Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Сучасні можливості зовнішньої терапії атопічного дерматиту у дітей – чи щось змінилося?

Протягом останніх років спостерігається зростання значущості проблеми атопічного дерматиту в педіатрії, який досить часто є першим дзвіночком реалізації алергічної патології у дітей. Поширеність атопічного дерматиту в різних країнах світу згідно з даними ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) становить: в Австрії – 9,7-19,9%, у Латвії – 5,4-6,5%, у Польщі – 13,2-15,5%, у Фінляндії – 15-19%, у Швеції – 46,9-48,8%, у Росії – 5,9 - 40%. Водночас відомо, що частота даної патології в Україні згідно з даними офіційної статистики коливається в межах 3-10 випадків на 1000 дітей. Однак результати, отримані в окремих регіонах нашої країни на підставі досліджень за стандартизованою міжнародною програмою ISAAC, перевищують вказані вище показники в 5-10 разів.

Л.В. Беш

Таку ситуацію можна пояснити наявністю термінологічних відмінностей у трактуванні атопічного дерматиту у дітей, різними методичними підходами до проведення статистичних досліджень, клінічним і віковим поліморфізмом захворювання. Аналізуючи найсучасніші епідеміологічні дослідження, необхідно, на жаль, визнати, що в найближчі десятиліття немає перспективи ані знизити, ані стабілізувати показники частоти даної патології у дітей, однак існує можливість полегшення її перебігу шляхом своєчасної діагностики і призначення адекватного лікування. Чи в повному об'ємі вдається реалізувати цю можливість? На жаль, ні. Не зважаючи на потужний поступ у розумінні механізмів розвитку атопічного дерматиту і загальновизнані ефективні схеми лікування, лікарі не можуть похвалитися добрим контролем захворювання. В одній публікації складно проаналізувати всі труднощі у веденні пацієнтів, хворих на атопічний дерматит. Саме тому мова йтиме лише про одну терапевтичну проблему, яка неоднозначно трактується сьогодні – зовнішню терапію атопічного дерматиту. Наше бачення цієї проблеми, сформоване на підставі багаторічного досвіду роботи кафедри педіатрії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та Львівського міського дитячого алергологічного центру, виходить з того, що зовнішня терапія атопічного дерматиту має бути патогенетично обгрунтованою і проводитися диференційовано, базуючись на оцінці патологічних змін на шкірі. Іншими словами, визначаючи тактику такої терапії лікарі сповідують принцип індивідуалізації лікування, пам'ятаючи один з основних постулатів медицини – «лікувати не хворобу, а хворого».

Відомо, що зовнішня терапія атопічного дерматиту передусім спрямовується на такі аспекти:

- **зменшення й усунення ознак запалення шкіри та пов'язаних з ним симптомів шляхом призначення протизапальних, антигістамінних препаратів;**
- **лікування та профілактику вторинної інфекції;**
- **підвищення бар'єрної функції шкіри, відновлення водно-ліпідної плівки епідермісу із застосуванням пом'якшувальних і поживних засобів, що значною мірою сприяє зменшенню і ліквідації сухості шкіри;**
- **елімінацію біологічно активних речовин і деструктивних субстанцій та захист шкіри від несприятливого впливу зовнішнього середовища шляхом призначення очищувальних і зволожувальних засобів.**

Призначаючи терапію, лікар має здійснити три прості кроки. Передусім слід заспокоїти батьків, переконавши їх у тому, що ситуацію можна контролювати і навіть у разі приєднання вторинної інфекції така дитина не несе особливої небезпеки для оточення. Для такої роботи потрібен час, і необхідно його знайти, щоб досягти порозуміння між усіма учасниками лікувального процесу.

Другий крок лікарської тактики – детальний аналіз клінічної картини захворювання. Передусім слід з'ясувати для себе природу шкірних змін. Наш досвід показав, що лікарі, оглядаючи таких пацієнтів, далеко не завжди торкаються пальцями до шкіри хворої дитини. У такому разі практично неможливо призначити адекватну зовнішню терапію, адже правильний вибір можна зробити, лише відчувши на дотик стан шкіри.

