



Э.А. Мурзина

Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.А. Шупика МЗ Украины, Киев

Аспекты безопасности наружной терапии в лечении дерматозов

Ключевые слова

Дерматозы, наружная терапия, безопасность, топические глюкокортикостероиды, синтетические танины, «Преднитоп», «Деласкин».

Наружная терапия занимает важное место в практике врача-дерматовенеролога. Ведь ему доверяют самый большой и самый сексуальный орган человеческого организма — кожу. Тот орган, который виден каждому из окружающих и который производит первое неизгладимое впечатление, вызывает различные чувства — от жалости до пренебрежения. Тот орган, который вызывает опасение прежде всего за свой внешний вид. Никто не думает о том, как выглядит его печень или сердце. А о том, как выглядит кожа, беспокоится каждый.

И как любой орган человеческого организма, кожа может болеть. Именно болеть, причиняя страдания своему хозяину, а не только меняться в цвете, покрываться высыпаниями и чешуйками. Поэтому кожа нуждается и в лечении.

Отношение к коже как органу человеческого организма возникло не сразу. Во времена античности и до позднего Ренессанса господствующая гуморальная концепция определяла, что все болезни организма — следствие внутреннего жидкостного нарушения. Поэтому кожу лечить нет необходимости. И она была отдана на откуп цирюльникам-хирургам (*chirurgus*), тогда как лечением внутренних болезней занимались истинные врачи — *medicus*.

Кардинальный пересмотр отношения к коже произошел в XIX веке, когда Пауль Унна (1850—1929) в своей книге «*Histopathologie der Haut*» впервые рассматривал кожу человека как орган. В этом же трактате выдвигались первые требования к средствам наружной терапии, в частности отсутствие серьезных побочных эффектов. Главный принцип медицины «не навре-

ди» распространился и на кожу. С этого момента наружная терапия кожных болезней перешла с эмпирического уровня на научный. И сегодня каждое назначение средств наружной терапии имеет четкое обоснование, отработанные принципы и правила.

Несомненным достижением современной науки является наружное применение топических глюкокортикостероидов (ТГКС), которые прочно вошли в дерматологическую практику более полувека назад и сегодня являются золотым стандартом лечения широкого спектра дерматозов. Английский ученый М.У. Гривз так определил роль ТГКС: «Влияние топических стероидов при лечении большинства дерматозов можно сравнить с влиянием пенициллина при лечении инфекционных заболеваний. Однако за последние 40 лет человечество накопило знания, с помощью которых может придумать более эффективные и безопасные стероиды».

Каждое лечение таит опасность? Сам М.У. Гривз рассматривал применение ТГКС с позиций опасности. Назначение ТГКС без показаний, использование только наружного лечения при среднетяжелых и тяжелых формах дерматозов, неадекватный выбор класса ТГКС или выбор неадекватной формы лекарственного средства, неправильное дозирование ТКС приводит или к неэффективности терапии, необходимости продолжительного использования ТГКС, или к появлению нежелательных побочных эффектов — системных и местных. Такие последствия возникают в первую очередь при хронических дерматозах с большой площадью поражения и в детской дерматологической практике.

Вызывает удивление и негодование тот факт, что нация, которая как огня боится слов «гормональная терапия», отворачиваясь от завоеваний прогресса, становится заложником своей же безграмотности, что по принципу «проверенное — значит, безопасное» продолжают использоваться ТГКС 30—40-летней давности, которые давно не применяются в цивилизованных странах. Принцип безопасности, выведенный полвека назад, на сегодняшний день изменил критерии и оценки — то, что было безопасно в XX веке, сегодня утратило свои позиции. Этим и объясняются результаты опроса врачей-дерматовенерологов, что только 43 % из них используют в своей практике более 10 наименований ТГКС (в том числе ТГКС нового поколения), пользуются всем многообразием форм препаратов, а 68 % применяемых ТГКС составляют фторированные препараты старого поколения. И мало кто из этих врачей знает о принятой еще в 2008 году Резолюции по регулированию использования ТГКС, согласно которой рекомендовано ограничить использование фторированных ТГКС старого поколения (флуоцинолона ацетонид, триамцинолона ацетонид и др.); не использовать ТГКС старого поколения при сопутствующих заболеваниях, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушение функций печени и почек; не применять фторированные ТГКС старого поколения для длительной терапии и при обширных очагах поражения.

