



К.В. Семенуха<sup>1</sup>, О.В. Горбенко<sup>2</sup>,  
О.А. Ковальська<sup>3</sup>, О.М. Семенуха<sup>4</sup>, О.А. Салей<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Дніпропетровська державна медична академія

<sup>2</sup> ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ

<sup>3</sup> Міська лікарня № 17, м. Дніпропетровськ  
(центр надання дерматовенерологічної допомоги)

<sup>4</sup> Дніпропетровська центральна районна лікарня

## Практичний погляд на застосування топічних глюкокортикостероїдів для лікування стероїдчутливих дерматозів

### Ключові слова

Топічні глюкокортикостероїди, профіль безпеки, «Кутівейт™», «Дермовейт™», стероїдчутливі дерматози.

Синтез глюкокортикоїдів, що відбувся у середині минулого сторіччя, та розроблення адекватних лікарських форм для загального та місцевого застосування мали революційний вплив на базисне лікування у багатьох галузях медицини, зокрема й у дерматології. Потужний комбінований протизапальний ефект топічних глюкокортикостероїдів (ТГКС) зробив їх засобами першого вибору для лікування стероїдчутливих дерматозів (СЧД), тому в багатьох країнах вони займають провідне місце серед призначень дерматологів та лікарів загальної практики [5, 16].

В Україні топічні глюкокортикостероїди представлено шістьма поколіннями різних засобів, які суттєво відрізняються за стереохімічною будовою, фармакологічними та фармацевтичними властивостями, активністю щодо запального процесу, профілем безпеки та іншими характеристиками, що вдосконалювалися протягом останніх шістьдесяти років. Галогенізація (приєднання до молекули ТГКС атомів фтору або хлору в різних положеннях), етерифікація, додаткова циклізація та приєднання в окремих положеннях метильних, карбонільних, карбоксильних або тіолових радикалів водночас зумовлювали модифікацію властивостей топічного стероїда, набуття нових цінних якостей [1, 22]. Сьогодні в арсеналі лікаря-дерматолога є широкий арсенал ТГКС останніх поколінь, які поєднують у собі потужну фармакологічну дію та оптимальні профілі безпеки й переносності.

На жаль, деякі дерматологи, не кажучи вже про лікарів загальної практики та сімейних ліка-

рів, не дуже переймаються питанням, у чому полягає різниця між десятками ТГКС, що є на фармацевтичному ринку України. Добре, коли лікар розуміє, що на різних етапах патологічного процесу потрібні різні лікарські форми, що треба чітко усвідомлювати всі можливі проблеми в процесі призначення ТГКС і аргументовано та професійно роз'яснювати все це пацієнтові.

У 70–80-ті роки минулого століття «народні» мазі тріамцинолону, флуцинолону та флу-метазону набули особливо широкої популярності серед населення з усіма наслідками, що випливали з цієї ситуації. Тоді безконтрольно використовували зазначені ТГКС, які вільно відпускали в аптечних закладах, пацієнти завдяки зручності місцевих лікарських форм та їхній цінній доступності вдавалися до самопризначень, без лікарського контролю. Захоплення ТГКС другого-третього поколінь призвело до почастішання звернень до лікарів стосовно побічних ефектів як місцевого, так і системного характеру, що лягло в основу формування негативного ставлення спеціалістів до галогенізованих ТГКС і пошуку альтернатив з прийнятнішим профілем безпеки. Водночас негалогенізовані ТГКС ранніх поколінь (преднізолон, гідрокортизон, дексаметазон) набули також широкого застосування, особливо в педіатричній практиці, але зарахування цих засобів до слабких відповідно зменшувало вимоги й до профілю безпеки. З цієї причини в літературі значно менше повідомлень стосовно серйозних системних побічних ефектів негалогенізованих ТГКС

ранніх поколінь. Слід додати і некоректну рекламну інформацію, поширювану серед лікарів та пацієнтів, щодо побічного впливу на шкіру галогенізованих ТГКС. Це інформація, яка не має жодного реального підґрунтя щодо сучасних препаратів п'ятого та шостого поколінь. У 90-х роках ХХ століття спостерігався вже не «стероїдний бум», а стероїдофобія, причому не лише серед хворих.

