

## ПРИНЦИПИ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ У ПЕДІАТРІЇ

Steven D. Resnick  
Principles of Topical Therapy  
Pediatric Annals 1998; 27 (3): 171-176

Місцеве лікування є важливою частиною терапії численних захворювань шкіри у практиці педіатра. Адекватно дібране місцеве лікування дає змогу зберегти або поновити нормальні фізіологічні властивості шкіри. Місцева терапія зводить до мінімуму системний вплив препарату, робить можливим застосування оптимальної дози потрібного препарату безпосередньо в місці ураження. Цей огляд торкається основних принципів місцевого лікування в дитячій дерматології і повинен допомогти клініцистам розробити раціональний підхід до добору відповідних засобів місцевої терапії. Лікарі повинні знати головні принципи місцевого лікування, якщо вони прагнуть розумно застосовувати доступні рецептурні і нерецептурні препарати для лікування шкіри, яких є величезна кількість.

Точний клінічний діагноз у більшості випадків є необхідною передумовою успішного лікування. Хоча старі класичні вислови про “зволоження сухих уражень” і “підсушування вологих уражень” мають деяку цінність, однак оптимальним вихідним пунктом для розроблення успішного плану лікування є встановлення точного діагнозу. Лікарі часто помиляються при встановленні діагнозу багатьох типових дитячих дерматозів, що призводить до неефективного лікування. Прикладами таких поширених діагностичних помилок є:

- 1) застосування місцевих протигрибкових препаратів при таких негрибкових анулярних еритематозних ураженнях, як нумулярна (монетоподібна) екзема або кільцеподібна гранульома;
- 2) застосування протисеборейних шампунів при дерматомікозі голови, який безпідставно вважають себорейним дерматитом;
- 3) застосування препаратів проти корости при дерматиті із свербіжем за відсутності цих ектопаразитів;
- 4) непризначення пероральних антибіотиків при вторинних інфікованих атопічних дерматитах.

Прагнення виконувати недорогі діагностичні тести, наприклад, обробку зішкрібань зі шкіри гідроксидом калію (KOH) для діагностування грибкової інфекції, може підвищити точність діагностики і сприяти призначенню більш раціонального лікування. Наявні результати вивчення діагностичної обізнаності в дерматології серед лікарів загальної практики свідчать про її незадовільний рівень у багатьох з них. Важливість напрацювання діагностичних навичок не можна недооцінювати, якщо лікарі прагнуть успішно лікувати хвороби шкіри.

### ЧЕРЕЗШКІРНА АБСОРБЦІЯ

Черезшкірна абсорбція медикаментів є складним процесом. Її детальне обговорення не є метою цієї статті. Однак знання деяких аспектів є необхідним для клініциста, який прагне застосовувати місцеві форми ліків. На черезшкірну абсорбцію дуже суттєво впливає стан гідратації рогового шару (*stratum corneum*) епідермісу. Саме цей шар забезпечує головну бар'єрну функцію шкіри. Абсорбція ліків відбувається через ліпідний розчин, який зміцнює клітини рогового шару — корнеоцити.

Гідратація шкіри посилює зв'язування молекул води з гідрофільними ліпідами між корнеоцитами. Це, своєю чергою, дає змогу пройти водорозчинним речо-

винам (наприклад, лікам) через епідерміс у власне шкіру (дерму). Тому будь-який фактор, що збільшує гідратацію шкіри, посилюватиме черезшкірну абсорбцію. У клінічній практиці для гідратації шкіри часто застосовують оклюзивні матеріали, щоб зменшити втрату рідини шляхом випаровування або запобігти їй. До оклюзивних матеріалів належать мазі, олії, полівінілхлоридні полотна або напівоклюзивні поліуретанові пов'язки. Крім того, черезшкірна абсорбція посилюється під дією тепла, запальних процесів у шкірі і факторів, які порушують цілісність епідермального бар'єру.