К ТГКС предъявляются определенные требования:

- высокая эффективность;
- высокая безопасность;
- возможность длительного применения;
- удобство применения;
- доступная стоимость курса лечения.

Эффективность ТГКС взаимосвязана с безопасностью и определяется его активностью, которая зависит от химической структуры, содержания атомов фтора и хлора в молекуле препарата, фармакологической формой, концентрацией действующего вещества в препарате, индифферентностью основы, особенностями механизма действия, возможностью диэстирификации и правильностью применения. Эффективность ТКС оценивается по терапевтическому индексу.

Выбор фармакологической формы ТГКС зависит от диагноза, клинической формы дерматоза, стадии заболевания, возраста больного и места приложения. Проницаемость кожи значительно изменяется при различных дерматозах. Вещества, которые мало или совсем не проникают через роговой слой интактной кожи, при его из-

менении вследствие болезни начинают свободнее преодолевать этот барьер. Отмечено, что при псориазе проникновение ТГКС в кожу повышено, несмотря на утолщение рогового слоя; поражение рогового слоя при экземе также сопровождается усиленной проницаемостью кожи. При стихании патологического процесса проницаемость кожи для ТГКС снижается.

Принципы применения ТГКС следующие:

- назначать только в случае установления диагноза кортикостероидчувствительного дерматоза;
- использовать только для купирования обострения;
- сила действия, потенция и фармакологическая форма ТКС должны соответствовать силе, локализации, проявлениям патологического процесса и возрасту пациента;
- избегать длительного использования сильных стероидов на лице, шее, складках;
- применять различные лекарственные формы в необходимом количестве;
- использовать 1 раз в день.

Особенно обдуманно и взвешенно применение ТГКС должно быть в детской дерматологической практике. Детская кожа обладает рядом особенностей, ей присуща быстрая смена слоев эпидермиса, его рыхлость, интенсивный митоз клеток базального и шиповидного слоев, преобладание соединительнотканых клеток в дерме и недостаточное развитие коллагеновых и эластиновых волокон, обильная васкуляризация кожи при меньшем количестве слоев эндотелиальных клеток. Все это способствует быстрой всасываемости ТГКС в коже и активному попаданию препарата в системный кровоток, поэтому у детей очень быстро могут развиваться побочные нежелательные системные и местные эффекты. Для их предупреждения следует строго соблюдать индивидуальный подход (в зависимости от возраста, клинической картины заболевания, обширности поражения, предшествующего лечения):

- применение ТГКС должно быть ограничено 20 % поверхности тела (не более);
- нанесение ТГКС на пораженные участки с учетом суточных биоритмов (глюкокортикоидной функции коры надпочечников);
- использование ТГКС пролонгированного действия (нанесение 1 раз в сутки);
- исключение фторированных ТГКС;
- применение ТГКС низкой или умеренной активности;
- чередование ТГКС и нестероидных препаратов.

Всем требованиям безопасности на сегодня отвечает топический глюкокортикоид

«Предниотоп» (Dermapharm AG, Германия). Действующее вещество предникарбат — современный негалогенизированный ТГКС, относящийся к 2-му классу активности, то есть обладающий умеренной активностью. Клинически доказана безопасность его применения в лечении детей с 1 месяца жизни. Предникарбат обладает высоким терапевтическим индексом — 2, что определяет его высокую безопасность при непрерывном применении в течение 1,5 мес. Эффективность проникновения и действия обеспечивается двойной эстерификацией в молекуле предникарбата в положении C₁₇ и C₂₁.

Предникарбат — эталон безопасности в лечении стероидчувствительных дерматозов — относится к IV поколению ТГКС, пролекарством. Эффект предникарбата проявляется только в очаге воспаления за счет взаимодействия с собственными эстеразами кожи. После чего он распадается на неактивные компоненты, что не позволяет проникнуть активному глюкокортикостероиду в системный кровоток. Поэтому риск развития нежелательных системных побочных эффектов исключен.

