



может снизить распространение и тяжесть пеленочного дерматита.

Частота возникновения пеленочного дерматита колеблется от 35% по данным A. Laine (1990), до 50%, согласно исследованиям W. Jordan (1986). W. Jordan и B. Lawrence (1987) показали, что возраст, питание, частота стула и тип подгузника являются важными факторами в развитии пеленочного дерматита.

Пеленочным дерматитом страдают дети, преимущественно в возрасте от 6 до 12 месяцев. Однако возможно более раннее развитие, особенно, если ребенок длительно находится в мокрых пеленках. Высыпания появляются в 3-4 раза чаще у детей, которые страдали поносом в течение 2 суток до обращения к врачу. Отмечено, что у девочек частота пеленочного дерматита выше (D. Rosinska-Brokovska, 1994). Пеленочный дерматит чаще развивается у детей с аллергической настроенностью, что объясняется их предрасположенностью к экссудативным изменениям и диспептическим явлениям. Дети, вскармливаемые материнским грудным молоком, менее предрасположены к этому заболеванию, так как их кал имеет более низкую активность ферментов.

Лечение пеленочного дерматита

При появлении первых клинических симптомов пеленочного дерматита рекомендуется отказаться от применения матерчатых подгузников и перейти к использованию одноразовых подгузников Pampers, с повышенной поглощающей способностью (содержащих ВГМ). Такие подгузники нужно менять по мере их наполнения. Кроме того, ребенка не следует одевать слишком тепло в плотно прилегающую одежду.

Раздражающие факторы можно устранить путем исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни, с последующим его сохранением до двух лет, при условии своевременного введения твердых добавок (прикорма). Применение искусственных смесей, а также избыточное потребление ребенком белков и кислых соков обеспечивают кислую среду кала и мочи.

Участки кожи рекомендуется обрабатывать мазью Бепантен, представляющей собой водно-масляную эмульсию, содержащую декспантенол в концентрации 5%. При местном применении декспантенол обеспечивает регенерацию клеток эпителия, созданию защитного слоя.

Если присоединяется инфекция, вызванная *Candida albicans*, прежде всего необходимо устранить кандидоз полости рта и кишечника, местно обрабатывают кожу красителями, например, водным раствором генциана, а также используют нистатин, пимафуцин. При вторичных бактериальных инфекциях (как правило, вызванных стафилококками) пероральное применение антибиотиков оправдано только в тяжелых случаях. Если состояние ребенка осложняется зудом, показаны антигистаминные препараты.

При сочетании пеленочного и аллергического дерматита рекомендуется местно применять глюкокортикоидные препараты, но не более 1-3 дней при лечении острого воспаления. Их следует назначать с особой осторожностью, так как они интенсивно всасываются на воспаленных участках кожи и способствуют развитию бактериальной инфекции и грибковой флоры.

РЕЗЮМЕ: 1) Длительный контакт кожи ребенка с мочой и калом, трение, нарушение pH и резидентной микрофлоры кожи, а также ее повреждение и раздражение – факторы, приводящие к развитию пеленочного дерматита.

2) Длительный контакт кожи ребенка с мочой приводит к повышению ее влажности, чувствительности к физическим воздействиям, она легче повреждается трением при соприкосновении с мокрыми пеленками, возрастает проницаемость и на ее поверхности активнее размножаются микроорганизмы.

3) Кожа становится уязвимой, ослабевает ее защитная функция в результате кожа перестает быть барьером для инфекции; усиливается раздражение, вследствие воздействия ферментов кала и их взаимодействия с мочевиной мочи, активизируются микробы, содержащиеся в кале, и на поверхности кожи, вследствие нарушения колонизационной резистентности. Особенно часто ослабленная кожа инфицируется *Candida albicans*, развиваются продолжительные и тяжело излечивающиеся формы пеленочного дерматита.

