

О.М. Мочульська

Зовнішня терапія алергодерматозів у дітей (огляд літератури)

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2020. 4(84): 41-47; doi 10.15574/PP.2020.84.41

For citation: Mochulska OM. (2020). External therapy of allergic dermatoses in children (literature review). Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 4(84): 41-47. doi 10.15574/PP.2020.84.41

Алергодерматози посідають особливе місце в структурі алергічних захворювань дітей у зв'язку з поширеністю. Найчастіші алергічні ураження шкіри: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, багатоформна ексудативна еритема (синдром Стивенса—Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лаєлла), токсикодермії. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень, ще існують труднощі у визначенні лікувальної тактики при алергодерматозах у дітей. Відповідно до міжнародних програмних документів EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) щодо лікування алергодерматозів, провідне місце посідає зовнішня терапія, яка потребує індивідуального підходу і щоденного спостереження за станом шкіри. Зовнішня терапія полягає в місцевому застосуванні емолієнтів, топічних глюкокортикостероїдів, топічних інгібіторів кальциневрину, кератолітичних, кератопластичних, репаративних, епітелізуєчих і протизапальних засобів, у разі ускладненого клінічного перебігу захворювання — антибактеріальних, протигрибкових, протівірусних лікарських засобів разом із доглядом за шкірою.

Мета — підвищити інформативність щодо сучасних можливостей зовнішньої терапії алергодерматозів у дітей.

Зовнішня фармакотерапія алергодерматозів має бути етіопатогенетичною і впливати на механізми формування алергічного запалення в шкірі, усунення свербіж, сухості, тому пошуки шляхів її удосконалення дадуть змогу контролювати клінічний перебіг захворювання, зменшити інвалідизацію, підвищити якість життя пацієнтів.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, алергія, алергодерматози, зовнішня терапія, місцева терапія.

External therapy of allergic dermatoses in children (literature review)

O.M. Mochulska

Ternopil National Medical University named after I.Ya. Horbachevsky, Ministry of Health Care in Ukraine

Allergic dermatoses have a special place in the structure of allergic diseases in children due to their weight. The most common allergic skin lesions: simple and allergic contact dermatitis, atopic dermatitis, various forms of eczema, acute and chronic allergic urticaria, Quincke's edema, multiforme exudative erythema (Stevens—Johnson syndrome), acute epidermal necrolysis (Lyell's syndrome), toxicodermias, as well as less common dermatoses, in the pathogenesis of which are leading allergic reactions. Despite a number of research research, the difficulties in the determining of the therapeutic approach of allergic dermatoses in children are still observed. According to the international program documents EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) in treatment of allergic dermatoses the leading place takes external therapy, which requires an individual approach and daily care of skin. External therapy consists of local application of emollients, topical glucocorticosteroids, topical calcineurin inhibitors, topical antihistamines, keratolytic, keratoplastic, reparants, epithelializing and anti-inflammatory medications, in the case of complicated clinical course of the disease — antibacterial, antifungal, antiviral medications, also with skin care.

Purpose — to increase information on modern possibilities of external therapy of allergic dermatoses in children.

External pharmacotherapy of allergic dermatoses should be etiopathogenetic and should affect on the mechanisms of allergic inflammation in the skin, elimination of itching, dryness, so finding ways to improve it will help to control the clinical course of the disease, to reduce disability, will promote to improve the life quality in patients.

No conflict of interest was declared by the author.

Key words: children, allergy, allergic dermatoses, external therapy, local therapy.

Наружная терапия алергодерматозов у детей (обзор литературы)

О.Н. Мочульская

Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины

Алергодерматозы занимают особое место в структуре аллергических заболеваний детей в связи с распространенностью. Наиболее частые аллергические поражения кожи: простой и аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, различные формы экземы, острая и хроническая аллергическая крапивница, отек Квинке, полиморфная экссудативная эритема (синдром Стивенса—Джонсона), острый эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), токсикодермии, а также менее распространенные дерматозы, в патогенезе которых ведущими являются именно аллергические реакции. Несмотря на значительное количество научных исследований, сохраняются трудности в определении лечебной тактики при алергодерматозах у детей. В соответствии с международными программными документами EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) по лечению алергодерматозов, ведущее место занимает наружная терапия, требующая индивидуального подхода и ежедневного наблюдения за состоянием кожи. Наружная терапия заключается в местном применении эмолиентов, топических глюкокортикостероидов, топических ингибиторов кальциневрина, топических антигистаминных, кератолитических, кератопластических, репаративных, эпителизирующих и противовоспалительных средств, в случае осложненного клинического течения заболевания — противобактериальных, противогрибковых, противовирусных лекарственных средств вместе с уходом за кожей.