Немецкие ученые, изучавшие фармакокинетику предникарбата, его проникающую способность и распределение фармакологически активных веществ в эпидермисе и других слоях кожи, доказали его селективный механизм действия. Активация, соединение с рецепторами и метаболизм предникарбата осуществляется только в эпидермисе. Препарат активно взаимодействует с кератиноцитами, при этом фибробласты остаются нетронутыми. Это очень важно, потому что синтез коллагена и эластина происходит именно в дерме. Соответственно длительное воздействие ТГКС на фибробласты приводит к угнетению их функционирования, недостаточной выработке коллагеновых волокон, что в свою очередь ведет к истончению кожи и развитию атрофии. В опыте выявлена селективность действия предникарбата, отсутствие у него атрофогенного потенциала. Риск развития нежелательных местных побочных эффектов исключен. Все это дало ученым основания назвать «Предниотоп» первым эпидермальным ТГКС.

Свойства основы «Предниотопа» уникальны. Она содержит только биохимически нейтральные гипоаллергенные компоненты (масло минеральное, глицерол моноолеат, парафин белый мягкий) и сохраняет стабильность консистенции препарата в течение всего срока годности. Безжировая основа не содержит ланолина, вазелина, что исключает риск дополнительной алергизации кожи. Способствует легкому равномерному распределению препарата на поверх-

ности кожи. Основа обеспечивает равномерную диффузию и всасывание предникарбата в очаге поражения. Белый парафин, как пленкообразующий эмомент, обладает смягчающим и увлажняющим действием.

«Предниотоп» выпускается в нескольких лекарственных формах: крем, мазь, жирная мазь, что расширяет показания для его назначения: острое, с мокнутиями, подострое, хроническое воспаление кожи. Жирная мазь — одна из форм препарата (так называется не потому, что оставляет жирный блеск на коже и пятна на одежде), в основе которой преобладает белый парафин. Он обеспечивает большие окклюзионные свойства фармакологической формы, способствует более медленному, глубокому и равномерному распределению предникарбата в месте воспаления. Поэтому жирную мазь применяют при хронических процессах с выраженной лихенификацией, кератинизацией и шелушениями; на участках кожи с более выраженным эпидермисом — локти, колени, ладони, стопы.

А что делать врачу-дерматовенерологу, когда речь идет о дерматозах, вызванных неадекватным применением наружных топических глюкокортикоидных препаратов, при стероидиндуцированных и стероидзависимых дерматозах (рис. 1)? Когда ТГКС был назначен без учета особенностей патологического процесса, класса активности и формы вещества или когда так понравившееся действие препарата пациент стал использовать при любом высыпании на коже. Такое применение препарата особенно опасно на коже лица. В результате развиваются стероидные угри, периоральный дерматит, стероидная эритема.

Другие же пациенты просто панически боятся применять стероидные препараты — страдают стероидофобией, что является довольно-таки частой проблемой (20—40 %), имеют тяжелую сопутствующую соматическую патологию, когда даже наружное применение ТГКС нежелательно (75—95 %), или дерматологическое заболевание имеет хроническое течение и проводить далее стероидную терапию нежелательно, или же ТГКС дают только кратковременный положительный эффект. В этом случае следует обратить внимание на препараты альтернативной терапии. Примером являются препараты группы синтетических танинов.

Вяжущие вещества сотни лет применяли для медицинских целей. И сегодня также не теряют своей актуальности, являясь необходимым компонентом лечения в дерматологии. Благодаря вяжущему эффекту танины природного и синтетического происхождения широко применя-

ют в комплексном лечении воспалительных заболеваний кожи.

До 1950-х использовали танины только природного происхождения. Экстракты из коры дуба (*Quercus cortex*) — особенно молодых веток — назначали больным, например, при повышенной потливости стоп или воспаленных процессах в полости рта.

Синтетический танин, полифенольный сложный препарат, был разработан в середине прошлого столетия. Он имеет существенные преимущества перед природными аналогами благодаря очистке действующего вещества от возможных примесей, точности дозирования, контролю качества на всех этапах производства и более длительному сроку годности. Кроме того, применение синтетического танина не приводит к таким отрицательным моментам, как окраска ванн, одежды и самой кожи при использовании [6].

По химической структуре синтетические танины являются водорастворимыми полифенолами [5]. Благодаря своей способности связывать и преципитировать протеины они вступают в химическую реакцию со структурными компонентами кожи, богатыми протеинами и коллагеном, полипептидами.

