

Л.Д. Калюжная, д.м.н., профессор, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Актуальная проблема дерматовенерологии – атопический дерматит

В структуре дерматологической заболеваемости заметное место занимают заболевания неинфекционные, а следовательно, в основном неясной этиологии. Знания, накопленные об этих заболеваниях, свидетельствуют о генетической природе большинства из них и несомненной роли в частоте и утяжелении их течения измененных факторов окружающей среды. Лидируют среди заболеваний кожи аллергодерматозы. С каждым годом растет распространенность такого хронического заболевания кожи, как атопический дерматит (АД). АД – кожная манифестация генетически контролируемого состояния, или атопии, характеризующейся наличием кожных симптомов антитело-опосредованной немедленной гиперчувствительности и специфической Т-лимфоцитарно-опосредованной гиперчувствительности замедленного типа (Allen B.R., 2001).

При всей мультидисциплинарности проблемы АД ведущая роль, безусловно, принадлежит дерматологу. Прежде всего, нельзя забывать о сложности клинической диагностики, включающей и непростую дифференциальную диагностику, и частоту осложненных форм, и тонкости подбора системной, в большей степени наружной, терапии, учитывающей индивидуальные особенности кожи больного, вариации терапии в этапном лечении. Поэтому есть необходимость познакомиться с данными последних работ по проблеме АД, полученными учеными-исследователями в области дерматологии. Именно частота заболеваемости АД, социальную составляющую этой патологии, ее хроническое течение определили первостепенное значение разработки отечественных стандартов и унифицированных протоколов профилактики, диагностики и лечения АД.

Как правило, заболевание связано с личной и семейной историей атопии (ринит, астма, экзема). Отмечено, что приблизительно в 2 из 3 случаев АД начинается в младшем детском возрасте (до 5 лет). Согласно современным сведениям распространенность АД среди детей составляет 5-20%, а среди взрослых – 2-10%. Это свидетельствует о том, что почти у 50% больных заболевание сохраняется на протяжении всей жизни, особенно если это жители больших мегаполисов.

Результаты обследования английских школьников в возрасте 9-12 лет показали, что в 1964, 1989, 1994 и 1999 гг. АД был выявлен у 5, 12, 18 и 21% детей соответственно (Schultz-Larsen F., Hanifin J.M., 2002). У больных АД семейная атопия встречается в 3-5 раз чаще, чем у здоровых, в основном наблюдается связь с атопическими заболеваниями по линии матери (60-70%). Между тем возможность развития у ребенка АД при здоровых родителях может достигнуть 10-20%. Использование близнецового метода в оценке генетической детерминированности АД показало, что у монозиготных близнецов конкордантность составляла 72-77%, а у дизиготных – всего 15-23%. Заболевание относят к мультифакториальным с полигенной детерминацией наследственной компоненты склонности (Cookson W.O., Moffatt M.F., 2002).

У 8% больных АД отмечается полная триада атопии: бронхиальная астма, поллиноз, атопический дерматит. Достаточно часто АД может сочетаться с сухостью кожи, а у 30,5% больных – с вульгарным ихтиозом. Возможными факторами роста заболеваемости является домашняя пыль, некоторые компоненты пищи, сокращение длительности грудного вскармливания, вакцинация и повышение внимания к этому заболеванию со стороны родителей и врачей.

Почти всегда у больных АД детей отмечается гиперчувствительность не к одному, а к нескольким пищевым аллергенам – т. н. перекрестная сенсibilизация. Со временем реакция на пищевые продукты слабеет, и можно без опасений вводить их в рацион ребенка. Наличие пищевой непереносимости у детей старше 7 лет является прогностическим признаком тяжелого течения заболевания и возможного присоединения респираторной атопии. В качестве факторов внешней среды следует выделить: неблагоприятное протекание беременности и родов (следует упомянуть и высокий гестационный возраст новорожденного); нарушение иммунологической толерантности к пищевым аллергенам в результате нерационального вскармливания на первом году жизни; контакт с сенсibilизаторами при нарушении микро- и макроэкологических условий среды; сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); психотравмирующие ситуации. Клинические наблюдения свидетельствуют о возможности внутриутробной сенсibilизации плода, чему способствуют токсикозы беременных, прием ими высокосенсibilизирующих пищевых продуктов и лекарственных препаратов. Состояние выраженной эндогенной интоксикации формируется и в результате