ТГКС п'ятого і шостого поколінь покликани змінити ситуацію, оскільки набули найбільшого поширення у світовій клінічній практиці з огляду на співвідношення високої активності й оптимального профілю безпеки. Незалежно від вмісту в молекулах сучасних ТГКС атомів фтору або хлору частота виникнення таких типових для ТГКС побічних ефектів, як атрофія шкіри та пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, є низькою поряд із суттєвою проти-запальною та імуносупресивною активністю [6, 7, 11, 15, 18, 21, 23].

Мета роботи — оцінити фармакологічні та клінічні параметри ТГКС п'ятого (кlobетазолу пропіонату — «Дермовеїту™») та шостого (флютиказону пропіонату — «Кутівеїту™») поколінь у світлі практичного застосування цих ТГКС при СЧД, а також визначити місце і роль різних лікарських форм цих ТГКС у лікуванні цієї патології.

## Матеріали та методи

Науково-доказова інформація в системах PubMed та Accessdata FDA, а також аналітична документація щодо клініко-фармакологічних властивостей кlobетазолу пропіонату («Дермовеїту™») та флютиказону пропіонату («Кутівеїту™»); експертна думка, що ґрунтується на понад десятирічному досвіді застосування цих засобів у пацієнтів зі СЧД, аналізі конкретних клінічних випадків.

В основі всіх ТГКС, як і будь-яких стероїдних субстанцій, лежить матриця циклопентанпергідрофенантрону з номерними положеннями атомів вуглецю. Принциповою особливістю всіх ТГКС є наявність ОН-групи в положенні С11 — ознака топічної активності. Глюкокортикоїдну активність молекули ТГКС посилює подвійний зв'язок у положенні С1 та метильна група в положенні С16. Особливою властивістю є наявність атомів фтору або хлору в положеннях С6 і/або С9 В-кільця, що значно посилює ліпофільність молекули, її метаболічну стабільність у тканинах та силу зв'язування зі специфічними рецепторами. Ці ж якості посилюються, якщо галогени є і в інших положеннях — С17, С20 та С21, а також за рахунок приєднання в цих поло-

женнях бокових ланцюгів вищих органічних кислот — пропіонової, масляної, капронової, валеріанової тощо [1, 14, 28].

Кlobетазолу пропіонат — яскравий представник п'ятого покоління ТГКС, розроблення якого тривало протягом вісімдесятих років минулого століття. Наразі кlobетазолу пропіонат лишається найактивнішою молекулою ТГКС, яка належить до IV класу за класифікацією Miller&Munro (дуже сильні ТГКС) [2, 4]. Серед стереохімічних особливостей молекули кlobетазолу пропіонату слід назвати такі: наявність атома фтору в положенні В9 та заміщення карбонільної групи атомом хлору в положенні D21. Це зумовлює виражену ліпофільність молекули, її метаболічну стабільність, а також особливо сильне і тривале зв'язування зі специфічним внутрішньоклітинним рецептором [14]. Так, показник відносної спорідненості кlobетазолу пропіонату до рецептора, який визначається афінністю, силою зв'язування та періодом напіврозпаду комплексу ТГКС-рецептор, у 63 рази більший еталонного значення для дексаметазону (відповідно 6300 та 100 одиниць) [28]. Саме це зумовлює особливу фармакологічну активність кlobетазолу пропіонату, що дає змогу застосовувати цей засіб для лікування і тяжких запальних уражень шкіри.

Кlobетазолу пропіонат наразі застосовують у терапії дерматозів за принципом «потужного старту», що полягає в першочерговому призначенні найсильнішого ТГКС з подальшим переходом до лікування сильним або помірно сильним засобом [4, 8, 10]. Такий підхід обґрунтований з огляду на високу протизапальну та імуносупресивну активність кlobетазолу пропіонату, що успішно застосовується при псоріазі, червоному пласкому лишайі та тяжкій екземі [12, 23, 27]. Наприклад, у США кlobетазолу пропіонат у вигляді різних лікарських форм (крем, мазь, лосьйон, піна) є найпоширенішим ТГКС для лікування псоріазу [20].

