

Пелёночный дерматит

Причины заболевания

Пелёночный дерматит — это острая воспалительная реакция кожи в области контакта с пелёнкой или подгузником, которая проявляется в виде высыпаний, раздражения, отёка или покраснения кожи. Возникает из-за совокупности факторов: раздражения мочой, калом, повышенной влажностью и трением.



Воспаление кожи в области контакта с подгузником

Пелёночный дерматит — одно из самых часто встречаемых заболеваний. Около половины детей младшего возраста, носивших подгузники, в какой-то момент страдали пелёночным дерматитом.

Пелёночный дерматит чаще возникает у детей, обычно он начинается в возрасте 3-12 недель жизни, а пик встречаемости отмечается в возрасте 9-12 месяцев. Однако заболевание может возникнуть и у взрослых, так как некоторым пациентам требуется длительное ношение подгузников (например при недержании кала и/или мочи).

Провоцирующие факторы возникновения пелёночного дерматита:

- контакт с повреждающими агентами: грубые и синтетические ткани, бытовые и косметические средства (хлорные отбеливатели; порошки для стирки, содержащие фосфат);
- редкая смена подгузников, перегрев;
- длительный контакт кожных покровов с мочой и калом (например, при диарее);
- микробные факторы, действующие внутри пелёнок и подгузников, меняющие состав мочи.

При обнаружении схожих симптомов проконсультируйтесь у врача. Не занимайтесь самолечением - это опасно для вашего здоровья!

Симптомы пеленочного дерматита

Проявляется покраснением кожи, при дальнейшем развитии воспалительного процесса может появиться мацерация (пропитывание тканей кожи жидкостью и их набухание) и даже эрозивные поверхности. Наибольшее раздражение возникает в местах, где подгузник плотно контактирует с кожей, особенно с выступающими поверхностями (ягодицы, нижняя часть живота, мошонка или большие половые губы, поверхность бёдер). Складки кожи остаются чистыми.



Пелёночный дерматит, осложнённый грибковой инфекцией (Candida)

Сыпь часто локализуется в кожных складках (паховых, ягодичных). Раздражение проявляется ярко-красными, хорошо разграниченными пятнами, которые шелушатся по краям. Часто высыпания в виде папул дают "отсевы", т. е. появляются такие же очаги на коже ягодиц, гениталий, живота и бёдер. При хроническом течении могут появляться гранулематозные папулы и узелки.



Пелёночный дерматит, осложнённый грибковой инфекцией

Патогенез пеленочного дерматита

Детская кожа сильно отличается от кожи взрослого. Она очень чувствительна и ранима, бедна липидами и естественным увлажняющим защитным фактором. При появлении неблагоприятных факторов у детей очень быстро нарушается защитный барьер кожи и развивается воспаление.

Кандидозный пелёночный дерматит

Грибы рода *Candida* — это дрожжевые микроорганизмы, обычные представители микробного сообщества нашего организма, которые обитают на слизистых желудочно-кишечного тракта, ротовой полости, во влагалище и на коже. Это самые частые микотические агенты, вызывающие поражение кожи и слизистых оболочек у человека.

Выделяют различные клинические формы пелёночного дерматита.

- Пелёночный дерматит в результате трения. Его главная причина — механическое повреждение материалом подгузника кожи ребёнка. Складки кожи при этом чистые, поражаются выступающие поверхности, максимально прилегающие к памперсу или пелёнке.
- Контактный ирритантный пелёночный дерматит. Чаще всего располагается в анальной зоне, в процесс включается воспаление межъягодичных, паховых складок, кожи живота и бёдер. Причина его возникновения — длительный контакт кожи с мочой и калом (в результате нарушения стула).
- Пелёночный дерматит, осложнённый кандидозом. Иногда его ещё называют интертригинозным. Это наиболее частое осложнение пелёночного дерматита, который не был вовремя пролечен. На повреждённую кожу с лёгкостью наслаивается разнообразная патогенная и условно-патогенная микрофлора (грибки и бактерии). Высыпания обычно пятнисто-папулёзные, ярко-красные, хорошо разграниченные между собой.

Наиболее распространёнными являются первые две формы пелёночного дерматита. При должном уходе и лечении они обычно проходят в течение трёх дней.

В Европе и США нет деления на пелёночный дерматит, возникший из-за трения, и на ирритантный, они объединены единым термином — простой, или ирритантный пелёночный дерматит, ещё его иногда называют дерматитом салфеток (салфеточный) [\[5\]](#). Вероятно, название связано с тем, что поражение кожи возникает из-за частого использования салфеток.

