

Заболевание детей грудного возраста — пеленочный дерматит: патогенез, диагностика и лечение

Пеленочный дерматит (ПД) – самое частое поражение кожи у детей первого года жизни. Частота возникновения по обращаемости достигает 5-10%, но это касается только распространенных и упорных форм дерматита. Легкие формы ПД, по данным разных авторов, встречаются в 25-50% случаев. Несмотря на достаточную изученность данного состояния, проблема ПД остается актуальной.

О современных взглядах на патогенез, диагностику и лечение ПД мы попросили рассказать заведующего кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук, профессора Юрия Владимировича Марушко.

— **Какое определение наиболее полно отражает современные представления о ПД?**

— В педиатрической практике различные воспалительные изменения кожи паховой и/или ягодичной области, развивающиеся у детей раннего возраста, нередко рассматривают как ПД. Однако согласно современным представлениям ПД — это полиэтиологическое заболевание, в патогенезе которого существенную роль играют не только непосредственно раздражающие, но и провоцирующие факторы, а также фоновые состояния. При этом каждый из перечисленных факторов может доминировать, определяя своеобразие морфологической картины и особенности течения ПД (тяжесть, продолжительность и др.).

— **Какие факторы являются определяющими в развитии ПД?**

— Кожа ребенка — надежный защитный барьер. У некоторых детей даже на значительные внешние раздражения кожа реагирует только легкой гиперемией, которая быстро уменьшается после обычных гигиенических мероприятий. Однако этот барьер может разрушаться под действием различных факторов: возрастные анатомо-физиологические особенности, конституционные особенности и диатезы, гигиенические нарушения (дефекты ухода), фоновые состояния. К развитию ПД приводят погрешности в гигиеническом уходе за ребенком, а именно: недостаточно частое подмывание или очищение кожи салфетками (после дефекации и мочеиспускания), несвоевременная смена пеленок и подгузников. Сырость, недостаток аэрации, химические, биологические или механические раздражители также способствуют развитию заболевания. Длительное нахождение в подгузниках ведет к избыточному увлажнению кожи, мацерации рогового слоя и воспалению. Увлажненная мочой кожа легче повреждается трением, повышается ее проницаемость. На влажной коже активнее размножаются микроорганизмы. Ферменты кала (протеаза и липаза) также оказывают раздражающее действие на кожу, повышая ее проницаемость. Уреаза, продуцируемая бактериями кала, взаимодействует с мочевиной, при этом выделяется аммиак, который повышает pH среды, в результате чего повышается активность основных раздражающих факторов (протеазы и липазы кала) и возрастает проницаемость кожи. Применение современных более впитывающих подгузников запускает другой механизм развития ПД: пересушивание кожи.

Заболеванию больше подвержены дети с атопией. Дети, находящиеся на естественном вскармливании, реже страдают атопией и ПД, поскольку их кал имеет низкую ферментативную активность.

— **Почему ПД характерен для детей грудного возраста?**

— ПД встречается преимущественно у детей первого года жизни, чаще наблюдается у девочек в возрасте 6-12 месяцев. Кожа ребенка отличается по своей структуре

от кожи взрослого, она составляет 1/12 часть всей массы тела, и по этому признаку ее превосходят только поперечнополосатая мышечная и костная ткани. При взаимодействии организма с внешней средой, она является желвой линией защиты от вредных воздействий. В связи с этим любое повреждение кожи представляет собой значительную опасность для малыша. Анатомические особенности кожи детей раннего возраста характеризуются наличием тонкого и чувствительного рогового слоя эпидермиса, представленного 2-3 рядами слабо связанных между собой эпителиальных клеток. Базальная мембрана очень рыхлая и нежная, что определяет слабую связь между эпидермисом и дермой. Кожа имеет хорошо развитую капиллярную сеть. Потовые железы, сформированные уже к моменту рождения, в течение первых 3-4 месяцев функционируют недостаточно и имеют недоразвитые выводные протоки, которые закрыты эпителиальными клетками. Функции кожи у детей также отличаются некоторым своеобразием. Ее защитная функция значительно снижена. Кожа легко травмируется из-за слабого развития эпидермиса и низкой активности местного иммунитета. Бактерицидная активность нейтрофилов кожи у детей раннего возраста развита недостаточно. Тонкий роговой слой и хорошо развитая сосудистая система обуславливают ее повышенную резорбционную функцию. Опасность генерализованной инфекции у детей первых лет жизни намного выше, чем в более старшем возрасте. Терморегуляционная функция кожи нестабильна: теплоотдача доминирует над теплопродукцией, потовые железы функционируют недостаточно. Это затрудняет поддержание постоянной температуры тела и приводит к необходимости создания для ребенка оптимального температурного режима. Дыхательная функция кожи у детей раннего возраста выражена сильнее, чем у взрослых. Своеобразное строение сосудов обеспечивает легкую диффузию газов через сосудистую стенку. Кожа содержит большое количество экстерорецепторов. Чрезмерное раздражение кожи при плохом уходе отрицательно сказывается на состоянии ее здоровья. ПД чаще возникает в определенные периоды развития детского организма: при смене грудного вскармливания на искусственное, во время или после терапии антибиотиками, при кишечных расстройствах, прорезывании зубов.

— **Как клинически проявляется ПД?**

— А.Л. Заплатников и А.В. Чебуркин (2006), учитывая опыт работы с контингентом детей раннего возраста, отмечают, что почти у 40% пациентов после появления первых легких признаков дерматита происходит прогрессивное ухудшение состояния кожи, если своевременно не устранены провоцирующие факторы и не проведены профилактические мероприятия по уходу за ней. У некоторых детей (до 15%) тяжелая форма дерматита развивается очень быстро — в течение 1-2 дней, при этом существует возможность рецидивов при малейших погрешностях в уходе и/или в случае развития диареи. Негативное влияние ПД на состояние нервной и психической сферы ребенка хорошо известно педиатрам и детским неврологам. Так, раздражение и зуд кожи у детей с ПД приводят к функциональным нарушениям со стороны нервной системы, а также к сосудистой дисрегуляции.

