

# Топические стероиды в современной клинической практике

Т.А. Белоусова, М.В. Горячкина

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России  
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Рассматриваются вопросы выбора наружных глюкокортикостероидных средств (НГКС), являющихся основой терапии большого числа воспалительных заболеваний кожи. Акцентируется внимание, что приоритет в выборе должны иметь нефторированные ГКС, имеющие оптимальное соотношение эффективности и безопасности. Приводятся данные положительного клинического опыта применения негалогенизированного НГКС гидрокортизона 17-бутирата (Латикорта) при лечении стероидочувствительных дерматозов у детей и взрослых. Препарат обладает выраженным противовоспалительным действием, минимальным риском развития побочных эффектов, что позволяет использовать его на чувствительных зонах кожи (лицо, шея, складки, половые органы) как у детей, так и у взрослых. Наличие трех форм препарата (раствора, крема и мази) обеспечивает рациональность и удобство его применения на любом этапе воспалительного процесса и при любой локализации поражения кожи.

Ключевые слова: **наружные глюкокортикостероиды, стероидочувствительные дерматозы, гидрокортизон 17-бутирата (Латикорт).**

Контактная информация: belka-1147@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (4): 83—88.

# Topical steroids in the current clinical practice

T.A. Belousova, M.V. Goryachkina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University  
Trubetskaya str., 8, bldg 2, Moscow, 119991, Russia

The article discusses issues related to current criteria for selection of glucocorticosteroids for external use as the basic therapy for a great number of allergic and inflammatory skin diseases. The authors emphasize that non-fluorinated GCSs having the best efficacy-to-safety ratio must be the drugs of first choice. The article provides data on a positive clinical experience of using a non-halogenated glucocorticosteroid for external use — hydrocortisone 17-butyrate (Laticort) — for treatment of steroid-sensitive dermatoses in children and adults. The drug has a high anti-inflammatory action and minimum risk of the development of side effects, which is sufficient for using it in sensitive areas of skin (face, neck, folds, genitals) both in children and in adults. The availability of three forms of the drug (solution, cream and ointment) ensures the expedience and convenience of its application at any stage of the inflammatory process and for any localization.

Key words: **glucocorticosteroids for external use, steroid-sensitive dermatoses, hydrocortisone 17-butyrate (Laticort).**

Corresponding author: belka-1147@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 4: 83—88.

■ В общемедицинской практике к числу наиболее часто назначаемых дерматологических препаратов относятся наружные глюкокортикостероиды (НГКС). Начиная с 50-х годов прошлого века они стали активно применяться в лечении воспалительных дерматозов и поистине революционизировали терапию этих заболеваний. Эффективность глюкокортикостероидов для местного применения доказана многолетней клинической практикой, многочисленными контролируруемыми исследованиями и соответствует доказательным стандартам высокой степени надежности (рекомендации уровня А — В). Наибольший опыт использования этих лекарств накоплен при лечении воспалительных заболеваний кожи.

Уникальность кожи как органа состоит в том, что она доступна для применения разнообразных лекарственных средств, и при их прямом нанесении на кожный покров удается достаточно быстро получить выраженный терапевтический ответ. Создание высокой концентрации глюкокортикостероида в зоне воспаления способствует его мощному супрессивному воздействию на клетки иммунной системы, ассоциированные с кожей, при этом практически не оказываются системных эффектов на иммунную и другие системы организма, что позволяет избежать тяжелых нежелательных явлений. Именно поэтому наружное лечение играет важную, а порой и приоритетную роль в купировании симптомов воспаления и зуда [1, 2].