І останній тактичний крок – дати конкретні поради, оформити їх у письмовому вигляді. Наші поради стосовно зовнішньої терапії мають містити чіткі відповіді на питання: з чого починаємо, що вибираємо, які кількості зовнішнього засобу використовуємо? Рекомендації слід розписати погодинно. Необхідно виробити у пацієнтів навик постійного щоденного догляду за шкірою. Дитина і її сім'я мають зрозуміти, що лікувальні засоби, зволоження і збільшення жирності шкіри – три складові успішної зовнішньої терапії. Запорукою успішного лікування є висока прихильність пацієнтів до запропонованої терапії. Одним із способів мотивації хворого є тісне спілкування всіх учасників лікувального процесу (лікаря, хворої дитини та її родини), часті візити в клініку, дуже конкретні, чіткі терапевтичні інструкції та постійний лікарський контроль за їх виконанням.

Перед застосуванням зовнішніх лікарських засобів треба очистити шкіру хворої дитини від гною, кірочок, лусочок, залишків використаних препаратів, які її подразнюють. Очищення шкіри сприяє тіснішому контакту з нею лікарських речовин і, таким чином, дозволяє досягти бажаного терапевтичного ефекту. Треба дотримуватися певної послідовності використання і проведення зміни зовнішніх лікарських форм залежно від гостроти і динаміки шкірного процесу (табл.).

Призначаючи зовнішню терапію, слід пам'ятати, що перед застосуванням нового лікувального засобу треба переконатися, що пацієнт добре його переноситиме. З цією метою рекомендується проводити шкірно-аплікаційну пробу.

Поширеною помилкою лікарів є заборона купатися дітям з атопічним дерматитом, особливо під час загострення. Ця рекомендація є слушною у разі вторинного інфікування шкіри. У всіх інших випадках ми рекомендуємо щоденні гігієнічні ванни, які очищують і зволожують шкіру, підсилюють проникнення зовнішніх препаратів, створюють відчуття комфорту, приносять дитині задоволення. Вода для купання має бути негарячою, рекомендується додавати у воду спеціальні засоби для її пом'якшення, у разі доброго сприйняття можна застосовувати ванни з додаванням відвару кореня лопуха. У разі сухості шкіри – ванни з відваром насіння льону, крохмалем.

Після купання шкіру необхідно промокнути (не терти!) і одразу нанести пом'якшувальні та зволожувальні засоби.

У разі вираженої ексудації, коли підвищується небезпека приєднання інфекції, зовнішнє лікування починають з примочок або ванночок, для яких найкраще застосовувати розчин риванолу 1:1000. Після чого наносять органічні анілінові барвники – 1% водний розчин метиленового синього, фукорцин.

Однак слід пам'ятати, що барвники наносять на дуже обмежені поверхні, оскільки їх всмоктування може призвести до вияву токсичного впливу. Хочу відзначити, що протягом останніх років ми практично відмовилися від застосування примочок, оскільки вони дають дуже короткочасний ефект.

Описана вище попередня обробка зони ураження робить можливим застосування в подальшому кремів і мазів, що містять протизапальні та антибактеріальні препарати.

Сьогодні фармацевтичні компанії постачають на український ринок великий арсенал протизапальних лікарських препаратів, які успішно використовуються для лікування атопічного дерматиту у дітей, але нерідко єдиним виходом у лікуванні його шкірних проявів є призначення топічних глюкокортикоїдів (ГК). Місцеве застосування ГК базується на їх протизапальній, епідермостатичній, антиалергічній, місцевознеболювальній дії. Відомо, що топічні ГК характеризуються не лише різною силою терапевтичного впливу, але й різним профілем безпеки. Тому особливо актуальним є пошук препарату, який був би високоефективним і водночас максимально безпечним для дітей. Сьогодні доведено, що ідеальний топічний ГК має володіти потужною протизапальною дією, низькою системною біодоступністю, швидким початком дії і мінімальними місцевими побічними ефектами. Саме таким вимогам повною мірою відповідає добре вивчений в клінічних умовах препарат гідрокортизону Локоїд, який випускається в різних лікарських формах: мазь (100% жиру), ліпокрем (70% жиру), крем (30% жиру), крело (15% жиру). Локоїд крем можна застосовувати у дітей з шестимісячного віку, він характеризується низьким ризиком розвитку місцевих і системних побічних реакцій, може застосовуватися на ділянках шкіри з високою абсорбцією (обличчя, складки). Широкий спектр лікарських форм дозволяє використовувати цей препарат в різних клінічних ситуаціях. Зокрема, у разі наявності підгострого запалення і вираженої сухості шкіри перевагу треба надавати застосуванню Локоїду ліпокрему. Водночас за умови розвитку гострого запального процесу на обличчі, волосистій частині голови і в шкірних складках, який супроводжується мокнуттям, оптимальним вибором буде призначення Локоїд крело. Слід зауважити, що застосовувати препарат на обличчі слід з обережністю. За наявності гострого запалення без мокнуття ми віддаємо перевагу застосуванню крему. Локоїд у вигляді мазі особливо ефективний у дітей з вираженою хронізацією запального процесу, наявністю ліхеніфікації, значної інфільтрації шкіри та нестерпного свербіння.