Максимальна тривалість терапії кlobетазолу пропіонатом не повинна перевищувати 4 тижні, оптимальний курс зазвичай становить 1–2 тижні, після чого доцільний перехід на менш потужний ТГКС. Якщо після чотирьох тижнів лікування кlobетазолу пропіонатом позитивної клінічної динаміки не досягнуто, потрібно переглянути діагноз або тактику лікування [2]. Препарат можна нанести на шкіру обличчя і/або інтертригінозні ділянки, але в цих випадках слід пам'ятати, що курс терапії має бути якомога коротшим. Слід зазначити, що за оцінкою Німецького дерматовенерологічного товариства, відносний терапевтичний індекс кlobетазолу пропіонату становить 1,5 (відношення максимальних

серед досліджених ТГКС показників ефективності — 27 балів і побічних ефектів — 17 балів) [9]. Водночас низка ТГКС, які завжди вважали безпечними та ефективними, відповідно до цього аналізу дістали нижчий відносний терапевтичний індекс: бетаметазону валерат — 1,2, гідрокортизону-17 бутират — 1,4, триамцинолону ацетонід — 1,1, гідрокортизон — 1 [9]. Можна зробити висновок, що важливе для кожного лікаря співвідношення переваг конкретного ТГКС та ризику від його застосування у клобетазолу пропіонату лишається в межах оптимального.

Флютиказону пропіонат — ТГКС шостого покоління, що належить до окремої підгрупи карботіоатів і містить у молекулі подібну тіоефірну групу в положенні С20 [28]. Це значно посилює природну ліпофільність і можливість проникнення крізь шари шкіри людини, а також силу зв'язування зі специфічними ТГКС-рецепторами (відносна спорідненість до рецепторів у 17,3 разу перевищує еталонне значення дексаметазону) [6, 28]. Особливе розташування тіоефірного радикалу під площиною кільця D, а не над ним, як це спостерігається у більшості ТГКС із заміщеними положеннями С17, С20 та С21, зумовлює швидкий ферментативний гідроліз молекули ФП до неактивних карбоксильованих дериватів у печінці та несистемність дії [1, 3, 6]. Цим фактом можна пояснити непригнічення ендогенного кортизолу в тесті з косинтропіном навіть у разі нанесення місцевих форм флютиказону пропіонату на великі поверхні тіла (понад 60 %) [11, 17].

Флютиказону пропіонат належить до сильних ТГКС (клас III за класифікацією Miller—Munro). За вираженої активності він має дуже низькі атрофогенний потенціал, частоту пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи та алергійний потенціал [9]. Відповідно, терапевтичний індекс флютиказону пропіонату є одним з найвищих серед ТГКС [3, 24]. В Україні флютиказону пропіонат («Кутівейт™») — єдиний серед сильних ТГКС, дозволений для застосування від 3-місячного віку за широким колом показань [3]. Також це один з небагатьох сильних ТГКС, який можна використовувати в інтермітуючому режимі тривалий час (24–48 тижнів) без збільшення частоти місцевих або системних побічних ефектів [17, 19, 26]. Велике багаточентрове дослідження із застосуванням крему (0,05 %) та мазі (0,005 %) флютиказону пропіонату в підтримувальній терапії atopічного дерматиту протягом 16 тижнів продемонструвало значне зниження ризику виникнення рецидивів — відповідно у 5,8 та 1,9 разу порівняно з плацебо [25]. В іншому рандомізованому плацебоконтрольованому дослідженні з вико-

ристанням інтермітуючого режиму застосування 0,05 % крему флютиказону пропіонату разом з емолієнтами протягом 48 тижнів знижувалася частота рецидивів atopічного дерматиту в 7,7 разу порівняно з плацебо. Режим було розцінено як ефективний та безпечний для пацієнтів від 3 місяців до 65 років [13].

Відомо, що необхідною умовою належної фармакологічної дії ТГКС на рівні епідермісу та дерми є цілісність міжклітинних ліпідних прошарків, а також водно-ліпідний баланс [1]. Епідермальні ліпіди є своєрідним середовищем для розчинення активної гормональної субстанції та її основоутворювачів, забезпечення умов для поступової пенетрації ТГКС у глибші шари шкіри. З цієї причини курс терапії ТГКС обов'язково поєднують з фоновим застосуванням емолієнтів, у деяких випадках ці засоби входять до складу лікарських форм ТГКС. Основа крему «Кутівейт™» має пом'якшувальні та зволожуючі властивості (емолієнт) за рахунок таких сполук, як рідкий парафін, цетостеариловий спирт, ізопропілу міристант та імідсечовина [3]. Концентрація флютиказону пропіонату (препарат «Кутівейт™») у лікарській формі крему та мазі різна (відповідно 0,05 та 0,005 %), що зумовлено різною розчинністю/ліпофільністю активної речовини в допоміжних субстанціях та основоутворювачах і, відповідно, різним ступенем потенційної трансдермальної проникності. Отже, залежно від стадії і ступеня тяжкості дерматозу, локалізації уражень можна призначати дві форми «Кутівейту™» — крем і мазь.