Цель — повысить информативность о современных возможностях наружной терапии алергодерматозов у детей.

Внешняя фармакотерапия алергодерматозов должна быть этиопатогенетической и влиять на механизмы формирования аллергического воспаления в коже, устранение зуда, сухости, поэтому поиски путей ее совершенствования позволят контролировать клиническое течение заболевания, уменьшить инвалидизацию, а также улучшить качество жизни пациентов.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: дети, аллергия, алергодерматозы, наружная терапия, местная терапия.

Вступ

За даними ВООЗ, алергічні захворювання посідають третє місце за поширеністю, тому алергічна патологія є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини [1,2,4,10]. Алергодерматози займають особливе місце в структурі алергічних захворювань у дітей в зв'язку з поширеністю [2,4,6]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на алергодерматози щорічно захворює до 1 млн осіб. Найчастіші алергічні ураження шкіри: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, багатоформна ексудативна еритема (синдром Стівенса—Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лаєлла), токсикодермії [2,3,5,6,7,9]. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень, зберігаються труднощі у визначенні лікувальної тактики при алергодерматозах у дітей. Лікування алергодерматозів має бути багатоплановим та індивідуалізованим. Зовнішня терапія є обов'язковою і найважливішою складовою комплексного лікування алергодерматозів у дітей. Вона повинна бути патогенетично обґрунтованою і диференційною, проводитися з урахуванням патологічних змін шкіри на основі раціональ-

ного використання різних форм топічних лікарських засобів [2,4,6,7].

Мета дослідження — підвищити інформативність щодо сучасних можливостей зовнішньої терапії алергодерматозів у дітей.

У попередніх презентованих наукових роботах розглянуто основні аспекти системної терапії алергодерматозів у дітей. У цій науковій публікації детальніше проаналізовано основні аспекти зовнішньої терапії алергодерматозів у дітей. Відповідно до міжнародних програмних документів EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) щодо лікування алергодерматозів, провідне місце посідає зовнішня терапія, яка потребує індивідуального підходу і щоденного спостереження за станом шкіри [1,2,4,10].

Зовнішня терапія полягає в місцевому застосуванні емолієнтів, топічних глюкокортикостероїдів (ГКС), топічних інгібіторів кальциневрину (ІК), топічних антигістамінних препаратів (АГП), кератолітичних, кератопластичних, репаративних, епітелізуючих і протизапальних засобів, у разі ускладненого клінічного перебігу захворювання — протибактеріальних, протигрибкових, противірусних лікарських засобів разом із доглядом за шкірою [2,4,7,8,10]. Відповідно до фази дермального синдрому зовнішня терапія насамперед спрямована на зменшення і усунення ознак запалення шкіри та пов'язаних із ним симптомів, підвищення бар'єрної функції шкіри, відновлення водно-ліпідної плівки та фізіологічних властивостей шкіри, ліквідацію сухості і свербіжу, поліпшення мікроциркуляції та метаболізму у вогнищах ураження, елімінацію біологічно активних речовин і деструктивних субстанцій, лікування та профілактику вторинної інфекції [3,6,9,10,12].