врожденной, генетически обусловленной ферментопатии пищеварительной системы. Ферментативная недостаточность желудка и кишечника, сопровождающаяся дисбактериозом, дискинезией желчевыводящих путей, проявляется нарушением усвоения важнейших компонентов пищи и синтезом аутоагрессивных комплексов токсического и аутоаллергического характера, приводит к аутоинтоксикации организма, а это, в свою очередь, утяжеляет прогноз заболевания (Uenishi T., Sugiura H., Uehara M., 2003).

Многие годы при изучении иммунитета у больных с АД основное внимание уделяли гиперпродукции Ig E. У 70-80% детей с АД отмечается высокий уровень сывороточного IgE, который находится под контролем гена 5q хромосомы, возмозно, гена интерлейкина-4 (ИЛ-4). Лимфокиновый профиль у больных с АД характеризуется усилением секреции ИЛ-4 и нтерлейкина-5 (ИЛ-5). ИЛ-4 – основной фактор для индукции синтеза Ig E. Со временем стали выделять иммунные и неиммунные, аллергические и псевдоаллергические варианты АД, хотя и в настоящее время наиболее объективным критерием подтверждения диагноза считают гипериммунноглобулинемию E.

В возрасте 5-7 лет у детей с АД формируется сенсibilизация к эпидермальным антигенам. Особое место в течении АД занимают бактериальные, грибковые и медикаментозные аллергены. Почти половина больных АД продуцируют Ig E-антитела к стафилококковым токсинам. У 28-35% детей причиной обострения АД является сенсibilизация к плесневым и дрожжеподобным грибам.

Основные клинические критерии диагноза АД описаны J.M. Hanifin и G. Rajka (1980): зуд, типичное расположение, лихенификация суставных областей, очаги патологического процесса на лице и разгибательных поверхностях конечностей у детей, хроническое и рецидивирующее течение, семейная и личная история атопии. К дополнительным критериям относятся: ксероз, ихтиоз, волосистой кератоз, немедленные позитивные кожные реакции, повышенный общий сывороточный IgE, ранний возраст проявлений, тенденция к кожным инфекциям, дерматит кистей и стоп, экзема соска, хейлит, рецидивирующий конъюнктивит, линии Денни-Моргана, кератоконус, передняя подкапсулярная катаракта, периорбиткулярная пигментация, бледность или эритема лица, зуд при потении, локализация на передних областях щек, Pityriasis alba, непереносимость шерсти и растворителей жира, перифолликулярные проявления, пищевая непереносимость, ухудшение при эмоциональных нагрузках, белый дермографизм.

Термином «атопическая экзема» пользуются для обозначения значительного обострения заболевания, при наличии экзематизации с явлениями мокнутия. Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии предложила новый термин – «атопической экземы / дерматита синдром» (Atopic eczema/dermatitis syndrome – AEDS). Новый синдром позже разделили на неаллергический и аллергический AEDS, а затем – на IgE-ассоциированный AEDS и не-IgE-ассоциированный аллергический AEDS. В настоящее время Всемирная аллергологическая организация опубликовала изменения номенклатуры, где были объединены лабораторные и клинические определения «атопии» и термин «атопическая экзема» был связан только с IgE-ассоциированными формами заболевания. Во многом эксацербации очагов поражения способствует осложнение АД кандидозной и бактериальной инфекцией, когда на фоне относительной иммунной депрессии и ксероза, способствующего проникновению в кожу возбудителей, усугубляется антигенная нагрузка. Факторами, обостряющими АД, являются: потение, контакт с детергентами и растворителями, неправильные навыки купания, инфекции, эмоциональные стрессы, контактные аллергены,



