



Атопический дерматит: знаете ли Вы, что...

На протяжении нескольких последних десятилетий отмечается неуклонный рост распространенности аллергических заболеваний, одно из ведущих мест среди которых занимает атопический дерматит (АД). Именно АД стал предметом пристального внимания ученых из различных отраслей медицинской науки, посвятивших множество исследований, систематических обзоров и метаанализов проблеме своевременной диагностики, адекватной терапии и эффективной профилактики данного заболевания.

В настоящей статье представлены интересные факты и необычные открытия, а также результаты последних рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), раскрывающие современные нюансы лечения и профилактики АД. Итак, известно ли вам, что...

Контакт с домашними животными снижает вероятность возникновения АД

Детям, страдающим АД, следует содержать домашних питомцев, ведь, по мнению С. Pelucchi и соавт. (2013), «контакт с собаками и другими домашними животными оказывает благоприятное воздействие на риск возникновения АД у младенцев и детей дошкольного возраста». К такому утешительному выводу исследователи пришли, выполнив метаанализ 21 когортного исследования. Полученные результаты подтвердили низкую вероятность развития АД при наличии у пациента любого домашнего животного по сравнению с его отсутствием (относительный риск (ОР) 0,75; 95% ДИ 0,67-0,85; $I^2=54\%$; данные 11 исследований). Весьма желателен близкий контакт ребенка с собаками, так как нахождение в доме этого верного четвероногого снижает риск возникновения АД (ОР 0,72; 95% ДИ 0,61-0,85; $I^2=46\%$; данные 15 исследований). В то же время ученые не зафиксировали достоверной связи между наличием в доме кошки и вероятностью появления симптомов АД (ОР 0,94; 95% ДИ 0,76-1,16; $I^2=54\%$; данные 13 исследований).

Избыточная масса тела — фактор риска развития АД

«Избыточная масса тела и ожирение являются значимыми факторами риска развития АД», — утверждают А. Zhang и соавт. (2015), основываясь на результатах метаанализа 30 обсервационных исследований. Оказывается, пациенты, страдающие ожирением (отношение шансов (ОШ) по критерию Кохрана-Мантеля-Хензеля (КМХ) 1,68; 95% ДИ 1,54-1,84; ОШ для модели случайных эффектов (МСЭ) 1,47; 95% ДИ 1,21-1,79) или имеющие избыточную массу тела (ОШ по критерию КМХ 1,27; 95% ДИ 1,19-1,36; ОШ для МСЭ 1,23; 95% ДИ 1,11-1,41), чаще болеют АД, чем лица с нормальной массой тела.

Выполнив анализ чувствительности полученных данных, ученые установили, что выявленная закономерность характерна как для детской, так и для взрослой популяции: наивысший риск развития АД имеют дети с избыточной массой тела (ОШ для МСЭ 1,24; 95% ДИ 1,08-1,43) или с сопутствующим ожирением (ОШ для МСЭ 1,44; 95% ДИ 1,12-1,86), а также взрослые лица с ожирением (ОШ для МСЭ 1,56; 95% ДИ 1,24-1,95) или имеющие избыточную массу тела/ожирение (ОШ для МСЭ 1,29; 95% ДИ 1,05-1,59).

Больные АД относятся к группе высокого риска развития лимфомы

Авторы метаанализа 24 литературных источников утверждают, что больным АД свойственен высокий риск развития лимфомы (относительный риск — ОР — 1,43;

95% ДИ 1,12-1,81). L. Legendre и соавт. (2015) отмечают, что такой результат был получен при анализе данных когортных исследований, тогда как в испытаниях по типу «случай—контроль» указанная зависимость не была подтверждена (ОШ 1,18; 95% ДИ 0,94-1,47). Среди значимых факторов риска возникновения опухолевого заболевания лимфатической ткани исследователи особо выделили тяжелое течение АД и применение сильнодействующих топических кортикостероидов. Ученые считают топические ингибиторы кальциневрина наиболее безопасными препаратами в отношении развития лимфомы, так как взаимосвязь между использованием такролимуса и возникновением Т-клеточной лимфомы была зафиксирована только в одном исследовании.

