

# Особливості місцевої терапії в педіатрії

**Місцева терапія є невід'ємною складовою комплексного лікування різних захворювань в педіатрії. Коректне застосування топічних засобів дозволяє не лише зменшити інтенсивність клінічних проявів (забезпечити знеболювання при вираженому больовому синдромі, усунути свербіж тощо), а й вплинути на патогенетичні ланки хвороби, захистити орган від пошкоджувальної дії негативного чинника та відновити фізіологічні властивості уражених тканин. У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «П'ята академічна школа з педіатрії» доповідачі неодноразово зверталися до питань застосування місцевої терапії у педіатричних пацієнтів.**



**Віце-президент Асоціації дитячих оториноларингологів України, лікар КНП ЛОР «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ» Федір Богданович Юрченко** представив доповідь,

присвячену сучасним тенденціям діагностики та лікування гострого середнього отиту (ГСО) у дітей.

— Специфічними скаргами у дітей з ГСО є біль у вусі, гноетеча з вуха та зниження слуху. Пацієнта також можуть турбувати такі системні прояви, як гарячка, млявість і сонливість удень, блювання. Педіатру як лікарю первинної ланки необхідно детально зібрати анамнез, особливо слід звернути увагу на наявність в анамнезі захворювань носа та носоглотки, які часто є причиною подальшого поширення інфекції у порожнину середнього вуха.

Якщо діти старшого віку можуть чітко повідомити батьків і лікаря про біль у вусі, то у немовлят слід звернути увагу на невербальні форми вираження болю: неспокій, дратівливість, плач, неспокійний сон чи безсоння, відмова від їжі, жести (дитина тягнеться до вуха). Беззаперечним доказом запалення вуха є гноетеча (оторея). Виділення з вуха при ГСО можуть бути різної густини, без запаху, імовірна поява домішків крові, які можуть вказувати на тяжкий перебіг захворювання або наявність хронічного отиту. Запалення середнього вуха призводить до порушення звукопроведення, що супроводжується зниженням слуху. На початку захворювання цей симптом не домінує, проте може тривати від кількох днів до 1 міс. Слід також пам'ятати, що зниження слуху часто виникає при запаленні зовнішнього вуха.

Основним дослідженням, яке дозволяє встановити діагноз гострий середній отит, є отоскопія. За підтримки Асоціації дитячих оториноларингологів України

за майже 5 років уже проведено більш як 90 майстер-класів з виконання отоскопії для лікарів первинної ланки медичної допомоги, метою яких було покращення навичок проведення цього дослідження педіатрами та сімейними лікарями. Виконання отоскопії здебільшого не складне, проте певні труднощі можуть з'явитися при обстеженні маленької дитини, надмірному накопиченні вушної сірки та при неспокої дитини.

Під час отоскопії у разі ГСО візуалізується тотальне або часткове (свідчить про тяжкий перебіг захворювання) випинання гіперемованої потовщеної барабанної перетинки, радіальна ін'єкція судин, інколи — перфорація перетинки.

**Таким чином, діагностичними критеріями ГСО є:**

- гострий початок захворювання (до 3 тижнів);
- наявність випоту у середньому вусі (наявність щонайменше 1 отоскопічного симптому: видимий випіт/рідина, зміна світлового рефлексу, тьмяність і випинання барабанної перетинки);
- запалення барабанної перетинки;
- наявність щонайменше 1 специфічного симптому (оталгія, зниження слуху, перфорація барабанної перетинки).

Більшість випадків ГСО можуть лікувати педіатр і сімейний лікар. Направлення дитини до дитячого отоларинголога необхідне у разі тяжкого перебігу захворювання, розвитку ускладнень, негострого отиту, необхідності оперативного втручання, наявності тяжкої супутньої патології, труднощів зі встановленням діагнозу. Про тяжкий перебіг ГСО свідчать прояви інтоксикації у дитини, сильно виражена та стійка оталгія тривалістю понад 48 год та температура тіла вище 39 °С протягом останніх 48 год.

**До ускладнень ГСО належать** (Ю. Межвінський і співавт., 2012):

- внутрішньочерепні: епідуральний абсцес, перисинусовий абсцес, тромбоз сигмоподібного або сигмоподібного та поперекового синусів, субдуральний абсцес, абсцес мозку, менінгіт, отогенна гідроцефалія;
- внутрішньоскроневи: отоантрит, мастоїдит, парез лицевого нерва, петрозит, лабіринтит;
- системні: сепсис.