Большая востребованность НГКС основывается на том, что до настоящего времени им не существует терапевтической альтернативы по скорости наступления и активности противовоспалительного действия. Благодаря этому они незаменимы в лечении большинства воспалительных заболеваний кожи от банальных дерматитов до угрожающих жизни буллезных дерматозов. Наружные ГКС позволяют быстро редуцировать островоспалительные изменения кожи (отек, эритему, мокнутие) и значительно снизить или устранить субъективные симптомы дерматозов (зуд, жжение). Они прекрасно сочетаются со всеми видами системной и наружной терапии, с физиотерапией, в том числе с фототерапией. Приверженность пациентов к использованию наружных ГКС объясняется простотой и удобством их применения, высокой эстетической привлекательностью. В отличие от большинства классических наружных дерматологических средств: растворов, паст, мазей они не имеют неприятного запаха, не пачкают и не окрашивают белье и одежду, что обеспечивает им предпочтение выбора среди пациентов, особенно при амбулаторном лечении. Действие НГКС развивается достаточно быстро, обеспечивая активный регресс кожных и субъективных симптомов дерматозов, что значительно сокращает сроки лечения. Эффективное восстановление трудоспособности и повседневной активности позитивно сказывается на психозмо-

циональном состоянии пациентов и значительно повышает их качество жизни [2, 3].

При выборе НГКС препарата всегда необходимо учитывать одновременно множество факторов, а именно: характер заболевания, локализацию кожного процесса, возраст пациента, оптимальную лекарственную форму, длительность лечения, возможные побочные эффекты. В этой связи большое значение имеет правильный выбор конкретного препарата, имеющего наилучший профиль соотношения эффективности, безопасности и фармакоэкономических показателей.

Как известно, стандартом безопасности наружных глюкокортикостероидов является гидрокортизон. Модификация его молекулы путем эстерификации остатком масляной кислоты в положении С17 привело к созданию нового уникального кортикостероида — гидрокортизона 17-бутирата. Эта модификация значительно улучшила всасываемость препарата в кожу, где он быстро превращается в менее активную форму гидрокортизона 21-бутирата. На конечном этапе это соединение распадается на гидрокортизон и неактивную масляную кислоту. Лишь небольшое количество гидрокортизона 17-бутирата попадает в системный кровоток, где быстро метаболизируется в печени до гидрокортизона и масляной кислоты. В связи с активной метаболизацией в коже эффекты препарата ограничены лишь эпидермисом и системная его абсорбция остается минимальной, а риск возникновения нежелательных явлений не выше, чем у гидрокортизона. Минимальная частота побочных действий способствует его широкой востребованности в детской дерматологической практике, где он разрешен к применению с 6-месячного возраста.

Высокая безопасность стероида сочетается с высокой терапевтической активностью. Он относится к сильной группе стероидов (III) по европейской классификации, обладая клинической эффективностью, сравнимой с галогенизированными стероидами. Препарат имеет один из самых высоких терапевтических индексов (интегративная оценка соотношения эффективности и безопасности), равный 2, который почти в два раза превышает аналогичный показатель фторированных топических стероидов. Поэтому его можно назначать больным, требующим длительной стероидной терапии, и особенно при нанесении на обширные участки кожи, а также на участках кожи, способных к высокой абсорбции стероидов (лицо, складки). Гибкий режим дозирования гидрокортизона 17-бутирата (1—2 раза в день) в зависимости от выраженности процесса позволяет регулировать силу стероидной нагрузки. При появлении положительной динамики препарат может использоваться в виде поддерживающего лечения 1—3 раза в неделю. Плавная отмена препарата при лечении хронических дерматозов обеспечивает профилактику синдрома отмены.

Возможность сокращения кратности аппликаций еще в большей степени уменьшает риск развития побочных эффектов и имеет выраженные фармакоэкономические преимущества [4].

Одно из первых исследований терапевтической эффективности гидрокортизона 17-бутирата было проведено американскими учеными в 1976 г. В двойных слепых парных сравнительных исследованиях с другими активными кортикостероидами было показано, что эффективность 0,1% гидрокортизона 17-бутирата в целом была неотличима от эффективности 0,1% триамцинолона ацетонида, 0,025% флуоцинолона ацетонида и 0,1% бетаметазона 17-валерата у пациентов с экземой и псориазом. При этом при длительном использовании фторсодержащих стероидов при поражениях кожи лица у пациентов возникали атрофия и явления розацеаподобного дерматита. При применении 0,1% гидрокортизона 17-бутирата подобных побочных эффектов не отмечалось. Эти результаты позволяют предположить, что гидрокортизона 17-бутират может длительно применяться при высыпаниях в области лица, хотя и в этом случае следует соблюдать осторожность. Полученные данные свидетельствуют о том, что гидрокортизона 17-бутират может в меньшей степени вызвать местные побочные эффекты, чем фторсодержащие кортикостероиды [5].

