

Ю.В. Марушко, д.м.н., професор, Т.В. Гишак, кафедра педіатрії №3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Пелюшковий дерматит у дітей: особливості догляду, профілактика та лікування

Вітчизняні та зарубіжні дослідники у педіатричній практиці різні запальні зміни шкіри, що розвиваються у дітей раннього віку в паховій і/або сідничній ділянці, розглядають як прояви пелюшкового дерматиту (diaper dermatitis). Пелюшковий дерматит (ПД) зустрічається переважно у дітей першого року життя. За даними дослідників, його поширеність становить 25-50%.

ПД частіше спостерігають у дівчаток переважно у віці 6-12 місяців. Негативний вплив ПД на стан нервової і психічної сфери дитини добре відомий педіатрам і дитячим неврологам. Так, подразнення і свербіж шкіри у дітей з ПД призводять до функціональних порушень з боку нервової системи, а також судинної регуляції.

Цей патологічний процес періодично з'являється внаслідок дії на шкіру дитини механічних (тканина пелюшок або підгузків), фізичних (вологість і температура), хімічних (аміак, травні ферменти, солі жовчних кислот) і мікробних чинників, що діють усередині пелюшок або підгузка у разі недотримання гігієнічних норм.

Згідно із сучасним уявленням ПД — це поліетіологічне захворювання, у патогенезі якого істотну роль відіграють не тільки безпосередньо подразнювальні, а й сприяючі чинники, а також фонові стани. При цьому кожен з перерахованих чинників може домінувати, визначаючи своєрідність морфологічної картини й особливості перебігу ПД (тяжкість, тривалість та ін.).

До факторів, які сприяють розвитку захворювання, відносяться: вікові анатомо-фізіологічні особливості, конституційні особливості та діатези, гігієнічні порушення (дефекти догляду), фонові стани.

До факторів, які сприяють розвитку захворювання, відносяться: вікові анатомо-фізіологічні особливості, конституційні особливості та діатези, гігієнічні порушення (дефекти догляду), фонові стани. Шкіра у дітей грудного віку чутлива до несприятливих факторів. Анатомічні особливості шкіри дітей раннього віку характеризуються наявністю тонкого і чутливого рогового шару епідермісу, представленого 2-3 рядами слабо пов'язаних між собою епітеліальних клітин. Базальна мембрана дуже рихла і ніжна, що визначає слабкий зв'язок між епідермісом і дермою. Шкіра має добре розвинену капілярну мережу. Потові залози, сформовані вже до моменту народження, протягом перших 3-4 місяців функціонують недостатньо і мають недорозвинені вивідні протоки, закриті епітеліальними клітинами. Подальше дозрівання структур потових залоз, вегетативної нервової системи і терморегуляторного центру центральної нервової системи забезпечують удосконалення потовиділення.

Функції шкіри у дітей також відрізняються деякою своєрідністю. Захисна функція шкіри значно знижена. Шкіра легко травмується через слабкий розвиток епідермісу і низьку активність місцевого імунітету. Бактерицидна активність нейтрофілів шкіри у дітей раннього віку розвинена недостатньо.

Тонкий роговий шар і добре розвинена судинна система зумовлюють підвищену резорбційну функцію шкіри. Небезпека генералізованої інфекції у дітей перших років життя набагато вища, ніж у більш старшому віці. Терморегуляційна функція шкіри нестабільна: тепловіддача домінує над теплопродукцією, потові залози функціонують недостатньо. Це утруднює підтримку постійної температури тіла і призводить до необхідності створення для дитини оптимального температурного режиму. Дихальна функція шкіри у дітей раннього віку виражена сильніше, ніж у дорослих. Своєрідна будова судин забезпечує легку дифузію газів через судинну стінку. Шкіра містить велику кількість екстрарецепторів. Надмірне подразнення шкіри при поганому догляді негативно позначається на стані здоров'я дитини.

До розвитку ПД призводять погіршеності у гігієнічному догляді за дитиною, а саме: недостатньо часте підмивання або очищення шкіри серветками (після дефекації і сечовипускання), несвоєчасна зміна пелюшок і підгузків.

До ПД більше схильні діти з atopією. Діти, які знаходяться на природному вигодовуванні, рідше страждають на atopію та ПД, оскільки їх кал має низьку ферментативну активність.