Для раціональної зовнішньої терапії алергодерматозів необхідно оцінити характер морфологічних змін шкіри і вибрати лікарський засіб з урахуванням механізму дії, правильно підібрати адекватну лікарську форму залежно від активності запального процесу. Під час вибору засобів зовнішньої терапії алергодерматозів слід обов'язково врахувати: стадію та клінічні прояви патологічного шкірного процесу, вік пацієнта, тривалість захворювання, попереднє лікування та його ефективність, місце нанесення препарату та метод його аплікації, властивості активних компонентів та основи засобу [2,5,4,10]. Лікарські форми для

Таблиця 1

Послідовність застосування різних лікарських форм для зовнішнього застосування залежно від фази запалення, ступеня вираження шкірних проявів і динаміки процесу при алергодерматозах

Характер запального процесу	Лікарська форма
Гостре запалення з мокнучими ділянками шкіри	Примочки Аерозолі Волого-висихаючі пов'язки
Гостре запалення без мокнучих ділянок шкіри	Аерозолі Водні збовтані суміші / бовтанки Гелі Креми Пасти Присипки
Підгостре запалення	Креми Мазі Пасти Присипки
Хронічне неспецифічне запалення	Мазі
Хронічне запалення з вираженою інфільтрацією, ліхеніфікацією	Мазі Крем із кератолітичними, кератопластичними властивостями
Регресування / ремісія	Мазі Креми Гелі

Таблиця 2

Показання до застосування різних лікарських форм для зовнішнього застосування залежно від їх ступеня проникнення в шкіру і фази алергічного запалення шкіри при алергодерматозах

Лікарська форма випуску препарату для зовнішнього застосування	Ступінь проникнення в шкіру	Показання залежно від характеру запального процесу
Емульсії / лосьйони / аерозолі / розчини	↓ легкий	Гостре запалення з мокнучими ділянками шкіри Гостре запалення без мокнучих ділянок шкіри Особливо показані на волосисту частину голови, із косметичних міркувань, за непереносимості інших лікарських форм
Гелі	↓ ↓ помірний	Гостре запалення без мокнучих ділянок шкіри Особливо показані на слизові оболонки, в природні складки шкіри, інтритригінозні ділянки, із косметичних міркувань
Креми / пасти / присипки	↓ ↓ ↓ сильний	Підгостре запалення Регресування/ремісія Особливо показані в природні складки шкіри, інтритригінозні ділянки
Мазі	↓ ↓ ↓ ↓ дуже сильний	Підгостре запалення Хронічне неспецифічне запалення Регресування/ремісія Особливо показані на шкіру з ознаками сухості
Мазі на жирній основі	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ дуже сильний, інтенсивний	Хронічне запалення з вираженою інфільтрацією, ліхеніфікацією Регресування/ремісія Особливо показані на шкіру з ознаками сухості, ксерозу, ліхенізації, ліхеніфікації

зовнішньої терапії необхідно застосовувати диференційно — залежно від гостроти та динаміки запалення шкіри [1,2,4,6,7,11]. Вибір форми препарату і послідовність призначення залежить від фази запалення, ступеня вираження шкірних проявів, а також динаміки процесу при алергодерматозах (табл. 1).

Водночас, із загальною терапією при алергодерматозах застосовується місцева або зовнішня терапія, яка відіграє важливу роль у ліквідації шкірних проявів і поліпшенні психоемоційного стану хворого, особливо дитини. Лікарські речовини потрапляють до організму крізь кератиновий шар шкіри, частково крізь волосяні фолікули, потові і сальні залози, розчиняючись у воді, поті, жирах і піддаючись впливу складних фізико-хімічних змін. Кератиновий шар шкіри відіграє роль депо, з якого лікарські препарати потрапляють глибше, утворюючи повільний терапевтичний ефект. Швидкість всмоктування лікарського препарату залежить цілком від цілісності кератинового шару і зрозуміло, що при алергодерматозах вона може бути значно підвищена. Тому для кращого терапевтичного ефекту, а також для мінімізації і попередження небажаних побічних ефектів від зовнішньої терапії при алергодерматозах надзвичайно важливими є вибір лікарської форми [2,4,6,7].

Залежно від форми випуску ефективність лікарського засобу зростає в такій послідовно-

сті: лосьйон / аерозоль / розчин → гель → крем / паства → мазь (табл. 2).

Перед застосуванням зовнішніх лікарських засобів необхідно очистити шкіру від гною, кірок, лусочок, залишків використаних препаратів, що подразнюють шкіру. Очищення шкіри сприяє тіснішому контакту з нею лікарських речовин і дає змогу досягти бажаного терапевтичного ефекту [2,4,6,7]. Лікування слід починати із застосування речовин низької концентрації, що діють поверхнево (примочки, аерозолі, лосьйони, збовтувані суміші, розчини), потім використовувати форми глибшої дії (пасти, олія, мазі, креми) з поступовим збільшенням концентрації [2,4,5,9,10].