### **Черезшкірна абсорбція у немовлят і дітей: особливий ризик**

Немовлята і діти молодшого віку порівняно з дорослими мають вище співвідношення площі поверхні шкіри і маси тіла. Ця фізична особливість дітей збільшує ймовірність клінічно значущої системної абсорбції застосованих місцево медикаментів. При місцевому застосуванні ліків, терапевтична і токсична доза яких мало відрізняється, дози треба вираховувати в мг на кг ваги. Наприклад, максимально рекомендована доза віскозного лідокаїну для місцевого застосування становить 3 мг/кг. 2% гель містить 20 мг/мл. Тому для немовлят з вагою 4 кг його максимальна доза сягає приблизно 0,5 мл.

Крім небезпеки, пов'язаної зі зростанням абсорбції при відносно вищих показниках площі тіла, в окремих ситуаціях суттєвим додатковим фактором ризику може стати порушення бар'єрної функції шкіри. Недоношені діти (до 32 тижня вагітності) і немовлята у перші 2 тижні життя мають знижену бар'єрну функцію шкіри. У немовлят і дітей із розладами зроговіння (наприклад, іхтіоз) або генералізованими екзематозними дерматитами ця функція також порушена. Більшість форм медикаментів для місцевого застосування, особливо кортикостероїди, набагато ефективніше всмоктуються через екзематозну, ніж через інтактну шкіру. Місцеве застосування кортикостероїдів може призводити до відсутнього пригнічення функції кори наднирників і при хронічному застосуванні, здатне потенційно зумовити сповільнення росту дитини.

Іншим прикладом місцевих форм препаратів, застосування яких у немовлят ризиковане, є сульфадіазин срібла, який може зумовити гіпербілірубінемію. Місцеві кератолітики з вмістом саліцилової кислоти мають суттєву потенційну здатність індукувати саліцилізм, а при інтенсивному застосуванні лактату амонію є потенційний ризик лактоацидозу.

### **РОЛЬ ЗВОЛОЖУВАЧІВ: ЛІКУВАННЯ НИМИ І ЗАСТОСУВАННЯ ЇХ ЯК НОСІЇВ ДЛЯ ДОСТАВКИ ЛІКІВ**

Для лікування симптоматики сухості шкіри при дерматиті часто достатньо тільки зволожити її. Зволожувачі є складними сумішами, призначеними для посилення епідермальної гідратації. Ці препарати, відомі також як лібриканти, переважно є водно-олійними або олійно-водними емульсіями. Такі емульсії готують із різноманітних складників для досягнення різного ступеня гідратації. Вони також мають різну консистенцію, яка визначає їхній косметичний вигляд і сприйнятність пацієнтом при накладанні на шкіру. Більшість наявних на ринку зволожувачів є олійно-водними емульсіями. Ці препарати, як звичайно, мають за основу вазелін або є сумішами вазеліну з ланоліном.

Різнманітні типи зволожуючих препаратів також застосовують як носії для доставки місцевих форм медикаментів. Ці носії, які складаються з різноманітних

комбінацій води з олією, відомі як лосьйони, креми або мазі. Вибір носія при доборі препарату місцевої дії є не менш важливим, ніж вибір відповідного фармакологічно активного складника. Вибір адекватного фармакологічного препарату, але на невідповідному носії може спричинити неефективність лікування.

### **Лосьйони**

Лосьйони є суспензіями порошку або іншого матеріалу в рідині. Їхньою перевагою є зручність аплікації на великих ділянках шкіри. Лосьйони можна накладати на більшість шкірних поверхонь, включно з волосистими ділянками і зонами складок. Лосьйони часто містять алкоголь і можуть мати охолоджуючу і в'язучу дію. Однак при накладанні на пошкоджену шкіру вони нерідко зумовлюють поколювання або печіння. Тому застосування лосьйонів на шкіру з екземою і ексоріаціями доволі обмежене.