Осложнения пелёночного дерматита

Пелёночный дерматит может быть осложнён суперинфекцией (присоединением другой инфекции), например грибковой (*Candida*) или бактериальной. В случае бактериальной инфекции развивается пиодермия. Это гнойное поражение кожи в виде пустул (гнойничков) и даже абсцессов и пузырей, которые лопаются и оставляют обширные эрозивные поверхности. Пиодермии очень опасны, так как могут распространяться не только на соседние участки, но и в глубину кожи с возможным развитием сепсиса (опасного инфекционного заболевания, вызванного попаданием возбудителя в кровь).



Язвы и эрозии при суперинфекции

У недоношенных детей кожные кандидозные инфекции могут проникать в дерму и вызывать потенциально опасный для жизни инвазивный системный кандидоз, который поражает внутренние органы. Симптомы будут зависеть от локализации инфекции. Как правило, они включают дисфагию (нарушение глотания), поражение кожи и слизистой оболочек, нарушение слуха, зрения, вагинальные признаки (зуд, чувство жжения, выделения), лихорадку, нарушение работы почек с дальнейшим развитием шока.

Диагностика пеленочного дерматита

Перед осмотром доктор расспрашивает о симптомах заболевания:

- Когда появилась сыпь (дерматит, существующий более трёх дней, может инфицироваться).
- Есть ли беспокойство, боль или зуд кожи, особенно во время дефекации или мочеиспускания (ребёнок при этом будет беспокойным, может плакать).
- Есть ли изменение частоты стула или диарея.
- Какие используются моющие средства, детские салфетки и подгузники. Как часто они меняются.
- Используются ли барьерные смягчающие кремы, пасты или присыпки.
- Что получает ребёнок: грудное молоко или молочную смесь. Были ли введены в рацион новые продукты. Многие исследования сообщают, что у младенцев, которые получают молочную смесь, вероятность развития умеренного или тяжёлого пелёночного дерматита выше, чем у детей на грудном вскармливании.
- Принимал ли ребёнок препараты, провоцирующие развитие пелёночного дерматита (антибиотики, слабительные препараты).
- Нет ли сопутствующих заболеваний ([атопический дерматит](#), запор, недавно перенесённый вирусный гастроэнтерит, синдромы мальабсорбции — нарушения всасывания питательных веществ в тонкой кишке).



Далее врач осматривает пациента на наличие раздражений или повреждений в области подгузника или пелёнок.

При подозрении на кандидозный дерматит для более глубокого обследования может быть выполнен соскоб с кожи и его исследование на наличие грибка. Если пелёночный дерматит не отвечает на стандартное лечение или внешне не типичен, проводят биопсию кожи для исключения иной патологии кожи (например новообразований).

Лечение пеленочного дерматита



Когда необходимо обратиться к врачу:

- Сыпь не проходит на фоне правильных гигиенических мероприятий и ухода за кожей в течение 2-3 дней.
- Сыпь включает в себя шелушение кожи, волдыри, пузырьки, гнойные элементы, эрозии и язвы.
- На фоне приёма антибиотиков появилась ярко-розовая или красная сыпь.
- Сыпь очень болезненна, что может быть признаком целлюлита — острого разлитого гнойного воспаления подкожно-жировой клетчатки. Причина целлюлита — попадание микроорганизмов из внешней среды в жировую клетчатку через повреждённую кожу.
- Повышенная температура тела в дополнение к сыпи.
- Дискомфорт и боль во время дефекации и/или мочеиспускания.

Для восстановления кожного барьера при простом ирритативном дерматите, по данным американских и европейских источников, используются следующие средства наружной терапии:

- Оксид цинка. В составе защитного крема является препаратом первой линии терапии.
- Ланолин.
- [Вазелин](#).
- Кремы с витамином А (например мазь А & D).
- Кремы, содержащие оксид титана, парафин, диметикон или другие силиконы. Эти составляющие обладают водоотталкивающим действием, что помогает предотвратить избыточное увлажнение кожи и развитие мацерации.
- Бентонитовый крем 50 % (бентонит — природный глинистый минерал, не токсичный, при контакте с водой образует гель). Показал высокую эффективность и безопасность.
- Гвайазулен-содержащие стики (гвайазулен — это синтетический аналог ромашки аптечной). Оказывает противовоспалительное действие, ускоряет регенерацию кожи.
- Очень интересным оказалось исследование, которое показало, что местное применение грудного молока может быть столь же эффективным, как и гидрокортизоновая мазь 1 %. Может применяться для устранения симптомов у

здоровых детей с пелёночным дерматитом лёгкой и средней степени тяжести. Грудное молоко содержит в себе массу полезных веществ и молекул, обладающих защитным и заживляющим действием (иммуноглобулины, лактоферрин, и пр.).