Раціональне застосування топічних ГК передбачає їх короткочасне призначення до появи ознак помітного покращення, ротацію з зовнішніми нестероїдними засобами, вибір препарату з високим терапевтичним індексом, нанесення оптимальної кількості на вогнище ураження. При лікуванні топічними ГК для зменшення ризику ускладнень застосовують різні методики:

- тандем-терапію – почергове нанесення по 1 разу на добу стероїдного препарату і індиферентного засобу;
- почергове лікування – нанесення топічного ГК по черзі на різні ділянки ураження;
- штриховий метод – штрихове нанесення топічних ГК (особливо показане у випадку ураження великих ділянок шкіри).

На сьогоднішній день доведено, що у разі розвитку загострення атопічного дерматиту, особливо за умови безконтрольного застосування топічних ГК, з поверхні шкіри пацієнтів практично в 100% випадків висівають різні мікроорганізми, причому їх кількість значно перевищує показники посівів зі шкіри здорових осіб. У хворих на атопічний дерматит традиційно виявляють грампозитивні бактерії (Staphylococcus spp., зокрема S. aureus, Streptococcus spp., Micrococcus spp., пропіонібактерії, коринеформні бактерії), грамнегативні бактерії (Proteus spp., Klebsiella spp., Escherichia spp., Pseudomonas spp.), а також дріжджеподібні гриби (роду Candida, Malassezia, Rhodotorula). Ці мікроорганізми запускають каскад імунних реакцій, які призводять до ушкодження епідермальних клітин, що в свою чергу підвищує здатність до адгезії на поверхні шкіри ще більшої кількості мікроорганізмів. Ситуація значною мірою ускладнюється постійним механічним ушкодженням шкіри (через розчухування) та порушенням локальної імунної відповіді. Окрім цього, запальний процес супроводжується виділенням фібриногену і фібронектину, які є прекрасним субстратом для мікробної колонізації. Водночас життєдіяльність бактерій полегшується і характерним для атопічного дерматиту дефіцитом ліпідів (цераміди, сфінгозин), які володіють антимікробними властивостями. Більше того, протягом останніх років доведено, що порушення епідермального бар'єру може посилюватися тривалою монотерапією топічними ГК. Така складна і неоднозначна ситуація потребує серйозної корекції зовнішньої терапії атопічного дерматиту.

У випадках вторинного інфікування елементів атопічного дерматиту бактеріальною чи грибковою флорою лікування починають із застосування розчину риванолу та анілінових барвників, після чого призначають топічні протизапальні, антибактеріальні і протигрибкові препарати. Саме для лікування таких пацієнтів були створені комбіновані препарати, які окрім стероїду містять антибактеріальний і/або протигрибковий агент. Представником такої вдалої комбінації є препарат Пімафукорт, в 1 г якого міститься 10 мг натаміцину, 3,5 мг неоміцину сульфату і 10 мг гідрокортизону. Натаміцин – антибіотик з групи полієнових макролідів, який володіє широким спектром протигрибкової активності і практично не потрапляє в системний кровообіг (діє виключно місцево). Неоміцин – антибіотик аміноглікозидного ряду,

Таблиця. Послідовність використання лікарських форм залежно від гостроти і динаміки шкірного процесу

Характер запального процесу	Лікарська форма
Гостре запалення з мокнуттям	Примочки, аерозолі, лосьйони, розчини
Гостре запалення без мокнуття	Водні бовтанки, креми, ліпокреми, пасти
Підгостре запалення	Креми, ліпокреми, пасти, присипки
Хронічне неспецифічне запалення	Мазі
Виражена інфільтрація і ліхеніфікація	Мазі, креми з кератолітичними препаратами
Стадія регресу	Мазі, креми з додаванням зволожувальних засобів і вітамінів

який має виражену бактерицидну дію і на відміну від гентаміцину не характеризується високими показниками резистентності.