### **Креми**

Креми — це емульсії з олії та води. Співвідношення цих складників визначає консистенцію, пом'якшуючі та оклюзивні властивості продукту. Найліпшими з косметологічного погляду є олійно-водні емульсії, які легко всмоктуються у шкіру. Вони є одними з найпопулярніших носіїв для місцевого лікування завдяки доброму сприйняттю пацієнтами. Однак, за деяких обставин, косметологічні переваги можуть бути перекреслені відносно неефективністю олійно-водних кремів для гідратації при вираженій сухості шкіри (наприклад, важкий атопічний дерматит). Необхідність додавання емульсифікаторів, консервантів, косметичних барвників і пахучих ароматизаторів потенційно збільшує можливість подразнення або навіть алергічної сенсibiliзації. Іншими перепонами для застосування кремів є їх погана ретенція на поверхнях, що сочаться, і нижча, ніж у мазей, здатність до змащення та полегшення черезшкірного всмоктування ліків.

### **Мазі**

Мазі є водонерозчинними оклюзивними сумішами тваринних, рослинних або мінеральних жирів. Похідне нафтопродуктів, білий вазелін, є очищеною знебарвленою сумішшю лужних вуглеводів з високою молекулярною вагою. Цю недорогу мазь широко застосовують завдяки відсутності в неї запаху, кольору і незначній сенсibiliзуючій здатності. Ланолін є іншим загальноживаним складником мазей. Зневоднений ланолін є природним продуктом, похідним овечої вовни. Він містить стероли, жири, спирти і жирні кислоти в різному співвідношенні. Ланолін рідко сенсibiliзує людей з нормальною шкірою, але він може зумовлювати контактні алергічні дерматити в багатьох осіб з хронічними захворюваннями шкіри.

Мазі, як звичайно, зумовлюють жирне і липке відчуття, однак вони більш ефективні при дерматозах із вираженою сухістю. Також особи з густим кучерявим волоссям надають перевагу мазям для обробки волосистої частини голови (пацієнти із прямим або хвилястим волоссям, імовірно, для лікування оберуть розчини на водній основі). Збільшення концентрації води в таких водно-олійних формах дає змогу легше їх наносити на шкіру і робить їх більш косметологічно прийнятними. Мазі мають потенційну здатність зумовлювати шкірні ускладнення, пов'язані з надмірною оклюзією волосяних фолікулів, що призводить до таких захворювань, як пітниця, акне і фолікуліти. Деякі з комерційно доступних продуктів розмивають межу між мазями і кремами. Наприклад, деякі мазі є, по-суті, олійно-водними кремами.

### **Гелі**

Гелі безбарвні, вони нагадують препарати з олії і при контакті зі шкірою розпливаються. Вони мають високий вміст алкоголю, що надає їм в'язучих властивостей, однак також відносно часто зумовлюють поколювання і печіння. Більшість

гелів складаються насамперед з води, ацетону, алкоголю або пропіленгліколю, змішаних з органічними полімерами.

У багатьох випадках гелі є найефективнішими носіями для збільшення всмоктування місцевих препаратів через епідерміс. Ідеальне клінічне застосування гелів включає лікування волосистих зон тіла, уражень слизової оболонки ротової порожнини і терапію *acne vulgaris* (наприклад, бензоїлу пероксиду).

### **Розчини**

Розчини — це безбарвні, рідкі препарати з високим вмістом алкоголю і/або пропіленгліколю. Розчини за параметрами наближаються до характеристик гелів із прогнозованими в'язкими й висушувачими властивостями. Вони також мають тенденцію до індукування поколювання і печіння при аплікації на пошкоджену шкіру. Розчини найбільш придатні для нанесення на волосисті зони. Протигрибкові розчини можуть бути корисними при хронічних паронізіях.

### **Пудри**

Пудри є дрібнодисперсними гідроскопічними препаратами, які осушують і зменшують тертя шкірної поверхні. Це, наприклад, окис цинку, тальк і кукурудзяний крохмаль. При накладанні на зони шкірних складок пудри мають тенденцію абсорбувати рідини і можуть запобігти мацерації та подразненню. Однак у більшості випадків абсорбуюча здатність пудр обмежена, вони часто збиваються в грудки, що, своєю чергою, може призводити до посилення мацерації ураженої шкіри. Пудру треба накладати делікатно, не розтрушуючи і не розпилюючи безпосередньо на шкіру, щоб уникнути вдихання аерозольних частинок. Хоча пудри за певних обставин можуть бути корисними для підтримання нормальних властивостей шкіри, однак їх придатність для лікування захворювань шкіри дуже обмежена.