Двойное слепое сравнительное изучение эффективности и безопасности 0,05% клобетазона бутирата и 0,1% гидрокортизона бутирата в виде крема было проведено финскими дерматологами у 40 пациентов с экземой. Во время исследования наблюдалось уменьшение числа высыпаний при применении обоих препаратов у всех больных. После окончания 2-недельного курса лечения наблюдался полный регресс высыпаний у 10 больных при применении гидрокортизона бутирата и лишь у 8 при применении клобетазона бутирата. Заметное улучшение наблюдалось в 9 случаях при применении гидрокортизона бутирата, в 7 случаях при применении клобетазона бутирата. Местных побочных эффектов при применении данных препаратов не наблюдалось [6].

Как в зарубежной, так и в отечественной клинической практике наряду с оригинальным препаратом гидрокортизона 17-бутирата (Локоидом) с конца прошлого века применяется и его высококачественный генерик — Латикорт. Препарат выпускается в виде раствора, крема и мази фармзаводом «ЕЛЬФА АО» — известным польским производителем лекарственных препаратов. Имеются многочисленные исследования по эффективности и безопасности Латикорта при различных воспалительных заболеваниях кожи.

Одно из первых отечественных исследований по изучению эффективности и безопасности Латикорта при стероидочувствительных дерматозах, в том числе при атопическом дерматите и экземе, было проведено

российскими дерматологами на базе кафедры кожных и венерических болезней ММА имени И.М. Сеченова. Исследование показало высокую терапевтическую активность Латикорта при различных клинических вариантах этих дерматозов. Латикорт в виде мази применялся в тех случаях, где высыпания сопровождались выраженной инфильтрацией кожи: при лихеноидно-папулезной форме атопического дерматита с выраженной сгибательной лихенификацией, а также на очаги хронической экземы. Препарат наносили 2 раза в сутки, иногда в виде окклюзионной повязки, что существенно увеличивало силу терапевтического воздействия. Значительное уменьшение зуда, шелушения и инфильтрации кожи, побледнение окраски высыпаний отмечалось через 7—10 дней, а полный регресс высыпаний наступал в среднем через 21—23 дня без каких-либо побочных явлений.

Хороший терапевтический эффект был получен при применении крема Латикорт в тех случаях, когда основными клиническими проявлениями указанных дерматозов являлись эритема и сухость кожи. Так, у больных с эритематозно-сквамозной формой атопического дерматита, в эритематозно-сквамозной стадии экземы применение крема Латикорт 2 раза в сутки в течение 5—7 дней привело к значительному уменьшению зуда и воспалительных явлений, а полный регресс высыпаний отмечался в среднем за 18—20 дней. Применение крема у больных аллергическим дерматитом позволило достичь полного клинического излечения после 4 дней лечения.

Применение раствора давало выраженный клинический эффект в тех случаях, когда основным клиническим симптомом дерматоза являлось умеренное мокнутие. Так, у больных в везикулезной стадии аллергического дерматита при орошении пораженного участка кожи раствором Латикорт отмечалось клиническое излечение после 3 дней лечения. При дисгидротической экземе раствор Латикорт применялся как в виде влажно-высыхающих повязок, так и путем орошения пораженных участков кожи 2—3 раза в день. В большинстве случаев мокнутие прекращалось уже на 2-е сутки лечения, и экзематозный процесс переходил в эритематозно-сквамозную стадию, что позволяло продолжить лечение кремом Латикорт. При локализации аллергодерматозов на лице препарат Латикорт в виде раствора или крема быстро купировал явления острого воспаления и в течение 3—5 дней приводил к значительному регрессу высыпаний. Применение крема Латикорт детям, страдающим атопическим дерматитом, приводило к значительному уменьшению зуда и воспалительных явлений уже после 4—5 дней применения и не сопровождалось побочными явлениями, такими как вторичная инфекция, что позволило рекомендовать этот препарат в педиатрической практике.