Эмолиент следует наносить на кожу после приема ванны

Согласно современным рекомендациям эмолиент необходимо наносить на кожу непосредственно после приема ванны. При этом оптимальная частота его применения четко не регламентируется, но поощряется неоднократное использование увлажняющего крема-эмульсии на протяжении суток (J.P. Ng и соавт., 2015). Известна рекомендуемая недельная доза эмолиента, которая составляет 250-500 г (предположительно, применение увлажняющего крема-эмульсии именно в этой дозировке позволяет уменьшить суточную дозу кортикостероидов). В то же время первичная профилактика развития АД у детей из группы высокого риска посредством регулярного использования эмолиентов не рекомендуется (J.P. Ng и соавт., 2015).

Ежедневное применение эмолиента может предупредить развитие АД у новорожденных

Несколько иного мнения придерживаются японские ученые во главе с K. Horigimukai (2014), которые в ходе проспективного РКИ установили, что ежедневное нанесение увлажняющего крема-эмульсии на сухую кожу новорожденных, склонных к атопии, на протяжении первых 32 нед жизни позволяет снизить вероятность развития АД на 32% по сравнению с контролем ($p=0,012$). Несмотря на применение эмолиента, уровень аллергической сенсibilизации (рассчитанный на основании уровня антител IgE к яичному белку) у детей с клиническими проявлениями АД/экземы значительно превосходил аналогичный показатель у новорожденных, не имевших подобных повреждений кожных покровов (ОШ 2,86; 95% ДИ 1,22-6,73). Таким образом, использование увлажняющего крема-эмульсии позволяет достичь клинического улучшения, не влияя на уровень аллергической сенсibilизации.

Эмолиент можно сочетать с косметическими средствами

Применение косметического очищающего средства, обогащенного керамидами, перед нанесением эмолиента 2 р/сут на протяжении 6 нед позволяет значительно снизить тяжесть АД, рассчитанную по шкале SCORAD, как у детей, так и у взрослых (в обоих случаях $p=0,0001$), уменьшить интенсивность зуда ($p=0,0001$), а также улучшить качество жизни больных АД (C.W. Lynde и соавт., 2014).

Эффективность применения пробиотиков в лечении АД зависит от возраста пациента

Авторы метаанализа 25 РКИ ($n=1599$) — S.O. Kim и соавт. (2014) — считают целесообразным применение пробиотиков для лечения АД, так как их назначение позволяет существенно снизить тяжесть клинических проявлений заболевания, оцененных по шкале SCORAD (средние значения -4,51; 95% ДИ от -6,78 до -2,24). При этом наиболее эффективно назначение пробиотических препаратов взрослым пациентам (значения SCORAD -5,25; 95% ДИ от -13,28 до -3,25) и детям в возрасте от 1 до 18 лет (значения SCORAD -5,74; 95% ДИ от -7,27 до -4,20), тогда как результативность применения пробиотиков у младенцев (<1 года) не доказана.

Пробиотические препараты обладают противозудными свойствами

Многообещающие результаты получили М. Matsumoto и соавт. (2014), рекомендуя взрослым пациентам с АД принимать пробиотический препарат, содержащий штамм *Bifidobacterium animalis subsp lactis* LKM512. Прием LKM512 не только уменьшал выраженность зуда, но и способствовал увеличению экспрессии одного из метаболитов кинуреновой кислоты, обладающего противозудными и антиноцицептивными свойствами. М. Matsumoto и соавт. считают пробиотический штамм LKM512 «потенциально эффективным терапевтическим средством для уменьшения интенсивности кожного зуда у больных АД».

Пробиотики уменьшают риск атопической сенсibilизации у детей

N. Elazab и соавт. (2013) рекомендуют включать в схему лечения детей, больных АД, пробиотические препараты, так как применение этих медикаментов позволяет снизить уровень общего IgE (в среднем на -7,95 МЕ/мл; 95% ДИ от -19,96 до -0,22; $p=0,044$). Кроме того, результаты метаанализа нескольких РКИ, выполненного этими же исследователями, свидетельствуют, что пробиотики уменьшают риск атопической сенсibilизации при условии их пренатального (ОР 0,88; 95% ДИ 0,78-0,99; $p=0,035$ для

положительного результата скарификационной пробы) и постнатального (ОР 0,86; 95% ДИ 0,75-0,98; $p=0,027$ для положительного результата скарификационной пробы) приема.

