

Профессор Н.А. Геппе, к.м.н. Н.А. Белоусова, О.А. Пахомова
ММА имени И.М. Сеченова

У детей раннего возраста различные изменения кожных покровов наблюдаются достаточно часто. Состояние кожи ребенка в этом возрасте характеризуется ее незрелостью, повышенной проницаемостью и чувствительностью к воздействию ряда факторов, таких как трение, изменение влажности и температуры, влияние раздражающих веществ [8].

У 2030% новорожденных на первой неделе жизни отмечается **токсическая эритема**, которая проявляется эритематозными, слегка плотноватыми пятнами, иногда с пузырьками в центре. Через несколько дней сыпь исчезает бесследно, но может периодически рецидивировать. Токсическая эритема расценивается, как аллергическая реакция на отдельные компоненты питания ребенка, чаще белки [3]. Нередко наблюдаются кожные аллергические реакции в виде пятнистопапулезной сыпи в ответ на погрешности в диете кормящей матери, использование заменителей женского молока, при назначении ребенку медикаментов, например, антибиотиков [1].

Однако одним из наиболее распространенных изменений кожи является **пеленочный дерматит**, частота возникновения которого колеблется от 35 до 50% [6,7]. Согласно современным представлениям, пеленочный дерматит это периодически возникающий патологический процесс, провоцируемый воздействием на кожу ребенка механических (ткань пеленок или подгузник), физических (влажность и температура), химических (аммиак, пищеварительные ферменты, соли желчных кислот) и микробных факторов, действующих внутри пеленок или подгузника [5]. Клинически пеленочный дерматит проявляется покраснением кожи, папулезной сыпью, шелушением эпидермиса в области гениталий, ягодиц, нижних отделов живота, внутренней поверхности бёдер. В более тяжелых случаях появляются эрозии, инфильтраты в кожных складках, происходит бактериальное и грибковое инфицирование.

Все вышесказанное определяет необходимость совершенствования профилактики и лечения пеленочного дерматита [4]. Ранее применяемые для местного лечения различные кремы и мази на основе цинка и талька, обладая лишь адгезивными свойствами, оказались недостаточными для получения желаемого терапевтического эффекта.

Крем **Драполен** (GlaxoSmithKline, Великобритания) представляет собой средство для наружного применения. Входящие в состав крема бензалкония хлорид и цитримид оказывают местное антисептическое и дезинфицирующее действие. Белый мягкий парафин, безводный ланолин и цетиловый спирт обладают смягчающим, защитным и гидратирующим эффектом.

Целью исследования было изучение эффективности крема Драполен у детей первых месяцев жизни.

Исследования проводились в отделении патологии новорожденных детей клиники детских болезней ММА имени И.М. Сеченова. Под нашим наблюдением находилось 114 детей в возрасте от 3 дней до 1,5 месяцев. Мальчиков было 68, девочек 46. Большинство детей (72%) родились доношенными. Основным диагнозом у всех пациентов было перинатальное поражение центральной нервной системы.

Все дети были разделены на 2 группы. 1 группу составил 61 ребенок, не имеющий кожных аллергических проявлений. Во 2 группу вошли 53 ребенка с ранними кожными аллергическими реакциями.

В ходе исследований изучалось состояние здоровья родителей, особое внимание обращалось на отягощенный семейный аллергологический анамнез (нейродермит, пищевая аллергия, поллиноз, бронхиальная астма). Проводился ежедневный общий осмотр ребенка с детальной оценкой состояния кожных покровов. Отмечалось отсутствие или наличие кожных изменений, их характер, область и площадь поражения.

В 1 группе анализ состояния здоровья родителей показал, что 56% детей имели отягощенный по аллергическим заболеваниям анамнез. Проявлений токсической эритемы и какихлибо кожных аллергических реакций у детей не наблюдалось. 56,3% пациентов находились на естественном вскармливании. Пеленочный дерматит отмечен у 17 детей (28,1%) в виде эритемы различной распространенности, папулезной сыпи, сухости кожи, что расценено, как легкая степень заболевания (критерии F. Germozo, 1984).

Лечение начинали при первых проявлениях пеленочного дерматита. Препарат ежедневно наносили тонким слоем на пораженные участки кожи с захватом прилежащих тканей 45 раз в сутки во время пеленания. При применении крема Драполен после снятия подгузника кожу обмывали водой без мыла (так как при контакте с мылом эффективность крема снижается), тщательно высушивали промокательными движениями, затем наносили крем. У большинства детей улучшение отмечалось уже на 2 сутки от начала лечения: уменьшалась эритема, исчезала сыпь, сокращалась площадь поражения кожи. Лечение продолжалось до полного исчезновения кожных изменений (в среднем 3,9 ± 0,6 дня). У всех детей отмечен положительный эффект выздоровление. Побочных реакций от использования крема не наблюдалось.

Во 2 группе отягощенный семейный аллергологический анамнез отмечен у 72% детей. Проявления токсической эритемы наблюдались у 31 ребенка, ранние кожные аллергические реакции у 42 детей. Появление кожных аллергических реакций, как правило, было обусловлено погрешностью в диете кормящей матери, переводом на раннее искусственное вскармливание, либо реакцией на лекарственные препараты, используемые в лечении ребенка. Лишь 28,3% детей получали грудное материнское молоко, в то время как остальные находились на смешанном и искусственном вскармливании. Пеленочный дерматит отмечался у 27 (50,9%) детей. У пациентов 2 группы пеленочный дерматит развивался достоверно чаще, чем в 1 группе (р

После выписки из стационара детям с легкой степенью пеленочного дерматита было рекомендовано использование крема Драполен с профилактической целью: постоянное нанесение его на кожу в области прилегания подгузника. Родителям также были даны советы по уходу за ребенком, рациональному вскармливанию.

Таким образом, пеленочный дерматит развивался чаще у детей с отягощенным по аллергическим заболеваниям семейным анамнезом и ранними кожными аллергическими реакциями (у большинства из этих пациентов он протекал в более тяжелой форме). Крем Драполен эффективен при лечении легких форм пеленочного дерматита, его можно также рекомендовать для использования с профилактической целью.

Литература:

1. Авдеева Т.Г. Роль раннего неонатального периода в формировании состояния здоровья детей первого года жизни. Автореферат дисс.докт.мед.наук. Москва, 1996. с.40.

2. Самсыгина Г.А., Прямова Ю.В., Зайцева О.В. Состояние здоровья детей, рожденных от матерей, страдающих бронхиальной астмой. // Педиатрия. 2001. №3. с.3438.

3. Шабалов Н.П. Неонатология. СПб: СПбГУ. 1997. с.112113.

4. Яцык Г.В., Степанов А.А. Применение мази дПантенол у детей первого года жизни. Вопросы современной педиатрии, 2002, т.1, №2, с.9092.

5. Berg R.W. Etiologic factors in diaper dermatitis: A model for development of improved diapers. *Pediatrician*, 1986, vol.14, № 1, p. 2733.

6. Jordan W.E., Lawson K., Berg R., Fromxman J. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population, *Pediatr. Dermatolog*, 1986, vol.3, p.198207.

7. Laine A.T., Render P.A. Evaluations of diaper containing absorbent gelling material with conventional infants. *Am.J.DC*, 1990, vol. 114, p. 315319.

8. Liou L.W., Janniger C.K Skin care of the normal newborn. *Cutis*, 1997, vol. 59, №4, p. 171174.

Опубликовано с разрешения администрации Русского Медицинского Журнала.