

Пеленочный дерматит. Современные этиопатогенетические аспекты и подходы к профилактике.

Нечаева О.С. — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова.

Резюме: в статье представлены современные взгляды на основные патогенетические аспекты развития пеленочного дерматита. Обсуждены подходы к лечебным и профилактическим мероприятиям с использованием средств наружной терапии, содержащих декспантенол.

Ключевые слова: пеленочный дерматит, декспантенол.

Пеленочный дерматит (опрелость новорожденных, *napkin dermatitis, diaper dermatitis*) — это неспецифический термин, описывающий воспалительные изменения кожных покровов в области использования пеленок у детей младенческого возраста [2]. Наиболее часто проявления пеленочного дерматита складываются из развития сливной отечной эритемы на выступающих участках кожи ягодиц и участков кожного покрова, плотно прилегающих к пеленкам.

В развитых странах пеленочный дерматит является основной причиной обращения за дерматологической помощью детей первого года жизни [2]. Отмечено, что чаще всего проявления этого состояния возникают у детей 6-12 месяцев жизни, и в течение младенческого периода развиваются у каждого ребенка как минимум однократно [5]. Встречаемость пеленочного дерматита несколько выше у новорожденных девочек, что, по-видимому, связано с особенностями анатомического строения и ано-генитальной секреции. Дети повышенного питания со склонностью к ожирению в большей степени подвержены возникновению этого состояния.

Несмотря на многочисленные исследования, непосредственный этиологический фактор пеленочного дерматита до настоящего времени остается неизвестным [2, 4, 5, 6]. Однако широко обсуждается целый ряд возможных причинных и предрасполагающих факторов.

Важнейшими факторами для развития пеленочного дерматита принято считать выраженную мацерацию и трение кожи в области использования пеленок, что закономерно приводит к нарушению оптимального физиологического состояния и барьерных свойств кожных покровов. Таким образом, эти факторы возможно рассматривать как первично повреждающие, учитывая при этом анатомо-физиологические особенности детской кожи, которые характеризуются более тонким роговым слоем эпидермиса, несостоятельностью сосочковой части дермы, а также недостаточным развитием и количеством коллагеновых волокон [2, 3, 4, 5, 6].

Повышенная влажность, обусловленная, в том числе, продолжающейся окклюзией в результате использования подгузников приводит с одной стороны к повышенному риску воздействия механического раздражения кожи, а с другой стороны способствует активизации различной микрофлоры, в первую очередь кандидозной. Следует отметить, что прием оральных антибиотиков широкого спектра действия также значительно повышает обсемененность слизистой прямой кишки и окружающих кожных покровов грибами рода *Candida*, что осложняет течение пеленочного дерматита [1].

Немаловажным в развитии пеленочного дерматита является также контакт с компонентами мочевых и каловых испражнений.

Так, некоторые из бактерий, содержащихся в фекалиях новорожденных, продуцируют уреазу — фермент, способствующий выделению аммиака и повышению уровня рН мочи. Важно отметить, что новорожденные, находящиеся на естественном вскармливании, имеют меньший риск развития пеленочного дерматита, т.к. фекалии детей, получающих искусственное вскармливание на основе коровье молоко, в большей степени колонизированы уреаз-продуцирующими бактериями. Кроме того, фекалии новорожденных содержат панкреатические протеазы и липазы, которые также могут являться повреждающими факторами, особенно в условиях повышенного рН кожи [2, 4, 5, 6].

Среди других факторов следует отметить нерациональное использование воды и различных гигиенических средств. Так, избыточный контакт с водой обуславливает снижение барьерных свойств рогового слоя эпидермиса. Применение воды с повышенным содержанием солей, хлорированной или загрязненной, а также чрезмерное пользование мылами, детергентами и антисептиками может служить первично повреждающим фактором.

Клиническая картина пеленочного дерматита характеризуется различной выраженностью воспалительных явлений. На начальном этапе она может быть представлена островоспалительной сливной отечной эритемой, с четким краем, локализованной в области использования подгузника — в паховых и межъягодичной складках, области гениталий, нижней части живота, выступающих областей ягодиц. Однако при продолжающемся действии провоцирующих и повреждающих факторов процесс может распространяться на окружающие кожные покровы бедер, вышележащие отделы кожи живота и спины, принимая, при этом, более выраженный экссудативный характер. В очаге поражения появляются везикулезные, реже пустулезные элементы сыпи. Характерно нередко формирование так называемых сателлитов — мелких везикулезных элементов на гладкой коже в окружение основного очага поражения. Острый не осложненный пеленочный дерматит, как правило, протекает в виде вышеописанной эритематозной формы. Для хронического процесса характерны различной степени выраженнос-

ти шелушение и эритема с цианотичным оттенком, а также легкая инфильтрация кожи.

Кроме того, выделяется несколько отдельных клинических разновидностей пеленочного дерматита, которые, чаще ассоциированы с повышенной колонизацией кожных покровов *S. Albicans* и агрессивным действием ферментов, содержащихся в фекалиях новорожденного.

Среди них можно отметить:

Псориазиформный тип — возникновение четко ограниченных эритематосквамозных высыпаний с выраженным шелушением. Отличием от псориаза новорожденных служит внезапное начало и быстрое прогрессирование патологического процесса.

Герпетиформный тип — появление на гиперемизированном фоне сгруппированных везикул, реже пустул, с тенденцией к слиянию, при вскрытии которых формируются эрозии неправильных очертаний. При этом у больных детей не удается обнаружить ВПГ-инфекцию.

