

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

БОЛЕЗНИ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Минск, БелМАПО

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

БОЛЕЗНИ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО

2022

УДК 616.5-053.1(075.9)

ББК 55.83я73

Б 79

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 7 от 30.08.2022

Авторы:

Левончук Е.А., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Шикалов Р.Ю., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Милькото Н.А., старший преподаватель кафедры дерматовенерологии и косметологии БелМАПО

Клименкова Н.В., старший преподаватель кафедры дерматовенерологии и косметологии БелМАПО

Рецензенты:

Коваленко Е.В., главный врач УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии»

Кафедра кожных и венерических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Б 79 **Болезни** кожи новорожденных и младенцев : учебно-методическое пособие / Е.А. Левончук [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2022. – 33с.

ISBN 978-985-584-765-7

В учебно-методическом пособии представлены анатомо-физиологические отличия кожи новорожденных, особенности ухода за ней, приводятся основные физиологические и переходные состояния кожи младенцев и те заболевания, которые встречаются исключительно в грудном возрасте.

Предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы: переподготовки по специальности «Дерматовенерология» (дисциплина «Общая и частная дерматология») и повышения квалификации врачей-дерматовенерологов, врачей-неонатологов, врачей-педиатров, врачей общей практики, а также аспирантов и клинических ординаторов.

УДК 616.5-053.1(075.9)

ББК 55.83я73

ISBN 978-985-584-765-7

© Левончук Е.А. [и др.], 2022

© Оформление БелМАПО, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Анатомические особенности кожи новорожденных	4
Физиология кожи детей.....	7
Изменения кожи физиологического характера.....	9
<i>Физиологическая желтуха новорожденных</i>	9
<i>Телеангиэктазии, лососевые пятна</i>	9
<i>Синие, или монгольские, пятна</i>	10
Переходные изменения кожи новорожденных	11
<i>Физиологический катар кожи новорожденных</i>	11
<i>Сальный ихтиоз</i>	11
<i>Милиумы</i>	12
<i>Нагрубание молочных желез</i>	12
<i>Десквамативный вульвовагинит</i>	12
<i>Гидроцеле</i>	12
Кожные болезни	13
<i>Токсическая эритема</i>	13
<i>Опрелости</i>	14
<i>Пеленочный дерматит</i>	14
<i>Потница</i>	18
<i>Омфалит</i>	19
<i>Себорейный дерматит</i>	23
<i>Врожденная аплазия кожи</i>	25
<i>Адипонекроз новорожденных</i>	26
<i>Склередема и склерема</i>	27
<i>Пиодермии</i>	27
<i>Везикулопустулез</i>	28
<i>Множественные абсцессы (псевдофурункулез)</i>	28
<i>Эпидемическая пузырьчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид)</i> ..	28
<i>Эксфолиативный дерматит Риттера</i>	29
<i>Синдром стафилококковой обожженной кожи</i>	30
<i>Стрептодермии</i>	30
Заключение.....	31
Литература	32

Введение

Физиологические переходные состояния и заболевания кожи встречаются практически у 100% детей. Это значимый объем работы дерматологической службы, в структуре которой выделены детские дерматологические приемы и отделения. Но часто с начальными проявлениями кожной патологии дети попадают к педиатрам или врачам общей практики.

В программе подготовки педиатров и врачей общей практики не предусмотрено подробное изучение кожи как органа именно у детей, хотя 20-25% всех консультаций у педиатров связано с наличием симптомов на коже [8]. Педиатрическая дерматология охватывает целый ряд состояний: от очень редких заболеваний до повсеместно встречающихся физиологических изменений. Правильная и своевременная диагностика кожных симптомов при определенных обстоятельствах может спасти жизнь младенцев или избежать дорогостоящих и агрессивных методов диагностики и лечения.

У детей встречаются те же заболевания кожи, что и у взрослых. Но в период новорожденности и первого года жизни, ввиду особенностей строения и физиологии кожи, весьма распространены физиологические, переходные состояния и заболевания, которые свойственны только этому возрасту. Данное учебно-методическое пособие освещает именно этот раздел дерматологии, неонатологии, педиатрии.

Кожа новорожденного имеет свои особенности, что связано с его переходом при рождении из водной внутриутробной среды. При рождении кожа покрыта первородной смазкой – *vernix caseosa*, на 80% состоящей из воды, а также липидов и белков [3]. Липиды «первородной смазки» образуются в эпидермисе и в сальных железах. В состав первородной смази входят антибактериальные пептиды, которые играют защитную роль как до рождения, так и в первые дни жизни [5]. Поэтому не следует форсировать удаление этого естественного антибактериального средства.

Анатомические особенности кожи новорожденных

После рождения кожа ребенка приобретает ряд изменений, адаптирующих его к окружающей среде. Первородная смазка ликвидируется, а кожа подвергается воздействию сухого воздуха и адаптируется к нему. У всех новорожденных в норме отмечается десквамация верхней части рогового слоя, что считается естественным адаптивным процессом. У новорожденных отмечается повышенный риск системного токсического эффекта используемых местно веществ. Это обусловлено более высоким

показателем отношения площади поверхности тела к его массе: у новорожденного вес кожи составляет 12% от массы тела, у взрослых – 2-3% [2].

Кожа новорожденных и грудных детей нежная, бархатистая, розового цвета. Она значительно тоньше кожи взрослого. Структура кожи в этом возрасте отличается рядом особенностей.

Эпидермис новорожденных состоит в основном из трех слоев: базального, шиповидного и рогового. Зернистый и блестящий слои часто не определяются. Эпидермис на ладонях и подошвах в 2,5-3 раза тоньше, чем у взрослых. Связь между клетками рогового слоя слабая, роговые пластинки легко отторгаются. Процессы отшелушивания рогового слоя у новорожденных происходят в 4-5 раз быстрее, чем у взрослых. Роговой слой тоньше и даже в его наружных пластах могут быть слабо окрашенные ядра (физиологический паракератоз) [17,22]. Образуются неполноценные чешуйки, чем снижается барьерная функция кожи. Базальные клетки имеют небольшие размеры, уменьшено также число десмосом в местах соединения клеток. Шиповатый слой имеет 2-5 рядов клеток. Вплоть до 6 месяцев в меланоцитах уменьшено количество гранул меланина.

Эккринные потовые железы: у новорожденных их в 12 раз больше, чем у взрослых. Выводные протоки в отличие от взрослых прямые, секреторный отдел представлен 6-12 петлями эпителиальной трубочки, а выводной проток расположен в дерме и эпидермисе. В отличие от взрослых, выводные протоки потовых желез в эпидермисе детей грудного возраста обычно прямые, а не штопорообразно извилистые, открываются на поверхность кожи, что облегчает попадание в них инфекции. Результатом их незрелости является частая закупорка эккринных потовых желез кератиновыми пробками. С возрастом потовые железы становятся более оформленными, крупными, а интенсивность потоотделения через 2-3 месяца после рождения нормализуется [3].

Сальные железы: количество их на 1 кв.см в 4-8 раз больше, чем у взрослых. Эти железы отличаются относительно малыми размерами, однодольчатостью и расположены поверхностно. Резкая гиперплазия сальных желез – следствие влияния материнских гормонов. Функциональная активность сальных желез, раздражающее действие их секрета нередко бывают причиной воспалительных заболеваний кожи. К концу первого года жизни наступает атрофия секреторных долей и даже полное исчезновение части сальных желез. К началу 2 года жизни функция сальных желез значительно снижается и усиливается лишь в период полового созревания.