Важливим і обов'язковим етапом зовнішньої терапії алергодерматозів є відновлення цілісності рогового і водно-ліпідного шарів шкіри за допомогою поживних і зволожувальних засобів. Вказаний етап зовнішньої терапії алергодерматозів визначається як корнеотерапія, тобто лікування, спрямоване на гідратацію і живлення шкіри за допомогою зволожувальних і поживних засобів (емолієнтів) [2,4]. Засоби наносяться на шкіру регулярно, щодня, не менше 2 разів на день, як на тлі застосування топічних протизапальних засобів, а також і в період, коли немає симптомів алергодерматозів. Обов'язковою ланкою зовнішньої терапії алергодерматозів є правильний щоденний догляд за шкірою хворих дітей — щоденне очи-

щення шкіри з використанням м'якої миючої основи, що зменшує патологічні зміни в епідермісі, відновлює його функції і попереджає загострення хвороби. Такий догляд підвищує ефективність лікування алергодерматозів і сприяє збільшенню тривалості його ремісії [1,2,4,10]. З метою очищення шкіри використовуються нетривалі (10 хв) прохолодні гігієнічні водні процедури за температури 36,0°C з м'якою миючою основою рН=5,5, що не містить луѓу. Рекомендовано такі засоби дерматологічної косметики, як мило, гель, мус, спеціально розроблені для очищення atopічної шкіри. Правильний догляд за шкірою дітей, які страждають на алергодерматози, шляхом очищення, живлення і зволоження захищає її від дії шкідливих факторів, оптимізує водно-ліпідний баланс епідермісу, поліпшує стан шкірних покривів, істотно подовжує тривалість ремісії і поліпшує психосоматичний стан хворих. Усунення сухості шкіри — найважливіша складова терапії. З цією метою застосовуються емолієнти — індиферентні креми, мазі, лосьйони, масла, лікувальні гелі для душу, милі — здатні не лише очищати, але й підживлювати верхні шари шкіри, поліпшувати її еластичність, підвищувати регенераторні та захисні властивості [1,4,8,9,10].

Емолієнти — це основні засоби базової зовнішньої терапії алергодерматозів; відновлюють і захищають роговий шар епідермісу, підтримуючи гідро-ліпідний баланс і попереджуючи трансепідермальну втрату води; зменшують сухість і свербіж; володіють глюкокортикоїд-зберігаючим ефектом; застосовуються для досягнення і підтримки контролю над симптомами захворювання [2,4,12]. Тривалість використання емолієнтів не обмежена, визначається індивідуальною потребою дитини. Максимальна тривалість дії становить 6 год, тому аплікації зволожувальних засобів слід робити часто. В Україні для догляду за шкірою існують різні засоби гіпоалергенних лікувально-косметичних серій: «Ліпікар ЛяРошПосей» (Lipikar LaRochePosay), «Мустела Стел Атопія» (Mustela), «Емоліум» (Sanofi), «Авен Тріксер» (Avene), «А-Дерма екзомега» (A-Derma), «Топікрем» (Topicrem), «Вічі» (Vichy), «Ойлатум» (Oilatum), «Фрезидерм» (FrezyDerm), «Урьяж ксероз» (Uriage), «Біодерма Атодерм» (Bioderma), «Локобейз ріпеа» (Locobase Ripea), «Атопра» (Atopra) [2,4,9,10]. Емолієнти поєднуються з місцевою і системною терапією алергодерматозів за будь-якого

ступеня тяжкості, застосовуються самостійно в період ремісії, збільшуючи тривалість останньої і попереджуючи рецидиви [2,10]. Діти не повинні носити синтетичного та шерстяного одягу безпосередньо на тілі, а надавати перевагу натуральним безворсинчастим тканинам, гіпоалергенним пральним засобам для одягу, гігієнічні водні процедури проводити щоденно, після яких застосовувати зволожувальні і лікувальні засоби для шкіри [1].