На сегодняшний день доступен только один синтетический танин: натриевая соль конденсированного полимера фенолсульфоновой кислоты, мочевины и формальдегида (фенолметаналь-мочевины поликонденсат), который выпускает под торговым названием «Деласкин» (Delaskin) фармацевтическая компания Dermapharm AG (Грюнвальд, Германия). Фармакологические эффекты танинов в основном заключаются в их вяжущем действии. В то же время несколько медицинских исследований, проведенных в последние десятилетия, показали дополнительные свойства танинов, например, противомикробное, противовоспалительное и противозудное действие.

При воспалительных и зудящих дерматозах «Деласкин» используют в виде крема (0,4 %) и порошка (0,4 %) для добавок в ванны (0,006–0,040 % после разведения) и приготовления растворов [3]. Возможно применение «Деласкина» в виде примочек, холодных компрессов, ополаскивания, общих и местных ванн. Разведенный порошок применяют в острый период алергодерматозов с целью получения антиэкссудативного, подсушивающего, противозудного эффектов. Также препарат используют в качестве симптоматического средства для устранения мацерации и мокнутия различной этиологии и локализации.

Крем «Деласкин» наносят на пораженные участки 2–3 раза в день. Применяют в подострый период проявления алергодерматозов как

противовоспалительное, барьерное средство, в качестве альтернативы ГККС (при стероидофобии и стероидорезистентности), нестероидного средства при комбинированной схеме лечения и как симптоматическое средство для устранения зуда различной этиологии и локализации.

Материалы и методы

Проведено клиническое наблюдение за применением препаратов «Преднитоп» и «Деласкин» у детей и взрослых.

«Преднитоп» назначали только после установления диагноза стероидчувствительного дерматоза: атопический дерматит (10 детей), атопическая экзема (5 детей), истинная экзема (7 пациентов), тилотическая экзема (3 пациента), контактный дерматит (7 пациентов), болезнь Девержи (2 пациента). Всего в исследовании применения препарата «Преднитоп» приняли участие 20 детей и 14 взрослых.

Выбор лекарственной формы для наружной терапии зависел от остроты патологического процесса, его локализации и морфологических проявлений, длительности и эффективности предыдущего лечения. Пациентам с атопическим дерматитом, атопической экземой, истинной экземой и контактным дерматитом был назначен крем «Преднитоп». При тилотической экземе и болезни Девержи применяли мазь «Преднитоп».

Для объективной оценки изменения степени тяжести заболевания в процессе лечения у детей с атопическим дерматитом и атопической экземой определяли коэффициент SCORAD (kS). Коэффициент рассчитывается с учетом площади поражения кожи, степени выраженности объективных (эритема, образование папул/везикул, мокнутия, эксфолиации, лихенификация, сухость кожи) и субъективных (зуд кожи и нарушение сна) симптомов. При максимальной распространенности процесса и выраженности объективных и субъективных симптомов $kS = 103$, а при их полном отсутствии $kS = 0$.

Используя коэффициент SCORAD, объективно оценивали степень тяжести течения кожного процесса у каждого обследуемого ребенка:

$0 \leq kS \leq 30$ — легкая степень,

$20 \leq kS \leq 60$ — средняя степень,

$kS > 60$ — тяжелая степень заболевания.

Коэффициент SCORAD определяли с помощью специально разработанной компьютерной программы «Калькулятор SCORAD» Бельгийской компании AIMS (USB Pharmar — 1997).

В среднем коэффициент SCORAD у наблюдаемых детей с проявлениями болезни в легкой и средней степени тяжести перед лечением равнялся $35,4 \pm 1,2$.

Крем и порошок «Деласкин» применяли у пациентов с контактным дерматитом (5 пациентов), экземой (5 пациентов), периоральным дерматитом (2 пациента) и стероидными угрями (3 пациента). Все больные получали традиционную общую, а также наружную терапию в виде нанесения крема «Деласкин» или примочек, приготовленных из порошка «Деласкин».

Критериями отбора пациентов для терапии «Деласкином» прежде всего были:

- локализации патологического процесса на коже лица;
- локализация патологического процесса в перианальной области;
- длительная безрезультатная терапия патологического процесса другими препаратами, в том числе и ТГКС;
- появление патологического процесса после длительного применения ТГКС.