Первичные волосы (лануго) возникают на 6 месяце эмбрионального развития, выпадают вскоре после рождения и на их месте вырастают вторичные (постоянные). Волосы при рождении мягкие, слабо пигментированные, они могут быть по всему кожному покрову, особенно на спине, плечах (мягкий пушок). В течение первой недели жизни этот пушок выпадает. Для недоношенных детей характерно более обильное лануго. Наличие или отсутствие первичных волос при рождении не определяет прогноза в отношении дальнейшего развития волос у ребенка, их количества, качества, цвета. Характер постоянного волосяного покрова выявляется лишь к началу 2 года жизни. 2 года волосы растут 0,1-0,2 мм/сутки, затем 0,3-0,5. Ресницы в 3-5 лет такой же длины, как у взрослых [3].

Ногти у новорожденных и детей грудного возраста существенно не отличаются от взрослых. Они доходят до конца пальцев. Но их более слабое развитие не является непременным признаком недоразвития ребенка. У недоношенных новорожденных с малой массой тела ногтей может и не быть. Отмечается лишь некоторое замедление роста ногтей в первые дни после рождения. У взрослых ноготь растет в среднем на 0,12 мм, а у ребенка – на 0,04 мм в сутки. В среднем полное обновление ногтевой пластинки происходит в течение 105-115 дней. У детей со слаборазвитым волосяным покровом ногти растут медленнее.

Дерма происходит из внутреннего зародышевого листка (мезодермы). К моменту рождения в дерме различают 2 слоя: сосочковый и сетчатый. Дерма отделяется от эпидермиса очень тонкой базальной мембраной. Граница между эпидермисом и дермой не является извилистой, сосочки сглажены, что снижает прочность их сцепления и облегчает при патологических условиях образование пузырей. У новорожденных дерма тоньше, чем у старших детей. В ее структуре преобладают клеточные элементы: недифференцированные соединительнотканые клетки и много тучных клеток, которым отводится важная роль в возникновении аллергических реакций. Причем в верхних отделах преобладают недифференцированные клетки и тонкие коллагеновые волокна, а в нижнем отделе чаще встречаются зрелые фибробласты и толстые коллагеновые волокна, что свидетельствует о созревании дермы с ее нижних слоев.

Подкожно-жировая клетчатка: масса ее на 1 кг веса при рождении в 4-5 раз больше, чем у взрослых, отличается обилием жировых долек. У новорожденных преобладает бурая жировая ткань, которая с возрастом заменяется белой. По своему химическому составу подкожная жировая клетчатка также отличается от клетчатки взрослых. В ней преобладают насыщенные жирные кислоты. Содержит в меньшем количестве жидкую

олеиновую кислоту и в большем тугоплавкие стеариновую и пальмитиновую кислоты, что обуславливает высокий тургор подкожно-жировой клетчатки.

Кровеносные сосуды менее дифференцированы, чем у взрослых, встречаются капилляры с расширенными просветами, повышена проницаемость сосудистой стенки, богатая васкуляризация, обильное количество поверхностно расположенных кровеносных сосудов, находящихся в состоянии физиологической дилатации.

Физиология кожи детей

Защитная функция кожи у детей несовершенна. Вследствие нежности и рыхлости эпидермиса, морфологической неполноценности эластических и коллагеновых волокон кожа ребенка легко подвергается механическим, радиационным, термическим и химическим повреждениям [21]. Процесс выработки меланина еще полностью не сформирован, и кожа менее защищена от ультрафиолетового облучения.

У новорожденных рН кожи составляет 6,7 (у взрослых 4,5-6,0), чем создаются благоприятные условия для роста микробов. Бактерицидные свойства кожи еще более снижаются при обезжиривании и охлаждении организма. Частая мацерация мочой и калом, активная секреция потовых желез способствуют разжижению водно-липидной мантии эпидермиса [16].

Несовершенна и терморегуляционная функция кожи. Теплоотдача при пересчете на 1 кг массы тела у новорожденных повышена за счет теплоизлучения, теплопроводности и потоотделения. Поэтому наблюдается высокая чувствительность к изменениям окружающей среды, на что ребенок реагирует ухудшением общего состояния, часто появляется потница.

Содержание воды в коже детей грудного возраста выше, чем у взрослых. Кожа взрослого содержит 6-8% воды, а детей – 10-17% воды всего организма. Поэтому все патологические процессы в коже детей протекают с более выраженным экссудативным компонентом.

Для детской кожи характерна высокая резорбционная способность жирорастворимых веществ, особенно в складках, на лице и волосистой части головы, которая еще более увеличивается при воспалительных явлениях.

Детскому возрасту, особенно в период новорожденности и грудного возраста свойственна физиологическая иммунная недостаточность. Причины ее: генетическое кодирование, экзогенные и эндогенные факторы. К эндогенным факторам относятся хронические интоксикации матери во время беременности (курение, алкоголизм, наркотики и др.); экзогенные факторы: нерациональное питание, применение кортикостероидов, плазморея при экземе.

Недоношенные дети характеризуются значительно сниженной барьерной функцией эпидермиса. Местное или системное токсическое действие может у них возникнуть не только при использовании топических лекарственных препаратов, но также мыла, лосьонов или других моющих средств. Повышенная ломкость кожи является ключевым признаком недоношенности. Травмы эпидермиса и дермы могут вызывать сильную боль, усиливающуюся при рутинном уходе за ребенком. У недоношенного ребенка повышен риск инфекции и сепсиса, обусловленный персистирующими на коже микроорганизмами, проникающими через повреждения тонкой и ломкой кожи, а также через ятрогенные входные ворота. Процесс потоотделения у недоношенного ребенка функционально недостаточен, что определяет слабость процесса терморегуляции. Дисфункция теплообмена связана с недостаточной толщиной подкожной жировой клетчатки, что уменьшает теплоизоляцию, а также со слабостью вегетативной регуляции кожных сосудов [16,21].

Применение мазей, лишенных консервантов, на вазелиновой основе снижает трансэпидермальную потерю жидкости. Однако при использовании эмолиентов повышается риск развития как местного, так и системного кандидоза.

В домашних условиях большинству младенцев достаточно принятия ванны с обыкновенной водой один или два раза в неделю; если мытье осуществляется более часто, может быть рекомендовано увлажнение непахучими простыми эмолиентами. Лицо, руки, ягодичная область и промежность могут обрабатываться ежедневно с использованием небольшого количества мягкого очищающего средства с нейтральным рН. Благонамеренные родители нередко купают своих детей слишком часто, а также используют множество средств по уходу за кожей малыша. Наряду с раздражением и астеатозом такая практика повышает риск развития аллергического контактного дерматита. Родителям следует внушить принцип «чем меньше, тем лучше» [2].

Существуют специфические, никогда не встречающиеся в других возрастных группах детей и у взрослых, изменения кожи и дерматозы, свойственные только периоду новорожденности и обусловленные анатомо-физиологическими особенностями кожи этого периода. Именно об этих процессах пойдет речь в данном пособии. Их принято разделять на физиологические, переходные изменения и кожные болезни периода новорожденности [3].