Л.Д. Калюжная

аэроаллергены окружающей среды, а у детей младшего детского возраста – пищевая аллергия. Наиболее опасным осложнением атопической экземы считается герпетическая экзема Капоши (синоним: вариолиформный пустулез Капоши-Юлиусберга), возникающая в результате осложнения хронического аллергического заболевания кожи с признаками обострения в виде мокнутия присоединением герпетической инфекции. Герпетическая экзема Капоши чаще всего развивается у детей младшего возраста, у которых таким образом осложняется атопическая экзема. Заражение ребенка происходит при контакте с родителями, имеющими проявления простого герпеса на лице или в ротовой полости. Летальность, по некоторым данным, может составлять 50%.

Обобщая сведения об АД, следует еще раз упомянуть о достаточно сложной клинической диагностике этого заболевания (Johannson S.G.O., Bieber T., Dahl R. et al., 2004). Грамотный дерматолог дифференцирует АД с поверхностными микозами, параспориозом, чесоткой, поверхностной стрептодермией, болезнью Дарье, лишаем Видаля, лимфомой кожи, диффузным нейродермитом, себорейным дерматитом, аллергическим дерматитом, токсикодермией, энтеропатическим акродерматитом, почесухой, чесоткой, эритрокератодермией, вариабельной, ихтиозиформной эритродермией и другими заболеваниями. К тому же следует принимать во внимание и разнообразие клинических форм АД, начиная от эритематозной до лихеноидной и пруригоподобной. Если при этом учесть участвовавшие в последние годы сочетания АД с кандидозом кожи, стрептодермией, чесоткой, герпесом, то остается признать, что клиническая сторона проблемы не так однозначна, как представляется на первый взгляд.

Первичная профилактика АД, направленная на предупреждение развития первых клинических проявлений у детей раннего возраста, должна проводиться у беременных с отягощенным аллергическим анамнезом.

Наличие ферментопатий, нарушений со стороны гепатобилиарной системы и ЖКТ диктует необходимость лечения больных АД совместно с педиатрами, гастроэнтерологами, поскольку во время обследования пациентов выявляется наличие хронических дисфункций той или иной степени. Это повышает роль диеты, грамотно составленной с учетом выявленной патологии и индивидуальных пищевых аллергенов. Существенной особенностью АД является поливалентность аллергии, что при постоянно воспаленной коже сводит на нет информативность эпикутанных аллерготестов. В последние годы при не вполне однозначных и однотипных изменениях в иммунограммах больных АД системная иммуномодулирующая терапия перестала носить повсеместный и обязательный характер.

Нельзя не учитывать также, что у больных АД формируется характерный психологический профиль, тенденция к высокому проявлению депрессивного, невротического и ипохондрического состояния. Вырос удельный вес больных АД детей с психоэмоциональными нарушениями и, вследствие этого, социально дезадаптированных. Повзрослев, больные сталкиваются с еще большим количеством проблем. Авторы некоторых научных работ поднимают в них вопрос об издержках, причиненных больным с АД в их социальной жизни. С помощью опросника, разработанного Датской ассоциацией атопической экземы, были опрошены больные АД в возрасте ≥15 лет. Несмотря на то что только 1 из 5 больных оценивал степень тяжести своего заболевания как сильную, треть опрошенных не смогли получить специальное образование или устроиться на работу. Таким образом, основным фактором социальной дезадаптации при АД были вынужденные больничные листы при обострении процесса и потеря работы. Развитию психоэмоциональных расстройств способствует постоянный сильный зуд, который нарушает сон и значительно снижает качество жизни больного. Все эти проблемы усиливают значение наружной терапии – она не только устраняет зуд, смягчает кожу, но и элиминирует биологически активные и деструктивные вещества, улучшает микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения. Очень

Продолжение на стр. 68.

Л.Д. Калюжная, д.м.н., профессор, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Актуальная проблема дерматовенерологии — атопический дерматит

Продолжение. Начало на стр. 67.