Топічні глюкокортикостероїди (ГКС) — це найсильніші протизапальні препарати контролю за перебігом гострих і хронічних алергодерматозів, що забезпечують одночасний вплив на різні ланки його патогенезу при алергічному запаленні. Місцеве застосування ГКС базується на їх протизапальній, епідермостатичній, антипроліферативній, судинозвужувальній, місцевознеболювальній діях [2,4,6–8]. Топічні ГКС діють як на ранню, так і на пізню фази алергічного запалення. Механізм протизапального ефекту ГКС полягає в блокаді фосфоліпази А2, зниженні продукції лейкотрієнів, зв'язуванні біологічно-активних речовин у вогнищах запалення, зниженні чутливості нервових клітин до гістаміну, інгібуванні процесів імунологічного захисту, затримці епідермального мітозу, пригніченні проліферації фібробластів і синтезу колагену, еластину; відбувається виражений і тривалий ангіоспазм, гальмування розвитку сполучної тканини; зменшується викид лізосомальних ферментів; зменшується міграція еозинофілів і проліферація Т-лімфоцитів, кількість клітин Лангерганса в епідермісі. Висока ефективність ГКС обумовлена їх патогенетичною дією на ексудацію, проліферацію, вторинну альтернацію [1,3–5,9].

Топічні ГКС, залежно від здатності викликати спазм судин шкіри, ступінь якої корелює з протизапальним ефектом, а також від концентрації діючої речовини та лікарської форми препарату, поділяються на певні класи активності. Відповідно до Європейської класифікації активності топічних ГКС, уперше запропонованої Miller&Munro, виділяють чотири класи [1,2,4,10]:

- слабкі (гідрокортизону ацетат, гідрокортизону бутират, алклометазону дипропіонат, метилпреднізолону ацепонат);
- помірні (бетаметазону валерат, флуметазон);
- сильні (бетаметазону дипропіонат, мометазону фураат, бетаметазону валерат мазь, флутиказон, триамцинолон, флуоцинолону ацетонід);

— дуже сильні (клобетазолу пропіонат, хальцинонід).

Торгові назви топічних ГКС — гідрокортизон, преднізолон, кутівейт, дермовейт, целестодерм В, локоїд, адвантан, елоком, апулен, фторокорт, флуцинар, кловейт, момедерм, молескін, акридерм, оксикорт, полькортолон, клобескін, сінафлан, толат, афлодерм [2,4,10].

За походженням топічні ГКС бувають фторованими та нефторованими [2,9]. Під час лікування топічними ГКС для зменшення ризику ускладнень застосовують різні режими: безперервний, тандем-терапії або інтермітуючий, низхідної терапії за концепцією потужного старту, ступеневої аплікації, штрихової аплікації, спаринг-терапії [1,3,6,7,11]. Ефективність топічних ГКС при алергодерматозах доведена багаторічною практикою та численними контрольованими дослідженнями, що є безумовною підставою вважати їх препаратами першої лінії в лікуванні хворих на алергодерматози. Найбільш ефективним і доцільним є ступеневе призначення ГКС зі стартової терапії сильними, переходом до помірних, потім до слабких із поступовою відміною і заміною на нестероїдні. Необхідно застосовувати топічні ГКС, враховуючи циркадні ритми активації кори надниркових залоз у дітей, наносити в ранкові години, коли рівень кортизолу в крові стає максимальним. Тривалість терапії становить 10–14 днів [3,6–9].

Хоча найвираженіший протизапальний ефект при гострих і хронічних алергічних захворюваннях шкіри мають топічні ГКС, проте за умови неправильного застосування вони мають і найбільші побічні ефекти. Ускладнення від нераціонального використання топічних ГКС поділяють на дві групи — топічні та системні. До топічних шкірних ускладнень, спровокованих застосуванням ГКС, належать: активація умовно-патогенної флори, розвиток інфекційних уражень, стероїдна еритема, телеангіектазії, стероїдні акне, фолікуліт або розацеа, розвиток атрофії шкіри та стрій, пурпура, виникнення гіпертрихозу, гіпопигментацій, фото сенсibiliзація, порушення трофіки тканин і повільне загоєння ран, контактний дерматит. За умови високої біодоступності топічного кортикостероїду та пролонгованого його застосування (особливо на широкі ділянки шкіри і/або під оклюзійні пов'язки) значно зростає ризик виникнення системних побічних ефектів, таких як: гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова супресія, розвиток синдрому Іценка—Кушинга, затримка росту дітей, гіпокальціємія