Изменения кожи физиологического характера

Кожа новорожденного в момент рождения в силу повышенного содержания воды представляется сочной и немного отечной, бледной или бледно-цианотичной, покрыта более или менее толстым слоем творожистой смазки серовато-белого или серо-желтого цвета - *vernix caseosa*. Сильнее всего она выражена в области лица, заушных, подмышечных, паховых складок, поясницы, но имеется на всей коже в целом. Смазка на 45-75% состоит из жира, элементов эпидермиса, богата холестерином, гликогеном, элеидином. Эта смазка – лучшая защита кожи от инфекции.

Физиологическая желтуха новорожденных появляется на 2-3 день жизни у 60-80% детей. Желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер возникает вначале на лице, между лопатками и быстро распространяется на туловище, конечности. Степень желтизны может быть от едва заметной до резко выраженной. Окраска максимальна в течение 2-3 дней, а затем постепенно ослабевает и исчезает к 7-10 дню. В крови повышается уровень билирубина в связи с гемолизом эритроцитов, связанным с переходом от плацентарного снабжения кислородом к легочному и функциональной недостаточностью глюкуронилтрансферазной системы печени. Лечение не проводят. Если желтуха длится более 10 дней, это является показателем пониженной функции печени.

Телеангиэктазии, лососевые пятна – расширенные капилляры кожи, отмечаются у 50% новорожденных на затылке, лбу, на границе с волосистой частью головы, реже – на бровях, веках. Характеризуются красными пятнами с расплывчатыми границами, различных, большей частью неправильных очертаний. Под давлением пальца краснота исчезает, усиливается при плаче (рис.1, 2). Эти телеангиэктазии представляют собой рудиментарные остатки эмбриональных сосудов, исчезают самопроизвольно в течение 1-1,5 лет и являются лишь косметическим дефектом, не требующим лечения [18]. Их не следует смешивать с истинным сосудистым невусом, который имеет более темную окраску, не исчезает при надавливании, не проходит после 1,5 лет, а иногда даже увеличивается в размерах, требует специального хирургического лечения.



Рисунок 1 – Телеангиэктазии,
«поцелуй ангела»



Рисунок 2 – Телеангиэктазии,
«укус аиста»

Синие, или монгольские, пятна не являются патологическим признаком. Они склонны к самопроизвольному исчезновению в первые годы жизни, обычно к 5-6 годов, хотя нередко могут сохраняться и у взрослых. Характерно наличие при рождении темных, синеватого цвета пятен неправильных очертаний и различных размеров, лишенных волос и инфильтрата, не исчезающих при надавливании. Локализуются в пояснично-крестцовой области, реже на лопатках и ягодицах, лишь у представителей желтой расы эти пятна бывают на лице (рис.3). У людей белой расы они встречаются лишь у 5%, но только у брюнетов с темными волосами и глазами, а у новорожденных чернокожих, американских индейцев и представителей восточных народов – более чем в 90%. При гистологическом исследовании видны скопления веретенообразных меланоцитов, расположенных между коллагеновыми волокнами дермы, и содержащих меланин.



Рисунок 3 - Монгольские пятна

Очень часто у новорожденных даже после совершенно нормальных родов имеются точечные кровоизлияния на коже и слизистых оболочках предлежащей части ребенка: на лице, конъюнктиве. Вызываются повреждением капилляров в результате венозного застоя в момент родов, быстро исчезают и не имеют вредных последствий.

Переходные изменения кожи новорожденных

Физиологический катар кожи новорожденных – это эритема, напоминающая воспалительное состояние кожи. После удаления *vernix caseosa* и первой ванны в силу хорошо развитой системы капилляров кожа в ответ на термическое раздражение отвечает реактивной краснотой, которая тем отчетливее, чем нежнее и тоньше кожа ребенка. Держится она 2-3 дня, иногда несколько дольше в силу еще недостаточной способности организма к терморегуляции. На 3-5 день жизни появляется физиологическое шелушение, при котором отторгаются нежные сероватые чешуйки, «младенец цветет» (рис.4). Длится это 2 недели, но может продолжаться до 30-60 дней.



Рисунок 4 - Физиологический катар кожи новорожденного

Сальный ихтиоз (Ichthyosis sebacea) возникает вследствие усиленного выделения сальными железами быстровысыхающего кожного сала. Кожа становится сухой, грубой, приобретает буроватый оттенок. На поверхности сальной корки появляются поверхностные трещины. Спустя неделю процесс заканчивается обильным отрубевидным или пластинчатым шелушением. Если на коже сохранились эмбриональные волосы (*lanugo*), то при склеивании их сальным секретом образуется т.н. щетинка. После отторжения корки на 6-8-й день кожа приобретает нормальный вид. Состояние ребенка не нарушается, лечения не требуется. Уход за кожей осуществляется

проведением теплых ванн с последующим смазыванием ланолиновым кремом или декспантенолом. Дифференцируют сальный ихтиоз с врожденным.

Милиумы (Milia) – мелкие эпидермальные кисты, которые развиваются из сальных желез vellusных волос. Встречаются более чем у 50% зрелых новорожденных. Появляются милиумы с момента рождения, представляют собой папулы беловато-желтого цвета размером в булавочную головку или просяное зерно (милиум). Они локализуются обычно в области лба, на носу и щеках, а у недоношенных детей даже на туловище и конечностях. Эти элементы являются эпидермальными ретенционными кистами, содержащими, помимо густого сала, роговые чешуйки. В течение 3-4 недель милиумы исчезают. Лечение не требуют [10,12].

Проявления гормонального криза у ребенка связывают с резким снижением эстрола в крови новорожденного в течение первой недели жизни, в результате чего наблюдается ряд физиологических состояний, напоминающих период полового созревания.

Нагрубание молочных желез отмечается одинаково часто у девочек и у мальчиков на 3-7 день жизни. Иногда опухоль достигает размеров вишни, при надавливании из нее вытекает похожая на молоко жидкость, напоминающая по составу молозиво. Протекает без каких-либо симптомов, иногда может быть болезненность. Нельзя применять никаких манипуляций – ни массажа, ни выдавливания, ибо это может привести к развитию вторичной инфекции и маститу новорожденного. Следует наложить стерильную сухую повязку. Эти явления длятся 2-3 недели.

Десквамативный вульвовагинит – в период новорожденности под влиянием материнских половых гормонов происходит быстрое развитие плоского влагиалищного эпителия, который выделяется в виде белой слизи. Изредка в выделениях появляется кровь, в связи с повреждением мелких сосудов. В течение нескольких дней эти выделения исчезают самопроизвольно, лечение не требуется.

Гидроцеле – у новорожденных мальчиков иногда наблюдается одно- или двухстороннее опухание мошонки вследствие накопления жидкости вокруг семенного канатика. Опухоль может достигать значительных размеров, держаться в течение нескольких недель и даже месяцев, затем постепенно спонтанно рассасывается. Пункция опухоли опасна. Если к концу первого года жизни опухоль не исчезает, прибегают к оперативному вмешательству.

Кожные болезни

Кожные болезни новорожденных имеют врожденные и приобретенные причины, могут быть экзогенного и эндогенного происхождения.