### **Пасти**

Пасти є сумішами порошків і мазей. Вони надзвичайно корисні як бар'єрні і захисні речовини, особливо проти зовнішніх подразників і сонячного світла. Паста окису цинку є чудовим бар'єром і захисним засобом при лікуванні пелюшкових дерматитів.

## **ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ СТАНІВ ШКІРИ**

Вода може бути надзвичайно корисною складовою при лікуванні запальних станів шкіри. Випарування води з поверхні шкіри зумовлює вазоконстрикцію, полегшує свербіж і усуває кірки. Вологі пов'язки можна застосувати при гострому дерматиті будь-якої етіології. Свербіж полегшується, якщо шкіра перебуває в середовищі, де є відносно висока вологість (понад 90%) і можливість випаровування води. Випаровування води з поверхні шкіри є головною стратегією при застосуванні методу вологих пов'язок.

Метод накладання вологих пов'язок відрізняється залежно від розміру ураження шкіри. Дерматити невеликих розмірів можна лікувати накладанням вологих шматків махрової тканини або рушників, тоді як обширні дерматити можуть потребувати застосування бавовняного одягу — піжам тощо. Бавовняні тканини змочують у теплій воді і викручують (тканина залишається вогкою). Після цього їх накладають на уражену ділянку шкіри. Якщо йдеться про лікування великих зон шкіри, то дитина повинна носити вологу піжаму. На вологий матеріал згори накладають сухий рушник, піжаму або пластиковий халат для сауни. Важливо, щоб навколишнє середовище було досить теплим для уникнення тремтіння. Вологі компреси можна накладати на 15—60 хвилин або й довше. Оскільки виникає втрата води внаслідок випаровування, то є загроза значного охолодження шкіри; тому більш тривалі аплікації або накладання пов'язок на цілу ніч вимагають забезпечен-

ня достатньо теплого зовнішнього середовища. Метод вологих пов'язок можна поєднати з місцевими аплікаціями кортикостероїдів, що зумовлює значний синергійний протизапальний ефект.

### Місцеві кортикостероїди

Місцеві кортикостероїди є основою лікування багатьох запальних захворювань шкіри. Аплікація цих препаратів зменшує запальний процес у шкірі, зумовлюючи вазоконстрикцію. Кортикостероїди також запобігають переміщенню клітин запалення із судинного русла до тканин. Черезшкірне всмоктування місцевих кортикостероїдів збільшується при зволоженні шкіри. Тому мазеві і гелеві носії є ефективнішими, ніж креми, для досягнення максимального проникнення кортикостероїдів у шкіру. Лосьйони ж є відносно неефективними носіями. На відміну від системного призначення кортикостероїдів, місцеві кортикостероїди можуть забезпечити протизапальний ефект на шкірі без пригнічення функції наднирників.

На ринку Сполучених Штатів є надто багато місцевих форм кортикостероїдів, щоб кожен лікар загальної практики добре знав усі наявні препарати. Раціональний підхід для більшості лікарів полягає в ознайомленні з 1–2 препаратами з кожної категорії потужності. Як звичайно, цілком логічно припустити, що збільшення потужності місцевих кортикостероїдів корелює із підвищеним ризиком індукованих кортикостероїдами побічних ефектів. Вибір препарату відповідної потужності повинен враховувати співвідношення відносного ризику і користі при лікуванні відповідного дерматозу.

Найпоширенішим способом оцінки потужності місцевих форм стероїдів є біоаналіз, який оцінює здатність препарату викликати вазоконстрикцію в шкірі. Як звичайно, вазоконстрикторна ефективність добре корелює з протизапальною ефективністю місцевих форм стероїдів, однак не цілком віддзеркалює клінічну ефективність цих препаратів. Місцеві форми кортикостероїдів поділено на 7 категорій потужності. Клас I є найпотужнішим, а клас VII — найслабшим. Потужність окремого кортикостероїду може значною мірою коливатися залежно від його носія. Хімічна еквівалентність (концентрація фармакологічно активної речовини) не завжди віддзеркалює терапевтичну еквівалентність (клінічну ефективність). Наприклад, 0,05% бетаметазону дипропіонат залежно від носія може належати до I, II, III або IV класу. 0,1% тріамцинолоновий крем є препаратом IV класу, тоді як 0,1% тріамцинолонова мазь належить до потужнішої категорії препаратів III класу.