Распространенный тип — характеризуется значительным распространением по кожным покровам патологического процесса, который нередко достигает аксиллярных впадин. Некоторые авторы рассматривают этот вариант течения пеленочного дерматита как проявления себорейного дерматита новорожденных.

Гранулематозный тип — наиболее редкое проявление пеленочного дерматита, возникающее, как правило, на фоне врожденных дефектов иммунной системы; характеризующееся возникновением возвышающихся над уровнем кожи, полушаровидной формы красновато-бурых или синюшно-фиолетовых воспалительных узлов. Этот тип пеленочного дерматита описан также как ягодичная гранулема новорожденных.

Помимо поражения кожных покровов для пеленочного дерматита области гениталий характерным является возникновение дизурических явлений.

Дифференциальный диагноз пеленочного дерматита проводится в первую очередь с кандидозом крупных складок, ранним врожденным сифилисом, герпетическим поражением кожи, дерматитом, обусловленным дефицитом цинка и др.

Учитывая основные предрасполагающие факторы развития пеленочного дерма-

тита, главное внимание следует уделять профилактическим мероприятиям. Европейской ассоциацией дерматологов предложен «А – Е стандарт» профилактики пеленочного дерматита, отражающий основные, наиболее важные подходы к превентивным мерам.

- А (Air) – аэрация: при смене подгузников новорожденный должен некоторое время находиться без пеленки.
- В (Barrier) – улучшение барьерных свойств эпидермиса. Прежде всего следует избегать гигиенических средств, содержащих раздражающие кожу или меняющие ее рН вещества. Также рекомендуется ограничивать использование спиртосодержащих лосьонов, отдушек или присыпок с профилактическими целями.

Наиболее эффективными средствами по уходу в настоящее время признаны эмоленты. Причем, предпочтение в данном случае отдается эмульсиям по типу вода в масле, которые более богаты липидами по сравнению с эмульсиями по типу масло в воде. Свойства эмолентов, восстанавливающие барьерную

функцию эпидермиса могут быть усилены за счет регенерирующих компонентов. Таким действующим агентом является декспантенол, который стимулирует регенерацию тканей, оказывает метаболическое и слабое противовоспалительное действие. Пантодерм® (Panthoderm) – это мазь для наружного применения, 1 г которой содержит активное вещество – декспантенол (50 мг), вспомогательные вещества – миндальное масло, вазелин, вазелиновое масло, воск белый, ланолин безводный, цетостеариловый спирт, ланолиновые спирты, воду. Декспантенол в организме образует активный метаболит – пантотеновую кислоту, являющуюся составной частью кофермента А, который катализирует в организме ацетилирование, участвует практически во всех метаболических процессах (цикл трикарбоновых кислот, обмен углеводов, жиров и жирных кислот, фосфолипидов, белков и др.), обеспечивает образование кортикостероидов, ацетилирование холина. Стимулирует регенерацию кожи, слизистых оболочек, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон (рис. 1).

Рисунок 1



При местном применении декспантенол быстро всасывается кожей и превращается в пантотеновую кислоту, связывается с белками плазмы (главным образом с бета-глобулином и альбумином).

Одним из основных вспомогательных веществ мази Пантодерм® является миндальное масло, которое способствует формированию защитной липидной пленки на поверхности кожи.

Таким образом, выраженные регенерирующие свойства декспантенола в составе препарата Пантодерм® делают его одним из ведущих профилактических средств при пеленочном дерматите у новорожденных.

Продолжая обсуждение основных подходов к превентивным мероприятиям при пеленочном дерматите согласно «А – Е стандарту» следует остановиться на:

- С (Cleaning) – очищение: должно производиться при каждой смене подгузника, однако необходимо помнить о неблагоприятном эффекте избыточного исполь-

зования воды, детергентов и антисептиков, в связи с чем, предпочтение отдается адаптированным для кожи новорожденных, не содержащим отдушек и консервантов влажным салфеткам.

- D (Diaper) – пеленка, подгузник. Должны меняться как можно чаще, быть полупроницаемыми, уменьшая, таким образом, мацерацию.
- E – (Education) обучение. Необходимо проведение обучающих программ для родителей, разъясняющих, в том числе, правильное гигиеническое поведение.

Соблюдение основных правил профилактического стандарта способно в большинстве случаев предотвратить развитие пеленочного дерматита. Кроме того, рекомендуется соблюдение диеты с ограничением продуктов, употребление которых приводит к повышенной колонизации уреаз-продуцирующих бактерий, а также предупреждение бесконтрольного использования оральных антибиотиков широкого спектра действия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Akin F, Spraker M, Aly R, Leyden J, Raynor W, Landin W. Effects of breathable disposable diapers: reduced prevalence of *Candida* and common diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology* 2001; 18 (4): 282–90.
2. Atherton D. The Neonate. In: Champion R, Burton J, Burns D, Breathnach S editor(s). *Rook, Wilkinson and Ebling's textbook of dermatology*. 6th edition. Vol.2. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1998: 449 – 518.
3. Concannon P, Gisoldi P, Phillips S, Grossman R. Diaper dermatitis: therapeutic dilemma. Results of double-blind placebo controlled trial of myconazole nitrate 0,25%. *Pediatric dermatology*. 2001. 18 (2): 149-55.
4. Davies D, Dore A, Perissinotto K. Topical Vitamins A, or it's derivatives in topical treatment of nappy dermatitis in infants. *The cochrane library*. Issue 1. 2009: 2-5.
5. Fisher G. Nappy rash. *Medicine today*. 2002. 3 (6): 37-46.
6. Williams M. Skin of premature infants. In: *Neonatal dermatology*. Philadelphia: W.B. Saunders company, 2001: 46-61.