Токсическая эритема новорожденных наблюдается почти у половины детей на 2-5-й день жизни. У недоношенных детей встречается редко. Это состояние считается пограничным между нормой и патологией. Современные исследования подтверждают гипотезу об избыточной реакции иммунной системы на первую колонизацию кожи непатогенными микроорганизмами [5,10]. Кроме этого установлено, что в формировании токсической эритемы может играть роль употребление после родов матерью в пищу большого количества продуктов, являющихся облигатными аллергенами (шоколад, сгущенное молоко, рыба, цитрусовые и др.). Чаще всего рассматривается это состояние как первые проявления аллергии (как и сухость кожи, гиперемия щек и т.д.). Выделяют две формы заболевания – ограниченную и генерализованную. При ограниченной форме общее состояние ребенка не нарушено, наблюдается небольшое количество эритематозно-папулезных элементов, расположенных на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах (рис.5). В крови умеренная эозинофилия (до 5%). При генерализованной форме нарушается общее состояние, повышается температура, появляются беспокойство или вялость и множественные высыпания папулезно-уртикарных элементов со склонностью к слиянию, образованию везикул и пустул. Эозинофилия крови достигает 12%. Генерализованной формой болеют чаще мальчики. Сыпь при токсической эритеме исчезает через 2-4 дня. Новорожденных, перенесших токсическую эритему, следует относить к группе риска формирования в дальнейшей жизни аллергических и респираторных заболеваний.



Рисунок 5 - Токсическая эритема

Лечение: необходимо исключение аллергенов из пищи матери. Ребенку назначают антигистаминные средства и биопрепараты, кальция глюконат.

Дерматозы, связанные с неправильным уходом за кожей ребенка

Опрелости (Intertrigo). Ограниченные воспалительные изменения кожи на участках, легко подвергающихся трению и мацерации и осложняющиеся вторичной инфекцией. Возникают при нарушении ухода за новорожденным, редком перевертывании и подмывании, чрезмерном укутывании, при неправильной стирке белья, при подкладывании клеенки, при мацерации кожи мочой и калом. Локализация – чаще естественные складки: паховые, межъягодичные, шея, подмышечные.

Различают три степени тяжести: 1 степень – легкая: умеренная краснота пораженных участков без видимых нарушений целостности кожи; 2 степень – средней тяжести: более яркая краснота с эрозиями; 3 степень – тяжелая: яркая краснота, резко выраженное мокнутие, большое количество эрозий и отдельные поверхностные язвочки.

Пеленочный дерматит (ПД). Является одним из наиболее распространенных изменений кожи, частота возникновения колеблется от 35 до 50% [2]. Пациентами высокого риска являются недоношенные дети. Чаще ПД наблюдается у девочек. Большая предрасположенность к ПД отмечена у детей с повышенной чувствительностью к аллергенам, что объясняется нередким развитием у них экссудативных явлений и диспепсии. Заболевание относится к группе регион-специфичных дерматозов, при которых, острая воспалительная реакция кожи возникает в закрытой подгузниками области. В последние годы, благодаря широкому использованию промышленных подгузников, обладающих хорошими гигроскопическими свойствами, количество пеленочных дерматитов уменьшилось. Заболевание имеет мультифакториальную природу и инициируется сочетанием ряда факторов: физических, химических и биологических (взаимодействие кожи с мочой и калом). Основным условием возникновения пеленочного дерматита является окклюзия кожи вследствие применения подгузников. Поверхность, контактирующая с подгузниками избыточно увлажняется, роговой слой разрыхляется, вследствие этого снижаются барьерные функции эпидермиса и кожа становится более чувствительной и ранимой. Такие изменения способствуют колонизации на поверхности кожи дрожжеподобных грибов *C. albicans* и грамположительных бактериями, в частности *S. aureus* и стрептококков. Ферменты, выделяемые микроорганизмами, расщепляют мочевую кислоту, способствуют синтезу аммиака и созданию щелочной реакции кожи, которая в свою очередь активизирует ферментативную активность кала [18].

Пеленочный дерматит можно разделить на следующие подгруппы:

- аммиачный, перианальный, обусловленный длительным контактом кожи младенца с мочой и калом (рис.6);
- контактный – характерны четкие границы, ярко-красный цвет, связан с применением для ухода «неподходящих» раздражающих средств (рис.7).

Контактный дерматит наиболее часто развивается в тех местах, которые непосредственно контактируют с подгузником. В большей степени поражаются ягодицы и гениталии. Вначале возникают пятна с эритемой различной интенсивности, затем кожа в местах поражения становится отечной, иногда шелушится, в дальнейшем могут появляться папулезные высыпания. У детей, которые длительно находятся в подгузниках с плохой абсорбцией ночью, возможно появление на поверхности кожи эрозий, а иногда даже язв. Пеленочный дерматит по типу простого контактного дерматита более характерен для детей первого месяца жизни, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями кожи.

Контактно-аллергический дерматит – сопровождается зудом, имеет нечеткие границы очага, представлен эритематозно-папулезными элементами, расположенными шире зоны контакта с подгузником (рис.8);

Кандидозный пеленочный дерматит является вторым по частоте после простого пеленочного дерматита, проявляется ярко-красными мокнущими папулами и пятнами с сателлитными высыпаниями по периферии (рис.9). Кандидозная кишечная флора контаминирует высыпания при любом типе пеленочного дерматита, персистирующего более 3 дней [2]. Он представлен разновеликими яркими четко очерченными эритематозными очагами неправильной формы пятнистого и папулезного характера. Характерен довольно быстрый рост очагов по периферии, тенденция к появлению свежих высыпаний в складках и на соприкасающихся поверхностях. По периферии очагов часто можно увидеть «отсевы» милиарных папул и мелких вялых поверхностных пустул, после вскрытия которых остаются эрозии с обрывками эпидермиса правильной округлой формы. Отмечается склонность к увеличению площади эрозированных поверхностей, которые имеют причудливую форму с четко выраженными границами фестончатых очертаний. У грудных детей кандидоз в аногенитальной области нередко сочетается с молочницей в полости рта, где имеется белый творожистый налет и трещины в углах рта. Также у этих пациентов может быть кандидоз кишечника. Диагноз основывается на данных клиники и микроскопии – обнаружение гифов и псевдомицелия [13,14].

ПД бактериальной этиологии чаще вызывается β -гемолитическими стрептококками, и носит название *папуло-эрозивная стрептодермия*.

Предрасполагающими факторами к возникновению этой формы дерматита является образование в мокрых пеленках аммиака, экскреция с мочой антибиотиков, стирка белья синтетическими ароматизированными моющими средствами. На коже ягодиц, задней поверхности бедер, а у мальчиков на мошонке на эритематозном несколько отечном фоне появляются слегка выступающие над кожей милиарные и лентикулярные папулы розовато-синюшного цвета, на поверхности которых быстро появляются эрозии (рис.10).



Рисунок 6 - Аммиачный перианальный пеленочный дерматит



Рисунок 7 - Контактный пеленочный дерматит



Рисунок 8 – Контактно-аллергический пеленочный дерматит



Рисунок 9 – Кандидозный пеленочный дерматит



Рисунок 10 - Папуло-эрозивная стрептодермия

Для профилактики пеленочного дерматита кожа аногенитальной области требует специфического ухода [1]:

1. Необходимо своевременно менять подгузники. В частности, смену следует осуществлять рано утром (сразу после пробуждения ребенка), непосредственно перед отходом младенца ко сну, после каждого кормления, при признаках беспокойства ребенка; в любом случае, не реже, чем через каждые 3-4 часа.

2. Кожу регулярно и хорошо очищать и подсушивать, особенно в области анального отверстия и гениталий. Вследствие низкого порога раздражимости целесообразно щадящее применение моющих средств. Мыло может раздражать кожу из-за щелочных компонентов, а синтетические моющие средства (пены для ванн, шампуни) – вследствие производимого ими обезжиривающего эффекта. Поэтому купать младенца с применением моющих средств нужно не чаще 2-3 раз в неделю, тогда как подмывать следует регулярно, а после дефекации обязательно.