Для більшості клініцистів практично і корисно поділяти місцеві форми стероїдів на 4 головні класи (далі наведено кілька прикладів):

1. Низької потужності (1% гідрокортизон, 2,5% гідрокортизон, 0,05% дезонід).
2. Помірної потужності (0,01% флюцинолону ацетонід, 0,2% гідрокортизону валеріат, 0,025% і 0,1% тріамцинолон).
3. Високої потужності (0,05% флюцинонід, 0,05% бетаметазону дипропіонат, 0,25% дезоксиметазон).
4. Найвищої потужності (0,05% клобетазолу пропіонат, 0,05% галобетазолу пропіонат, 0,05% дифлоразону діацетат).

Дотримання кількох рекомендацій дасть змогу безпечно й ефективно проводити місцеве лікування кортикостероїдами. Оберіть препарат найменшої потужності, здатний усунути висипку за найкоротший термін. Дотримання призначеного режиму і задоволення батьків зростають, якщо досягнуто швидкого ефекту лікування. Потужні кортикостероїди застосовують у педіатричній практиці, однак із суттєвими застереженнями. Чим потужнішим є препарат, тим коротшим має бути період його застосування. У більшості випадків дерматозу застосування двічі на день препарату помірної потужності протягом 3–10 днів забезпечить симпто-

матичне поліпшення. Після досягнення початкового поліпшення зменшують частоту застосування місцевих стероїдів до 1 разу на день, а згодом замінюють чистим зволожувачем принаймні раз або два рази на день. На обличчі та зоні геніталій, де епідерміс є тонким, застосовують тільки препарати низької потужності. Побічні ефекти можуть виникнути швидко і бути важкими. Обширні дерматози з мінімальною симптоматикою треба лікувати препаратами низької потужності.

Місцеві кортикостероїди високої потужності через суттєву ймовірність виникнення побічних ефектів повинні призначати тільки досвідчені дерматологи. Кортикостероїди високої потужності і деякі препарати помірної потужності можуть зумовлювати відносно швидке виникнення тахіфілаксії. Вже навіть після двох-трьох днів застосування може виникнути максимальна вазоконстрикція; подальше застосування може зумовити зворотну реакцію вазодилатації, яка клінічно проявляється дифузною еритемою. Системні побічні ефекти трапляються при короткотривалому застосуванні місцевих кортикостероїдів високої потужності або тривалому застосуванні кортикостероїдів помірної потужності на більш ніж 50% поверхні тіла.

Після місцевого застосування стероїдів можуть виникнути різноманітні побічні реакції, зокрема телеангіектазії, стрії, атрофія та пурпура. Особливо вразливі до цих ускладнень тонка шкіра обличчя і складки. Навколоротові дерматити і сиднична гранульома немовлят є ятрогенними дитячими розладами, пов'язаними, відповідно, із тривалим застосуванням місцевих кортикостероїдів на обличчі і в зоні накладання пелюшок. Після тривалого застосування місцевих кортикостероїдів на приочних ділянках може виникнути глаукома.

Місцеве застосування кортикостероїдів може ускладнити лікування імпетиго, корости і грибкових інфекцій, оскільки спочатку стан пацієнтів поліпшується, однак згодом він знову погіршується. Врешті, у деяких випадках місцеві форми кортикостероїдів або складові їх носіїв можуть зумовлювати контактні алергічні дерматити. Невміння розпізнати ці стани призводить до їх помилкового трактування як резистентних первинних дерматозів, і аж ніяк не ятрогенного ускладнення.