Мометазона фуруат — эффективный и безопасный кортикостероид для топической терапии АД

Топические кортикостероиды (ТКС) считаются препаратами выбора при наружной терапии АД, однако необходимо помнить о возможности развития побочных эффектов, особенно при длительном применении. Основными побочными эффектами являются: атрофия кожи за счет уменьшения выработки фибробlastами коллагена, гипертрихоз, телеангиэктазии, стероидные акне, застойная гиперемия, замедленное заживление ран, присоединение вторичной инфекции (грибковой, вирусной, бактериальной). Длительное использование этих препаратов, особенно в детском возрасте, может привести и к системным проявлениям: задержке роста, артериальной гипертензии, синдрому Кушинга.

Согласно современным клиническим рекомендациям в лечении АД предпочтение отдается ТКС с высоким профилем безопасности и активности противовоспалительного эффекта, таким как мометазона фуруат. При проведении клинических исследований эффективность мометазона фуруата оказалась выше, чем у целого ряда фторированных ТКС, таких как бетаметазона дипропионат, бетаметазона валерат, триамцинолона ацетонид, фтороценолона ацетонид. Интерес представляет прежде всего сочетание мощного противовоспалительного действия и хорошей переносимости мометазона фуруата. Последнее качество не свойственно другим препаратам из II-IV групп активности. При изучении переносимости выявлено, что по безопасности мометазона фуруат аналогичен гидрокортизону, относящемуся к группе слабоактивных кортикостероидов. При длительном (более года) применении мометазона фуруата никаких клинических или гистологических признаков (даже начальных) развития атрофии кожи выявлено не было.

Инновационный препарат дупилумаб успешно применяется в лечении АД

Первые сообщения об успешном клиническом применении дупилумаба (человеческого моноклонального антитела к α -субъединице IL-4-рецептора, блокирующей сигнальные пути интерлейкинов 4 и 13) проанализировали L.A. Beck и соавт. (2014). Исследователи рассмотрели результаты четырех РКИ, в трех из которых дупилумаб использовался в качестве монотерапии, а в одном — в комбинации с топическими кортикостероидами. По результатам двух РКИ, 4-недельная монотерапия дупилумабом приводила к быстрому и дозозависимому улучшению клинической картины, нормализации уровня биохимических маркеров и транскриптома.

По данным одного РКИ, в котором дупилумаб назначался в качестве монотерапии на протяжении 12 нед, использование этого моноклонального антитела

Продолжение на стр. 24.



Атопический дерматит: знаете ли Вы, что...

Продолжение. Начало на стр. 23.

позволило снизить значения индекса EASI (показателя, отражающего распространенность и тяжесть сыпи при АД, экземе) на 50% (50 vs 35% в группе дупилумаба и плацебо соответственно; $p < 0,001$); достичь значений индекса EASI 0-1, свидетельствующих о заживлении повреждений кожных покровов (40 vs 7% соответственно; $p < 0,001$); снизить интенсивность зуда (55,7 vs 15,1% соответственно; $p < 0,001$). По результатам одного РКИ, 50% снижение индекса EASI отмечалось у 100% пациентов, получавших 4-недельную комбинированную терапию дупилумабом и топическим кортикостероидом, по сравнению с 50% в группе плацебо ($p = 0,002$).

Исследователи подчеркнули тот факт, что клиническое улучшение в основной группе было достигнуто несмотря на то, что суточная доза топических кортикостероидов у пациентов, принимавших дупилумаб, была почти в 2 раза меньше, чем у больных, получавших комбинацию плацебо и кортикостероида.

Дупилумаб улучшает состояние кожи на молекулярном уровне

Первое сообщение о быстром улучшении состояния кожных покровов на молекулярном уровне у больных АД после применения дупилумаба сделали J.D. Hamilton и соавт. (2014). Проанализировав результаты транскриптомного анализа биоптатов кожи в динамике лечения, ученые зафиксировали дозозависимое подавление экспрессии генов (уровень которых при АД обычно повышен) на 26% (95% ДИ 21-32%) и 65% (95% ДИ 60-71%) при применении 150 и 300 мг дупилумаба в неделю соответственно. Подобная зависимость была обнаружена в отношении генов, функция которых при АД, как правило, снижается: уровень экспрессии этих генов при приеме 150 и 300 мг дупилумаба в неделю возрос на 21% (95% ДИ 16-27%) и 32% (95% ДИ 26-37%) соответственно. Применение этого препарата сопровождалось значимым ($p < 0,05$) подавлением экспрессии мРНК генов, связанных с гиперплазией (K16 и MKI67), Т-клетками и дендритными клетками (CD1b и CD1c), а также с потенциальным ингибированием Th2-ассоциированных хемокинов (CCL17, CCL18, CCL22 и CCL26).