Протягом 2009–2010 років проліковано 320 пацієнтів, серед яких було 40 дітей віком від 3 міс до 16 років, з різними дерматозами. Для комплексного лікування застосовувано ТГКС п'ятого (клобетазолу пропіонат — «Дермовейт™») та шостого (флютиказону пропіонат — «Кутівейт™») покоління. Диференційоване призначення окремих топічних форм — крему або мазі ТГКС різних класів («Дермовейту™» або «Кутівейту™») — наведено на рис. 1–5.

Дуже важливо, що ми мали змогу диференційовано призначати різні лікарські форми ТГКС (крем або мазь) та ТГКС різної потужності (дуже сильний — «Дермовейт™», сильний «Кутівейт™» з десятиразовою різницею в концентрації активної речовини у кремі та мазі). Пацієнтам з гострими дерматозами, різними екземами в підгострій формі, рецидивами алергодерматозів та пухирчастих дерматозів з мокнуттям у анамнезі, контактними та контактнo-алергійними дерматозами, atopічними дерматитами доцільним та ефективним було призначення на першому етапі терапії крему «Кутівейт™» з варіантом подаль-



Рис. 1. Псоріатична хвороба. Лікування: мазь «Дермовейт™» з подальшим використанням мазі «Кутівейт™»



Рис. 2. Червоний плоский лишай  
Лікування: мазь «Дермовейт™» з подальшим використанням мазі «Кутівейт™»

Рис. 3. Екзема ступень. Лікування: крем «Кутівейт™» з подальшим використанням мазі «Кутівейт™»



Рис. 4. Поліморфна ексудативна еритема  
Лікування: крем «Кутівейт™»

Рис. 5. Склеродермія  
Лікування: мазь «Кутівейт™»



шої ступінчастої терапії маззю «Кутівейт™» (вміст флютиказону пропіонату в 10 разів менший та більше пролонгована дія).

Хворим на псоріаз, червоний плаский лишай, нейродерміти, хронічні екземи з ліхеніфікацією та алергодерматози без гострих виявів одночасно із загальною терапією було призначено «Кутівейт™» у вигляді мазі, що давало змогу адекватно і доволі швидко перевести патологічний процес у фазу регресу.

Пацієнтам з тяжкими шкірними ураженнями — пухирчаткою, багатоформною еритемою, псоріатичною еритродермією, поширеним псоріазом, декомпенсованими екземами та atopічними дерматитами, іншими складними СЧД на першому етапі призначали мазь «Дермовейт™» (клобетазолу пропіонат), активність якої у десятки разів більша за відповідний показник «Кутівейту™» та негалогенізованих ТГКС. Це давало змогу швидко зупинити запальний процес і досягти стабілізації, з подальшим ступінчастим переходом на лікування маззю «Кутівейт™». Термін призначення «Дермовейт™» завжди був коротким, 1–2 тижні, проте ефективним і доцільним, зважаючи на стан пацієнтів. Лікар повинен чітко і толерантно роз'яснювати пацієнту, що «Дермовейт™» є засобом потужної дії, дає швидкий ефект, однак призначати його можна лише на обмежений термін і лише під контролем медичного персоналу. Це своєрідна профілактика подальшого самолікування пацієнтами, які намагаються досягти швидкого результату без певних зусиль.