Слід зауважити, що у пацієнтів з ГСО існує ймовірність самостійного регресування захворювання. У цьому аспекті доцільним є застосування тактики уважного спостереження, яка включає місцеве лікування з ретельним моніторингом стану дитини протягом 1-2 діб. При поліпшенні стану продовжують симптоматичне лікування хворого.

**Тактику уважного спостереження використовують близько 40 років. Провідним**

симптомом ГСО, який потребує медикаментозної корекції, є біль у вусі. Пацієнтам з ГСО насамперед призначають місцеві знеболювальні препарати (лідокаїн, феназон), пізніше — системні (ацетамінофен, ібупрофен). У ході подвійного сліпого рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження доведено, що застосування вушних крапель з лідокаїном істотно зменшує больовий синдром уже через 10-13 хв (P. Bolt et al., 2008).

Серед вушних крапель з місцевою анестезувальною дією варто звернути увагу на препарат **Отіпакс®**. Діючими компонентами лікарського засобу є лідокаїну гідрохлорид і феназон. Останній збільшує біодоступність лідокаїну шляхом руйнування його міцелярної структури та дезагрегації міцел. Феназон і лідокаїн взаємно потенціюють свою дію, що дозволяє підсилити знеболювальний і протизапальний ефекти препарату. Краплі **Отіпакс®** мають олійну консистенцію, що дозволяє рідині затримуватися у зоні запалення та повністю реалізувати свою дію. Етанол, який входить до складу лікарського засобу, володіє гідрофільними властивостями, тим самим зменшує інтенсивність набряку. Препарат **Отіпакс®** призначають дітям старшим 1 міс.

Продовжуючи тему місцевого лікування при ГСО, слід зазначити, що існують обмеження щодо застосування вушних крапель зі вмістом холіну саліцилату (у дітей не використовуються через брак доказів ефективності), борної кислоти (у дітей не застосовуються), декаметоксину (з 12 років). При усіх видах ГСО заборонено використання крапель з кортикостероїдами та ототоксичними антибіотиками. При ГСО без перфорації барабанної перетинки також заборонено інстилювати протигрибкові засоби, при ГСО з перфорацією — протигрибкові засоби та спиртові розчини.

Антибактеріальну терапію призначають у разі отореї, тяжкого ГСО, відсутності ефекту (незалежно від віку) чи погіршенні стану пацієнта на тлі симптоматичного лікування, а також усім дітям віком до 6 міс з нетяжким ГСО та дітям віком від 6 міс до 2 років з двобічним нетяжким ГСО.

Антибіотиками вибору при ГСО є амоксицилін (40-50 мг/кг маси тіла 2 рази на добу) або амоксициліну клавуланат (80-90 мг/кг на добу за амоксициліном та 6,4 мг/кг на добу за клавуланатом). При наявності алергії на пеніциліни призначають цефалоспорины II покоління. Перевагу амоксициліну клавуланату у високій дозі як терапії 1-ї лінії надають при віці дитини до 3 років, відвідуванні пацієнтом дитячих колективів, наявності старших братів чи сестер, недавньому прийомі антибіотика, відсутності вакцинації від пневмококової інфекції, синдромі отит + кон'юнктивіт.

За неефективності лікування амоксициліном переходять на схему високодозової терапії амоксициліну клавуланатом або цефтріаксоном (при застосуванні схеми високодозової терапії амоксициліну клавуланатом як терапії 1-ї лінії). Альтернативне лікування ГСО 2-ї лінії включає кліндаміцин, міринготомію. При відсутності ефекту від терапії пацієнта слід направити до отоларинголога (A.S. Lieberthal et al., 2013; P. Marchisio et al., 2010).

## Отіпакс®

**Швидка допомога при вушному болю\*1**

**Зменшує вушний біль з 5-ї хвилини після закапування\*1**



\*при гострому середньому отиті з інтактною барабанною перетинкою, 1. Інструкція до медичного застосування препарату Отіпакс®.