Результаты и обсуждение

У детей, получавших терапию с использованием крема «Предниноп», наблюдалась положительная динамика, проявляющаяся в снижении среднего значения коэффициента SCORAD, за счет уменьшения инфильтрации и гиперемии в очагах поражения, разрешения папулезных высыпаний и отторжения корочек, уменьшения зуда и нормализации сна уже в первые 3–5 дней применения препарата (рис. 2). Через 10–14 дней лечения коэффициент SCORAD снизился в среднем до $9,4 \pm 1,1$. Патологический процесс полностью разрешился у 14 из 15 детей.

Параметрами эффективности лечения больных истинной, тилотической экземой и контактным дерматитом служила динамика оценки значения (от 0 — «отсутствует» до 4 — «очень сильно выражено») следующих основных симптомов в течение десятидневной терапии: образование папул/шелушение, мокнутия/корки, отек/инфильтрация, эритема, зуд. Отчетливые результаты стали видны уже через 5 дней. В процессе дальнейшей терапии оценка снизилась с 3 («умеренно») до 0 («отсутствует»). Более чем у 77 % пациентов клинические проявления дерматита полностью исчезли на десятый день применения препарата «Предниноп».

При болезни Девержи 2 пациентам была назначена мазь «Предниноп». Патологический процесс разрешился в течение 2 недель (рис. 3).

Эффективность проводимой терапии оценивали по следующим параметрам: клиническая ремиссия (клиническое излечение), значительное улучшение, улучшение, без эффекта. Обобщая результаты двухнедельного применения препарата «Предниноп» в наружной тера-

пии детей и взрослых, больных стероидчувствительными дерматозами, мы констатировали клиническую ремиссию у 29 (85,29 %) пациентов, значительное улучшение — у 4 (1,7 %), улучшение — у 1 (2,94 %). Случаи отсутствия эффекта или ухудшения заболевания на фоне проводимой терапии не зарегистрированы. Переносимость крема и мази «Предниноп» в 97,06 % случаев пациентами оценена как «очень хорошая» или «хорошая».

Критериями оценки эффективности синтетического танина «Деласкин» служила динамика оценки значений (от 0 — «отсутствует» до 3 — «очень сильно выражено») следующих основных симптомов в течение десятидневной терапии: эритема, отек/инфильтрация, образование папул, мокнутия/корки, зуд. Максимальная оценка клинических симптомов равнялась 15 у 3 пациентов. Отчетливые результаты применения препарата стали видны уже через 5 дней.

При контактном дерматите у детей и взрослых применение крема «Деласкин» приводило к разрешению патологического процесса в течение 5–7 дней, что дало основания констатировать отсутствие всех основных клинических симптомов — оценка основных симптомов равна нулю (рис. 4, 5).

Примочки из порошка «Деласкин» при экземе у пациентов в течение трех дней приводили к стиханию активного мокнутия, подсушиванию везикул и уменьшению отека в очагах патологического процесса. А применение в дальнейшем крема «Деласкин» (еще 5 дней) способствовало разрешению папулезных высыпаний и отторжению корочек. Через 7–10 дней оценка основных симптомов, характеризующих патологический процесс, равнялась нулю.

При периоральном дерматите, вызванном неадекватной терапией другими наружными средствами, и стероидных угрях пациентам назначали крем «Деласкин» 2 раза/сут до 14 дней. Патологический процесс разрешался медленно. Оценка основных клинических симптомов через 5 дней снизилась только до 8–10 баллов (рис. 6). Еще через 9 дней патологический процесс полностью разрешился.

Чтобы найти негормональную альтернативу противовоспалительному действию ТГКС в лечении хронических аллергодерматозов, эффективность синтетического танина «Деласкин» изучалась при лечении атопического дерматита в эритематозно-сквамозной форме. Для этого 2 детям, больным атопическим дерматитом в подострой стадии патологического процесса с высокой распространенностью (более 20 %), на правую половину тела (правая верхняя и ниж-



Рис. 1. Пациентка Ю., 2 года. Диагноз: стероидные угри



Рис. 3. Пациент С., 6 лет, до (А) и через 10 дней (Б) лечения. Диагноз: болезнь Девержи