важно также предотвратить вторичное инфицирование кожи, поэтому терапия наружными лекарственными средствами должна проводиться с учетом формы заболевания, остроты процесса, присоединения осложнений, сочетания с другими дерматозами, наличия или отсутствия сухости кожи. Существует мнение, что наследуется не столько атопия, сколько ксеродермия, которая, в свою очередь, создает условия для возникновения атопии. Сухость кожи влечет за собой ее легкую проницаемость, способствует усилению степени субъективных ощущений.

Ухудшение состояния кожных покровов приводит к нарушению барьерной функции кожи. От удачного сочетания лекарственного вещества и мазевой основы зависит скорость высвобождения лекарственного вещества и, следовательно, фармакологический эффект мази. Именно основа крема может оказаться решающим фактором в выборе наружного лекарственного препарата. Различают липофильные, гидрофильные и липофильно-гидрофильные (абсорбционные и эмульсионные) основы для мазей. Профессионализм дерматолога основывается на его знании и умении использовать в лечении АД различные активные и индифферентные средства наружной терапии. Кроме того, в настоящее время большое внимание при разработке схем ухода за кожей уделяется использованию косметических средств, обладающих гипоаллергенными, восстанавливающими липидную мантию кожи и гидратирующими свойствами.

Течение ряда кожных заболеваний сопровождается зудом. Одним из хронических заболеваний с тяжелым постоянным или приступообразным зудом является АД. В последние годы проводились углубленные исследования, в которых ученые выясняли причину зуда, сопровождающего эту патологию (Stander S., Luger T., 2009). Так, некоторые исследователи установили, что при АД изменено количество нервных окончаний в коже: увеличивается количество чувствительных нервных волокон и уменьшается число адренергических

самостоятельных волокон в патофизиологии зуда. Роль нейрорепептидов в патогенезе АД, возможно, не главная, однако эти субстанции влияют на развитие и течение болезни (Salomon J., Baran E., 2008).

Как уже отмечалось, зуд является наиболее существенным признаком АД. При отсутствии этого признака диагноз «атопический дерматит» не устанавливается. Кожными индукторами зуда при АД выступают: гистамин, нейрорепептиды, ацетилхолин, интерлейкин, протеазы, опиоидные пептиды, эйкозаноиды, цитокины, интерферон гамма, нейротропин, эозинофилы, базофилы. Показано, что именно интерлейкин-2 (ИЛ-2) — один из сильных активаторов зуда. Пруритогенный ответ, индуцированный ИЛ-2, у больных с АД возникает быстрее, чем у здоровых лиц, что дает возможность предполагать не прямой механизм действия (Metz M., Stander S., 2010).

Лечение АД должно быть индивидуализированным, то есть учитывать возраст больного, стадию и вариант поражения, его расположение и распространенность, наличие инфекции, а также эффективность предшествующего лечения. Базисная терапия атопической экземы носит комплексный характер, предполагающий: соблюдение специальной диеты, устранение действия аллергенов, прием гипосенсибилизирующих, антигистаминных и седативных препаратов, кортикостероидов, физиотерапевтические процедуры (в том числе ванны), лечение сопутствующих заболеваний, применение наружные средства.

У 10-20% детей в возрасте около 2 лет развитию атопической экземы способствует пищевая аллергия. Соответственно, в план лечения должна включаться элиминационная диета. У некоторых больных аллергодерматозы обостряют клещи домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssimus*. В таких случаях рекомендуют частую влажную уборку помещений, применение специальных покрытий. Утверждение, что пища может быть причинным или триггерным фактором при атопической экземе, продолжает оставаться темой для дискуссий (Pruszkowski A., 2002). Разные авторы при проведении тестирования с пищевыми продуктами отмечали значительный

разброс в реакции обострения — от 2 до 82% больных. Исключение тест-позитивной пищи в течение 3 мес привело к значительному улучшению у 56%, к умеренному — у 35% и к слабому — у 9% больных АД. Существует статистически значимое увеличение риска атопической экземы при введении в рацион ребенка яиц и коровьего молока.