4) Правильный уход за ребенком и грудное вскармливание. Применение одноразовых подгузников Pampers – надежная защита от заболеваний кожи у детей раннего возраста

БЕРЕЖНЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ МЛАДЕНЦА: ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ*

Здоровая кожа – первая линия защиты от внешних факторов у детей.

Коже новорожденного часто не уделяют должного внимания. А тем временем кожные покровы играют особенно важную роль при переходе ребенка из внутриутробного во внешнюю среду, выполняя целый ряд функций.

Кожа помогает защитить организм от перепадов температуры, действия солнечного излучения, бакте-

рий, аллергенов и опасных химических веществ. Помимо защитной функции, кожа участвует в обеспечении тактильной чувствительности, поддерживая связь мозга с окружающим миром [1,2].

Поверхностный (роговой) слой кожи завершает свое развитие к концу последнего триместра беременности. Он создает так называемый «кожный барьер», одна из основных функций которого – защита организ-

* по материалам зарубежных исследователей



ма от неблагоприятных факторов окружающей среды (токсинов, раздражающих веществ и аллергенов).

Кожа младенцев отличается от кожи детей старшего возраста и взрослых по строению, химическому составу и функциям:

- роговой слой кожи младенцев примерно на 30% тоньше, чем у взрослых [3]
- защитная кислотная мантия (слабокислый уровень pH) на поверхности детской кожи развита недостаточно, и ее полное развитие может занимать до 2 лет [4]
- кожа новорожденных имеет более слабую барьерную функцию, чем кожа взрослых [5]

Кожа младенцев остается уязвимой на протяжении первого года жизни. Неправильный уход ведет к образованию опрелостей, атопическому дерматиту и другим заболеваниям кожи.

Нарушение барьерной функции кожи. Здоровая кожа – мягкая, гладкая, эластичная, без признаков сыпи. Но различные факторы окружающей среды (например, избыток влаги, мыло и т.д.) могут стимулировать активность протеаз. Эти ферменты необходимы для естественного слущивания эпителиальных клеток, но их избыточная активность может привести к нарушению барьерной функции кожи, истончению и повреждению кожного барьера. При повреждении защитного липидного барьера в кожу могут проникнуть загрязнения, что может вызвать воспалительные, аллергические и другие заболевания [6].

Избыточная влажность, повышения уровня pH, трение и контакт с мочой и калом – все это может привести к повреждению кожи в области подгузника и сделать и без того нежную кожу младенца еще более уязвимой и подверженной воспалению и раздражению. Опрелости, или пеленчатый дерматит, – наиболее распространенное заболевание кожи у детей раннего возраста [7,8].

Механизм нарушения барьерной функции кожи, возникновение раздражения и воспаления:

Повреждение. Первичное раздражение обусловлено избыточной влажностью, трением и контактом с мочой и калом. Это приводит к высвобождению интерлейкинов, или белков, вызывающих воспалительную реакцию [9].

Повышенная чувствительность. Избыток влаги под подгузниками может привести к усилению ферментативной активности и мацерации. Это еще больше нарушает барьерную функцию кожи, делая ее более подверженной раздражению и воспалению.

Выраженное повреждение. Контакт мочи с содержащимися в кале микроорганизмами приводит к ее распаду до аммиака, повышая уровень щелочи и pH.

Это дополнительно стимулирует активность ферментов (протеаз), приводя к повышенной проницаемости защитного липидного слоя.

Раздражение и воспаление. Бактерии и грибы (например, *Candida albicans*) легче проникают через поврежденную кожу. Это может вызвать раздражение и воспаление.

Для предотвращения опрелостей рекомендуется часто менять подгузник. Очень важно тщательно очищать кожу в области подгузника. Одной воды для полного удаления мочи и жирорастворимых веществ, содержащихся в кале, недостаточно. Не менее важно при этом не повредить защитную кислотную мантию кожи, используя мягкие косметические средства. Следует помнить, что использование мыла может привести к повышению уровня pH кожи, что способствует нарушению ее барьерной функции [10].