А.Л. Заплатников і А.В. Чебуркин (2006), зважаючи на досвід роботи з контингентом дітей раннього віку, вказують, що майже у 40% пацієнтів після появи перших легких ознак дерматиту відбувається прогресивне погіршення стану шкіри, якщо своєчасно не усунуто провокуючі чинники і не проведено

профілактичні заходи щодо догляду за шкірою. У деяких дітей (до 15%) важка форма дерматиту розвивається дуже швидко — протягом 1-2 днів, при цьому існує можливість рецидивів при щонайменших погіршеннях у догляді і/або у випадку розвитку діареї.

Необхідно зазначити, що у деяких дітей навіть на значні зовнішні подразнення шкіра реагує тільки легкою гіперемією, яка швидко зменшується після звичайних гігієнічних заходів.

За даними дослідників, ПД частіше виникає у певні періоди розвитку дитячого організму: у період зміни грудного вигодовування на штучне, під час або після терапії антибіотиками, при кишкових розладах, прорізуванні зубів.

На початку захворювання на ПД (перша стадія) підвищується подразливість здорової шкіри. Зволожена сечею шкіра легше пошкоджується тертям, підвищується її проникність. На вологій шкірі активніше розмножуються мікроорганізми. Ферменти калу (протеаза і ліпаза) також чинять подразливу дію на шкіру, підвищуючи її проникність. Уреаза, що продукується бактеріями калу, взаємодіє з сечовиною, при цьому виділяється аміак, який підвищує рН середовища, у результаті чого підвищується активність основних подразнювальних факторів (протеази і ліпази кала) і зростає проникність шкіри.

На другій стадії захворювання дія подразнювальних факторів на тлі ослабленої захисної функції шкіри призводить до розвитку запалення. На цій стадії, як правило, відбувається приєднання мікробної інфекції. Мікроорганізми, які містяться в калі, зокрема *Candida albicans*, можуть інфікувати ослаблену шкіру. Вплив мікроорганізмів викликає найбільш тривалий і тяжкий перебіг ПД.

Третя стадія — одужання. Нормалізація стану шкірних покривів досягається шляхом ретельного гігієнічного догляду.

Клінічно ПД виявляється почервонінням шкіри, папульозним висипом, лущенням епідермісу в ділянці геніталій, сідниць, нижніх відділів живота, на внутрішній поверхні стегон. У важчих випадках з'являються ерозії, інфільтрати у шкірних складках, відбувається бактерійне і грибкове інфікування.

Більшість дослідників розрізняють первинний і вторинний ПД. Первинний поділяють на неускладнений та ускладнений. Неускладнений ПД є наслідком неправильного догляду, конституціональних особливостей шкіри дитини, а також впливу обмінних процесів (аміачне подразнення). Ускладнений ПД розвивається при приєднанні грибкової (кандидоз), бактеріальної (стафілокової, стрептокової, грамнегативної флори) і вірусної інфекції (частіше герпетичної). Вторинний ПД частіше спостерігають у хворих з алергічними захворюваннями шкіри.

Серед ускладнень ПД важливе значення у клініці мають різні форми гнійно-запального процесу (абсцеси, інфільтрати, імпетиго), що нерідко супроводжуються температурною реакцією, симптомами інтоксикації, порушенням апетиту, сну, характеру випорожнень, гіпотрофією. Частий збудник — золотистий стафілокок. Кандидозне запалення характеризується яскравою гіперемією шкіри в ділянці пахових складок, сідниць, стегон, живота і геніталій. З'являються папули, везикули, які швидко розповсюджуються, утворюючи обширні ділянки уражень. Можливий

розвиток ерозій і виразок. Тривалий рецидивуючий перебіг ПД з вираженими проявами інфекційного компонента вимагає виключення імунодефіцитних станів, гіповітамінозів, дефіциту мікроелементів (цинк) та ін.

Клінічно розрізняють три ступені тяжкості ПД, які розвиваються послідовно (критерії F. Germozo, 1984).

Легкий ступінь проявляється гіперемією, нерізно вираженим висипом і лущенням епідермісу в ділянці геніталій, сідниць, нижніх відділів живота, попереку.

При середньому ступені на шкірі виникають папули, пустули, ерозії, у шкірних складках можуть утворюватися інфільтрати, відбувається інфікування *Candida albicans*.

При тяжкому ступені виникають поширені інфільтрати, пухирці, глибокі ерозії, виразки.

Діагностику ПД, яка ґрунтується на аналізі виявлених симптомів, здійснює лікар під час клінічного огляду. Як правило, у неускладнених випадках нема потреби у спеціальних лабораторних методах діагностики.

Лікування і найближче за часом спостереження здійснюють неонатологи, педіатри або лікарі загальної практики — сімейної медицини. У разі ускладненого або тривалого перебігу ПД необхідна консультація дитячого дерматолога.