3. Следует проводить воздушные ванны при каждой смене подгузников.

4. Для предотвращения контакта кожи с выделениями (мочой и калом) целесообразно использовать современные одноразовые подгузники, внутренний целлюлозный слой которых содержит гелеобразующий материал, обладающий высокой влагопоглощающей способностью.

5. Применение «барьерного» крема при каждой смене подгузника.

При появлении эрозий должна проводиться обработка 1%-ным водным раствором анилиновых красителей (бриллиантовым зеленым или эозином), рекомендуется обязательное нанесение на сухую кожу защитных (барьерных – содержащих оксид цинка 10%) смягчающих средств при каждой смене подгузников.

При пеленочном дерматите следует применять следующие средства:

- Барьерные средства (вазелиновое масло)
- Антимикотические и антимикробные средства (Драполен, Клотримазол, присыпка Банеоцин);
- Подсушивающие и адсорбирующие средства (детские присыпки, цинковая паста и мазь, Судокрем и т.д.);
- Средства, ускоряющие регенерацию (Декспантенол).

Образование родителей должно включать инструкции, касающиеся применения топических стероидов в области ношения подгузников. Их использование должно быть ограничено коротким курсом (3-7 дней) гидрокортизоновой мази 1%. Она эффективна практически во всех случаях, если не присоединяется вторичная кандидозная или бактериальная инфекция. Применение комбинированных препаратов с топическими стероидами и антибиотиками и антимикотиками должно быть ограничено 2-3 днями из-за риска развития стероидной атрофии кожи и супрессии гипоталамо-гипофизарной системы при применении средне- и высокопотенциальных топических стероидов в области ношения подгузников [2,9,23].

Потница (Miliaria) – реакция детского организма на перегревание, связанная с закупоркой потовых желез вследствие их функциональной незрелости. Потница наблюдается примерно у 15% новорожденных. Она вызвана временной закупоркой выводных протоков эккринных потовых желез. Появлению потницы способствует высокая температура, влажность помещений, в которых находятся новорожденные. Различают кристаллическую, красную и белую потницу. При кристаллической милиарии закупорка протоков потовых желез происходит на уровне рогового слоя. На коже появляются мелкие пузырьки без воспалительного компонента, наполненные прозрачным содержимым. Размеры пузырьков до 1 мм. При красной потнице уровень закупорки протоков потовых желез более глубокий. Высыпания представлены мелкими эритематозными папулами и папуло-везикулами (рис.11). При белой потнице пузырьки превращаются в пустулы, что является следствием присоединения вторичной инфекции. Белая потница является везикулопустулезом. Локализация высыпаний любая, но чаще они появляются на закрытых одеждой участках кожи (туловище, подмышечные и паховые области). При выраженном гипергидрозе потница появляется на лице, шее и волосистой части головы. Будучи по своей сути физиологическим состоянием, потница нередко осложняется присоединением вторичной пиококковой инфекции, вследствие чего развивается везикулопустулез или даже абсцессы потовых желез.



Рисунок 11 - Потница

Лечение потницы следует начинать как можно раньше. В неосложненных случаях обычно оказывается достаточным применение гигиенических ванночек с перманганатом калия с последующим припудриванием детской присыпкой. При красной и белой потнице необходимо смазывание пузырьков водными красками, припудривание пудрой с 0,5% салициловой кислоты, 2-3% дерматола или серы.

Профилактика заключается в обеспечении температурного режима, ежедневного купания, воздушных ванн [2,6,20].

Омфалит. Пуповина, соединяющая ребенка и плаценту внутриутробно, состоит из кровеносных сосудов и соединительной ткани, покрытых мембраной, которая омывается амниотической жидкостью. После рождения пуповина пересекается, и ребенок физически отделяется от матери. В течение 1-2 недели жизни пуповинный остаток высыхает (мумифицируется), поверхность в месте прикрепления пуповины эпителизируется и сухой остаток пуповины отпадает. До того момента, как пуповина не отпала, и пупочная ранка не эпителизовалась, сохраняется высокая вероятность проникновения инфекционного возбудителя через пупочные сосуды в кровь ребенка. Однако пуповинный остаток не может быть стерильным, так как в процессе нормальных родов и сразу же после рождения кожа ребенка, в том числе и пуповина, колонизируется, в основном, условно-патогенными микроорганизмами, такими как коагулазонегативные стафилококки и дифтероиды, а также условно патогенными бактериями, такими как кишечная палочка и стрептококки.

Пережатие пуповины производится в промежутке между 1-й и 3-й минутами после рождения. На пуповинный остаток на расстоянии 2-3 см, но не менее 1 см от пупочного кольца накладывается пластиковый зажим.

Пуповинный остаток подвергается естественной мумификации и самостоятельному отделению в течение 2-х недель. Окончательная эпителизация пупочной ранки происходит в течение 3-4-х недель после рождения.

При ежедневном осмотре пуповинного остатка необходимо обращать внимание на стадии естественного отделения пуповины:

- пуповинный остаток подсыхает, уменьшается в объеме;
- становится более плотным;
- приобретает темно-коричневый оттенок;
- отделяется от тела ребенка;
- дно пупочной ранки покрыто эпителием.

Рекомендуется:

- Для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий.

- Достаточно содержать пуповинный остаток сухим и чистым, предохранять его от загрязнения мочой, калом, а также от травмирования - исключить тугое пеленание или использование одноразовых подгузников с тугой фиксацией.

- В случае загрязнения (мочой, калом) пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца нужно промыть водой с жидким мылом и осушить чистой марлевой салфеткой.

Не рекомендуется:

- пользоваться повязками и дополнительным подвязыванием пуповины для ускорения отпадения пуповины;

- обрабатывать пуповинный остаток какими-либо антисептиками (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т.п.), так как местное использование антисептиков не только не уменьшает частоту инфекций, но и способствует задержке спонтанного отпадения пуповинного остатка.

- насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка, так как подобная процедура может быть причиной тяжелых осложнений (кровотечение, ранение стенки кишки при недиагностированной грыже пупочного канатика, инфицирование). Эффективность этой процедуры не доказана, а потенциальная опасность очевидна. Насильственное удаление пуповинного остатка следует признать необоснованным инвазивным вмешательством, потенциально опасным для жизни новорожденного [4].

Диагностика и лечение омфалита. Омфалит - воспалительный процесс дна пупочной ранки, кожи и подкожной клетчатки вокруг пупка, пупочных сосудов. Классификация по МКБ X: P.38.

Дети, которым был поставлен диагноз омфалит, независимо от формы, должны быть переведены из акушерского стационара в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, а в тяжелых случаях некротической формы омфалита - в отделении хирургии новорожденных.

Этиология: наиболее частые возбудители – бактерии: грамположительные (*S. aureus*) и грамотрицательные (*E. coli*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *M. morganii*, *P. aeruginosa* и др.).

Клинические формы:

- простой омфалит;
- флегмонозный омфалит (диффузно-гнойный);
- некротический омфалит.

