

В.В. Чеботарёв  
М.С. Асхаков

# Дерматовенерология

---

Учебник

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101 «Лечебное дело», 060103 «Педиатрия», 060105 «Медико-профилактическое дело», 060201 «Стоматология» по дисциплине «Дерматовенерология»

Регистрационный номер рецензии 418 от 1 сентября 2015 года  
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2016

## Глава 3

# ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Федор Михайлович Достоевский в своих афоризмах справедливо отметил: «Без детей нельзя было бы так любить человечество».

В данной главе мы дадим возможность читателю познакомиться с основными особенностями поражения кожи у новорожденных и детей грудного возраста. Следует внимательно ее прочесть, так как дети часто бывают на приеме у врача, а их осмотр дает ему много ценных сведений.

### 3.1. Поражения кожи

#### Гемангиомы

Гемангиомы (*haemangioma*) — самые частые опухоли кожи у новорожденных, встречаются у 5–7% детей. Гемангиомы — истинные сосудистые невусы, развивающиеся из кровеносных сосудов. Они бывают капиллярными, кавернозными, в виде пламенеющих невусов.

- **Капиллярная гемангиома** (рис. 3.1) возникает впервые через несколько недель после рождения и в течение 2–4 лет подвергается спонтанному регрессу. Часто располагается в области головы или шеи, реже на туловище, голенях. Опухоль представляет собой уплощенный узловатый элемент или бляшку мягкой консистенции ярко-красного цвета, с неправильными очертаниями, резкими границами и слегка бугристой поверхностью. При витропрессии цвет элемента не бледнеет (основное отличие от телеангиэктазий). После регресса гемангиомы остается рубцовая атрофия. Лечение не требуется.
- **Кавернозная гемангиома** характеризуется множественной гиперплазией сосудов и образованием расширенных сосудистых полостей, расположена глубоко в дерме или гиподерме. Границы узла размыты. Цвет кожи не изменен или имеет красновато-синюш-



Рис. 3.1. Капиллярная гемангиома

ный оттенок. Иногда большие кавернозные гемангиомы быстро разрастаются и осложняются тромбоцитопенией (синдром Казабаха–Мерритта). Больные с кавернозными гемангиомами наблюдаются у педиатра и у хирурга.

- **Пламенеющий невус** — порок развития капилляров дермы в виде их стойкой, необратимой дилатации. Обычно поражается лицо. Клинически характеризуется пятном ярко-красного «винного» цвета с неправильными очертаниями и четкими границами. Возможна косметическая коррекция.

### Врожденная аплазия кожи

Врожденная аплазия кожи (*aplasia cutis congenital*) и подкожной жировой клетчатки на ограниченных участках волосистой части головы, реже туловища диаметром от 0,2 до 3–4 см отмечается уже в момент рождения ребенка (рис. 3.2). Заканчивается рубцеванием. Возможно сочетание с другими пороками развития. Лечение сводится к предохранению от инфицирования и повреждения, стимуляции заживления дефекта кожи.

### Адипонекроз

Адипонекроз (*adiponecrosis*) — очаговый некроз подкожной жировой клетчатки. Развивается на 1–2-й неделе жизни в виде хорошо отграниченных плотных узлов диаметром 1–5 см (иногда больше) на ягодицах, спине, плечах, конечностях. Кожа над инфильтратом цианотична, фи-



**Рис. 3.2.** Врожденная аплазия кожи

олетово-красного цвета, позже бледнеет. Пальпация инфильтрата болезненна. Общее состояние ребенка не нарушается, температура тела нормальная. Инфильтраты самопроизвольно исчезают без лечения в течение 2–4 мес.

### **Сальный ихтиоз**

Сальный ихтиоз (*ichthyosis sebacea*) — своеобразное состояние кожи, в основе которого лежит усиленное выделение засыхающего секрета сальных желез. После исчезновения физиологической эритемы в первые дни жизни у некоторых новорожденных отмечается обильное физиологическое шелушение кожного покрова. При этом иногда тело ребенка покрывается плотной коркой буроватого цвета, состоящей из чешуек и волосков. После нескольких гигиенических ванн и последующей обработки кожи смягчающими кремами корочки отпадают.