Пимекролимус — эффективное и безопасное средство для лечения АД у детей

«Пимекролимус является препаратом первой линии в лечении АД легкой и средней степени тяжести у детей и подростков», — считают В. Sigurgeirsson и соавт. (2015). К такому выводу исследователи пришли, проанализировав результаты собственного 5-летнего наблюдения за 2418 детьми, страдавшими АД. Сравнивая эффективность 1% крема пимекролимуса ($n = 1205$) с результативностью топического кортикостероида ($n = 1213$), ученые установили, что применение обоих препаратов позволяет быстро достичь положительной клинической динамики: к 3-й неделе терапии >50% пациентов отметили

значительное улучшение самочувствия. После 5-летней терапии пимекролимусом и топическим кортикостероидом >85% и 95% детей в каждой группе соответственно были довольны состоянием кожных покровов лица и тела. Пациенты, использовавшие пимекролимус, гораздо реже пользовались топическими кортикостероидами (кратковременный прием которых был разрешен только для купирования обострения заболевания), чем дети, вошедшие в группу сравнения (7 vs 178 дней). Профиль и частота развития побочных эффектов были сопоставимы в обеих группах, при этом применение пимекролимуса и топических кортикостероидов не сказалось на состоянии ни гуморального, ни клеточного иммунитета. Получив данные о сопоставимой эффективности пимекролимуса и топического кортикостероида в лечении АД легкой и средней степени тяжести, В. Sigurgeirsson и соавт. рекомендуют использовать пимекролимус в качестве препарата первой линии у детей и подростков.

Витамин D ускоряет клиническое выздоровление детей с АД

«Возникновение или обострение АД у детей в зимний период может быть связано с недостаточностью витамина D», — предположили С.А. Jr. Samargo и соавт. Для подтверждения этой гипотезы зимой 2014 г. ученые провели РКИ с участием 107 детей в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 9 ± 5 лет), у которых течение заболевания обострилось именно в это время. Всем пациентам, кроме рекомендаций по диетическому питанию, базовому уходу за кожей и использованию эмульсии, был назначен прием витамина D в дозе 1000 МЕ/сут или плацебо на протяжении 1 мес. По завершении периода наблюдения исследователи установили, что регресс клинической симптоматики у детей, дополнительно принимавших витамин D, наступал значительно быстрее, чем у пациентов, получавших плацебо (скорректированные средние значения индекса EASI в динамике лечения: -6,5 vs -3,3 соответственно; $p = 0,04$). Авторы отметили, что дети хорошо переносили прием витамина D, частота развития побочных эффектов в основной группе не отличалась от аналогичного показателя в группе плацебо.

Аллергенспецифическая иммунотерапия может купировать клинические проявления АД

«Применение аллергенной вакцины в постепенно повышающихся дозах способствует уменьшению выраженности симптомов АД (ОШ 5,35; 95% ДИ 1,61-17,77; NNT=3; 95% ДИ 2-9)», — утверждают J.M. Вае и коллеги (2013), авторы систематического обзора и метаанализа 8 РКИ ($n = 385$). Эффективность аллергенспецифической иммунотерапии зафиксирована при подкожном введении аллергенной вакцины (ОШ 4,27; 95% ДИ 1,36-13,39), при назначении больным с тяжелым течением АД (ОШ 3,13; 95% ДИ 1,31-7,48), а также при длительном применении этого вида лечения (>1 года; ОШ 5,42; 95% ДИ 1,50-27,52).

Эффективность сублингвальной иммунотерапии в лечении АД не доказана

В систематическом обзоре литературных данных, выполненном S.R. Gendelman и соавт. (2015), не была доказана целесообразность применения сублингвальной иммунотерапии в лечении АД. «Отсутствие контрольной группы и рандомизации, неполное описание проведенной рандомизации и/или сокрытие порядка распределения пациентов на группы не дали нам возможности сделать корректную оценку эффективности сублингвальной иммунотерапии в лечении АД», — констатировали S.R. Gendelman и соавт.

