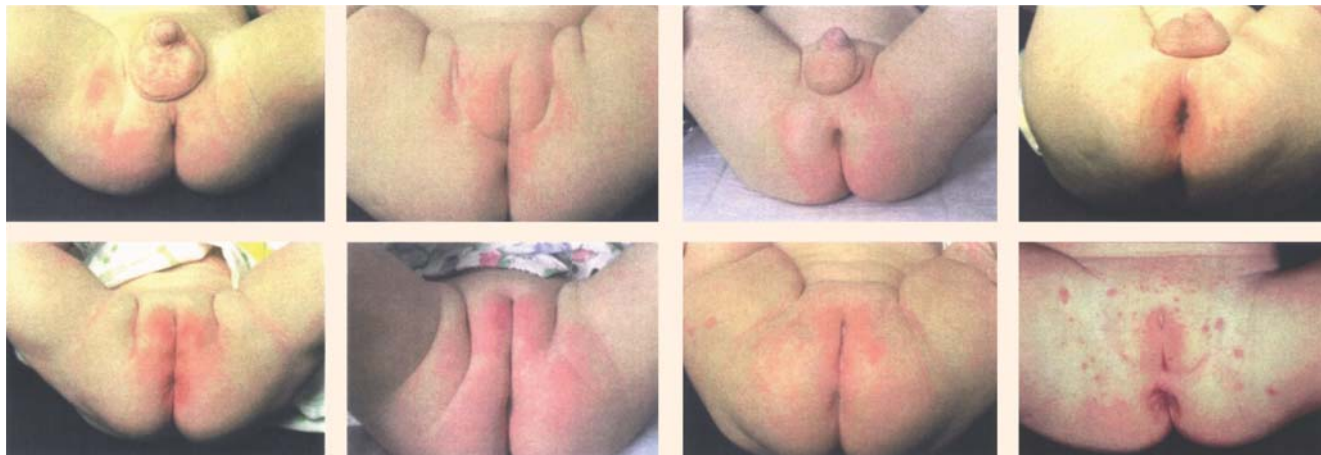
Как определить появление пеленочного дерматита

Пеленочный дерматит обычно начинается с небольшого покраснения кожи и появления мелкой точечной сыпи в области подгузника, в особенности вокруг гениталий, на ягодицах и на соседних участках кожи (рис. 1). При *средней степени* тяжести отмечается эритема без отека, ограниченная областью гениталий и ягодиц или большей площадью с шелушением, появлением нескольких папул синюшно-красного цвета размером с горошину, окруженных островоспалительным венчиком-ободком отслоившегося слоя рогового эпидермиса (рис. 2). При *тяжелой степени* – выраженная эритема с отеком; нарушение кожных покровов в виде папул, фликтен, оставляющих эрозии, часто с присоединением вторичной инфекции (рис. 3).

Основа профилактики пеленочного дерматита:

- Уменьшение контактов с раздражающими веществами.
 - Поддержание удовлетворительной степени увлажнения кожи.
 - Уменьшение трения.
 - Обеспечение притока свежего воздуха в область ягодиц и гениталий.
 - Исключительно грудное вскармливание первые 6 месяцев жизни.
 - Использование подходящих гигиенических средств, отказ от частой смены косметических продуктов и чрезмерного использования кремов.
- Увеличение частоты и продолжительности грудного вскармливания, значительное улучшение санитарно-гигиенических норм и возможностей населения, широ-

● **Рисунок 3.** ПД тяжелой степени
● **Figure 3.** Severe DD



кая просветительская работа и обучение медицинского персонала и родителей уходу за кожей ребенка, появление в широком ассортименте новых косметических детских средств по уходу за кожей, одноразовые подгузники высокого качества – «дышащие» и максимально полно поглощающие влагу, способствуют снижению частоты возникновения и тяжести течения пеленочного дерматита. Однако, как показывает практика, полностью предотвратить развитие пеленочного дерматита невозможно из-за физиологического строения кожи новорожденного, не менее 30% здоровых детей периодически испытывают дискомфортные ощущения в области промежности и ягодиц.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПАТРОНАЖЕ РЕБЕНКА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАЗДРАЖЕНИЯ КОЖИ В ОБЛАСТИ ЯГОДИЦ И ПРОМЕЖНОСТИ

- ШАГ 1.** Как только вы заметили у ребенка раздражение кожи от подгузника, аккуратно и тщательно промойте эту область теплой водой с детским мылом. Не используйте влажные салфетки с лосьонами, так как лосьон оказывает сужающее действие на поры кожи, что может усилить раздражение.
- ШАГ 2.** По возможности чаще снимать подгузник, проветривая кожу ребенка, «воздушные ванны» помогают естественному заживлению кожи. При необходимости использовать подгузник, стоит отдавать предпочтение воздухопроницаемым («дышащим») подгузникам.
- ШАГ 3.** Регулярно менять подгузник (не реже чем каждые 2–3 часа), проверять его чистоту.
- ШАГ 4.** Используйте специальные кремы и мази от опрелостей. При нанесении таких средств помните, что необходимо некоторое время, чтобы они впитались, лишь после этого надевать подгузник.
- ШАГ 5.** Если, несмотря на соблюдение гигиенических норм, через 24 часа отмечается ухудшение состояния кожи, появились признаки воспаления и/или сыпь, необходимо обратиться к врачу.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА

При выборе средств для профилактики или лечения различных кожных повреждений у детей раннего возраста необходимо выбирать препараты с доказанной эффективностью.

