

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПЕЛЕНОЧНЫМ ДЕРМАТИТОМ**

**Москва - 2015**

**Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Пеленочный дерматит»:**

Прошутинская Диана Владиславовна – ведущий научный сотрудник отделения детской дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, доктор медицинских наук

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

Консенсус экспертов.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2):**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

**Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

## ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10

L22

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Пеленочный дерматит – распространенное заболевание детей в возрасте до 2 лет, характеризующееся островоспалительными высыпаниями на коже в области ношения подгузника [1].

### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Пеленочный дерматит развивается у 20% младенцев и детей в возрасте до 2 лет, чаще всего в возрастной период между 9 и 12 месяцами [2]. Заболевание с одинаковой частотой наблюдается у детей женского и мужского пола [3, 4].

Пеленочный дерматит - мультифакториальное заболевание. Основными этиологическими факторами его развития являются трение, мацерация (размягчение верхних слоев эпидермиса в результате мокнущего), воздействие на кожу мочи, ферментов кала, изменение рН кожи в щелочную сторону, контакт кожи с очищающими гигиеническими средствами, присоединение вторичной грибковой инфекции (*C. albicans*).

Несоблюдение гигиенических процедур приводит к продолжительному контакту кожи ребенка в области подгузника с мочой и калом, что обуславливает повышенную влажность кожи в этой зоне и проникновение щелочных веществ через эпидермальный барьер. При сохранении указанных условий более трех дней отмечается присоединение *C. albicans*.

### КЛАССИФИКАЦИЯ:

Общепринятой классификации не существует.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В зависимости от преобладания тех или иных провоцирующих факторов выделяют три клинических типа пеленочного дерматита: пеленочный дерматит в результате трения, контактный ирритантный пеленочный дерматит и пеленочный дерматит, осложненный кандидозом [5].

*Пеленочный дерматит в результате трения* является наиболее легкой и часто встречающейся клинической формой пеленочного дерматита у детей в возрасте от 7 до 12 месяцев. Проявления заболевания обусловлены, в первую очередь, контактом кожи с мочой. Высыпания локализуются в местах наибольшего сдавления и трения кожи подгузником: на животе в области талии, внутренних поверхностях бедер, ягодицах. Дерматит характеризуется умеренной эритемой кожи.

*Контактный ирритантный пеленочный дерматит* чаще всего локализуется в области межъягодичной складки, на лобке, перианально. Могут быть также поражены нижняя часть живота и верхняя часть бедер. Клинические проявления могут варьировать от слабого покраснения и шелушения кожи до выраженных папулезных и пустулезных элементов на фоне яркой эритемы. Тяжелые формы заболевания характеризуются нарушением целостности кожного покрова вплоть до появления эрозий. Основными провоцирующими факторами их развития являются диарея и щелочная рН кала.

*Пеленочный дерматит, осложненный кандидозом*, характеризуется ярко-красными эрозивными очагами высыпаний с приподнятыми периферическими краями и влажной поверхностью, точечными везикуло-пустулами и единичными сателлитными пустулами. Высыпания локализуются в генитальной области, нижней части живота, на ягодицах, внутренней поверхности бедер и могут выходить за пределы зоны подгузника.

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз пеленочного дерматита основывается на:

- данных анамнеза (длительность существования высыпаний, особенности очищения и ухода за кожей, тип используемых подгузников, частота мочеиспусканий и дефекаций, особенности вскармливания, наличие сопутствующей гастроинтестинальной патологии);
- клинической картине заболевания, характеризующейся островоспалительными высыпаниями на коже в области ношения подгузника.

По показаниям могут назначаться *лабораторные исследования*:

- клинический анализ мочи;
- копрограмма;
- микроскопическое исследование на *Candida*.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальная диагностика пеленочного дерматита проводится с себорейным дерматитом, псориазом, энтеропатическим акродерматитом, первичным кандидозом, импетиго, ягодичной гранулемой новорожденных, гистиоцитозом X.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

**Цели лечения:**

- клиническое выздоровление;
- предотвращение рецидивов заболевания.

## Общие замечания по терапии

Ключевым моментом в терапии больных пеленочным дерматитом является комплекс мероприятий по уходу за кожей ребенка для предотвращения заболевания.

## Показания к госпитализации

Отсутствуют

## Немедикаментозное лечение и профилактика

Для профилактики и лечения пеленочного дерматита применяется комплекс мероприятий ABCDE (*от английских слов air – воздух, barrier – барьер, cleansing – очищение, diapering – смена подгузников, education – обучение*) [6].

1. *Воздушные ванны* позволяют сократить контакт кожи с любыми раздражителями и уменьшить трение и раздражение кожи подгузником (D) [7, 8].
2. *Наружные средства в форме крема или пасты, содержащие оксид цинка и/или вазелин*, создают барьер, позволяющий уменьшить контакт кожи с мочой и калом. В то же время они не создают препятствия для восстановления поврежденной поверхности кожи и регресса высыпаний. Барьерные наружные средства должны наноситься толстым слоем после каждой смены подгузника на всю поверхность кожи, имеющую контакт с повреждающими и раздражающими факторами (A) [9].

Детские присыпки, особенно с содержанием крахмала, не рекомендуются для ухода за кожей в зоне подгузника в связи с риском вдыхания порошкообразных веществ [10].