зі зниженням мінеральної щільності кісток та остеопороз, артеріальна гіпертензія, зниження толерантності до глюкози і гіперглікемія, надмірна маса тіла, вплив на внутрішньочерепний тиск, глаукома, катаракта, лімфопенія, бактеріальні, грибкові та вірусні інфекції [1,2,4,10]. Саме тому топічні кортикостероїди призначаються за суворими показаннями, при встановленому точному діагнозі загострення алергічного захворювання шкіри з вираженими запальними явищами [2–4].

Топічні інгібітори кальциневрину (ІК) — це місцеві засоби нестероїдної природи, що мають протизапальну дію та імуномодуляторні властивості [2,4,6,10]. Незважаючи на ефективність стероїдів, їх застосування, особливо на інтертригінозних і ділянках із тонкою шкірою (обличчя, шия, природні складки, зовнішні статеві органи), може викликати ряд побічних ефектів: атрофію шкіри, розвиток стрій, телеангіектазій, гіпертрихоз. Якщо площа ураження дуже велика, то застосування ГКС може викликати системний ефект, тому актуальність набули ІК (пімекролімус і такролімус), що застосовуються як нестероїдна протизапальна терапія алергодерматозів [1,2,8,9,11]. Механізм дії ІК при алергодерматозах опосередкований через ланку Т-лімфоцитів, від якої блокується каскад імунопатологічних реакцій, зв'язуючись зі специфічним цитоплазматичним білком імунофіліном, ІК інгібують кальційзалежну фосфатазу кальциневрин, яка, своєю чергою, відповідає за дефосфорилування і транслокацію ядерного фактора в Т-лімфоцитах, ІК перешкоджають вивільненню прозапальних цитокінів [3,9]. З огляду на дуже незначне системне всмоктування ІК не має обмежень загальної добової дози препарату, ділянок, площі поверхні шкіри й тривалості лікування. По суті, ІК є засобами першої лінії для лікування алергодерматозів у дітей на чутливих ділянках шкіри. Торгові назви ІК — елідел, протопік, такропік [1,2,6,10].

Топічні антигістамінні препарати (АГП) не володіють значним ефектом при хронічних алергічних захворюваннях шкіри, однак можуть застосовуватися при гострих алергодерматозах (диметиден, дифенілгідрамін). Використання антигістамінних препаратів є патогенетично виправданим, ефективним і обґрунтованим напрямом у терапії алергодерматозів. Ефективність цих препаратів обумовлена найважливішою роллю гістаміну як основного медіатора алергічного запалення в механізмах розвитку більшості клінічних симптомів алергії. Торгові

назви топічних антигістамінних препаратів — псилобальзам, феністил [1,2,4,12].

Кератолітичні і кератопластичні лікарські засоби призначені для зовнішнього застосування, сприяють розм'якшенню, розчиненню і відторгненню рогового шару епідермісу (кератолітичні) або нормальному ороговінню, забезпечуючи відновлення епідермісу (кератоластичні), частіше використовуються при хронічному, рідше при гострому перебігу алергодерматозів [2,4,10]. Кератолітичні і кератоластичні засоби існують у вигляді різних лікарських форм випуску. При призначенні засобів враховується локалізація ураження, товщина рогового шару, глибина запального інфільтрату, індивідуальні та вікові особливості шкіри. Кератолітичні засоби (сечовина, саліцилова кислота, молочна кислота, резорцин, бензойна кислота, фенол) застосовуються при дерматозах, які супроводжуються надлишковим ороговінням шкіри, для розм'якшення і відторгнення надлишкового рогового шару, надмірного нашарування лусочок, як відлущувальні засоби. Кератолітичні засоби, мацеруючи роговий шар, сприяють глибшому проникненню інших лікарських засобів, нанесених після них. Торгові назви кератолітичних засобів — ксеріаль, карбодерм, керасал, уреостоп, дуофілм. Існують комбінації кератолітиків із топічними ГКС, торгові назви — бетасалік, преднікарб, дипросалік, белосалік, елоком С, молескін С, лоринден А, дайвобет [2,4,10]. Кератоластичні засоби застосовуються при алергодерматозах, оскільки зменшують гіперемію, мають протизапальний ефект, сприяють розсмоктуванню запального інфільтрату, чинять відновлювальний ефект на епідерміс, сприяють епітелізації та нормальному ороговінню. Розрізняють слабкі (сірка, іхтіол, дьоготь, нафталан) і сильні (резорцин, нітрат срібла) кератоластичні засоби. Кератоластичні засоби слабкі різних концентрацій та сильні в низьких концентраціях мають кератоластичний, протизапальний, антисептичний ефекти, а сильні у високих концентраціях можуть мати кератолітичний ефект, мацерувати, подразнювати шкіру. Торгові назви кератоластичних засобів — дерматол, дермосал [1,2,4,10].