Фототерапия — эффективный метод лечения АД

Метаанализ 21 РКИ ($n = 961$) убедительно свидетельствует, что узкополосная фототерапия с применением ультрафиолета А и В эффективно купирует проявления АД средней и тяжелой степени (А. Perez-Ferriols и соавт., 2015), причем ультрафиолет А предпочтительно использовать в остром периоде, а ультрафиолет В — при хроническом течении заболевания (S. Dogra и соавт., 2015). Индийские ученые под руководством S. Dogra (2015) для лечения АД у взрослых пациентов рекомендуют применять средние дозы ультрафиолета А, а также предлагают по возможности избегать применения фототерапии с использованием ультрафиолета В в педиатрической популяции по причине возможного возникновения отдаленных побочных действий.

Бальнеотерапия продолжает активно использоваться в лечении АД

Альпийский климат превосходно подходит для пациентов с АД. Величественные Альпы, удивительные природные пейзажи, целительный воздух вершин и минеральные озера — все это благотворно влияет на течение АД. К такому выводу пришли K.B. Fieten и соавт. (2015), проведя систематический обзор результатов 14 обсервационных исследований ($n = 40\ 148$). Оказывается, пребывание в Альпах способствует снижению активности заболевания как при проведении интенсивного курса терапии (96%), так и во время 12-месячного периода наблюдения за пациентами (64%). Доза топических кортикостероидов может быть значительно снижена или прием этих препаратов полностью прекращен, если в активной фазе лечения (82%) и на протяжении последующих 12 мес (72%) пациент проживает в альпийском климате.

Функциональный текстиль — эффективный метод дополнительной терапии АД

Появившаяся относительно недавно тенденция — использовать функциональный текстиль (постельные принадлежности, обладающие противомикробными и противозудными свойствами) в качестве дополнительной терапии АД — была тщательно изучена С. Lopes и соавт. (2013). Основываясь на результатах метаанализа 13 исследований (5 обсервационных и 8 РКИ), ученые считают, что для больных АД предпочтительно постельное белье из хлопка с серебром, так как использование именно этого вида функционального текстиля ассоциировано со значительным снижением тяжести клинических проявлений АД, оцененных по шкале SCORAD, уменьшением потребности в применении

медикаментозных средств экстренной помощи, сокращением трансэпидермальной потери влаги, нормализацией качества жизни и снижением колонизации кожных покровов штаммами Staphylococcus aureus. Отдых на шелковом постельном белье положительно сказывается на значениях шкалы SCORAD, однако совершенно не влияет на качество жизни и потребность в оказании экстренной медицинской помощи. Использование постельных принадлежностей, пропитанных маслом бурачника (огуречной травы), позволяет устранить эритему кожных покровов.

Эффективное динамическое наблюдение за больными АД можно осуществлять онлайн

В США апробирована и успешно используется новая модель оказания медицинской помощи дерматологическим больным на диспансерном этапе. Первые результаты ее применения у пациентов с АД в рамках 1-годичного РКИ представили A.W. Armstrong и соавт. (2015). В соответствии с дизайном этого исследования всех больных ($n = 156$) после инициального визита рандомизировали в соотношении 1:1 для осуществления стандартного динамического наблюдения или проведения персонализированных онлайн-консультаций. Участники РКИ, вошедшие в группу онлайн-наблюдения, перечисляли имеющиеся жалобы, а также фиксировали и пересылали изображения проблемных участков кожи лечащему врачу. После оценки поступившей клинической информации, дерматолог асинхронно (но тоже онлайн) давал необходимые рекомендации и назначал нужные медикаменты. Пациенты, находившиеся на стандартном диспансерном учете, самостоятельно приходили на прием к дерматологу в лечебно-профилактическое учреждение. Оценив тяжесть АД по шкале РОЕМ (patient-oriented eczema measure) перед началом диспансеризации и по завершении 12-месячного периода наблюдения, исследователи установили, что средние различия в значениях шкалы РОЕМ в группе онлайн-наблюдения составили -5,1 (95% ДИ от -6,32 до -3,88), а в группе стандартного диспансерного наблюдения — -4,86 (95% ДИ от -6,27 до -3,46). Межгрупповые различия показателя РОЕМ были статистически достоверными (0,24; 95% ДИ от -1,70 до 1,23). Доля пациентов, достигших полного выздоровления, в группе персонализированного динамического онлайн-наблюдения составила 38,4% (95% ДИ 27,7-49,3%), тогда как в группе стандартной диспансеризации этот показатель был несколько выше — 43,6% (95% ДИ 32,6-54,6%). Основываясь на эквивалентных результатах эффективности обеих методик (межгрупповые различия не превысили predetermined 10% границы и составили 5,1%; 95% ДИ 1,7-8,5%), A.W. Armstrong и соавт. рекомендуют активно внедрять в клиническую практику инновационную модель диспансерного онлайн-наблюдения за больными АД.