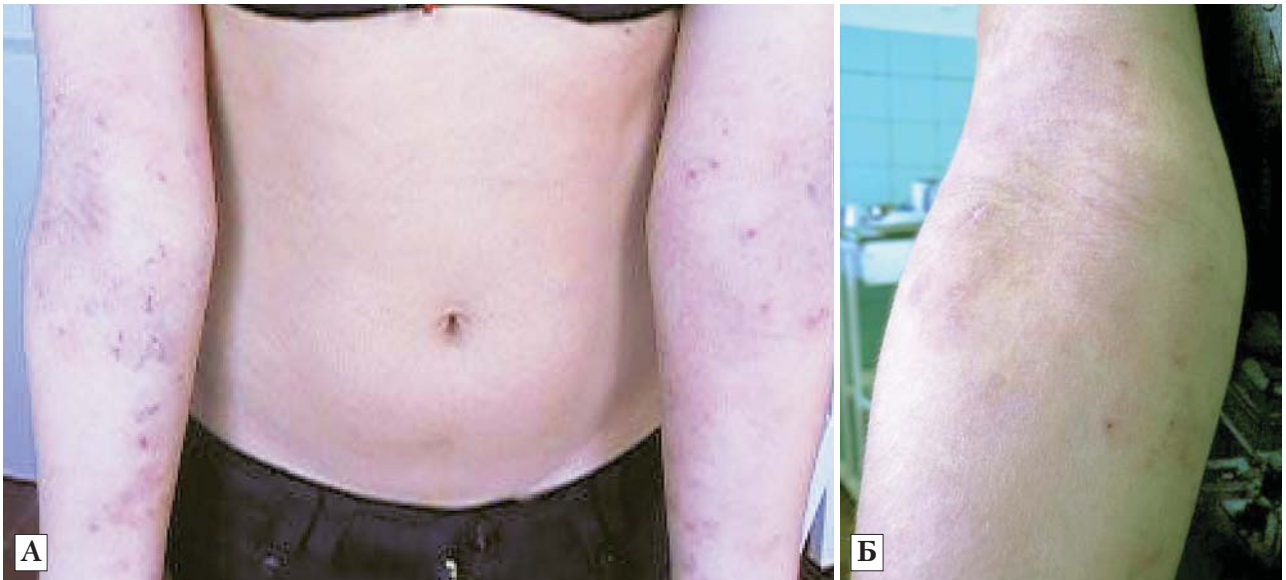


Рис. 2. Пациентка Т., 13 лет, до (А) и через 4 дня (Б) лечения. Диагноз: атопический дерматит, эритематозно-сквамозная форма, период обострения



Рис. 4. Пациентка Н., 35 лет, до (А) и через 5 дней (Б) лечения. Диагноз: контактный дерматит



Рис. 5. Пациент К., 5 лет, до (А) и через 5 дней (Б) лечения. Диагноз: контактный дерматит (многократное туширование очагов токсико-аллергического процесса фукарцином — до 5 раз в сутки)

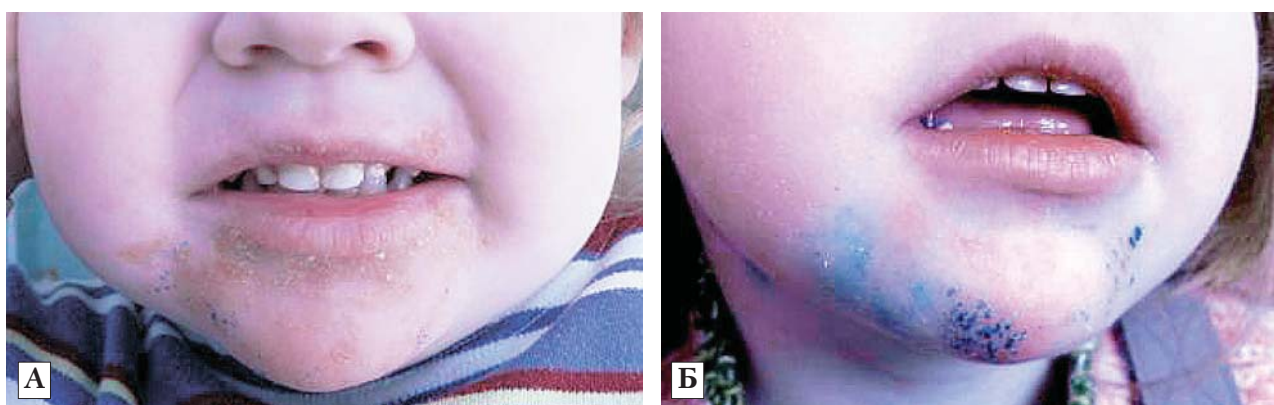


Рис. 6. Пациентка Ю., 5 лет, до (А) и через 5 дней (Б) лечения. Диагноз: периоральный дерматит