### **Токсическая эритема новорожденных**

Токсическая эритема новорожденных (*erythema neonatorum toxicum*) развивается на 2–4-й день жизни ребенка (но не с рождения). Высыпания представлены эритематозными пятнами, нередко сливающимися между собой, а также папулами, пустулами, окруженными гиперемизированным венчиком. При эритематозно-папулезной форме отмечает-

ся склонность элементов к слиянию и образованию обширных очагов поражения на спине, ягодицах, щеках. Ладони и подошвы не поражаются. Течение заболевания доброкачественное, высыпания проходят самостоятельно через 1–2 нед. Пустулезные элементы обрабатывают 1% раствором бриллиантового зеленого.

### **Синдром Арлекина**

Синдром Арлекина отмечается периодическим появлением ярко-красной окраски одной половины лица, туловища и конечностей и побледнением другой половины тела. Приступы возникают в первые дни жизни или в первые недели и могут многократно повторяться. Данный синдром свидетельствует о нарушении центральной регуляции сосудистого тонуса. Может встречаться при внутричерепных кровоизлияниях и у недоношенных детей.

### **Преходящие отеки**

Преходящие отеки развиваются на первой неделе жизни детей. Характеризуются склонностью кожного покрова (чаще в области конечностей и половых органов) к отекам. Возникновение отеков связывают с различными причинами: сдавливанием тканей при рождении, охлаждением, инфицированием, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и др. Отек тыла стопы и кистей может быть первым признаком синдрома Шершевского–Тернера (хромосомной аномалии). Учитывая многочисленные причины отеков, необходимо разбираться в каждом конкретном случае.

### **Склеродермоподобные заболевания**

Склеродермоподобные заболевания новорожденных многие авторы рассматривают как реактивные состояния новорожденных, отличающиеся большей тяжестью, чем другие переходные явления (отеки, эритемы).

- **Склередема новорожденных** (*scleroedema neonatorum*) развивается на 2–4-й день жизни ребенка. Вначале появляется легкая отечность кожи и подкожной жировой клетчатки в области икроножных мышц, стоп, половых органов, далее развивается плотный отек тканей. Отечная кожа бледная, иногда с цианотичным оттенком, холодная на ощупь, в складку не собирается, при надавливании остается ямка. Развитие склереды связывают с переохлаждением ребенка, особенно недоношенного, нарушением питания (гипопротеинемией), тяжелыми общими заболеваниями. Прогноз

определяется сопутствующими заболеваниями, так как сама склередема при хорошем уходе, согревании ребенка и рациональном вскармливании проходит в течение нескольких недель.

- **Склерема новорожденных** (*sclerema neonatorum*) представляет собой более тяжелое состояние и рассматривается как заболевание соединительной ткани (коллагеноз). Здоровые дети не страдают этим заболеванием, оно всегда является результатом фоновых или предшествовавших тяжелых расстройств. Характеризуется диффузным уплотнением кожи, плотным отеком подкожной жировой клетчатки конечностей, а в тяжелых случаях распространяется на туловище и другие участки тела. При надавливании на кожу ямка не появляется. Общее состояние ребенка тяжелое, прогноз серьезный, заболевание нередко оканчивается летально. Лечение проводят глюкокортикоидами и симптоматическими средствами, назначают переливание крови, витамины.

### 3.2. Заболевания пупочной ранки

**Катаральный омфалит** (мокнущий пупок) характеризуется наличием геморрагических корочек, серозного отделяемого из пупочной ранки после отпадения пупочного канатика и замедлением сроков ее эпителизации (рис. 3.3). В некоторых случаях отмечаются легкая гиперемия и незначительная инфильтрация пупочного кольца. Состояние новорожденного не нарушено. Лечение местное, заключается в обработке пупочной ранки 3% раствором пероксида водорода и смазыванием 1% раствором анилиновых красителей, 1% раствором перманганата калия.

**Омфалит** — бактериальное воспаление дна пупочной ранки, пупочного кольца, подкожной жировой клетчатки вокруг пупочного кольца, пупочных сосудов. Нередко заболевание начинается с проявлений катарального омфалита и характеризуется наличием гнойного отделяемого из пупочной ранки. Отмечаются выраженная гиперемия и инфильтрация тканей, характерно расширение сосудов передней брюшной стенки, присоединение лимфангоита. Состояние ребенка нарушено, повышается температура тела до 37–38 °С. При распространении инфекционного процесса может развиваться сепсис. Лечение включает общую антибиотикотерапию, местную обработку пупочной ранки анилиновыми красителями, 1% раствором перманганата калия, антибактериальными мазями.

**Пупочная гранулема** (фунгус, *fungus*) — разрастание грануляционной ткани синюшно-красного цвета после отпадения пупочного канатика, заполняющее пупочную ранку и возвышающееся над краями пупочно-