Следует избегать потенциально вредных местных методов лечения пелёночного дерматита. К ним относятся продукты с ассоциированным риском системной токсичности и/или метгемоглобинемии (повышения количества метгемоглобина), такие как:

- пищевая сода (бикарбонат натрия);
- фенолкамфароборная кислота (дезинфицирующее средство);
- бензокаин салицилаты (дезинфицирующее средство);
- дифенгидрамин (димедрол). Была зафиксирована смерть ребёнка, вызванная смертельной концентрацией дифенгидрамина при местном его применении.
- Не рекомендовано использование талька и кукурузного крахмала, учитывая сообщения об аспирации (вдыхании), которая может привести к пневмониту (специфическому воспалению лёгких).

В РФ для терапии ирритантного (простого, раздражённого) пелёночного дерматита на фоне диареи рекомендуется назначение декспантенола 5 % наружно в виде крема в сочетании с цинковой мазью в течение 7 дней.

Лечение кандидозного пелёночного дерматита по данным европейских исследований и рекомендаций:

- [Нистатин](#) крем. Широко используется местно, так как имеет высокий профиль безопасности.
- Могут быть назначены другие противогрибковые средства, эффективные против *Candida*, такие как [клотримазол](#), эконазол, [кетоконазол](#), миконазол, оксиконазол, сетаконазол и циклопирокс.

В РФ для лечения пелёночного дерматита, осложнённого грибковой кандидозной инфекцией, местно используют следующие препараты:

- клотримазол 1 % крем;
- нистатин мазь;
- натамицин 2 % крем.

Для лечения пелёночного дерматита, осложнённого бактериальной инфекцией (стафилококковой или стрептококковой) рекомендовано:

- мупицин 2 % мазь;
- фузидовая кислота 2 %.

Другие методы лечения включают растительные препараты: ромашка, алоэ вера, оливковое масло, масло примулы вечерней, масло календулы. База, доказывающая эффективность этой группы препаратов, недостаточна.

Прогноз. Профилактика

Прогноз благоприятный. В подавляющем большинстве случаев заболевание не опасно и, как правило, не требует специфических медикаментозных средств. Обычно проходит само после прекращения использования подгузников и выполнения надлежащего ухода за кожей.

Для профилактики пелёночного дерматита используется комплекс мероприятий

1. Частое проведение воздушных ванн, когда на ребёнке нет подгузника. Рекомендовано проводить воздушные ванны хотя бы по 5-10 минут при смене подгузника.



2. Использование защитных кремов. Их нанесение необходимо при каждой смене подгузников. Чаще всего в их составе есть цинк, декспантенол, вазелин, ланолин. Эти кремы создают защитную плёнку, отделяющую кожу от раздражающего действия мочи и фекалий.



Использование защитных кремов

3. Очищение, если кожа в зоне подгузника воспалена, ежедневная ванна поможет удалить раздражители и снизить риск инфицирования грибками и бактериями. Очищение проводят водой, оно должно быть бережным, можно использовать ватные шарики или хлопковую ткань. Детские салфетки разрешается использовать только на неповреждённой коже. В их составе не должно быть парабенов, алкоголя, отдушек, раздражителей или аллергенов, рН должен быть нейтральным. После купания нужно мягко промокнуть кожу полотенцем, избегая трения.



4. Подгузники нужно менять каждые 2 часа (каждый час у новорождённых) или после каждого стула или мочеиспускания. Лучше выбрать подгузник с высокой впитывающей способностью. Чем лучше подгузник впитывает, тем лучше он сохраняет кожу сухой. Хотя в настоящее время нет данных, показывающих, какой тип подгузника лучше всего предотвращает появление опрелостей, тканевые подгузники обычно впитывают хуже, чем большинство одноразовых "памперсов". Если при использовании тканевых подгузников у ребёнка возник пелёночный дерматит, то на время болезни лучше перейти на одноразовые подгузники. Необходимо убедиться, что подгузник не слишком тугой, особенно одетый на ночь. Свободный подгузник будет меньше тереться о кожу. Пусть кожа ребёнка полностью высохнет, прежде чем надевать новый подгузник. Также важно не допускать прилипания липких вкладышей к коже ребёнка. До и после смены подгузников нужно мыть руки, чтобы предотвратить распространение микробов, которые вызвали инфекцию на коже младенца.



5. Важное значение имеет обучение родителей правильному уходу за ребёнком. Необходимо предоставить им чёткие инструкции относительно ежедневного ухода за кожей и дать информацию о том, какие продукты по уходу являются полезными, а какие могут принести вред.

Дерматовенеролог Гайдарова З.Г.