Репаранти, епітелізуючі лікарські засоби здатні стимулювати процеси регенерації шкіри, можуть бути синтетичного і природного походження (фітопрепарати). Репаранти виявляють анаболічну дію, стимулюють метаболічні процеси, протизапальну, антиоксидантну,

антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, антибактеріальну, ранозагоювальну, антикоагулянтну, протисвербіжну, імуностимулювальну дію [2,4,6,7,10]. До репаративів належать: гіалуронова кислота, пантенол, ланолін, вазелін, бджолиний віск, метилоксиметилурацил, гепарин, левоміцетин, лінетол, альтан, гепарин, мірамістин, цинк, срібло, вітаміни С, А, Е, D, бета-каротин, алое, каланхое, календула, живокіст, ромашка, обліпиха, шипшина, прополіс, подорожник. Торгові назви репаративів — клобаза, судокрем, деласкін, дермалекс, левомеколь, локобейз ріпеа, бепантел, пантенол, дексапантенол, іхтіол, пантексин, боро плюс, фіто пантенол [2,4,6,7,11].

Багатокомпонентні і комбіновані лікарські засоби для зовнішнього застосування. Оскільки клінічний перебіг алергодерматозів часто ускладнюється приєднанням до алергічного запалення вторинної бактеріальної (стафілокок, стрептокок), вірусної (герпес) та грибкової флори (кандида, дерматофіт, епідермофіт), тому виникає потреба призначати хворим відповідні лікарські засоби [1,2,4,6,7]. При поєднанні алергодерматозів із бактеріальними, вірусними або грибковими інфекціями застосовуються багатокомпонентні креми або мазі (тридерм, триакутан, імакорт, комбідерм, кандідерм, травокорт, оксикорт) або до топічних ГКС додаються відповідні препарати: протибактеріальні (гіоксизон, кремген, пімафукорт, бактробан, оксиклозол, оксикорт, полькортолон, левовінізол, діпрогент, целестодерм із гараміцином, тримістин, лоринден С, бетадерм); антибіотики (тирозур, бактробан, пімафуцин, банеоцин, левомеколь, тетрациклін, еритроміцин, офлокаїн, фузідерм, дуак, гентоксан, зеркалін); антисептики (водні розчини — хлоргексидин, димексид, діоксидин, риванол, фурацилін, бетадин, йоддицерин; спиртові розчини — йод брильянтовий зелений, фукорцин, метиленовий синій); протигрибкові (клотримазол, кетоконазол, дермазол, екзодерил, залаїн, ламікон, естезифін, нітрофунгін, ламізил, міконазол, ламіфен, залаїн, онабет, фуцис, кетодін, нізорал); противірусні (зовіракс, ацикловір, ацик, герпевір, вратизолін, віферон, ациклостад) [1,2,9,10].