Как правило, у больных АД наблюдается гиперчувствительность не к одному, а к нескольким пищевым аллергенам. Как уже отмечалось, с возрастом реакция на некоторые продукты питания меняется в более толерантную сторону. Наличие пищевой непереносимости у детей старше 7 лет прогностически является признаком тяжелого течения заболевания и, возможно, развития респираторной атопии.

Чтобы не провоцировать усиление зуда у детей младшего возраста, нужно следить за тем, чтобы они не перегревались и не потели, поэтому детей не рекомендуется чрезмерно кутать. Ванна или душ не должны быть горячими, оптимальная температура для купания — не выше 33-35°C. Необходима постоянная уборка помещений и увлажнение воздуха в зимний период. Поскольку шерстяная одежда усиливает зуд, следует отдавать предпочтение вещам из хлопковой ткани. Безусловно, должна соблюдаться вакцинация, однако ее следует временно отложить в случае обострения процесса на коже. БЦЖ-тестирование необходимо проводить в период ремиссии, поскольку возможен риск ложного негативного результата.

В последнем «Руководстве Британской ассоциации дерматологов первичного звена» выделен раздел «Использование смягчающих кремов». В нем отмечено:

1. Смягчающие средства должны назначаться в большом количестве — 600 г в неделю для взрослых и 250 г в неделю для детей.

2. Интенсивное использование смягчающих средств уменьшит потребность в топических стероидах.

3. Общее правило — количество увлажняющих средств должно превышать количество стероидов в 10 раз.

Важной стороной лечения АД является постоянный уход за кожей. Регулярное использование специальных ванн и смягчающих средств помогают значительно уменьшить такие проявления заболевания, как сухость, зуд, шелушение кожи, что приостановит прогрессирование заболевания, продлит периоды ремиссии.

Перечисленные сведения о патогенезе, профилактике и лечению АД позволили завершить работу над унифицированными протоколами и утвердить их официально.

3

ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

IMF VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ
Інновації в медицині – здоров'я нації

VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України

За підтримки:
• Президента України

Під патронатом:
• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

Офіційна підтримка:
• Кабінету Міністрів України
• Міністерства охорони здоров'я України
• Київської міської державної адміністрації

Організатори:
• Національна академія медичних наук України
• НМАПО імені П. Л. Шупика
• Компанія LMT

Генеральний партнер:
TOSHIBA
Leading Innovation

MEDICAEXPO
МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

PHARMAEXPO
МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА

ВЕСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

КРАЇН	30	25-27 КВІТНЯ 2017 Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б	60	НАУКОВИХ ЗАХОДІВ
ЕКСПОНЕНТІВ	350		750	ДОПОВІДАЧІВ
ВІДВІДУВАЧІВ	11 000		100	ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ
ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ

Генеральний стратегічний партнер: **ІНТЕРНЕТ**

Генеральний інформаційний партнер: **МЕДИЦИНІЧНИЙ**

Генеральний інформаційний партнер: **АІТЕНА**

Офіційні інформаційні партнери: **МІДІА**, **НАС**, **НАС**, **НАС**

Генеральний інтернет-партнер: **ІНТЕРНЕТ**

3 питань участі у Форумі:
+380 (44) 206-10-16
med@lmt.kiev.ua

3 питань участі у Конгресі:
+380 (44) 206-10-99
congress@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA

ОФІЦІАЛЬНИЙ ОРГАНІЗАТОР КОНФЕРЕНЦІЇ

UADV Українська академія дерматовенерології

KDD 2016

11-е КИЄВСЬКІЕ ДЕРМАТОЛОГІЧЕСКИЕ ДНИ
12-14 октября 2016

www.uadv.org.ua

facebook.com/uadv.org

(044) 353-11-77
(095) 282-66-53

НАВІТЬ КОЛИ ШКІРА ЗДАЄТЬСЯ СПОКІЙНОЮ,

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ЗАВЖДИ ГОТОВИЙ АТАКУВАТИ

ЩОБ ТРИВАЛИЙ ЧАС ТРИМАТИ ПЕРЕБІГ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ПІД КОНТРОЛЕМ, НЕОБХІДНО АКТИВНО ВПЛИВАТИ НА СУБКЛІНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ, ЯКЕ ЗБЕРІГАЄТЬСЯ В ПЕРІОДИ РЕМІСІЇ.