Інформація для професійної діяльності фахівця з охорони здоров'я

Інформація про лікарський засіб

ОТИПАКС® Р.Л. МОЗ України №UA/5205/01/01 від 24.11.2016 №1275. Діючі речовини: 16 г розчину містять феназону 0,64 г та лідокаїну гідрохлориду 0,16 г. Лікарська форма. Краплі вушні. Фармакотерапевтична група. Засоби, що застосовуються в отології. Код АТС S02D A30. БІОКОДЕКС Юридична адреса: 7 авеню Гальські, 94250, Жантіллі - Франція. Адреса виробництва: 1 Авеню Блез Паскаль, 60000 Бове, Франція. Показання. Місцеве симптоматичне лікування певних больових станів середнього вуха з інтактною барабанною перетинкою у дітей віком від 1 місяця та дорослих при: середньому отиті у гострому періоді; фліктенульозному вірусному отиті (післягірипозному); баротравматичному отиті. Протипоказання. Порушення слуху до двох речовин, будь-яких компонентів препарату або до амфінних місцевоанестезуючих лікарських засобів. Перфорація барабанної перетинки травматичного або інфекційного походження. Побічні реакції. Побічні реакції, про які повідомлялося, наведено відповідно до класів систем органів. З боку органів слуху та рівноваги: місцеві реакції: алергічні реакції, включаючи подразнення, гіперемію зовнішнього слухового проходу, свербіж, шкірні висипання. Спосіб застосування та дози. Дітям віком від 1 місяця та дорослим закапувати 2-3 рази на добу по 4 краплі у зовнішній слуховий прохід вуха, в якому відчувається біль. Курс лікування не має перевищувати 10 днів. Категорія відпуску. Без рецепта. Детальна інформація про лікарський засіб та повний перелік можливих побічних ефектів, особливі застереження наведені в інструкції для медичного застосування препарату Отіпакс®, ТОВ «Біокодекс Україна», пр-т Степана Бандери 28-А, Київ, Україна, 04073. Тел./факс: +38044 2377784, www.ua.biocodex.com, Виробник: «Біокодекс», Франція.

ТОВ «Біокодекс Україна», пр-т Степана Бандери 28-А, Київ, Україна, 04073, Тел./факс: +38 044 237 77 84

BIOCODEX





Про особливості догляду за дитячою шкірою розповіла **заслужений лікар України, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені**

**П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Галина Володимирівна Бекетова.**

— Шкіру людини можна порівняти з дзеркалом, яке відображає стан здоров'я цілого організму. Чиста, зволожена та м'яка шкіра у дитини свідчить про відсутність у неї проблем зі здоров'ям, добрий загальний стан і є ознакою якісного догляду за малюком. Навпаки, будь-які ураження шкіри можуть бути проявами як локальних, так і системних розладів.

Шкіра складається з трьох шарів: епідермісу, власне дерми та гіподерми. Епідерміс виконує низку важливих функцій: регулює втрату шкірою рідини, захищає її від ультрафіолетових променів, а також токсинів і мікробів. Незважаючи на морфологічну подібність шкіри дорослого та дитини, все ж існують певні особливості, котрі обґрунтовують потребу у забезпеченні адекватного догляду за шкірою малюка.

**Анатомо-фізіологічні особливості шкіри у дітей (J. Nikolovski et al., 2008):**

- менша товщина (до 5 разів), особливо рогового шару, що зумовлює її вищу чутливість до дії зовнішніх подразників; тонкий епідерміс;
- недорозвинена базальна мембрана, яка пояснює більшу схильність шкіри дитини до лущення;
- висока гідрофільність, а відтак — схильність до швидкої втрати вологи;
- менша кількість натуральних зволожувальних факторів;
- менша кількість меланіну, що зумовлює високу чутливість до ультрафіолетових променів;
- менші розміри корнеоцитів.

Першим критичним періодом для шкіри малюка є перехід з водного внутрішньо-утробного середовища існування до безводного. У перші години після народження шкіру немовляти захищає сироподібна змазка (vernix caseosa), яка на 80% складається з води, білків, пептидів з антибактеріальною активністю і секрету сальних залоз (себіуму). Саме компоненти себіуму мають важливе значення у захисті шкірного покриву новонароджених. Так, нерозчинні жирні кислоти володіють антисептичною активністю щодо бактерій, вірусів, грибів; ліпіди чинять протизапальну дію та підтримують цілість шкірного бар'єра. Себіум виконує роль системи доставки до рогового шару антиоксидантів, антибактеріальних ліпідів, феромонів і вітаміну Е.