Естественная потеря влаги через кожу у детей выше, чем у взрослых [11]. Использование средств, содержащих в своем составе увлажняющие вещества (например, влажные салфетки и детский крем), помогает защитить кожу в области подгузника от воздействия внешних факторов и уменьшить естественную потерю влаги.

Первые детские влажные салфетки были недостаточно мягкими. Некоторые из них содержали такие агрессивные вещества, как спирт, и небезопасные для детской кожи отдушки. Эти средства были недостаточно деликатными для чувствительной детской кожи. Сегодня некоторые медицинские работники и родители для очищения кожи ребенка используют мыло, воду и ватные диски (вату) и отказываются от влажных салфеток, поскольку ошибочно ассоциируют их с несовершенными свойствами первых косметических средств подобного типа.

Компания «Джонсон&Джонсон» установила стандарт для современных детских влажных салфеток. Постоянно повышая стандарты безопасности и качества, компания «Джонсон&Джонсон» внесла значительный вклад в улучшение детских влажных салфеток. Многочисленные научные исследования и разработки позволили компании «Джонсон&Джонсон» значительно усовершенствовать состав детских влажных салфеток. Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY обеспечивают мягкое очищение, в котором так нуждается чувствительная детская кожа. Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY не содержат: спирт, мыло, эфирные масла, способные оказывать повреждающее действие; хлор.

Оптимальный состав влажных салфеток JOHNSON'S® BABY обеспечивает нежнейший уход за кожей

Технологии	Ингредиенты	Оказываемое действие
Очищающая система	Лаурил глюкозид, кокглюкозид, полиглицерил-2, диполигидроксистеарат	Удаляют растворимые вещества Поддерживают оптимальный уровень pH и барьерную функцию кожи
Уход за кожей	Глицерин, глицерил олеат	Положительно влияют на барьерную функцию кожи, смягчают и увлажняют кожу
Улучшение текстуры, ощущение мягкости	Глицерил полиакрилат, карбомер	Придают ощущение мягкости как для мамы, так и для ребенка
Специально подобранная отдушка	RP-2406	Соответствует стандартам JOHNSON'S® BABY
Консервант	Феноксизтанол, бензоат натрия	Обеспечивают постоянство состава продукта



ребенка. Уникальная технология производства влажных салфеток JOHNSON'S® BABY отвечает особым потребностям нежной детской кожи. Высокое содержание воды в очищающем лосьоне (более 97%) в сочетании с тщательно подобранными ингредиентами обеспечивает мягкий, но вместе с тем эффективный уход за кожей ребенка.

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY содержат глицерил олеат, соответствующий природным свойствам кожи. Глицерил олеат получают из природных масел и жиров [12]. Вещество одобрено FDA (Федеральное управление США по контролю качества лекарственных средств и продуктов питания) и включено в перечень косметических ингредиентов, изданный Европейской комиссией. Полностью соответствуя сыровидной смазке – кремовидному веществу, которое покрывает кожу ребенка при рождении, – глицерил олеат обладает рядом преимуществ, важных для кожи новорожденных: укрепляет барьерную функцию кожи, смягчает кожу, делает уход более деликатным, повышает эффективность увлажнения.

В исследовании, проведенном в Медицинском университете Шарите (Берлин, Германия), сравнили один из видов влажных салфеток JOHNSON'S® BABY с традиционными способами ухода за кожей в области подгузника [13].

Цель исследования. Сравнить влияние влажных салфеток JOHNSON'S® BABY и ватных дисков с чистой водой на барьерную функцию кожи у здоровых, доношенных новорожденных старше 4 недель.

Методы. 40 здоровых новорожденных были произвольно разделены на две группы. В первой группе для ухода за кожей при смене подгузника использовали влажные салфетки JOHNSON'S® BABY, а во второй – ватные диски с водой. Для оценки барьерной функции кожи детей на 2-й, 14-й и 28-й день у них определяли естественную потовую влагу через кожу.