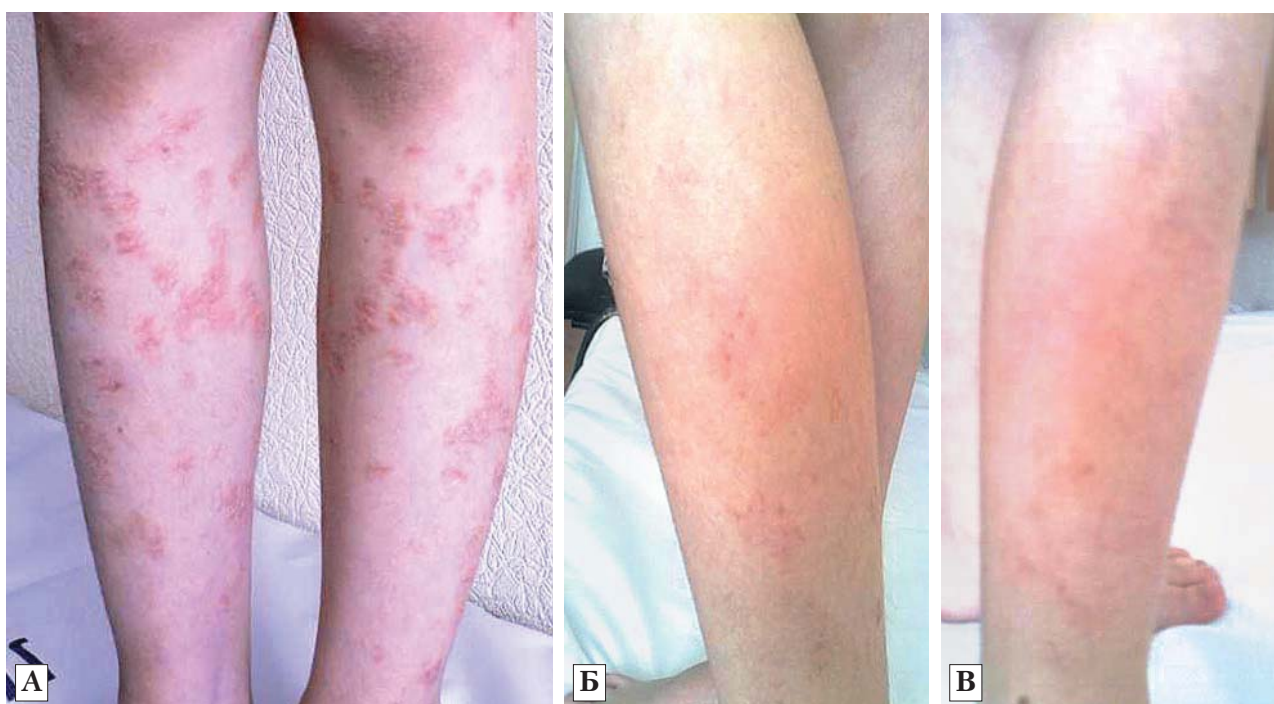


Рис. 7. Пациентка В., 6 лет, до лечения (А), левая (Б) и правая (В) нога через 7 дней лечения. Диагноз: atopический дерматит, подострое течение

ня конечности) была назначена традиционная наружная терапия с применением ТГКС — крема «Преднистон», а на левую половину (левая верхняя и нижняя конечности) и лицо наносили крем «Деласкин».

Результаты оценили через 7 дней. Разница в клинических проявлениях патологического процесса при атопическом дерматите в очагах поражения на правых и левых конечностях не наблюдалась. Эритема, инфильтрация регрессировали, папулезные элементы в стадии разрешения, проявления зуда равномерно уменьшились при наружном применении как крема «Преднистон», так и крема «Деласкин» (рис. 7). Дальнейшая наружная терапия у этих детей состояла в нанесении крема «Деласкин», и еще через 7 дней наступило полное разрешение патологического процесса.