Простой омфалит:

Наиболее благоприятной в прогностическом отношении является самая распространенная простая форма (мокнущий пупок) (рис. 12):

- локальная гиперемия;
- отек пупочного (умбиликального) кольца;
- инфильтрация подкожно жировой клетчатки вокруг умбиликального кольца;
- длительно не заживающая пупочная ранка, из которой имеется серозное или серозно-гнойное отделяемое;
- периодически пупочная ранка покрывается коркой неприятный запах от пуповины или отделяемого из пупочной ранки;
- возможно избыточное разрастание гранулирующей ткани, что приводит к формированию фунгуса;
- общее состояние ребенка при этом не страдает.

Флегмонозный омфалит (диффузно-гнойный) (рис. 13): помимо вышеописанных симптомов отмечаются:

- распространение воспалительного процесса на окружающие ткани;
- гиперемия и инфильтрация кожи в области пупка;
- пупочная ранка в виде язвы, покрыта фибринозными наложениями, окружена плотным кожным валиком;
- выделение гноя из пупочной ранки при надавливании на околопупочную область;
- флегмона передней брюшной стенки;
- ухудшение общего состояния, нарастание интоксикации, повышение температуры тела.

Некротический омфалит наблюдается у ослабленных детей при присоединении анаэробной инфекции (рис.14):

- некроз кожи и подкожной клетчатки (некротический процесс может охватывать все слои передней брюшной стенки и вызывать перитонит);

- мумификация пуповинного остатка приостанавливается, он становится влажным, приобретает грязно-бурый оттенок и неприятный гнилостный запах;

- тяжелым осложнением флегмонозной и некротической форм омфалита является восходящая инфекция - тромбоз пупочной, портальной вен, портальная гипертензия, абсцессы печени и сепсис.



Рисунок 12 - Простой омфалит



Рисунок 13 - Флегмонозный омфалит



Рисунок 14 - Некротический омфалит

Если отмечается только покраснение пупочного кольца, без отека и распространения эритемы на кожу вокруг пупочного кольца, лечение не требуется.

При осложненных формах омфалита (флегмонозный и некротический) объем консервативной терапии и показания к оперативному вмешательству определяет хирург [4].

Себорейный дерматит возникает у 70% детей в первые три месяца жизни и в большинстве случаев является физиологической особенностью кожи детей, проявляясь на коже волосистой части головы или лица единичными, легко удаляющимися после увлажнения, корочками желтоватого цвета, без эритемы и зуда.

Различают три клинические формы себорейного дерматита у детей:

1. Себорейный дерматит волосистой части головы («чепчик новорожденного», колыбельный чепец, молочная корка);
2. Себорейный дерматит туловища;
3. Болезнь Лейнера-Муссу (эритродермия Лейнера).

Колыбельный чепец, молочная корка – это родственное перхоти состояние волосистой части головы, характерное для новорожденных и грудных младенцев. Оно различается по степени тяжести и внешнему виду от небольших участков сухой шелушащейся кожи до жирных желтовато-бурых чешуек, покрывающих голову сплошной шапкой (рис.15).

Реже, себорейный дерматит в грудном возрасте проявляется воспалительными высыпаниями на коже лица и головы (область лба, бровей, межбровье, заушные складки), складок шеи, подмышечных, паховых, коленных, локтевых складок, перианальной и пупочной области. Высыпания характеризуются эритематозными пятнами, реже слегка инфильтрированными бляшками, покрытыми желтоватыми чешуйками или чешуйко-корками, в складках элементы гладкие, могут сопровождаться мокнутием, трещинами (рис.16). Эритематозные пятна на коже туловища могут иметь неправильные или овальные очертания, по периферии основных очагов могут появляться отсева, разрозненные высыпания могут сливаться. Высыпания могут сопровождаться зудом различной интенсивности.

Резкое слияние очагов, приводящее к эритродермии, описано как болезнь Лейнера-Муссу, и характеризуется тремя основными симптомами: генерализованная сыпь в виде универсальной эритродермии с шелушением; диарея; гипохромная анемия (рис.17). Как правило, развивается в период новорожденности, реже – в возрасте старше 1-го месяца жизни. По современным представлениям болезнь Лейнера связывают с врожденным дефектом системы комплемента (C3,C4,C5), что приводит к нарушению иммунной защиты пациента. Заболевание сопровождается нарушением общего состояния больного, лимфаденопатией, повышением температуры тела. Возможно присоединение вторичной инфекции. При подозрении на болезнь Лейнера-Муссу необходима госпитализация пациента в педиатрический стационар.



Рисунок 15 – Себорейный дерматит младенцев (чепчик новорожденного, молочная корка)



Рисунок 16 – Себорейный дерматит младенцев, воспалительные высыпания на коже лица и головы



Рисунок 17 – Эритродермия Лейнера-Муссу

Лечение себорейного дерматита у детей. Кокрановский систематический обзор, посвященный лечению младенческого себорейного дерматита, опубликованный в марте 2019 года, выявил отсутствие исследований, отвечающих требованиям доказательной медицины по себорейному дерматиту у детей [15].

В большинстве случаев лечение себорейного дерматита у детей ограничивается назначением правильного ухода за кожей. При наличии чешуек и корочек без признаков воспаления на волосистой части головы, бровях, заушных складках возможно применение минеральных или растительных масел (оливкового, персикового, репейного и др.), косметических средств, предназначенных для ухода за кожей детей. Рекомендуется наносить средства за 15-40 минут (иногда за несколько часов, в зависимости от выраженности корок) до мытья ребенка и последующего аккуратного удаления размягченных чешуек с помощью щетки-расчески.

Учитывая то, что в этиологии себорейного дерматита определенную роль играют дрожжеподобные грибки малассезия, при упорных и длительно сохраняющихся корках можно рекомендовать антимикотические шампуни и кремы (кетоконазоловый, Скин-кап, Фитовал и др.).

Врожденная аплазия кожи

В основе развития врожденной аплазии кожи лежит дефект гена *BMS1*, в результате чего нарушается функция рибосом, замедляется скорость пролиферации клеток и тормозится морфогенез кожи. Заболевание наследуется в большинстве случаев по аутосомно-доминантному типу, но нередки и спорадические случаи, а также возможен аутосомно-рецессивный тип передачи мутантного гена. Ребенок рождается с ограниченным отсутствием кожи, подкожной клетчатки и даже глубоких тканей (рис.18).



Рисунок 18 - Врожденная аплазия кожи

Выделяют следующие виды врожденной аплазии кожи [7]:

✓ Несиндромная с локализацией очагов на волосистой части головы, обычно в теменной области.

✓ Синдромная с аномалиями конечностей. возможны также дефекты со стороны сердечно-сосудистой системы, мраморная кожа, врожденная телеангиэктазия, Наследуется аутосомно-доминантно.

✓ Аплазия кожи, ассоциированная с эпидермальными невусами.

✓ Врожденная аплазия кожи на фоне нарушений развития плода. Заболевание ассоциируется с менингомиелоцеле, лептоменингеальным ангиоматозом, краниальным стенозом, омфалоцеле и т.д.

✓ Аплазия кожи на фоне инфаркта плаценты.

✓ Аплазия кожи конечностей в сочетании с буллезным эпидермолизом.

✓ Аплазия кожи конечностей, не ассоциированная с буллезным эпидермолизом.

Тактику лечения определяют в зависимости от размеров дефекта и наличия сопутствующей патологии. Прогноз, как правило, благоприятный: небольшие дефекты заживают в течение нескольких недель-месяцев, с образованием рубца, который в дальнейшем может подвергнуться косметической коррекции.