Все вищесказане визначає необхідність удосконалення профілактики і лікування ПД. Слід також відзначити, що переважання і вираженість тих або інших етіологічних і/або подразнювальних чинників, а також індивідуальні особливості дитини (вік, конституція, супутня патологія та ін.) впливають на характер захворювання і визначають необхідність диференційованого підходу до вибору терапії у кожному конкретному випадку. Лікування ПД має бути комплексним, з урахуванням індивідуальних проявів у кожної дитини.

Успіх лікування у першу чергу залежить від правильного догляду за дитиною. Необхідно регулярно підмивати і купати дитину, використовувати сучасні одноразові підгузки з підвищеною здатністю поглинати вологу, міняти їх кожні 3-4 години, а також вночі у разі неспокою дитини. Перевага таких підгузків у тому, що сеча поглинається й утримується у внутрішньому шарі і шкіра дитини не контактує з вологою. Крім того, кал не змішується з сечею, а утримується підгузком. При цьому усувається один з основних патогенетичних механізмів розвитку ПД.

Важливим є точний підбір підгузків за розміром, виключення тертя підгузків і предметів одягу в місцях природних складок.

При ПД для обробки уражених ділянок шкіри застосовують різноманітні креми. Більшість з них має антисептичну, дезінфікуючу, захисну дію, а також гідратуючий ефект.

У практичній медицині широко використовують креми, які містять оксид цинку. За фармакологічними властивостями оксид цинку має в'язучу, адсорбуючу, протизапальну, підсушувальну й антисептичну дію, зменшує виразність ексудативних процесів.

Часто при ПД виникає необхідність у застосуванні протигрибкових і антимікробних препаратів. Так, для лікування інфекції, викликаной *Candida albicans*, застосовують флуконазол.

У разі свербіжності рекомендовано застосовувати антигістамінні препарати. За тяжкого перебігу ПД або поєднання його з алергічним



Ю.В. Марушко

дерматитом місцево використовують глюкокортикоїдні препарати.

Велике значення має корекція розладів травного каналу. Спеціалісти рекомендують грудне вигодовування, застосування біопрепаратів, засобів, які усувають метеоризм, ферментотерапію.

Профілактика ПД полягає в регулярному й адекватному догляді за шкірою дитини: своєчасне проведення гігієнічних процедур (видалення продуктів життєдіяльності, підмивання, купання), використання спеціальних вологих серветок, призначених не тільки для дбайливого очищення шкіри, а й для її зволоження і підтримки природного балансу рН, використання адаптованих для дітей раннього віку засобів догляду (миючих засобів, кремів, лосьйонів), застосування одноразових підгузків, що поглинають вологу, достатня частота їх зміни.

Для очищення шкіри новонародженого і дитини раннього віку використовують воду, а також спеціальні сорти дитячого мила (рН-нейтральне), спеціальні миючі засоби, позбавлені лужних компонентів.

У дітей грудного віку рекомендують використовувати дитяче мило, тому що воно містить мінімальну кількість лужних речовин, що попереджає надмірне висушування і подразнення шкіри. У разі розвитку ПД використання мила зменшують до 1 разу за добу.

Не можна використовувати для оброблення шкіри здорової дитини грудного віку різні косметичні засоби, що містять антибіотики. Це може призвести до порушення мікробіоценозу шкірних покривів, сприяти розвитку грибкової інфекції.

При догляді за шкірою необхідно усунути можливість її знежирення і зневоднення, які можуть проявитися після частого застосування ванн, мила, піни, рослинних добавок у дітей, схильних до захворювань шкіри, особливо таких як себорейний і atopічний дерматит. При цьому шкіра стає сухою, у роговому шарі з'являються тріщини, посилюється подразнення у вигляді почервоніння, лущення. У таких випадках можна застосовувати водні масляні емульсії, дитяче косметичне молочко. Не можна одночасно на одних і тих самих ділянках тіла використовувати присипку і крем (мазь). Це може призвести до мацерації шкіри. Для ванни використовують масла, які захищають шкіру від зневоднення і знежирення.

Купання здорової дитини, у якій суха шкіра, має певні особливості. Можливі щоденні ванни із застосуванням перерахованих засобів захисту або регулярне підмивання дитини з обмеженням купання до 2-3 разів на тиждень. Для миття волосся використовують спеціальний дитячий шампунь, що не подразнює слизову оболонку очей.

Дуже ефективним лікуванням (як і попередженням) ПД є повітряна ванна. Не менше 10 разів на день на декілька хвилин слід залишати малюка без одягу, це дасть шкірі можливість удосталь подихати.

Список літератури знаходиться в редакції. 3y