Усі пацієнти, які проходили лікування із застосуванням у комплексній терапії «Дермовейт™» і «Кутівейту™», не мали жодного побічного ефекту, переносили місцеве лікування добре. Вміст у мазях «Кутівейт™» та «Дермовейт™»

емолієнт-комплексу сприяв ефективному проникненню активної субстанції до зони запалення та за рахунок пролонгованого зволоження шкіри забезпечував комфортність лікування. Усі пацієнти, а особливо ті, хто страждав від хронічного дерматозу, із задоволенням відзначали текстуру мазей та швидке поглинання їх шкірою, що давало відчуття комфорту. Ми забезпечували поступовий перехід до включення в подальше місцеве лікування моноемолієнтів, що є важливим етапом як ступінчастої, так і дуалтерапії.

Призначаючи пацієнтам ТГКС п'ятого покоління — «Дермовейт™» мазь (клобетазолу пропіонат) та ТГКС шостого покоління — «Кутівейт™» крем або мазь (флютиказону пропіонат), ми мали змогу лікувати СЧД на всіх етапах патологічного процесу зі швидким ефектом і високим терапевтичним комплаєнсом.

Наявність у арсеналі дерматолога-практика ефективних ТГКС з високим профілем безпеки, лікарські форми яких дають змогу призначати ці засоби як терапію СЧД першої лінії, підтримувальну та інтермітуючу терапію, допомагає досягти певних успіхів у лікуванні як первинних пацієнтів, так і пацієнтів з тривалим перебігом СЧД, налаштованих щодо терапії ТГКС упереджено.

Комплексне поетапне призначення ТГКС з урахуванням їхньої потужності й лікарської форми — це сфера професіоналізму та ерудиції лікаря, показник його вміння швидко та ефективно допомагати хворому на сучасному рівні. А унікальне поєднання високої європейської якості та безпеки з конкурентною ціною робить «Кутівейт™» і «Дермовейт™» вельми привабливими для застосування як дерматологами, так і лікарями загальної практики.

**Статтю опубліковано за підтримки  
ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»**

## Список літератури

1. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний // Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. Пер. с англ.— 2-е изд.— М., 2009.
2. Інструкція для медичного застосування препарату Дермовейт.
3. Інструкція для медичного застосування препарату Кутівейт.
4. Коляденко В.Г., Чернышов П.В. Клобетазол пропіонат в лечении хронических воспалительных дерматозов // Здоровье Украины.— 2009.— № 4.— С. 44.
5. Ломоносов К.М., Игнатьев Д.В. Топические стероиды в практике дерматолога // Consilium medicum. Дерматология.— 2009.— № 2.
6. Туркевич А.Ю., Сизон О.О. Флютиказона пропіонат: эффективный и безопасный стероид для местного лечения дерматозов // УЖДВК.— 2010.— № 1.— С. 40–50.
7. Boner A.L., Richelli C., De Stefano G. et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal function in children with atopic dermatitis treated with clobetasone butyrate and its clinical evaluation // Int. J. Pharmacol. Ther. Toxicol.— 1985.— Vol. 23.— P. 118–120.
8. Cook-Bolden F.E., Goffe B.S., Hudson C.P. et al. Efficacy and safety results from a randomized, double-blind, vehicle-controlled study of clobetasol propionate spray for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis of the scalp // J. Am. Acad. Dermatol.— March 2010.— Vol. 62 (3)— P. 3368–AB140.
9. Elsner P., Kerscher M., Korting H.C. et al. Topische dermatotherapie mit glukokortikoiden — Therapeutischer Index // AWMF online 2003.— www.awmf\_leitlinien. de: AWMF-Reg.— N 013/034.1.
10. Feldman S., Yentzer B. Topical clobetasol propionate in the treatment of psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol.— March 2010.— Vol. 62 (3)— P. 3369.
11. Friedlander S.F., Hebert A.A., Allen D.B. Fluticasone