Новые знания всегда открывают новые горизонты в лечении различных заболеваний. Надеемся, что представленные данные станут интересны и полезны врачам-дерматологам, а приведенные результаты систематических обзоров и метаанализов помогут специалистам в борьбе с такой непростой дерматологической патологией, как АД.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Лада Матвеева**



15 г

мометазону фуроат

30 г

ЕЛОЗОН®
[0,1%]
крем
30 г

Мометазону фуроату 1 мг / 1 г

Виробник: Фарма Інтернешнал, Йорданія
Ексклюзивний дистриб'ютор в Україні: ТОВ «Медіакон»

ЕЛОЗОН®

Більше, ніж Ви звикли
за ціною, до якої Ви звикли

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Елозон®.

Склад: діюча речовина: мометазону фуроат; 1 г крему містить мометазону фуроату 1 мг; допоміжні речовини: ізопропілмірістат, диметикон, цетомакрогол, тригліцериди середнього ланцюга, спирт цетостеариловий, гліцерол моностеарат, магнію стеарат, титану діоксид (Е 171), метилпарабен (Е 218), пропіленгліколь, кислота лимонна, моногідрат, вода очищена. Лікарська форма. Крем. Основні фізико-хімічні властивості: гомогенний крем білого кольору без запаху. Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування у дерматології. Активні кортикостероїди (група III). Код АТХ D07A C13. Показання. Запальні явища та свербіж при дерматозах, що піддаються терапії кортикостероїдами, у тому числі псоріаз (крім поширеного бляшкового псоріазу) та atopічний дерматит, у дорослих і дітей віком від 2 років. Протипоказання. Елозон® протипоказаний при розацеа, акне вульгаріс, атрофії шкіри, періоральному дерматиті, періанальному та генітальному свербіжі, підгузових висипаннях, бактеріальних (наприклад, імпетиго, піодерміт), вірусних (наприклад, герпес простий, опірізувальний герпес та вітряна віспа, прості бородавки, гострі конділоми, контагіозний моллюск), паразитних та грибкових (наприклад, кандиди або дерматофіт) інфекціях, туберкульозі, сифілісі або поствакцинальних реакціях. Елозон® не застосовують на ранах або на шкірі, вкритій виразками. Препарат протипоказаний пацієнтам із підвищеною чутливістю до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Елозон® протипоказаний пацієнтам із підвищеною чутливістю до інших глюкокортикостероїдів. Спосіб застосування та дози. Крем Елозон® наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 1 раз на добу. Тривалість лікування визначається тяжкістю, перебігом захворювання та визначається індивідуально. Використання місцевих кортикостероїдів дітям та на обличчі необхідно обмежити мінімальною кількістю порівняно з ефективними терапевтичними режимами, при цьому тривалість лікування не має перевищувати 5 днів. Побічні реакції. Інфекції та інвазії: фолікуліт, інфекції, фурункули. З боку нервової системи: відчуття печіння, парестезії. З боку шкіри та підшкірної клітковини: свербіж, контактний дерматит, гіпігментація шкіри, гіпертрихоз, атрофічні смуги шкіри, дерматит акнеподібний, атрофія шкіри. Загальні порушення та реакції у місці нанесення: реакції у місці нанесення, включаючи біль у місці нанесення. Препарат містить метилпарабен (Е 218), який може викликати алергічні реакції (можливо, відстрочені). Пропіленгліколь та спирт цетостеариловий, що входять до складу препарату, можуть спричиняти подразнення шкіри та місцеві шкірні реакції (наприклад, контактний дерматит). Місцеві побічні реакції, про які нечасто повідомлялося при застосуванні топічних дерматологічних кортикостероїдів, включають: сухість та подразнення шкіри, дерматит, періоральний дерматит, мацерацію шкіри, стрії, загострення захворювання, еритему, пітницю та телеангіктазії, папульозні, пустульозні висипання та відчуття поколювання. Р.п.: №UA/10230/01/01.



З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.