У забезпеченні адекватної бар'єрної функції шкіри важливу роль відіграє і так звана водно-ліпідна (кислотна) мантія Марк'юніні. Вона складається з себіуму й органічних кислот, які синтезуються представниками мікробіому шкіри (лактобактеріями, епідермальними стафілококами тощо), що забезпечують підтримку слабкокислого рН шкіри (в нормі 4,7–5,5), стимулюють місцевий імунітет і згубно діють на патогени. Ліпіди себіуму змішуються із секретом потових залоз та емульгуються у вигляді тонкої водно-ліпідної плівки. Водно-ліпідна мантія є своєрідним природним кремом, який запобігає негативному впливу зовнішніх факторів на дитячий організм.

У дітей раннього віку водно-ліпідна мантія часто пересихає, її рН зміщується у лужний бік, що призводить до розвитку уражень шкіри, зокрема пелюшкового дерматиту (ПД).

Пелюшковий дерматит (код за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду — L22) — це патологічний стан шкіри дитини, який виникає внаслідок дії фізичних (вологість, температура), механічних (тертя тканин), хімічних факторів (аміак, травні ферменти, жовчні кислоти) та мікробних чинників при використанні пелюшок/підгузків. ПД уражає близько 35% дітей з піком у 10–12 міс.

Однією з причин збільшення частоти ПД у дітей є неправильне використання сучасних підгузків, зокрема їх тривале носіння та нехтування батьками частотою їх заміни. Це супроводжується підвищенням температури та вологості у зоні підгузка, тривалим контактом шкіри з випорожненнями дитини, а результатом є ураження шкіри. Підвищена вологість і тривалий контакт шкіри із сечею збільшують її проникність та чутливість, активують розмноження бактерій і грибів. Протеази та ліпази здійснюють пряму подразливу дію на шкіру, роблять її більш чутливою до солей жовчних кислот. Крім того, уреаз, яка синтезується бактеріями калових мас, взаємодіє з сечовиною, в результаті чого утворюється аміак, який підвищує рН середовища, активує ферменти, пошкоджує водно-ліпідну мантію та збільшує проникність шкіри. До факторів ризику розвитку ПД також належать використання пелюшок, які не промокають та не пропускають повітря, неякісне прання та прасування пелюшок, спадкова схильність до алергічних захворювань, дерматит у сімейному анамнезі, прийом антибіотиків, діарея, штучне вигодовування, а також спекотна та волога погода (С.Н. Li et al., 2012).

**Виділяють три ступені тяжкості ПД (С. Klunk et al., 2014):**

- **легкий ступінь** характеризується незначною гіперемією шкіри без явного набряку та інфільтрації, можлива поява макуло-папулезного висипу, зазвичай ділянка запалення має невелику площу, що не впливає на самопочуття та поведінку дитини;

- **середній ступінь** тяжкості супроводжується появою яскравої та поширеної гіперемії, локального набряку, макуло-папулезним висипом, можлива поява окремих ерозій на місці поодиноких пухирців із серозним вмістом;

- **тяжкий ступінь** характеризується наявністю зони яскраво вираженої гіперемії, що займає всю площу шкіри, яка контактувала з підгузком; з'являються набряк, глибока інфільтрація, множинні ерозії, значний висип (везикуло-папулезний і пустулезний внаслідок приєднання інфекції).

Діагностика ПД не становить труднощів, проте важливо виключити стрепто-, стафілококове та кандидозне інфікування шкіри. З цією метою доцільним є дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції на гриби роду *Candida* та бактеріологічний посів з ділянки ураженої шкіри. При цьому необхідно пам'ятати, що діагноз кандидозу шкіри встановлюють у двох випадках: при розвитку алергічної реакції на збудника або при його інвазії у глибше розташовані шари шкіри. Наявність грибів роду *Candida* на поверхні непошкодженої шкіри не є маркером кандидозу.

**Тактика ведення пацієнтів з ПД включає три напрями (G. Jevalikar et al., 2016; С.М. Wheat et al., 2017):**

1. Гігієнічні заходи (часті та тривалі повітряні ванни, відмова від непромокальних

підгузків, часта заміна пелюшок, використання гігроскопічних одноразових підгузків, які пропускають повітря, дотримання оптимального температурного режиму (20–22 °С), корекція харчового раціону дитини, зокрема зменшення споживання білків і соків, які підкислюють випорожнення).