- Pediatrics Safety Study Group: Safety of fluticasone propionate cream 0.05% for the treatment of severe and extensive atopic dermatitis in children as young as 3 months // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 2002.— Vol. 46.— P. 387–393.
12. Guidelines on the management of atopic eczema; Primary Care dermatology Society & British Association of dermatologists, 2006.
  13. Hanifin J., Gupta A.K., Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients // *Br. J. Dermatol.*— 2002.— Vol. 147.— P. 528–537.
  14. Hogger P. Comparison of the tissue affinity of glucocorticoids to human lung, nasal, and skin tissue in vitro // *Arzneimittelforschung.*— 2001.— Bd. 51.— S. 825–831.
  15. Johnson M. Anti-inflammatory properties of fluticasone propionate // *Int. Arch. Allergy Immunol.*— 1995.— Vol. 107.— P. 439–440.
  16. Katz H.I. Topical corticosteroids // *Dermatol Clin.*— 1995.— Vol. 13.— P. 805–815.
  17. Kirkup M.E., Birchall N.M., Weinberg E.G. et al. Acute and maintenance treatment of atopic dermatitis in children — Two comparative studies with fluticasone propionate (0.05%) cream // *J. Dermatol. Treat.*— 2003.— Vol. 14.— P. 141–148.
  18. Korting H.C., Kerschner M.J., Schofer-Korting M. Topical glucocorticoids with improved benefit/risk ratio: do they exist? // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 1992.— Vol. 27.— P. 87–92.
  19. Lebowitz M.G., Tan M.H., Meador S.L., Singer G. Limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005% on patients with psoriasis of the face and intertriginous areas // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 2001.— Vol. 44.— P. 77–82.
  20. Pearce D.J., Stealey K.H., Balkrishnan R. et al. Psoriasis treatment in the United States at the end of 20th century // *Int. J. Dermatol.*— 2006.— Vol. 45.— P. 370–374.
  21. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate — where, when, why? // *Drugs today (barc).*— 2008.— Vol. 44 (7).— P. 547–557.
  22. Phillipps G.H. Structure-activity relationships of topically active steroids: The selection of fluticasone propionate // *Respir. Med.*— 1990.— Vol. 84.— P. 19–23.
  23. Prawer S.E., Katz H.I. Guidelines for using superpotent topical steroids // *Am. J. Fam. Physician.*— 1990.— Vol. 41 (5).— P. 1531–1538.
  24. Roeder A. et al. safety and efficacy of fluticasone propionate in the topical treatment of skin diseases // *Skin. Pharmacol. Physiol.*— 2005.— Vol. 18.— P. 3–11
  25. Spencer C.M., Wiseman L.R. Topical fluticasone propionate: A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders // *Bio-drugs.*— 1997.— Vol. 7.— P. 318–334.
  26. Thomas K.S., Armstrong S., Avery A. et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema // *BMJ.*— 2003.— Vol. 30.— P. 768.
  27. Warino L., Balkrishnan R., Feldman S.R. Clobetasol propionate for psoriasis: are ointments really more potent? // *J. Drugs dermatol.*— 2006.— Vol. 5 (6).— P. 527–532.
  28. Wiedersberg S., Leopold C.S., Guy R.H. Bioavailability and bioequivalence of topical glucocorticoids // *Eur. J. Pharm. and Biopharm.*— 2008.— Vol. 68.— P. 453–466.

К.В. Семенуха, А.В. Горбенко, О.А. Ковальская, О.М. Семенуха, О.А. Салей

## Практический взгляд на применение топических глюкокортикостероидов для лечения стероидчувствительных дерматозов

За долгие годы применения топических глюкокортикостероидов среди специалистов и пациентов сложились стереотипы относительно неудовлетворительного профиля безопасности галогенизированных препаратов, как и высокоактивных топических глюкокортикостероидов последних поколений. В статье рассмотрены фармакологические свойства и данные о клинической эффективности, безопасности и комплаентности ТГКС пятого (клобетазола пропионат — «Дермовейт™») и шестого (флутиказона пропионат — «Кутивейт™») поколений на основе анализа мировой литературы и собственного опыта авторов в лечении пациентов со стероидчувствительными дерматозами.

K.V. Semenukha, O.V. Gorbenko, O.A. Koval'ska, O.M. Semenukha, O.A. Saley

## The topical corticosteroids' administration for the treatment of steroid-sensitive dermatoses: a practical view

For long-term period of topical corticosteroids' usage stereotypes regarding unsuccessful safety profile of halogenated topical corticosteroids as well as high-potent medicines of last generations have formed in patients' and doctors' mind. Pharmacological characteristics, clinical data on efficacy, safety and therapeutical compliance of topical corticosteroids of fifth (clobetasol propionate — *Dermovate*™) and sixth (fluticasone propionate — *Cutivate*™) generations are presented in the article based on the analysis of world scientific literature and own authors' experience in treatment of patients suffered from the steroid-sensitive dermatoses.