Результаты. Исследование показало, что влажные салфетки JOHNSON'S® BABY поддерживают барьерную функцию кожи лучше, чем ватные диски с водой. При этом ни один из способов ухода не нарушал естественное созревание поверхностного слоя кожи.

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY не раздражают воспаленную кожу. Кожа в области подгузника особенно подвержена раздражению и воспалению. Исследования показали: влажные салфетки JOHNSON'S® BABY действуют на раздраженную кожу так же деликатно, как чистейшая вода. Исследование проходило в течение двух недель. Участки кожи в области использования влажных салфеток JOHNSON'S® BABY визуально не отличались от тех участков, на которых использовалась только вода, и выглядели лучше, чем при использовании детского мыла.

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY обеспечивают бережный уход за кожей, склонной к аллергии. В отдельном независимом клиническом исследовании оценивали применение влажных салфеток JOHNSON'S® BABY у больных с атопическим дерматитом легкой и средней степени тяжести. Результаты исследования показали, что влажные салфетки JOHNSON'S® BABY мягко удаляли загрязнения с особенно чувствительной кожи участников [14].

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY для самых маленьких «Без отдушки»: самое бережное очищение для самых маленьких. Эти салфетки разработаны специально для кожи новорожденных. Они не содержат отдушек, спирта и мыла, гипоаллергенны и подходят даже для очень чувствительной кожи. Рекомендованы Союзом педиатров Казахстана.

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY «Нежная забота»: нежное очищение от макушки до пяток. Созданные для ухода за всей поверхностью кожи, эти влажные салфетки пропитаны очищающим детским лосьоном с формулой «Нет больше слез», на 97% состоящим из чистейшей воды. Салфетки JOHNSON'S® BABY «Нежная забота» могут использоваться даже для чувствительной области вокруг глазок и рекомендованы Союзом педиатров Казахстана.

Влажные салфетки JOHNSON'S® BABY «Особый уход»: содержат уникальные полоски защитного крема для чувствительной детской кожи. Первые и единственные в своем роде влажные салфетки с полосками защитного крема, алоэ и кипреем, влажные салфетки JOHNSON'S® BABY «Особый уход» обеспечивают длительную защиту кожи под подгузниками от возможных покраснений и раздражений.

Литература:

1. Skin. National Geographic. 2009. Ref Type: Magazine Article.
2. Epidermis. Wikipedia. 2009. Ref Type: Electronic Citation.
3. Stamatas G, Nikolovski J et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular I Level. *Pediatric Dermatology* 2009; 1-7
4. Franceasca Giusti MDea. Skin Barrier, Hydration, and pH of the skin of infants under 2 years of age [abstract]. *Pediatric Dermatology* 2001;18:93-96
5. Nartin KM. New research on the characteristics of infant skin functionality. 110th Annual Meeting of the Japan Pediatric Society. 2009
6. Cork MJ, Robinson DA, Vasilopoulos Y et al. New perspectives on epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis: gene-environment interactions. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 3-21
7. Atherton D, Mills K, What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM Midwives* 2004; 7: 288-290
8. What is diaper rash and what causes it? *Desitin Diaper Rash Guide*. 2009. Ref Type: Electronic Citation
9. Scheinfeld N. Diaper dermatitis: a review and brief survey of eruptions of the diaper area [abstract]. *Am J Clin Dermatol* 2005; 273-281
10. Visscher M. Recent Advances in Diaper Dermatitis: Etiology and Treatment [abstract]. *Pediatric Health* 2009
11. Nikolovski J et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol*. 2008
12. Glycerly Oleate. *RealSelf.com*. 2009. Ref Type: Electronic Citation
13. Garcia Bartels, N et al. Use of baby wipes in the diaper area in newborns: a prospective, randomized clinical study on skin barrier. 2008. Charité – Universitätsmedizin Berlin, EAP Congress in Nice. Ref Type: Poster.
14. Novello and Italian Pediatric group. Effects after daily use of washing products on infants aged 0-52 weeks. *Minerva Pediatric* 2005; 57: 411-418