2. Симптоматична терапія (у разі інтенсивного свербіжжя розглядають можливість застосування антигістамінних чи кортикостероїдних препаратів).

3. Місцева терапія, метою якої є відновлення та збереження водно-ліпідної мантії (гідранти), профілактика вторинного інфікування шкіри (антисептики, природні антибіотики та протигрибкові засоби) та відновлення цілості захисного бар'єра шкіри (репаративи).

Основним вимогам місцевої терапії ПД у дітей відповідає високотехнологічний захисний крем РеКрем, який містить природні гідранти, антисептики та репаративи. Слід зазначити: особливістю захисного крему є те, що він взаємодіє з відмерлими клітинами епідермісу, відновлюючи його цілість, і функціонує як захисний бар'єр за рахунок утримання вологи та ліпідів, які продукує сам організм. Цей бар'єр аналогічний природному, коли шкіра має цілісну водно-ліпідну мантію. На відміну від зволожувального, захисний крем не залишається на поверхні шкіри, а повністю всмоктується, тим самим не перешкоджаючи потовиділенню та диханню шкіри. Дія крему закінчується природним шляхом у процесі злущення відмерлих клітин шкіри. На відміну від зволожувальних кремів, котрі забезпечують проникнення штучної вологи лише у верхні шари епідермісу, захисні креми допомагають зберегти власну вологу

всередині шкіри, тобто сприяють її фізіологічному відновленню.

**До складу засобу РеКрем входить оптимальна кількість діючих речовин, які забезпечують його багатофункціональність. Пантенол (провітамін В<sub>5</sub>)** — це відновний і захисний компонент, котрий покращує гідратацію та еластичність шкіри, збільшує міцність колагенових волокон, сприяє регенерації шкіри та слизових оболонок, запобігає стягуванню шкіри та формуванню грубих рубців. **Ланолін** — це гіпоалергенний ультрачистий емолієнт, хімічно та фізично подібний до ліпідів рогового шару, який пом'якшує і зволожує шкіру, утворюючи на її поверхні напівпроникні (дихаючі) плівки. РеКрем також містить **бджолиний віск** (запобігає втраті вологи, володіє протизапальними властивостями), **гліцерин** (сприяє утриманню вологи, відіграє роль стабілізатора-емульгатора), **оксид цинку** (володіє в'язучими, заспокійливими, антисептичними, адсорбційними, протизапальними властивостями, використовується як сонцезахисний засіб), **екстракт алое** (зволожує шкіру, сприяє її регенерації, містить речовину з протимікробною активністю — бартолоїн), **екстракт ромашки** (володіє протизапальними, регенеративними, антимікробними, антиалергічними, седативними, місцевоанестезувальними властивостями), олію звіробою (забезпечує протимікробну активність) та **ядер солодкої мигдалю** (регулює водно-ліпідний баланс), а також **токоферол** (потужний антиоксидант). **РеКрем відповідає стандартам Good Manufacturing Practice (GMP), не містить алергенів, парабенів, етанолу, барвників і може використовуватися у дітей від народження.**

Підготувала **Ілона Цюпа**



# РеКрем

крем для запобігання попрілості

## СПЕЦІАЛЬНА ЗБАГАЧЕНА ФОРМУЛА:

✓ АЛОЕ ВЕРА ✓ РОМАШКА ✓ ВІТАМІН Е  
✓ ЦИНК ✓ ПАНТЕНОЛ

0%  
Парабени  
Етанолу  
Барвників

ПРОТЕСТОВАНИЙ НА АЛЕРГЕНІ  
ПРОЙШОВ  
МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ  
КОНТРОЛЬ

Реклама косметичного засобу РеКрем (ReCream) крем для запобігання попрілості. Висновок ДСЕС №12.2-18-3 14477 від 02.07.2019 р. Перед застосуванням бажано проконсультуватися з лікарем. Важливо: перед застосуванням перевірити на алергічну реакцію. У разі виникнення алергічної реакції треба змити водою, звернутися до лікаря, або в компанію експортер по e-mail: quality@biocodex.ua або за телефоном. ІМПОРТЕР: ТОВ «БІОКОДЕКС УКРАЇНА» 04073, М. КИЇВ ПР. СТЕПАНА БАНДЕРИ, 28-А. ТЕЛ: +380 44 237 77 84. RC 01 01.10.2019

**BIOCODEX**