

тенсивности при различных патологических состояниях у детей в амбулаторных условиях как недорогостоящий и удобный в применении препарат безре-

цептурного отпуска, который должен стать неотъемлемым атрибутом домашней аптечки.

© Мазурина Н.А., Котлуков В.К., 2005

Н.А. Мазурина, В.К. Котлуков

МАЗЬ Д-ПАНТЕНОЛ: ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОГО И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра поликлинической педиатрии (зав. проф. Б.М. Блохин)
Российского государственного медицинского университета, Москва

Кожа представляет собой защитный орган, благодаря своей прочности и способности выдерживать растяжение, давление, сжатие. У детей эта функция выражена значительно слабее. Об этом говорит и более легкая ранимость кожи, частая инфицируемость, связанная с недостаточной кератинизацией рогового слоя, его тонкостью, а также незрелостью местного иммунитета. Поверхность детской кожи суше, чем у взрослых, имеет более выраженную склонность к шелушению вследствие физиологического паракератоза и более слабого функционирования железистого аппарата кожи.

Перечисленные особенности делают кожу детей легко ранимой и склонной к воспалению и лежат в основе наиболее частых патологических изменений кожи — эритемы, пеленочного дерматита (ПД), опрелостей, себорейного дерматита и др. Склонность детской кожи к мацерации, легкая инфицируемость ее, обильное кровоснабжение обуславливают своеобразие проявлений кожных симптомов.

Известно, что эпидермис защищает кожу от воздействия факторов окружающей среды и состоит из клеток, которые соединены друг с другом посредством цементирующего вещества, в состав которого входят липиды: церамиды, незаменимые жирные кислоты, холестерол, триглицериды, сквален. Церамиды служат основными молекулами, задерживающими воду в экстрацеллюлярном пространстве ороговевающей оболочки. Гидролипидная пленка, покрывающая поверхность кожи, препятствует размножению патогенов, имея сапрофитную флору и кислую рН. Кроме того, она предотвращает потерю воды, позволяет коже осуществлять дыхательную функцию и секрецию кожного сала. Нарушение целостности гидролипидной пленки приводит к потере воды, повышению чувствительности сухой кожи к раздражителям, размножению бактерий. Клетки эпидермиса становятся несвязанными, что приводит к проникновению бактерий и аллергенов в более глубокие слои кожи.

Имеются значимые отличия в строении дермы у детей, которая имеет преимущественно клеточную структуру (у взрослых волокнистая структура с малым количеством клеточных элементов). Резорбтивная функция кожи у детей повышена вследствие тонкости рогового слоя и обилия сосудов. На этом, собственно, и основано применение многих лечебных мазей у детей.

Основным действующим веществом мази д-Пантенол (д-П) (маркетинг и дистрибуция на территории РФ — ОАО «Нижфарм», Россия) является декспантенол (провитамин В₅), компонентами основы являются безводный ланолин, белый вазелин, жидкий парафин, очищенная вода. Фармакологическое действие обусловлено противовоспалительным, дерматопротективным и регенерирующим свойствами. В организме образует активный метаболит — пантотеновую кислоту, являющуюся субстратным (единственным незаменимым компонентом) стимулятором синтеза кофермента А, который катализирует в организме ацетилирование, участвует практически во всех метаболических процессах (цикл трикарбоновых кислот, обмен углеводов, жиров и жирных кислот, фосфолипидов, белков и др.), что обеспечивает рост эпителия и быстрое заживление поврежденной кожи. Препарат разработан для наружной терапии заболеваний кожи. Показаниями для применения мази д-П являются раны, трещины, ожоги и другие заболевания, сопровождающиеся нарушением целостности кожных покровов. У детей мазь д-П применяют при ПД, царапинах и раздражении после воздействия солнца, для лечения и профилактики опрелостей. У кормящих мам д-П используют при трещинах и воспалении сосков молочных желез.

При назначении лекарственных средств (ЛС) для наружной терапии необходимо учитывать следующие требования: 1) безопасность и эффективность; 2) отсутствие побочных эффектов; 3) возможность длительного использования; 4) возможность

нанесения на большие площади пораженной кожи без системного воздействия; 5) удобство в использовании — отсутствие неприятного запаха и ощущения жира на коже; 6) доступная стоимость.