Здійснювати лікування atopічного дерматиту можна лише в період загострення, але при цьому завжди зберігається загроза розвитку повторних загострень. Застосування препарату Протопик 2 рази на тиждень у період ремісії дає змогу ефективно контролювати перебіг захворювання шляхом придушення субклінічного запалення. Призначення препарату Протопик 2 рази на тиждень попереджає нові загострення та дозволяє продовжити ремісію в дорослих та дітей з середньотяжким і тяжким atopічним дерматитом.

НЕ ЧЕКАЙТЕ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ЗАГОСТРЕННЯ, ЗАСТОСОВУЙТЕ ПРЕПАРАТ ПРОТОПИК 2 РАЗИ НА ТИЖДЕНЬ ДЛЯ ТРИВАЛОГО КОНТРОЛЮ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ*

Пацієнтам, у яких попереднє лікування Протопиком при його застосуванні 2 рази в день на протязі 6 тижнів було результативним


Протопик
 (такролімус мазь 0,03%, 0,1%)

Новий підхід до тривалого контролю atopічного дерматиту при застосуванні 2 рази на тиждень

Перед застосуванням ознайомтесь з повною інструкцією на препарат ПРОТОПИК

Склад: діюча речовина: такролімус; 1 г мазі містить такролімусу (у вигляді моногідрату) 0,3 мг або 1 мг. **Лікарська форма.** Мазь. **Фармакотерапевтична група.** Дерматологічні засоби. Код АТХ D11A H01. Показання. Лікування atopічного дерматиту у дітей віком від 2 років: мазь Протопик 0,03 %, у дорослих та підлітків віком від 16 років: мазь Протопик 0,03 % та 0,1 %. **Лікування загострень:** *Дорослі та підлітки (віком від 16 років):* Лікування atopічного дерматиту середнього та тяжкого ступеня у дорослих та підлітків (віком від 16 років), які неадекватно реагують або нечутливі до традиційних методів лікування, зокрема до лікування топічними кортикостероїдами. *Діти (віком від 2 до 16 років):* Лікування atopічного дерматиту середнього та тяжкого ступеня у дітей віком від 2 до 16 років, які неадекватно реагують на традиційні методи лікування, зокрема топічними кортикостероїдами. **Профілактика виникнення загострень:** Профілактичне лікування atopічного дерматиту середнього та тяжкого ступеня для запобігання раптових загострень хвороби та подовження тривалості періодів без загострень у пацієнтів з високою частотою виникнення рецидивів (4 або більше разів на рік), які мали первинну реакцію на максимум 6-тижневий курс лікування маззю (двічі на день) – повне, майже повне або незначне загострення пошкодження. **Протипоказання.** Гіперчутливість до такролімусу, макролідів або допоміжних речовин. **Спосіб застосування та дози.** Мазь Протопик необхідно наносити тонким шаром на уражені або найчастіше уражувані ділянки шкіри. Мазь можна наносити на будь-які частини тіла (обличчя, шию тощо), у тому числі на згинальні поверхні. Необхідно уникати потрапляння мазі на слизові оболонки. Мазь не слід наносити під оклюзійні пов'язки, оскільки такий спосіб застосування не досліджений. **Лікування загострень** Протопик можна застосовувати як короткочасно, так і протягом тривалого періоду, у вигляді повторюваних курсів терапії. Тривале лікування не повинно бути безперервним. Лікування Протопиком потрібно розпочати при першій появі симптомів і продовжувати до повного, майже повного або значного зникнення уражень на шкірі (частіше впродовж 12 місяців). Після цього пацієнтів можна переводити на профілактичне лікування (див. далі). При перших ознаках повторного виникнення симптомів хвороби лікування необхідно поновити. *Діти віком від 2 до 16 років:* Необхідно застосовувати мазь меншої концентрації (Протопик 0,03%). Курс лікування – двічі на день протягом трьох тижнів. Надалі частоту застосування потрібно зменшити до одного разу на день до повного зникнення уражень на шкірі. *Дорослі та підлітки (віком від 16 років):* Лікування потрібно почати з Протопик 0,1% двічі на день та продовжувати до повного зникнення уражень на шкірі. При повторному виникненні симптомів лікування починають знову. Якщо дозволяє клінічний стан, необхідно спробувати зменшити частоту нанесення препарату або застосовувати мазь меншої концентрації. *Пацієнти літнього віку:* Окремі дослідження за участю пацієнтів літнього віку не проводилися. Однак клінічний досвід роботи із пацієнтами цієї вікової групи