3. *Очищение кожи* является неотъемлемой частью профилактики и лечения пеленочного дерматита. Традиционное очищение водой с использованием хлопковой материи по своему влиянию на увлажненность кожи, pH, эритему, микробную колонизацию при пеленочном дерматите не отличается от очищения при помощи специальных влажных салфеток. В то же время, применение влажных салфеток позволяет быстрее очистить поверхность от остатков кала, тем самым уменьшая дополнительное трение кожи (A) [11, 12]. При выборе влажных салфеток необходимо избегать содержания в них ароматизаторов и спирта, способных вызвать аллергический контактный дерматит (D) [13].
4. *Своевременная смена подгузника* один из основных и важнейших факторов в лечении пеленочного дерматита. Необходимо менять подгузник через каждые 1–3 часа в течение дня и, как минимум, один раз ночью, а так же в случае его выраженного загрязнения [14]. Доказательными исследованиями роль одноразовых подгузников в предупреждении возникновения пеленочного дерматита не подтверждена, но и не опровергнута (A) [15],



при этом ряд научных работ свидетельствует о важном значении этого фактора [16, 17].

5. *Обучение.* Родители или ухаживающий персонал должны быть информированы об особенностях ухода за кожей в зоне подгузника и обязательном соблюдении правил гигиены, ориентированы на максимально быструю смену загрязненного подгузника и, по возможности, частое пребывание ребенка без подгузника [14].

### **Медикаментозная терапия.**

При правильном уходе за кожей ребенка клинические проявления пеленочного дерматита регрессируют в течение 2–3 дней. При отсутствии положительного эффекта от проводимого немедикаментозного лечения проводят медикаментозную терапию. Чаще всего медикаментозное лечение требуется в случае пеленочного дерматита, осложненного вторичной грибковой и/или бактериальной инфекциями.

#### **Схемы лечения.**

*При пеленочном дерматите, осложненном C. albicans:*

- клотримазол 1% крем наружно 2 раза в сутки в течение 14 дней (A) [18] или
- нистатин мазь наружно 2 раза в сутки в течение 14 дней (A) [18]

*При присоединении стафилококковой или стрептококковой инфекции:*

- мупироцин 2% мазь наружно 2-3 раза в сутки в течение 7–10 дней (A) [19] или
- фузидовая кислота 2% крем 2-3 раза в сутки в течение 7–10 дней (A) [19]

*При контактном ирритантном пеленочном дерматите на фоне диареи:*

- декспантенол 5% крем в сочетании с цинковой мазью наружно в течение 7 дней (B) [20]

### **Особые ситуации**

Топические кортикостероидные средства не показаны для лечения пеленочного дерматита. Однако в отдельных случаях при выраженном контактном ирритантном пеленочном дерматите возможно применение наружных нефторированных кортикостероидов со слабой или средней противовоспалительной активностью коротким курсом (D) [7].

### **Требования к результатам лечения**

отсутствие воспалительных явлений на коже.

### **ПРОФИЛАКТИКА**

Описана в разделе «Немедикаментозное лечение».

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Merrill L. Prevention, treatment and parent education for diaper dermatitis. *Nurs Womens Health* 2015; 19 (4): 324–337.
2. Ward D.B., Fleischer A.B., Feldman S. Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (9): 943–946.
3. Atherton, D.J. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15 (Suppl. 1), 1–4.
4. Gupta, A.K., Skinner A.R. Management of diaper dermatitis. *Int J Dermatol* 2004; 43 (11), 830–834.
5. Paller A.S., Mancini A.J., editors. 2011. *Hurwit'z Clinical Pediatric Dermatology*, 4th edition. London: Elsevier.
6. Boiko, S. (). Treatment of diaper dermatitis. *Dermatol Clin* 1999; 17 (1): 235–240.
7. Klunk C., Domingues E., Wiss K. An update on diaper dermatitis. *Clin Dermatol* 2014; 32 (4), 477–487.
8. Stamatias G.N., Tierney N.K. Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatr Dermatol* 2014; 31 (1): 1–7.
9. Heimall L.M., Storey B., Stellar J.J., Davis K.F. Beginning at the bottom: Evidence-based care of diaper dermatitis. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2012; 37 (1), 10–16.
10. Pairedeau P.W., Wilson R.G., Hall M.A. et al: Inhalation of baby powder: an unappreciated hazard. *BMJ* 1991; 302 (6786): 1200–1201.
11. Lavender T., Furber C., Campbell M. et al. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: Assess or blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC Pediatr* 2012; 12, 59-2431-12-59.
12. Blume-Peytavi U., Hauser M., Lunnemann L. et al. Prevention of diaper dermatitis in infants—A literature review. *Pediatr Dermatol* 2014; 31 (4), 413–429.
13. Fields K.S., Nelson T., Powell D. (). Contact dermatitis caused by baby wipes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (5 Suppl.): S230–S232.
14. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses(AWHONN). (2013). *Neonatal skin care evidence-based clinical practice guideline* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
15. Baer E.L., Davies M.W., Easterbrook K.J. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3 (3), CD004262.
16. Atherton D.J. A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Curr Med Res Opin*, 2004; 20 (5), 645–649.
17. Odio M., Thaman, L. Diapering, diaper technology, and diaper area skin health. *Pediatr Dermatol* 2014; 31 (Suppl.1): 9–14.
18. Hoeger P.H., Stark S., Jost G. Efficacy and safety of two different antifungal pastes in infants with diaper dermatitis: A randomized, controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24 (9): 1094–1098.
19. Koning S., Verhagen A.P., van Suijlekom-Smit L.W. et al: Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 2 (2): CD003261.
20. Wananukul S., Limpongsanuruk W., Singalavanija S. et al: Comparison of dexpanthenol and zinc oxide ointment with ointment base in the treatment of irritant diaper dermatitis from diarrhea: a multicenter study. *J Med Assoc Thai* 2006; 89: 1654–1658.