Следует заметить, что для оценки эффективности применения топического ЛС необходимо соблюдение определенных правил: 1) не следует нарушать лекарственную форму официального препарата, поскольку при этом меняются его физико-химические и фармакодинамические свойства; 2) нельзя смешивать мази и детские кремы; 3) не следует добавлять в мази различные растворы и масла; 4) не следует ожидать сиюминутного эффекта от наружных средств, поскольку их воздействие проявляется спустя несколько дней и закрепляется при длительном использовании.

Как и все топические препараты с эффектом заживляющего, улучшающего трофику и регенерацию тканей действия, д-П отвечает требованиям соотношения эффективность/безопасность и, учитывая социально-экономический статус нашего населения, стоимости ЛС.

В периоде новорожденности и грудном возрасте у детей одним из наиболее распространенных изменений кожи является ПД. Предрасполагающими факторами являются анатомо-физиологические особенности кожи детей этого возраста. Считается, что особенности кожи ребенка и ферменты кала (протеаза и липаза) в совокупности с механическим воздействием подгузников в местах соприкосновения вызывают развитие ПД, который проявляется покраснением, инфильтрацией кожи, появлением сыпи и эрозий, шелушением, что сопровождается беспокойством ребенка и отрицательно отражается на его общем состоянии. Вопросы терапии и профилактики ПД являются актуальной проблемой комфортного состояния маленьких детей.

Мазь д-Пантенол для наружного применения обладает свойством стимулировать эпителизацию кожи и оказывать противовоспалительный эффект за счет входящего в ее состав провитамина д-пантотеновой кислоты, который стимулирует рост эпидермиса. При поражении кожи и прилегающих тканей потребность в д-пантотеновой кислоте увеличивается. Мазь д-П сравнительно легко и глубоко проникает в кожу младенцев. По данным Научного центра здоровья детей РАМН (Москва) и кафедры детских болезней ММА им. И.М.Сеченова (Москва), мазь д-П имеет успешный опыт применения у новорожденных и детей грудного возраста, страдающих ПД. У большинства пациентов улучшение отмечалось уже на 2-е сутки от начала лечения (уменьшение эритемы, сыпи, сокращение площади поражения кожи). Средняя продолжительность курса терапии при легкой степени тяжести ПД составила 4—5 дней, при среднетяжелой — 5—7 дней. Выздоровление отмечалось в 100% случаев. Побочных эффектов при использовании мази д-П не наблюдалось, переносимость препарата была хорошей.

Подобным эффектом д-П обладает и в отношении потницы, при которой изменения на коже возникают в связи с дефектами ухода за кожей и неблагоприятными условиями окружающей среды, способствующими повышенному потоотделению.

Для профилактики ПД и потницы достаточно наносить мазь д-Пантенол 2 раза в день на область естественных складок и ягодич (во время утреннего туалета и после вечернего купания).

Довольно распространенной патологией детского возраста является атопический дерматит (АД). У больных АД имеются выраженные изменения поверхностного липидного слоя кожи, что приводит к развитию гиперкератоза и повышению трансэпидермальной потери жидкости, сухости кожи. Во время лечения детей, страдающих АД, каждому врачу приходится сталкиваться с довольно затруднительной ситуацией, а именно, — решать вопрос о дальнейшей тактике ведения больного после завершения курса топических глюкокортикостероидов (ГКС), когда сохраняются сухость и легкая раздражимость кожи в период достигнутой ремиссии заболевания. Длительное наружное применение большинства топических ГКС вызывает местные побочные реакции, в частности, атрофию кожи. В то же время на российском фармацевтическом рынке имеется большой выбор нестероидных топических препаратов, помогающих врачу и родителям решать проблему ведения ребенка в этот период болезни. Поэтому в настоящее время для ухода за сухой, склонной к воспалению кожей предпочтение отдается нестероидным ЛС, оказывающим местное противовоспалительное и регенерирующее действие. Одним из таких средств является мазь д-П.

При местном использовании мазь хорошо проникает в кожу и создает высокую концентрацию декспантенола в эпидермисе и дерме. Также она обладает увлажняющим действием, повышая гидратацию рогового слоя эпидермиса и снижая трансэпидермальную потерю жидкости. Это способствует смягчению кожи и делает ее более эластичной. Мазь д-П стимулирует эпителизацию, грануляцию, активирует пролиферацию фибробластов и снижает зуд кожи. Клинические рекомендации по применению мази д-П заключаются в использовании ЛС для поддержания ремиссии у больных АД: ежедневно в режиме 4-кратного нанесения на поврежденную кожу продолжительностью не менее 28 дней. Критериями эффективности применения мази служат уменьшение гиперемии, лихенизации и сухости кожи, заживление трещин. Однако необходимо помнить, что мазь д-П не является препаратом монотерапии АД, поэтому наряду с ним (как в комплексе, так и чередуя курсами, в зависимости от тяжести заболевания) могут использоваться другие местные ЛС, включая топические ГКС.