Адипонекроз новорожденных (очаговый некроз подкожной жировой клетчатки). Характеризуется появлением в подкожно-жировой клетчатке отграниченных плотных инфильтратов или узлов толщиной 1-2 см, диаметром от 1 до 6 см. Заболевание возникает обычно у детей хорошего питания в первые дни после рождения. Это заболевание молодой жировой ткани, в которой в большом количестве содержатся тугоплавкие пальмитиновая и стеариновая кислоты и меньше жидкой олеиновой. Пусковым механизмом может служить родовая травма. Общее состояние не изменено. В результате капиллярного стаза, возникающего на выступающих участках кожи, подвергающихся давлению (ягодицы, затылок, задние поверхности конечностей), ухудшается кровоснабжение подкожно-жировой клетчатки и возникает ее некроз. Это проявляется безболезненными инфильтратами с бледной или фиолетово-красной кожей над ними (рис.19). Заболевание имеет доброкачественное течение и прогноз. Инфильтраты чаще всего рассасываются самопроизвольно через 3-5 месяцев, но иногда могут в центре размягчаться и вскрываться с выделением небольшого количества крошковатой белой массы. Возможны присоединение вторичной инфекции и кальцинирование.



Рисунок 19 – Адипонекроз

Лечение. Назначают тепловые процедуры, УВЧ, соллюкс, сухие повязки с ватой. При более распространенном процессе целесообразен прием внутрь токоферола ацетата в течение 1-2 месяцев, а также преднизолон по 1 мг/кг в течение 2-3 недель с последующим постепенным снижением дозы.

Склередема и склерема. Это своеобразная форма отека кожи и подкожно-жировой клетчатки, сопровождающаяся заметным уплотнением. Главными причинами являются продолжительное и значительное охлаждение ребенка, гипопроотеинемия, гипотрофия, обезвоживание. Играет роль склонность к отечным состояниям, своеобразный химический состав подкожно-жировой клетчатки. Существует мнение, что склередема и склерема представляют собой своеобразный коллагеноз новорожденных.

При *склередеме*, которая развивается около 2-4 дня жизни, появляется некоторая тестоватость кожи и подкожной клетчатки в области голеней, икроножных мышц, стоп, половых органов. Позднее образуется значительная плотность, при надавливании на кожу остается углубление. Кожа напряжена, холодна на ощупь, не собирается в складку, бледная, с цианотичным оттенком.

При *склереме* процесс также начинается с икроножных мышц, затем процесс распространяется на все туловище, за исключением подошв, ладоней, мошонки, полового члена. Кожа бледная, отечная, с синюшным оттенком, холодная, лицо маскообразное, развивается неподвижность суставов, прежде всего челюстных. При надавливании на кожу ямка не остается. Общее состояние тяжелое: вялость, сонливость, пониженная температура, снижен аппетит, дыхание замедлено, наблюдается брадикардия.

Склередема и склерема могут наблюдаться одновременно. При склередеме прогноз благоприятный, при склереме – серьезный, заболевание нередко заканчивается летально. К счастью, в настоящее время эти заболевания встречаются исключительно редко.

Лечение. Следует согреть ребенка в кувезе, теплых ваннах. Назначаются сердечные средства внутрь, но не подкожно. Делают осторожно массаж, назначают иммуноглобулин, применяют по показаниям антибиотики пенициллинового ряда и кортикостероиды по 1-2 мг на 1 кг массы в сутки до значительного уменьшения отека и уплотнения кожи, а затем дозу постепенно снижают.

Пиодермии. Это наиболее частые заболевания кожи у детей, составляет 25-60% от всех кожных болезней. Важными факторами, способствующими развитию пиодермий, являются анатомо-физиологические особенности кожи новорожденных, массивность инфицирования, вирулентность микроорганизмов, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета [3].

В период новорожденности преобладают *стафилодермии*, которые часто поражают и гладкую кожу.

Везикулопустулез (перипорит, остиопорит) – это воспаление устьев эккринных потовых желез, появлению его нередко предшествует потница. Белая потница уже является везикулопустулезом. Гнойнички величиной с булавочную головку локализуются на голове, в складках, окружены воспалительным венчиком, подсыхают в корочки, под которыми идет эпителизация (рис.20). Заболевание длится от 2 до 10 дней. Осложнения – множественные абсцессы новорожденных, флегмоны, сепсис.



Рисунок 20 – Везикулопустулез

Множественные абсцессы (псевдофурункулез) чаще встречается после первых месяцев жизни. Воспалительный процесс захватывает всю потовую железу. Возникают подкожные узлы величиной от горошины до лесного ореха багрово-красного цвета. Излюбленная локализация – спина, ягодицы, затылок, задняя поверхность бедер. В центре узлов возникает флюктуация, при вскрытии выделяется желто-зеленый гной. После разрешения процесса остается рубчик. Множественные абсцессы могут быть причиной глубоких флегмон. Часто сопровождаются нарушением общего состояния, продолжаются 2-3 месяца, имеют рецидивирующее течение. У некоторых детей множественные абсцессы являются входными воротами для развития сепсиса, поэтому детей с этим заболеванием нужно госпитализировать, тщательно обследовать и лечить.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигонд) – поверхностное гнойное поражение кожи, появляется на 3-5 день жизни. Характерно высыпание поверхностных вялых пузырей (фликтен) величиной от горошины до лесного ореха, после вскрытия которых остаются эрозии, окруженные остатками пузыря, корки не образуются (рис.21). Локализация – живот, конечности, спина, кожные складки, очень редко – ладони и подошвы. Входными воротами часто является пупочная ранка. Заболевание очень контагиозно для новорожденных.



Рисунок 21 - Эпидемическая пузырчатка новорожденных

Эксфолиативный дерматит Риттера является наиболее тяжелой формой стафилодермий новорожденных и рассматривается как злокачественная разновидность пиококкового пемфигоида. Выделяют 3 стадии болезни – эритематозную, эксфолиативную и регенеративную. Заболевания начинается с покраснения, трещин, слущивания верхних слоев эпидермиса вокруг рта или около пупка (рис.22). Далее появляется серозное пропитывание кожи и возникает эпидермолиз, т.е. происходит отслойка эпидермиса от дермы, что напоминает ожог II степени. В других случаях болезнь начинается с пемфигоида, под влиянием серозного пропитывания эпидермиса связь между эпидермисом и дермой ослабевает, и от малейшего прикосновения происходит отслоение эпидермиса (положительный симптом Никольского). Общее состояние таких больных тяжелое: температура нередко повышается до 40-41, токсико-септическое состояние.



Рисунок 22 - Эксфолиативный дерматит Риттера

В последнее время обычно наблюдается abortивная форма заболевания, которая проявляется пластинчатым шелушением и слабо выраженной гиперемией кожного покрова. Отслойка эпидермиса происходит только в пределах рогового слоя и эрозии не образуются.

Синдром стафилококковой обожженной кожи (Staphylococcus Scalded Skin Syndrome, SSSS). Заболевание связано с проникновением в организм стафилококка второй фаговой группы, выделяющего эксфолиатин А. Он вызывает отслолку эпидермиса под зернистым слоем. Наблюдается у детей после 1 мес. до 5-летнего возраста. Появляются кирпично-красного цвета пятнистые высыпания, в складках – мацерация кожи, вокруг естественных отверстий – импетигиозные корки. Заболевание прогрессирует, образуются пузыри, эрозии. Вся кожа имеет вид обожженной.