показує, що корекція режиму дозування не потрібна. **Профілактика виникнення загострень:** На профілактичне лікування пацієнтів можна переводити після 6-тижневого курсу лікування маззю із застосуванням препарату двічі на день (до повного, майже повного або значного зникнення уражень на шкірі). *Діти віком від 2 до 16 років:* Необхідно застосовувати мазь меншої концентрації (Протопик 0,03%). Мазь потрібно застосовувати один раз на день двічі на тиждень на ділянки шкіри, які найчастіше уражаються atopічним дерматитом, для запобігання виникненню загострень. Між застосуваннями мазі потрібно робити 2-3 дні перерви. Після 12 місяців застосування мазі дитині слід тимчасово призупинити лікування для визначення необхідності продовження курсу профілактичної терапії та для оцінки перебігу хвороби. *Дорослі та підлітки (віком від 16 років):* Необхідно застосовувати мазь Протопик 0,1%. Мазь потрібно наносити один раз на день двічі на тиждень на ділянки шкіри, які найчастіше уражаються atopічним дерматитом, для запобігання виникненню загострень. Між застосуваннями мазі потрібно робити 2-3 дні перерви. Після 12 місяців лікування лікар повинен оцінити стан пацієнта та прийняти рішення щодо подальшого профілактичного лікування, оскільки дані стосовно профілактичного лікування тривалістю понад 12 місяців відсутні. При виникненні ознак загострення необхідно повернутися до застосування препарату двічі на день. *Пацієнти літнього віку:* Окремі дослідження за участю пацієнтів літнього віку не проводилися. **Побічні реакції.** Подразнення шкіри на місці нанесення мазі, відчуття печіння, свербіж, еритема, відчуття теплоти, біль, парестезія, висипання, непереносимість алкоголю (почервоніння обличчя або подразнення шкіри після прийому алкогольних напоїв), реакції на місці нанесення мазі, дерматит, місцева інфекція шкіри, незалежно від етіології, що включає, але не обмежується герпетичною екземою, фолікулітом, простим герпесом, герпетичною вірусною інфекцією, врицеліформним пустульозом Капоші*, дизестезія, гіперестезія, акне*, розацеа*, набряк у місці нанесення*, підвищений рівень препарату*. * Про небажану реакцію повідомлено в постмаркетинговий період. Пацієнти можуть мати підвищений ризик виникнення фолікулітів, акне та герпетичних вірусних інфекцій. В дослідженні профілактичного лікування (при застосуванні мазі один раз на день двічі на тиждень) із залученням дорослих та дітей з середньою та тяжкою формами atopічного дерматиту відмічалось, що такі небажані реакції трапляються частіше, ніж у контрольній групі: імпетиго в місці нанесення (7,7 % серед дітей) та інфекції в місці нанесення (6,4 % серед дітей та 6,3 % серед дорослих). Є інформація про випадки виникнення злоякісних новоутворень, включаючи шкірні та інші лімфоми і рак шкіри у пацієнтів, які застосовували мазь такролімусу. Діти: частота, тип та тяжкість небажаних реакцій серед дітей були подібними до реакцій дорослих.

Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України (UA 7779/01/01 и 7779/01/02) і міститься на <http://www.drlz.kiev.ua/>.

ТОВ «Астеллас Фарма», 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7В. офіс 7В/41, тел. (044) 490-68-25, факс (044) 490-68-26