Нас зацікавив препарат Пімафукорт перш за все тому, що він має доказаний високий профіль безпеки і дозволений до застосування у дітей. Більше того, доведена можливість його нанесення на найбільш чутливі ділянки шкіри (складки, статеві органи, обличчя, звичайно ж, з обережністю), що робить препарат особливо привабливим у педіатрії. Безперечною перевагою Пімафукорту є те, що в силу широти терапевтичного ефекту допустимим є його емпіричне призначення у разі не встановленої етіології вторинного інфікування шкіри. Усі перераховані вище дані, а також доказана в багатоцентрових дослідженнях висока ефективність препарату при різноманітних варіантах інфікованих дерматозів (атопічний дерматит, рецидивний кандидоз крупних складок тощо), визначили актуальність і мету нашого дослідження.

Ми провели відкрите рандомізоване контрольоване дослідження ефективності і переносимості препарату Пімафукорт серед 36 дітей віком від 1 року до 16 років. Дослідження здійснювалося в умовах Львівського міського дитячого алергологічного центру в період з грудня 2013 по травень 2014 року. Критеріями включення в дослідження були: загострення атопічного дерматиту з ознаками вторинного інфікування шкіри, наявність згоди батьків на проведення дослідження. Критеріями виключення були: відома підвищена чутливість до препарату, недотримання правильного режиму його застосування. Наявність двох лікарських форм препарату Пімафукорт (крем і мазь) дозволила нам використовувати його у різних клінічних ситуаціях. У разі наявності гострого запалення і незначно вираженої сухості шкіри перевагу надавали застосуванню крему, а за умови вираженої інфільтрації шкіри, наявності ліхеніфікації, значної сухості шкіри та нестерпного свербіння застосовували мазь. Препарати призначали двічі на добу протягом 5-14 днів. Аналіз ефективності препарату Пімафукорт проводився на підставі вивчення динаміки зменшення симптомів загострення шкірного процесу та вторинного інфікування.

Після досягнення доброго терапевтичного ефекту ми відходили від топічних стероїдів завдяки застосуванню топічних інгібіторів кальциневрину (ТІК) пімекролімусу або такролімусу.

Призначаючи лікування атопічного дерматиту, треба пам'ятати, що стратегія зовнішньої терапії включає не лише протизапальну терапію і лікування вторинної інфекції, але й догляд за шкірою.

Свербіння і сухість шкіри утримуються довгий час після зняття загострення атопічного дерматиту, шкіра залишається вразливою, її захисні властивості значно знижені. Протягом багатьох років триває дискусія, предметом якої є пошук відповіді на питання: що є первинним, а що вторинним – сухість шкіри чи її запалення? Отримані в останні роки дані біохімічних досліджень свідчать, що у дітей, хворих на атопічний дерматит, реєструється порушення властивостей ліпідів (церамідів) шкіри. Порівняно зі здоровою, суха шкіра втрачає еластичність, що призводить до її пошкодження і появи болючих тріщин. Саме тому у разі атопічного дерматиту шкіра потребує догляду в будь-який період хвороби – і при загостренні, і в ремісії. У процесі нашого дослідження всі пацієнти отримували засоби лікувальної дерматологічної косметики (Локобейз Ріпеа тощо). Важливо пам'ятати, що всі ці засоби треба наносити на шкіру перед аплікацією топічних ГК. У разі застосування пімекролімусу лікувальну косметику аплікують одразу після його нанесення, водночас після застосування такролімусу не можна використовувати засоби для зволоження шкіри протягом 2 год. Однак, якщо дитина приймала водні процедури, зволожуючі засоби наносять на шкіру перед нанесенням як стероїдних, так і ТІК.

Отримані нами результати дослідження свідчать про те, що комбінований препарат Пімафукорт є ефективним у зовнішньому лікуванні інфікованих форм атопічного дерматиту дітей. Препарат добре переносився дітьми. Його використання дозволяло швидко (уже з 2-4-го дня застосування) досягти регресії симптомів загострення шкірного процесу. Перехід з 5-14-го дня лікування на застосування ТІК і постійне використання засобів лікувальної косметики дозволили закріпити терапевтичний ефект. Тісне спілкування всіх учасників лікувального процесу (лікаря, хворої дитини та її родини), часті візити в клініку, дуже конкретні, чіткі терапевтичні інструкції та постійний лікарський контроль за їх виконанням дозволили досягти високої прихильність пацієнтів до запропонованої терапії, що стало запорукою успішного лікування.