На основании полученных данных авторы сделали вывод, что препарат Латикорт обладает достаточно

высокой терапевтической эффективностью, не вызывает побочных действий, имеет широкий спектр показаний, что дает основание рекомендовать его для лечения дерматозов воспалительного характера. Наличие большой линейки лекарственных форм (раствор, крем, мазь) обеспечивает возможность применения препарата на любом этапе воспалительного процесса, а высокая безопасность позволяет использовать его и при любой локализации, в том числе на наиболее чувствительные зоны кожи: лицо, шею, складки, как у взрослых, так и детей [7].

В более поздних исследованиях, проведенных отечественными дерматологами, была подтверждена высокая эффективность и безопасность различных форм Латикорта на основании результатов его применения у большого числа больных такими дерматозами, как вульгарный и экссудативный псориаз, красный плоский лишай, атопический дерматит, хроническая и дисгидротическая экзема, себорейный дерматит, бляшечный параспориоз, аллергический дерматит. У больных псориазом в стационарной стадии, красным плоским лишаем, атопическим дерматитом мазь Латикорт применялась два раза в сутки. У большинства пациентов к 10-му дню терапии отмечалось значительное уменьшение зуда, шелушения, инфильтрации, побледнение высыпаний. В среднем по группе регресс высыпаний отмечался на  $22 \pm 2,3$  день терапии.

Хороший терапевтический эффект наблюдался при применении крема Латикорт в тех ситуациях, когда в клинической картине дерматоза преобладали эритема и сухость кожи, а также при локализации процесса на лице. У больных с эритематозной формой атопического дерматита, себорейным дерматитом, бляшечным параспориозом и при эритематозно-сквамозной стадии экземы применение крема Латикорт 2 раза в сутки способствовало значительному уменьшению зуда и эритемы к концу первой недели лечения, а полный регресс высыпаний отмечался в среднем по группе на  $19 \pm 1,6$  день терапии. Использование крема у больных аллергическим дерматитом позволило достичь клинического излечения на 5-й день лечения.

Применение раствора Латикорт оказалось эффективным и у больных себорейным дерматитом и себорейным псориазом. Полный регресс высыпаний на коже волосистой части головы у этих пациентов был достигнут на  $20 \pm 2,6$  день терапии. Раствор Латикорт показал свою высокую эффективность и в ситуациях, когда основным клиническим симптомом заболевания было мокнутие. У больных в везикулезной стадии аллергического дерматита пораженные участки орошались 2 раза в день, клиническое излечение отмечалось на 3—4-й день лечения. При дисгидротической экземе раствор применялся как в виде влажно-высыхающих повязок, так и путем орошения кожи 2 раза в день.

В большинстве случаев мокнутие прекращалось на вторые сутки лечения и процесс переходил в эритематозную или эритематозно-сквамозную стадию, что позволяло продолжить лечение уже кремом Латикорт. При локализации процесса на лице Латикорт использовался в форме раствора или крема непродолжительное время, до стихания явлений острого воспаления. Полученные данные, подтвердили высокую эффективность и безопасность препарата Латикорт. Ни у одного пациента не было отмечено побочных действий. Наличие разнообразных местных лекарственных форм препарата позволяло обеспечить рациональность и удобство его применения на любом этапе воспалительного процесса и при любой локализации [8—10].