Висновки

Зовнішня терапія алергодерматозів у дітей полягає в місцевому застосуванні емоліентів, топічних глюкокортикостероїдів, топічних інгібіторів кальциневрину, кератолітичних, кера-

топластичних, репаративних, епітелізуючих і протизапальних засобів, у разі ускладненого клінічного перебігу захворювання — протибактеріальних, протигрибкових, противірусних лікарських засобів разом із доглядом за шкірою. Зовнішня терапія є обов'язковою і найважливішою складовою комплексного лікування алергодерматозів у дітей, її слід проводити патогенетично обґрунтовано і диференційовано з урахуванням стадії хвороби, фази запалення і ступеня вираження шкірних проявів на основі раціонального використання різних форм топічних лікарських засобів. Зовнішня фармакотерапія алергодерматозів повинна бути етіо-

патогенетичною і впливати на механізми формування алергічного запалення в шкірі, усунення свербіжності, сухості, тому пошуки шляхів її удосконалення дадуть змогу контролювати клінічний перебіг захворювання, зменшити рівень інвалідизації, а також поліпшити якість життя пацієнтів. Тривале застосування топічних безпечних лікарських засобів для зовнішньої дії — це один із найважливіших методів контролю за перебігом алергодерматозів у цілому.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Препарати наведені в тексті виключно для інформування читачів, а не з рекламною метою.

References/Література

1. Akan A, Dibek-Misirlioglu E, Civelek E, Vezir E, Kocabas CN. (2020). Diagnosis of atopic dermatitis in children: comparison of the Hanifin-Rajka and the United Kingdom Working Party criteria. *Allergologia et Immunopathologia*. 48 (2): 175–181. doi: org/10.1016/j.aller.2019.07.008. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301054619301156>.
2. Beltrani VS. (1998). Allergic Dermatoses. *Medical Clinics of North America*. 82 (5): 1105–1133. doi: org/10.1016/S0025-7125(05)70405-3. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712505704053>.
3. Bourrain JL. (2017). Toxicodermias. *EMC — Dermatologia*. 51 (4): 1–13. doi: org/10.1016/S1761-2896(17)87052-7. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289617870527>.
4. Dowling PJ, Kader R, Portnoy JM. (2019). COLA (Conferences On-Line Allergy) at 10 Years — Evolution of an Online Fellowship Curriculum. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 7 (8): 2568–2573. doi: org/10.1016/j.jaip.2019.06.025. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219819305975>.
5. Fawbert K, Leech S. (2020). Recurrent urticaria and angioedema. *Paediatrics and Child Health*. 30 (7): 243–248. doi: org/10.1016/j.paed.2020.04.001. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175172222030072X>.
6. Hsu DY, Brieva J, Silverberg NB, Paller AS, Silverberg JL. (2017). Pediatric Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 76 (5): 811–817. doi: org/10.1016/j.jaad.2016.12.024. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962216312853>.
7. Millon GG, Lopez-Bran E. (2018). Toxicodermias. *Medicine — Programa de Formacion Medica Continuada Acreditado*. 12 (48): 2846–2853. doi: org/10.1016/j.med.2018.01.007. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218300076>.
8. Napolitano M, Fabbrocini G, Patrino C. (2019). Allergic contact dermatitis in patients with atopic dermatitis: A retrospective study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 7 (7): 2459–2461. doi: org/10.1016/j.jaip.2019.03.045. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219819303307>.
9. Nassau S, Fonacier L. (2020). Allergic Contact Dermatitis. *Medical Clinics of North America*. 104 (1): 61–76. doi: org/10.1016/j.mcna.2019.08.012. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712519300884>.
10. Nguyen V, Simon L, Jaqua E. (2016). Allergic Dermatoses. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 43 (3): 433–449. doi: org/10.1016/j.pop.2016.04.011. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095454316300239>.
11. Noe MH, Micheletti RG. (2020). Diagnosis and management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Clinics in Dermatology*. 6: 738–744. doi: org/10.1016/j.cindermatol.2020.06.016. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X20301498>.
12. Ozceker D, Haslak F, Dilek F, Sipahi S, Yucel E, Guler N, Tamay Z. (2019). Contact sensitization in children with atopic dermatitis. *Allergologia et Immunopathologia*. 47 (1): 47–51. doi: org/10.1016/j.aller.2018.06.002. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301054618301009>.

Відомості про авторів:

Мочульська Оксана Миколаївна — к.мед.н., асистент каф. дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: м. Тернопіль, майдан Волі, 1. <http://orcid.org/0000-0002-0426-9715>.

Стаття надійшла до редакції 27.07.2020 р.; прийнята до друку 10.12.2020 р.