Стрептодермии – папуло-эрозивная стрептодермия (пеленочный дерматит, сифилоподобное папулезное импетиго) характерны исключительно для детей грудного возраста. Поражается кожа ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, иногда области промежности, мошонки. Появляются синюшно-красные плотноватые на ощупь папулы размером с горошину, окруженные островоспалительным венчиком. На поверхности папул возникают фликтены, которые быстро вскрываются, оставляя эрозии и корки. Это заболевание часто встречается у детей, у которых из-за недостаточного ухода кожа мацерируется мочой, калом, непромокаемым бельем (см. раздел пеленочный дерматит).

Лечение. При распространенных поражениях кожи и нарушении общего состояния назначают антибиотики с учетом чувствительности флоры, стафилококковый иммуноглобулин 2-3 и более инъекций, вливание антистафилококковой плазмы по 5-8 мл на 1 кг массы тела, не менее 2-3 вливаний с 2-3 дневным перерывом. В особо тяжелых случаях – кортикостероидные гормоны 1 мг/кг в сутки.

Наружное лечение: при везикулопустулезе элементы вскрывают иглой, а затем смазывают 2-3 раза в день спиртовыми растворами красок. Множественные абсцессы вскрывают скальпелем. На абсцессы назначают УВЧ, после разрешения – УФО.

При пиококковом пемфигоиде необходимо вскрывать пузыри стерильной иглой, не срывая их покровы, смазывать водными растворами анилиновых красок, присыпать баноцином, ксероформом. Кожу вокруг протирать полуспиртовыми растворами.

Заключение

После 40-й недели беременности кожа зрелого новорожденного практически полностью развита в анатомическом отношении. Однако, анатомическая зрелость лишь частично коррелирует с функциональной зрелостью, это расхождение касается как барьерной функции, так и терморегуляции. Особенности кожи новорожденных и грудных детей способствуют легкому возникновению повреждений кожи с выраженной экссудативной реакцией и генерализацией воспалительных процессов. Дерматозы, возникающие в раннем возрасте, существенно отличаются от заболеваний взрослых и требуют специфического ухода и лечения. Переход от водной внутриутробной среды к сухой атмосфере в постнатальном периоде требует анатомической и функциональной адаптации, которая может занять не один месяц. Неудивительно поэтому, что на коже новорожденных нередко транзиторные изменения, и многие кожные заболевания в грудном возрасте клинически протекают иначе, чем у старших детей. При лечении и уходе за кожей детей необходимо учитывать те особенности, которые приведены в этом пособии.

Литература

1. Горланов, И.А. Кожа новорожденных: дифференциальная диагностика патологических состояний, особенности ухода. / Л.М. Леина, И.Р. Милявская // Медицинский Совет. – 2013. – №2–3. – 41–49.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т.: пер. с англ. – М.: БИНОМ; М.: Издво Панфилова. – 2012; Т. 2 / К. Вольф [и др.]; под ред.: А. А. Кубановой [и др.]; пер.: В. П. Адаскевич, М. В. Гантман ; науч. ред. пер. В.П. Адаскевич, А.Н. Львов. – 2012. – 1838 с.
3. Зверькова, Ф.А. Болезни кожи детей / Ф.А. Зверькова. – СПб: Сотис, 1994. – 234с.
4. Зубков, В.В. Уход за пуповинным остатком, профилактика и лечение омфалита / В. В. Зубков., И.И. Рюмина // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2014. – №1. – С. 176–180.
5. Иванова, Н.А. Опыт применения бепантена и бепантена плюс в лечении атопического дерматита у детей / Н.А Иванова, Л.Н. Костракина // Педиатрия. Consilium medicum. – 2005. – № 1. – 39–41.
6. Лечение дерматозов у детей: дерматовенерологическая рецептура / Ф.А. Зверькова [и др.]. – СПб: Сотис, 1999. – 63с.
7. Мордовцева В.В. Врожденная аплазия кожи. <http://www.dermatology.ru/blogs/vrozhdennaya-aplaziya-kozhi>
8. Хегер, П.Г. Детская дерматология: Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков: пер. с нем. / П. Г. Хегер ; под ред.: А. А. Кубановой, А. Н. Львова. – М.: Бином. Лаборатория знаний: Изд. Панфилова, 2013. – 634 с.
9. Хэбиф, Т. П. Кожные болезни: Диагностика и лечение / Т. П. Хэбиф; пер. с англ; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой. – 3 е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2006 – 672 с.
10. Яцык, Г.В. Клиническая эффективность различных средств по уходу за кожей новорожденных на основе D-пантенола Consilium medicum. Приложение / Г.В. Яцык, Ю.С, Акоев // Педиатрия. – 2004. – № 6(2).
11. A prospective study of cutaneous findings in newborns in the United States: correlation with race, ethnicity, and gestational status using updated classification and nomenclature / R.N. Kanada [et al.] // The J. of Pediatr. – 2012. – №161(2). – P.240–245.
12. Changes in diapered and nondiapered infant skin over the first month of life. / M.O. Visscher [et al.] // Pediatr. Dermatol. – 2000. – Vol.17. – P.45–51.
13. Diaper dermatitis. / R. Wolf [et al.] // Clin. Dermatol. – 2000. – Vol. 18. – P.657–660.
14. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population / W.E. Jordan [et al.] // Pediatr. Dermatolog. – 1986. – Vol.3. – P.198–207.
15. Elish, D. Infantile seborrheic dermatitis / D. Elish, N.B. Silverberg. // Cutis. – 2006. – Vol.77. – P. 297- 300.

16. Epidermal barrier lipids in human vernix caseosa / P.H. Hoeger [et al.] // *Brit J Dermatol.* – 2002. – Vol.146. – P.194–201.
17. Fohe, K. Skin-to-skin contact improves gas exchange in premature infants / K., Fohe S Kropf., S. Avenariu // *J. Perinatol.* – 2000. – Vol. 5. – P. 311–315.
18. Lucky, A.W. Transient benign cutaneous lesions in the newborn / A.W. Lucky // *Neonatal Dermatology.* Philadelphia: WB Saunders, 2001, –P 88–102.
19. Marty O. Visscher Recent Advances in Diaper Dermatitis. Etiology and Treatment / O. Marty // *Pediatr Health* – 2009. – Vol.3. – P.81–98.
20. Schmid-Wendtner, M.H. The pH of the skin surface and its impact on the barrier function. / M.H. Schmid-Wendtner, H.C. Korting. // *Skin Pharmacol. Physiol.* – 2006. – Vol.19. – P. 296–302.
21. Siegfried, E.S. Neonatal skin and skin care / E.S. Siegfried // *Consilium medicum. Dermatol Clin.* – 1998. – Vol.16. – P. 437–46.
22. Stratum corneum maturation. A review of neonatal skin function / Y.B. Chiou [et al.] // *Skin Pharmacol Physiol.* – 2004. – Vol. 17. – P. 57.
23. Topical ointment therapy benefits premature infants / A.J Nopper [et al.] // *J Pediatr* 1996;128:660-9.

Учебное издание

Левончук Елена Алексеевна
Шикалов Ростислав Юрьевич
Милькото Надежда Алексеевна
Клименкова Наталья Владимировна

БОЛЕЗНИ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 30.08.2022. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,06. Уч.- изд. л. 2,02. Тираж 100 экз. Заказ 161.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3.