Высокая безопасность препарата Латикорт позволяет назначать его детям начиная с 6-месячного возраста, а также использовать у беременных и в период лактации. Группой грузинских ученых было проведено обстоятельное изучение эффективности и безопасности крема и мази гидрокортизон 17-бутирата (Латикорт) в терапии атопического дерматита у детей. В исследовании приняли участие 78 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, среди которых были 31 девочка и 47 мальчиков. Эритемно-сквамозная форма была диагностирована у 62 (79,5%) больных, эритемно-сквамозная форма с лихенизацией — у 16 (20,5%). Препарат Латикорт наносили сразу после ванны тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день. Крем применяли на очаги поражения без мокнутия в остром и подостром периоде заболевания, а мазь на сухие, лихенифицированные очаги поражения. Достигнув значительного улучшения, препарат применяли через день до полного клинического излечения. Все больные помимо Латикорта получали антигистаминные препараты первого поколения (хлоропирамин), сорбенты, витамины и соблюдали гипоаллергенную диету. Продолжительность лечения зависела от клинической формы заболевания, выраженности симптоматики и варьировала от 4 до 20 дней. В процессе лечения оценивалась динамика основных клинических проявлений. Ослабление всех клинических проявлений и начало разрешения сыпи у всех больных наблюдались уже со второго дня лечения. На фоне применения Латикорта при легкой степени заболевания симптомы атопического дерматита купировались полностью к 7-му дню от начала лечения, при средней степени — к 12-му дню, при тяжелом течении — к 20-му дню. Побочных явлений при лечении препаратом выявлено не было. Полученные результаты подтвердили высокую эффективность и безопасность гидрокортизона 17-бутирата (Латикорт) в лечении атопического дерматита у детей [11].

В более поздних исследованиях было продемонстрировано, что эффективность применения Латикорта при атопическом дерматите как у детей, так

и у взрослых значительно возрастает при сочетании его применения со средствами, восстанавливающими барьерную функцию кожи. Смягчающие средства тормозят проникновение раздражителей и аллергенов в кожу, тем самым предотвращая обострение атопического дерматита. Были сделаны выводы о том, что использование смягчающих средств позволяет уменьшить количество используемых топических глюкокортикостероидов при сохранении высокой эффективности лечения [12].

Исследование, проведенное на базе детского отделения клинического КВД Краснодарского края, показало, что комбинированное использование крема Латикорт и эмолента Клобейз приводит к более быстрому уменьшению основных проявлений АД по сравнению с монотерапией одним топическим кортикостероидом. В результате наблюдения за 80 пациентами в возрасте от 3 до 17 лет с АД средней степени тяжести, разделенными на две равные группы, сопоставимых по гендерному и возрастному составу, было установлено, что терапия кремом Латикорт в сочетании с кремом Клобейз (1-я группа) приводит к более быстрому регрессу клинической симптоматики и зуда по сравнению с монотерапией кремом Латикорт (2-я группа). Комбинированная терапия способствует и более активному восстановлению всех физиологических параметров кожи: увлажненности, трансэпидермальной потери воды, жирности, уровня pH. При этом средняя длительность использования крема Латикорт в 1-й группе составила  $7,3 \pm 0,8$  дня, а во 2-й —  $14,2 \pm 1,3$  дня. Таким образом, включение крема Клобейз в комбинированную терапию обострения АД позволило существенно уменьшить длительность использования топического глюкокортикостероида. Каких-либо нежелательных и побочных реакций при использовании данных наружных средств не отмечалось ни у одного пациента [13].

Польскими дерматологами было проведено исследование по эффективности и безопасности применения ряда кортикостероидных препаратов во время бере-

менности и в период лактации. Было отмечено, что Латикорт согласно Управлению по контролю за качеством пищевых продуктов, медикаментов и косметических средств (FDA) США относится к категории C (в эту группу входят препараты, которые могут использоваться, когда, по мнению лечащего врача, ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода). Он считается потенциально безопасным, но для соблюдения повышенной безопасности его следует рекомендовать к применению на небольшой поверхности кожи и в течение короткого промежутка времени, чтобы избежать риска таких отклонений, как задержка роста и внутриутробного развития плода, возникновение заячьей губы или расщепления нёба. Проведенные дерматологами из Голландии, Польши, США и Германии исследования безопасности применения НГКС, в том числе Латикорта, у беременных не выявили ни одного случая негативного воздействия применения препаратов этой группы на плод [14, 15].