При лечении опрелостей легкой степени можно рекомендовать использовать цинковую или салицилово-цинковую пасту, крем или мазь, содержащие заживляющие компоненты, – декспантенол (витамин B5), цинк, экстракт ромашки, календулы и череды. При выраженных проявлениях дерматита пораженную область обрабатывают средствами, обладающими дезинфицирующим и дубящим эффектами. В тяжелых случаях применяют пасты, в состав которых входят антибиотики, антимикотики и кортикостероиды.

Наиболее распространено применение наружных средств на основе декспантенола (2,4-диокси-N-(3-оксипропил)-3,3-диметилбутирамид), который хорошо проникает в кожу и трансформируется в пантотеновую кислоту [1]. В организме пантотеновая кислота входит в состав кофермента А, который играет важную роль в процессах ацетилирования и окисления. Пантотеновая кислота участвует в углеводном и жировом обмене, а также в синтезе ацетилхолина, т.е. вовлечена во все реакции, которые обеспечивают клетку энергией. Таким образом, пантотеновая кислота является абсолютно незаменимой для нормального функционирования организма человека.

Как лекарственное средство препараты декспантенола нашли широкое применение в дерматологии. Их применяют в качестве наружных средств для ускорения заживления ран, при лечении экземы, аллергических реакций, трофических язв, ожогов.

Важным вопросом в консультировании родителей при ведении ребенка с пеленочным дерматитом является предпочтение в выборе крема или мази, т.е. объяснение различия между ними.

Основным отличием мази и крема является жировой компонент основы, который определяет степень проник-

новения активных компонентов внутрь кожи и создание защитной пленки снаружи. Выбор вида наружного лекарственного средства – мази или крема – определяется состоянием пораженного участка и целью, которую необходимо достичь в первую очередь. Так, необходимость сочетать питание, смягчение кожи и формирование защитной пленки требует применения мазей или кремов с низким содержанием воды, при отсутствии необходимости в формировании поверхностного жирного слоя (например, при наличии рядом инфицированных участков), достаточная «жирность» собственной кожи, мокнущая поверхность предопределяют целесообразность назначения крема с относительно высоким содержанием воды и низким содержанием жировой основы.

Основу мазей, используемых для лечения ПД, составляют безводный ланолин и очищенная вода. Именно это определяет значительное сохранение влаги при нанесении мази на кожу и медленное всасывание. Последнее обстоятельство определяет методологию нанесения мази на кожу ребенка – требуется «дозирование мази руками взрослого» – предварительное растирание мази пальцами рук взрослого и только после этого нанесение ее на поврежденную кожу ребенка. Ланолин – воскоподобное вещество, сложная по составу смесь стероидов и спиртов, получаемая из промытых вод овечьей шерсти. По своим свойствам ланолин близок к кожному салу человека. Ланолин хорошо всасывается кожей, оказывает размягчающее действие на кожу и является проводником для лекарственных веществ. Представляет неблагоприятную среду для развития микроорганизмов, не раздражает кожу, способен связывать большое количество воды (до 180–200% от собственной массы).

В кремах меньшее содержание ланолина, также в основу входит пропиленгликоль, способствующий проникновению декспантенола, и диметикон. Для улучшения органолептических свойств в крем часто добавляют ароматизаторы, поэтому он имеет более приятный запах, но крем в значительно меньшей степени способствует увлажнению кожи и удержанию влаги, что является одной из основных проблем при пеленочном дерматите.

При использовании мазей или крема на основе декспантенола необходимо помнить о его питательно-метаболической функции, что делает неприемлемым их использование для купирования активного бактериального, вирусного или аллергического воспаления. Если в генезе поражения кожи имело место наличие инфекции,

то нанесение мази вызовет лишь ухудшение процесса, так как на коже, «прикрытой» мазевой основой, усиливается рост патогенной флоры и грибков, что способствует более глубокому их проникновению в подлежащие слои. Таким образом, при острых или подострых инфекционных процессах в коже сначала требуется ее очищение, лечение местной инфекции. Лишь после этого возможно использование мазей для хорошего питания и увлажнения кожи, а после – переходить на поддерживающее лечение кремами для создания возможности репаративных процессов в глубоких слоях кожи.

Однако при первых признаках неблагополучия кожных покровов в области подгузника у ребенка: легкой гиперемии, сухости, раздражении, потертостях – следует применять именно мазь, т.к. ее применение на этой стадии оказывает эффект уже через несколько часов.

Использовать мазь можно достаточно длительно, до полного исчезновения симптомов поражения кожи. Передозировка пантотеновой кислоты в организме при наружном применении не зарегистрирована.

ВЫВОДЫ

Соблюдение правил гигиены позволяет существенно снизить риск возникновения пеленочного дерматита у детей. В случае появления первых признаков раздражения кожи у ребенка в области промежности следует применять мазь на основе декспантенола, учитывая определяющие показания и противопоказания к ее использованию:

- эффективность воздействия мази определяется питательной и метаболической функцией пантотената,
- мазь не обладает противомикробным действием и не должна наноситься на кожу с выраженным воспалением и мокнутием,
- при нарушении целостности кожи необходима предварительная обработка кожи антисептиком, применять мазь необходимо исключительно в период репарации,
- мазь слабоэффективна при тяжелых повреждениях кожи, в таких случаях сначала проводится патогенетическое лечение и вторым этапом используется мазь для окончательного заживления и усиленного питания кожи,
- мазь наносится на поврежденную кожу дозированно для уменьшения неблагоприятного воздействия основы,
- мазь целесообразно и наиболее эффективно использовать при первых признаках неблагополучия на коже – гиперемии, сухости, раздражении.



Получили/Received 21.12.2018