### **Місцеві препарати протисвербіжної дії**

Свербіж є важливим симптомом; окрім місцевої аплікації кортикостероїдів, є численні способи його лікування. Вологі пов'язки, як уже було сказано, можуть стати ефективним засобом терапії свербіжу. Крім того, дуже корисними бувають численні нестероїдні препарати, зокрема, препарати, які містять 0,25–2% ментол, інколи в поєднанні з 0,25–3% камforoю. Прамоксин є ще одним протисвербіжним анестетиком з відносно низькою частотою алергічної сенсibiliзації. Він наявний у різноманітних комбінаціях з ментолом або з місцевими стероїдами низької потужності. Деякі популярні протисвербіжні препарати мають вищий ризик алергічного контактного дерматиту; при лікуванні хронічного пруритичного дерматозу їх треба, як звичайно, уникати. До них належать місцеві препарати з вмістом бензокаїну або інших місцевих анестетиків цієї групи, а також місцева форма дифенгідраміну.

### **КЕРАТОЛІТИКИ І ГІДРАТАНТИ ШКІРИ**

Кератолітики впливають на потовщений роговий шар епідермісу, зумовлюючи пом'якшення шкіри. Вода є основним кератолітичним препаратом; тривале занурення у неї зумовлює десквамацію шкіри. Кератолітичні властивості будь-якого препарату можна посилити попереднім змочуванням шкіри. Саліцилову кислоту протягом десятиліть застосовували як кератолітик. Вона сприяє десквамації, зменшуючи міжклітинну адгезію. Хоча саліцилова кислота рідко зумовлює побічні ефекти, однак після її тривалого застосування або застосування на великих площах тіла може виникнути токсичність. Це особливо стосується дітей молодшого

віку. Початкові симптоми — біль голови, запаморочення і відчуття дзвону у вухах. Вчасно нерозпізнаний саліцилізм може призвести до ниркової недостатності.

Деякі хімічні речовини діють як гідратанти шкіри, швидше зумовлюючи появу додаткових точок зв'язування води на шкірі, аніж просто спричинюючи оклюзію шкіри. Альфа-гідроксильні кислоти і сечовина усувають надмір лусочок і роблять шкіру більш податливою. Креми із сечовиною розривають водневі зв'язки і збільшують кількість точок зв'язування води на шкірі. Молочна кислота, одна з альфа-гідроксильних кислот, може діяти як зволожувач шляхом розм'якшення сухого поверхневого шару епідермісу.

### МІСЦЕВІ ПРОТИГРИБКОВІ ПРЕПАРАТИ

Місцеві протигрибкові препарати належать до найбільш поширених засобів місцевого лікування. У США їх щороку виписують на 150 мільйонів доларів. За останні роки на ринку з'явилися чимало нових препаратів, і вибір місцевої форми протигрибкового препарату став утрудненим. Найважливішим фактором при застосуванні місцевих форм протигрибкових препаратів є встановлення точного діагнозу. Численні кільцеподібні еритематозні ураження часто помилково діагностують як грибові інфекції і застосовують дорогі протигрибкові препарати, часто без лікувального ефекту. Дерматофітні інфекції шкіри, за винятком дерматомікозу голови, дуже рідко трапляються в дітей, проте іноді їх виявляють. Застосування препарату гідроксиду калію є дешевим і корисним тестом. Він робить значно раціональнішим застосування місцевих форм протигрибкових препаратів внаслідок поліпшення точності клінічної діагностики грибових інфекцій шкіри.

Імідазоли, протигрибкові препарати широкого спектру дії (наприклад, клотримазол і міконазол), корисні як при дерматофітіях, так і при кандидозі. Ці нерцептурні препарати ефективніші в переважній більшості пацієнтів, ніж такі старі препарати, як ундециленова кислота і толнафрат. Новітні препарати для місцевого лікування, наприклад, тербінафін, можуть бути значно ефективнішими і, незважаючи на вищу ціну, можуть мати ліпше співвідношення вартості й ефективності, ніж імідазоли. Важливо знати, що популярний при кандидозах шкіри в дітей ністатин є неефективним при дерматофітіях.

### ПРИВАБЛИВІСТЬ І НЕБЕЗПЕКА КОМБІНАЦІЇ МІСЦЕВИХ ПРЕПАРАТІВ

Діагноз шкірного захворювання не завжди є простим і очевидним. Часто лікар стикається з клінічною проблемою, яку можна звести тільки до диференціального діагнозу, а не до якогось однозначного специфічного діагнозу. У таких випадках комбінована терапія має ту привабливість, що різноманітні можливі діагностичні нозології можна лікувати одним препаратом.