Мазь д-П достаточно успешно применяется при термических ожогах I степени различного проис-

хождения. Известно, что при термических ожогах I степени поражается эпидермис. Такие ожоги сопровождаются гиперемией вследствие расположенных в дерме сосудов и довольно болезненны не только при прикосновении, но и в покое. Примерно к 4-му дню поврежденный эпителий слущивается. Для заживления ожоговых ран эпителиальные клетки должны полностью покрыть поверхность дермы. Обладая регенерирующим, противовоспалительным и дерматопротективными свойствами, мазь д-П оказывает хороший лечебный эффект у детей с термическими ожогами I степени.

Солнечные ожоги чаще всего приравниваются к термическим ожогам I степени, поэтому применение мази д-П при этих состояниях, а также в случаях фотосенсибилизации является совершенно обоснованным. Д-пантотеновая кислота снимает воспалительные проявления на коже, оказывает регенерирующее действие на эпителиальные клетки, способствуя восстановлению эпидермиса.

При воздействии на детей с проблемной кожей неблагоприятных климатических факторов (влияние ветра, сырости, холода) мазь д-П может успешно применяться как с лечебной, так и профилактической целью при обветриваниях и легких обморожениях кожи, способствуя быстрому заживлению по-

врежденной кожи, снимая раздражение и чувство жжения, устраняя покраснение и отечность, избавляя от сухости и шелушения.

У кормящих мам довольно часто возникают трещины и мацерации сосков грудных желез, которые нередко приводят к инфицированию и развитию мастита. В подобных случаях мазь д-П может успешно применяться в качестве профилактического и лечебного средства. При этом достигается предотвращение болевых ощущений и создается благоприятный эмоциональный настрой кормящей матери, что способствует продлению лактации и грудного вскармливания ребенка. В таких случаях рекомендуется обрабатывать мазью д-П соски молочных желез после каждого кормления грудью.

Таким образом, суммируя спектр показаний для применения мази д-П у детей, можно выделить ряд преимуществ данного ЛС: высокая эффективность, подтвержденная опытом применения, широкий диапазон показаний, безопасность применения, возможность использования в профилактических целях, безрецептурный отпуск, доступная цена. Поэтому, мазь д-П можно рекомендовать в качестве необходимого компонента домашней аптечки как лечебное и профилактическое средство при поражениях кожи у детей различного генеза.

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИНГИБИТОРЫ ЦОГ2 И ПАРАЦЕТАМОЛ В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ

За последние 5 лет в Австралии быстро возросло применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у детей. Это прежде всего следствие легкой доступности ибупрофена как безрецептурного препарата. Несколько недавних случаев тяжелых побочных реакций (ПР) на НПВП, произошедших в Королевской детской больнице (КДБ) в Мельбурне (Австралия) заставили проанализировать все случаи реакций на эти лекарства в КДБ за последние 5 лет. Учитывались реакции на аспирин, целекоксиб, ибупрофен, индометацин, напроксен, парацетамол и рофекоксиб в предыдущее пятилетие, зафиксированные в базе данных больницы. Было отмечено 19 случаев ПР на НПВП и 6 — на парацетамол у больных в возрасте от 4 месяцев до 22 лет (средний возраст 10 лет). Среди побочных реакций преоб-

ладали сыпь (10), желудочно-кишечные расстройства (5) и респираторные симптомы (4). Отмечались случаи желудочно-кишечного кровотечения при приеме как целекоксиба, так и ибупрофена. Один больной погиб из-за тяжелого приступа астмы, развившегося при начале приема рофекоксиба. Воздействие НПВП является существенной причиной заболеваемости у детей. Тяжелые ПР вызывают как неселективные НПВП, так и более новые ингибиторы ЦОГ2. Общая тяжесть этих ПР высвечивает необходимость постоянной настороженности педиатров относительно ПР, как при применении проверенных препаратов, так и новых средств.

T. Titchen, N. Cranswick, S. Beggs // Br. J. Clin. Pharm. — 2005. — Vol. 59, № 6. — P. 750—755.