Клинически ПД проявляется покраснением кожи, папулезной сыпью, шелушением эпидермиса в области гениталий, ягодич, нижних отделов живота, на внутренней поверхности бедер. В более тяжелых случаях появляются эрозии, инфильтраты в кожных складках, происходит бактериальное и грибковое инфицирование.

В начале заболевания ПД (первая стадия) повышается раздражительность здоровой кожи. На второй стадии действие раздражающих факторов на фоне ослабленной защитной функции кожи приводит к развитию воспаления. На этой стадии, как правило, происходит присоединение микробной инфекции. Микроорганизмы, содержащиеся в кале, в частности *Candida albicans*, могут инфицировать ослабленную кожу. Кандидозное воспаление характеризуется яркой гиперемией кожных покровов в области паховых складок, ягодич, бедер, живота и гениталий. Появляются папулы, везикулы, которые быстро распространяются, образуя обширные участки поражения. Возможно развитие эрозий и язв. Влияние микроорганизмов вызывает длительный и тяжело протекающий ПД. Третья стадия — выздоровление. Нормализация состояния кожных покровов достигается путем тщательного гигиенического ухода.

— **Существует ли классификация ПД?**

— Различают первичный и вторичный ПД. Первичный разделяют на неосложненный и осложненный. Неосложненный ПД является следствием неправильного ухода, конституциональных особенностей кожи ребенка, а также влияния обменных процессов (аммиачное раздражение). Осложненный ПД развивается при присоединении грибковой (кандидоз), бактериальной (стафилококковой, стрептококковой, грамотрицательной флоры) и вирусной инфекции (чаще герпетической). Вторичный ПД чаще наблюдают у больных с аллергическими заболеваниями кожи.

Клинически различают три степени тяжести ПД, которые развиваются последовательно (критерии F. Germozo, 1984). Легкая степень проявляется гиперемией, нерезко выраженным сыпью и шелушением эпидермиса в области гениталий, ягодич, нижних отделов живота, пояснице. При средней степени на коже появляются папулы, пустулы, эрозии, в кожных складках могут образовываться инфильтраты, происходит инфицирование *Candida albicans*. При тяжелой степени возникают распространенные инфильтраты, пузырьки, глубокие эрозии, язвы.

— **С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика ПД?**

— Дифференциальная диагностика включает следующие состояния: милии, атопический дерматит, себорейный дерматит, псориаз, ягодичная гранулема младенцев.

Милии выглядят как множественные стерильные везикулы на лице, шее, в подмышечных впадинах. При атопическом дерматите — имеются сведения об атопии 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



Ю.В. Марушко

грудины. При сочетании тяжелого себорейного дерматита с поносами и нарушением развития требуется исключить дефект C5-комплемента. Для псориаза характерны данные семейного анамнеза, возможно поражение любых участков кожи и ногтей, которое не отвечает на лечение обычными местными стероидами и противогрибковыми препаратами. Ягодичная гранулема младенцев — редкое бессимптомное состояние, вероятно, обусловленное необычной воспалительной реакцией в ответ на длительное сочетание раздражения кожи, кандидоза и применения фторированных кортикостероидов. Кроме того, в дифференциальной диагностике следует учитывать импетиго, чесотку, врожденный сифилис, ВИЧ-инфекцию, энтеропатический акродерматит.

— **Какие лечебные и профилактические мероприятия должны проводиться при ПД?**

— Лечение ПД должно быть комплексным, с учетом индивидуальных проявлений у каждого ребенка. Успех лечения в первую очередь зависит от правильного ухода за маленьким пациентом. Необходимо регулярно подмывать и купать ребенка, использовать современные одноразовые подгузники с повышенной способностью поглощать влагу, менять их каждые 3-4 часа, а также ночью в случае беспокойства ребенка. Преимущество таких подгузников в том, что моча поглощается и удерживается во внутреннем слое и кожа ребенка не контактирует с влагой, кроме того, кал не смешивается с мочой. При этом устраняется один из основных патогенетических механизмов развития ПД.

При ПД для обработки пораженных участков кожи применяют различные кремы. Большинство из них обладает антисептическим, дезинфицирующим, защитным действием, а также гидратирующим эффектом. В практической медицине широко используют кремы, содержащие оксид цинка. По фармакологическим свойствам оксид цинка оказывает вяжущее, адсорбирующее, противовоспалительное, подсушивающее и антисептическое действие, уменьшает выраженность экссудативных процессов. Часто при ПД возникает необходимость в применении противогрибковых и антибактериальных препаратов. В случае зуда рекомендуется применять антигистаминные препараты.

Профилактика ПД заключается в регулярном и адекватном уходе за кожей ребенка, это — своевременное проведение гигиенических процедур (удаление продуктов жизнедеятельности, подмывание, купание), использование специальных влажных салфеток, предназначенных не только для бережного очищения кожи, но и для ее увлажнения и поддержания естественного баланса pH, использование адаптированных для детей раннего возраста средств ухода (моющих средств, кремов, лосьонов), применение одноразовых подгузников, поглощающих влагу, достаточная частота их замены. Для очищения кожи новорожденного и ребенка раннего возраста используют воду, а также специальные сорта детского мыла (pH-нейтральное), специальные моющие средства, лишенные щелочных компонентов.

Подготовил **Владимир Савченко**

37