Аналізуючи попередню ефективність зовнішньої терапії атопічного дерматиту у наших пацієнтів, ми виявили, що основна увага приділялася лікуванню загострення шкірного процесу. Тоді як проблеми, пов'язані із зміною структури, сухістю шкіри, дуже рідко вирішуються в потрібному об'ємі. На цьому не акцентували увагу лікарі, про це практично нічого не знали пацієнт і його родина. Досвід роботи Львівського міського дитячого алергологічного центру доводить, що індивідуальна освітня робота з пацієнтом і його сім'єю дозволяє виробити навички постійного щоденного догляду за шкірою. Дитина і її сім'я мусять зрозуміти, що навіть у разі відсутності клінічних симптомів слід продовжувати застосування спеціальної лікувальної косметики. Сьогодні доведено, що правильно організований догляд попереджує загострення атопічного дерматиту і зменшує потребу використання топічних стероїдів. Засоби, які застосовуються для зволоження шкіри, виявляють пряму (забезпечення вологою) і опосередковану (перешкода втрат вологи) дію. Однак основна вимога до лікувальної косметики – комфортність для пацієнта. Тому надзвичайно важливим є індивідуальний підбір засобів для догляду за шкірою. Засоби лікувальної дерматологічної косметики ніжно і ефективно доглядають шкіру наших малят, при цьому частота їх нанесення протягом дня визначається індивідуальною потребою.

Таким чином, успішна зовнішня терапія атопічного дерматиту – непросте завдання. Вона потребує великої уваги лікаря, витримки батьків і має містити комплекс терапевтичних заходів, які підбираються індивідуально та проводяться систематично і тривало. Сьогодні в руках вітчизняних педіатрів є достатньо ефективних засобів для зовнішнього лікування даної патології у дітей. Існують протокольні стандарти, які визначають напрямок і стратегічний план лікування. Однак лише власний досвід і індивідуальний підхід до кожного хворого дає можливість обрати правильну лікувальну тактику. І тут не існує однозначних рецептів, а успіх визначається нашим вмінням працювати з хворим.

Список літератури знаходиться в редакції.

ПІМАФУКОРТ® (PIMAFUCORT®)

Склад:
діючі речовини: натаміцин, гідрокортизон, неоміцин;
1 г крему/мазі містить: натаміцину 10 мг; гідрокортизону 10 мг; неоміцину 3,5 мг.

Показання. Короткочасне лікування поверхневих дерматозів, які піддаються кортикостероїдній терапії і ускладнені вторинною бактеріальною та/або грибковою інфекцією (особливо викликаною грибами роду Candida, чутливими до неоміцину та натаміцину).

Протипоказання. Оскільки Пімафукорт® містить гідрокортизон (кортикостероїд слабкої дії), існують наступні протипоказання:
- захворювання шкіри, викликані наступними чинниками:
  - первинними бактеріальними інфекціями;
  - вірусними інфекціями;
  - первинними інфекціями, викликаними грибками та дріжджами;
  - паразитарними інфекціями.
- Виразки на шкірі, рани, трофічні виразки, опікові рани.
- Побічні реакції, викликані кортикостероїдами (періоральний дерматит, стрії).
- Іхтіоз, ювенільний підошовний дерматоз, звичайне акне, розацеа, ламкість кровоносних судин шкіри, атрофія шкіри.
- Дитячий вік до 1 року.

Окрім того, Пімафукорт® не слід застосовувати у разі гіперчутливості до компонентів препарату, неоміцину, натаміцину або кортикостероїдів (що трапляється дуже рідко).

Спосіб застосування та дози. Препарат наносять тонким шаром на уражені ділянки шкіри 2–4 рази на добу. Тривалість курсу лікування визначається індивідуально лікарем залежно від характеру захворювання. Курс лікування, як правило, не має перевищувати 14 днів.

Побічні реакції.
Рідко (>0,01%, <0,1%)
Розлади з боку ендокринної системи.
Адренокортикальна супресія внаслідок місцевого застосування препаратів, що містять кортикостероїди, рідко спостерігається у дорослих, і не передбачається, що вона може виникнути внаслідок застосування Пімафукорту®. Можливість розвитку системних ефектів збільшується при використанні оклюзійної пов'язки, нанесенні на великі ділянки шкіри, при застосуванні протягом тривалого часу, а також у дітей.
Розлади з боку шкіри та підшкірної клітковини.
При застосуванні Пімафукорту® спочатку може виникнути незначне загострення на місці ураження, що не потребує припинення лікування:
- реакції гіперчутливості, печіння та подразнення шкіри, дерматит, екзема, контактний дерматит;
- можуть виникнути наступні побічні ефекти кортикостероїдів, але їх вірогідність при застосуванні гідрокортизону нижча, ніж тих, що виникають при застосуванні сильніших кортикостероїдів:
  - атрофія шкіри, часто необоротна, що супроводжується стоншенням шкіри, телеангіоектазіями, пурпурою та стриями;
  - розацеаподібний і періоральний дерматит, що супроводжується або не супроводжується атрофією шкіри;
  - ефект «рикошету», що може викликати звикання до кортикостероїдів;
  - сповільнене загоювання ран;
  - депігментація, гіпертрихоз.