Найчастіше призначають комбінацію протигрибкових і кортикостероїдних препаратів. Хоча за специфічних клінічних ситуацій цю концепцію можна адекватно застосувати, однак наявні на ринку комбіновані форми ліків часто призначають невідповідно. Важкий пелюшковий дерматит із супутнім кандидозом може поліпшитись від короткого курсу місцевих стероїдів низької потужності (наприклад, 1% гідрокортизону) у поєднанні з ністатином або одним із імідазольних препаратів. На жаль, немає таких фірмових комбінованих препаратів.

Двома найпопулярнішими комбінованими місцевими препаратами є «Міколог» (тріамцинолон і ністатин) та «Лотризон» (клотримазол і бетаметазону дипропіонат). В обох випадках ці препарати містять стероїди середньої або високої потужності, які переважно непридатні для застосування в дітей. Кортикостероїдні

складові цих форм надто потужні для безпечного застосування на згинальних поверхнях і складках, де їх найчастіше використовують. Поза тим при тривалому використанні «Лотризону» його кортикостероїдна складова може пригнічувати протигрибковий ефект клотримазолу. Це нагадує побічну дію монотерапії місцевими формами стероїдів при грибкових інфекціях. Простіше кажучи, ці комбіновані препарати протипоказані для дітей.

### ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ І ВИСНОВКИ

Лікування часто зазнає невдачі, оскільки пацієнти або їхні батьки застосовують місцеві препарати неправильно. Важливо показати пацієнтам або їхнім батькам, як накладати препарат. У більшості випадків тонка аплікація препарату є найбільш адекватною й ефективною. При лікуванні більших площ шкіри найефективніше нанести препарат окремими плямами і відтак розтерти їх. Цей спосіб набагато кращий, ніж накладання великої кількості препарату в одному місці і намагання розтерти його на великій площі. Надмірне застосування місцевих форм ліків є дорогим і непотрібним. У таблиці 1 вказано кількість препаратів, які необхідні для аплікації в різних ділянках тіла.

Додаткові корисні рекомендації включають поради щодо застосування лубрикантів і місцевих препаратів для зволоження шкіри з метою підвищення лікувального ефекту. Стратегія місцевого лікування кортикостероїдами повинна включати план щодо поступового зниження їхніх дозувань і заміни на чисті лубриканти. Як звичайно, мазі є найпридатнішими для відкритих ділянок тіла і при сухих дерматозах, тоді як креми і лосьйони більш придатні для закритих ділянок і вологих дерматозів. Місцеві форми кортикостероїдів не треба накладати частіше, ніж два рази на день. Однак пацієнти із сухими дерматоза-

Таблиця 1.  
Адекватна кількість місцевих препаратів

Ділянка тіла	Одноразова аплікація	Застосування 2 рази на день протягом тижня
Руки, обличчя, зона геніталій	2 грами	30 грамів
Одна рука, передня або задня поверхня тулуба	3 грами	40 грамів
Одна нога	4 грами	60 грамів
Усе тіло	30-60 грамів	420-840 грамів

ми матимуть користь від додаткового застосування лубрикантів на додаток до дворазових аплікацій місцевих стероїдів.

Дотримання основних принципів місцевого лікування при захворюваннях шкіри в дітей допомагає досягти успіху. Пильна увага до встановлення точного діагнозу залишається наріжним каменем успішного лікування. Знання характерних для дитячого віку особливостей місцевого лікування дасть змогу уникнути побічних наслідків застосування місцевих препаратів у дітей молодшого віку і неможливі. Вибір зволожуючого носія часто є критичним і залишається таким же важливим елементом, як і добір активного препарату. Місцеві форми кортикостероїдів є найефективнішими і найпоширенішими препаратами. Вибір місцевої форми стероїду передбачає ретельне зваження потенційного ризику і користі від препарату певної потужності.

Переклад *Володимира Семеніва*