Лечение кремом «Деласкин» и примочками из порошка «Деласкин» негативных симптомов

у пациентов не вызвали. Переносимость оценена как хорошая в 100 % случаев.

Выводы

Оценив все качества препарата, можно констатировать, что «Преднистон» — эффективный ТГКС, который достаточно применять 1 раз в сутки. Препарат можно использовать на участках тонкой кожи и при обширных очагах поражения. Учитывая высочайший уровень безопасности, «Преднистон» наиболее предпочтителен в детской практике, его можно наносить на нежные участки кожи (лицо, зона декольте, кожные складки) без риска появления нежелательных побочных эффектов.

Синтетический танин «Деласкин» — эффективный препарат для лечения контактного, периорального дерматита, экзематозного процесса различной локализации. Может применяться как альтернатива негормональному лечению атопического дерматита в подострой стадии.

Список литературы

1. Абек Д., Бургдорф В., Кремер Х. Болезни кожи у детей / Пер. с англ.— М.: Мед. Лит., 2007.— 160 с.
2. Глюкокортикоидные препараты: Методическое пособие.— Смоленская государственная медицинская академия: НИИАХ, 2009.— 123 с.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: Пособие для студентов, врачей-интернов, иммунологов, аллергологов, врачей лечебного профиля всех специальностей. 3-е изд., доп.— К.: ООО «Полиграф плюс», 2006.— 482 с.
4. Кожные и венерические болезни / Под ред. О.Л. Иванова.— М.: Шико, 2006.— 216 с.
5. Короткий Н.Г., Таганов А.В., Тихомиров А.А. Современная наружная и физиотерапия дерматозов.— М.: Экзамен, 2007.— 703 с.
6. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. и др. Атопический дерматит у детей.— Тверь: Триада, 2003.— 238 с.
7. Корсунская И.М., Лукашова Н.А., Невозинская З.А., Агафонова Е.Е. Результаты исследования эффективности негалогенизированных кортикостероидов в терапии хронической экземы // Клини. дерматол. и венерол.— 2008.— № 4.— С. 101—105.
8. Кутасевич Я.Ф. Принципы лечения атопического дерматита // Клини. иммунол., аллергол., инфектол.— 2008.— № 3/1.— С. 37—45.
9. Лапшин Н.Н., Латышева Т.В. Рациональная наружная терапия аллергодерматозов // Рос. аллергол. журнал.— 2004.— № 1.— С. 17—23.
10. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Пособие для врачей, интернов и студентов.— Х.: Факт, 2007.— 792 с.
11. Мурзіна Е.О. Обґрунтування шляхів корекції аутофлори шкіри дітей, хворих на атопічний дерматит: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 2002.— 159 с.
12. Назаров П.Г., Горланов И.А., Милявская И.Р. Атопический дерматит: иммунологические аспекты // Аллергология.— 1998.— № 4.— С. 13—14.
13. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я. Руководство по детской дерматовенерологии.— Л.: Медицина, 1983.— 474 с.
14. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник.— М.: АстраФармСервис, 2009.— 1760 с.
15. Kapp A., Papp K., Bingham A. et al. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a nonsteroid anti-inflammatory drug // J. Allergy Clin. Immunol.— 2002.— Vol. 117.— P. 532.

Е.О. Мурзіна

Аспекти безпечності зовнішньої терапії в лікуванні дерматозів

У статті проаналізовано основні вимоги і принципи призначення топічних глюкокортикостероїдів і негормональних протизапальних засобів з позиції сучасної дерматології. Наведено місце препаратів групи синтетичних танінів у алгоритмі ведення пацієнтів зі стероїд-чутливими дерматозами. Проаналізовано наукові дані про механізми їх дії. Наведено власні клінічні дані з ефективності препаратів «Предністон» і «Деласкин» у лікуванні різних дерматозів.

E.A. Murzina

Aspects of the safety of exterior therapy in dermatosis treatment

Main requirements and concepts of topical glucocorticosteroids and nonhormonal anti-inflammatory remedies prescriptions from the position of modern dermatology were analyzed in the article. The place of medicines from the group of synthetic tannins in the process of treatment of patients with the steroid-sensitive dermatoses was defined. Scientific data as to the mechanism of their effect and action was analyzed. Own clinical data according the efficiency of *Prednitop* and *Delaskin* medicines in the treatment of different dermatosis were shown. □