Ризик виникнення місцевих побічних реакцій зростає при збільшенні тривалості лікування. Використання оклюзійної пов'язки (целофанової) або застосування у ділянці шкірних складок збільшує такий ризик. Шкіра обличчя, волосистої ділянки шкіри голови та геніталій є особливо чутливою до виникнення місцевих реакцій.
При невідповідному застосуванні крему/мазі бактеріальні, паразитарні, грибкові та вірусні інфекції можуть маскуватися та/або загострюватися.
Дуже рідко (<0,01%)
Розлади з боку органа зору: підвищення внутрішньоочного тиску, збільшення ризику розвитку катаракти.

Передозування. Даних щодо випадків передозування немає. Є теоретична можливість ототоксичної дії неоміцину у разі нанесення препарату на ділянку зовнішнього слухового проходу при наявності перфорації барабанної перетинки та прямої дії неоміцину на середнє вухо.

Особливості застосування.
Пімафукорт® у формі крему/мазі найбільш придатний для лікування хронічних захворювань шкіри, при яких виникають ураження, що супроводжуються сухістю шкіри, утворенням ластовиння та тріщин, а також для лікування себореї.
При невідповідному застосуванні препарату бактеріальні, паразитарні, грибкові та вірусні інфекції можуть маскуватися та/або загострюватися. Не слід наносити препарат на повіки через можливість потрапляння на кон'юнктиву і підвищений ризик розвитку глаукоми або субкапсулярної катаракти.
При нанесенні Пімафукорту® на великі діянки шкіри, при застосуванні дітям або з використанням оклюзійної пов'язки (досвід використання якої обмежений), необхідно брати до уваги можливість виникнення адренокортикальної супресії.
Існує можливість як перехресної сенсибілізації між неоміцином та такими хімічно спорідненими антибіотиками, як канаміцин, пароміцин і генцитамін, так і перехресної резистентності між неоміцином та іншими аміноглікозидами. Відповідно, для підтримання необхідних рівнів аміноглікозидів необхідно якомога чіткіше дотримуватися показань щодо застосування та тривалості лікування.
Слід уникати довготривалого лікування та нанесення крему/мазі на рани або пошкоджену шкіру через теоретичний ризик ототоксичності та нефротоксичності внаслідок всмоктування неоміцину.
Застосування комбінації кортикостероїдів, протигрибкових препаратів та антибіотиків показане лише за виняткових обставин. Необхідно поставити правильний діагноз з метою виключення можливості резистентності мікроорганізмів. В окремих випадках існує необхідність у застосуванні двох або більше діючих речовин. Тим не менше, часто бажаний результат можна досягти, використовуючи препарат, що містить одну діючу речовину.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.
Дані про лікарську взаємодію Пімафукорту® відсутні.

Умови зберігання.
Зберігати при температурі не вище 25 °С.
Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 15 г крему/мазі у тубі; по 1 тубі в картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Комбінований препарат для терапії поверхневих дерматозів, ускладнених вторинною бактеріальною та/або грибковою інфекцією

- Зберігає високу активність в умовах зростання резистентності мікроорганізмів*
- Підходить для використання на чутливих ділянках шкіри (обличчя, складки) і у дітей старше 1 року.

1 грам мазі/крему містить:
натаміцину 10 мг, неоміцину 3,5 мг, гідрокортизону 10 мг

Література:
1. Решедько Г.К. Автореферат дисс. канд. мед. наук, Смоленск, 1997.
2. Інструкція для медичного застосування препарату Пімафукорт®.

astellas
Свет, ведущий к жизни
Пімафукорт®

Перед застосуванням ознайомтесь з повною інструкцією на медичний препарат.
Представництво Астеллас Фарма Юроп Б.В.
04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, кор. 7-В, оф. 41; тел. +38 044 4906825.

Р.п. № UA/4476/02/01 та UA/4476/01/01 від 28.01.2011.