Таким образом, препарат Латикорт является высококачественным генериком молекулы гидрокортизона 17-бутирата, и отвечает критериям высокой эффективности и безопасности НГКС, что подтверждается приведенными клиническими исследованиями. Препарат имеет широкий спектр показаний, не вызывает побочных действий, что дает основание рекомендовать его в терапии аллергических и воспалительных дерматозов. Он может применяться у детей с 6 месяцев, активно использоваться на чувствительных к стероидам зонах кожи. Латикорт может использоваться у беременных и в период лактации в случаях, когда польза от его применения превышает риск. У этих пациентов для избегания возможных осложнений его лучше использовать на ограниченные участки кожи и непродолжительное время. Наличие разнообразных лекарственных форм Латикорта (раствор, крем, мазь) обеспечивает возможность применения препарата на любом этапе воспалительного процесса и при любой локализации поражения кожи. ■

## Литература

1. Svirshchevskaya E.V., Matushevskaya E.V. Comparative analyses of efficacy and safety of fluorinated and chlorinated topical glucocorticosteroids. *Modern Problems of Dermatovenereology, Immunology and Medical Cosmetology* 2010; 3: 75—77. [Свирищевская Е.В., Матушевская Е.В. Сравнительный анализ эффективности и безопасности фторированных и хлорированных топических глюкокортикостероидов. *Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии* 2010; (3): 75—77.]
2. Belousova T.A. Sovremennyye podkhody k nuzhnoy terapii allergodermatozov. *Materia medica* 2002; (3—4): 60—73. [Белоусова Т.А. Современные подходы к наружной терапии аллергодерматозов. *Materia medica* 2002; (3—4): 60—73.]
3. Goryachkina M.V., Belousova T.A. Ratsional'nyy vybor nuzhnogo glyukokortikosteroida v lechenii vospalitel'nykh dermatozov. *Consilium Medicum* 2009; 1: 3—6. [Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Рациональный выбор наружного глюкокортикостероида в лечении воспалительных дерматозов. *Consilium Medicum* 2009; (1): 3—6.]
4. Hydrocortisone Butyrate Solution, 0.1% For Dermatological Use Only Drugs.com/dermatology.
5. Brogden R.N., Pinder R.M., Phyllis R.S., Speight G.S. Hydrocortisone 17-butyrate: a new topical corticosteroid preliminary report. 1976; (12): 249—257.
6. Lassus A.F. Clobetasone butyrate and hydrocortisone butyrate in the treatment of eczema: a double-blind comparison. *Curr Med Res Opin* 1979; 6: 165—167.

7. Samgin M.A., Sevidova L.Yu. Effektivnost' laticorta pri steroidochuvstvitel'nykh dermatozakh. *Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases* 1998; 1: 37—39. [Самгин М.А., Севидова Л.Ю. Эффективность латикорта при стероидочувствительных дерматозах. *Росс журн кож и вен бол* 1998; (1): 37—39.]
8. Udzhukhu V.Yu., Korotkiy N.G., Kubylinskiy A.A. Latikort — preparat vybora dlya naruzhnoy terapii allergodermatozov i atopicheskogo dermatita. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* 2001; 1: 10—13. [Уджуху В.Ю., Короткий Н.Г., Кубылинский А.А. Латикорт — препарат выбора для наружной терапии аллергодерматозов и atopического дерматита. *Клин дерматол и венерол* 2001; (1): 10—13.]
9. Samgin M.A., Monakhov S.A. Mestnye kortikosteroidnye sredstva pol'skogo Farmzavoda "ELFA A.O." (30 let v Rossii). *RMZh* 2003; 17: 964—969. [Самгин М.А., Монахов С.А. Местные кортикостероидные средства польского фармзавода «ЕЛЬФА АО» (30 лет в России). *РМЖ* 2003; (17): 964—969.]
10. Butov Yu.S., Rodina Yu.A. Naruzhnye kortikosteroidy v terapii allergodermatozov. *RMZh* 2004; 18: 1052—1056. [Бутов Ю.С., Родина Ю.А. Наружные кортикостероиды в терапии аллергодерматозов. *РМЖ* 2004; (18): 1052—1056.]
11. Kituashvili T., Buchikuriya I., Inozemtsev M., Galdava G. Gidrokortizon 17-butirat (Latikort) v terapii atopicheskogo dermatita u detey. *Novosti dermatovenerologii Juzhnogo Kavkaza* 2006; (1): 75. [Китуашвили Т., Бучикурия И., Иноземцев М., Галдава Г. Гидрокортизон 17-бутират (Латикорт) в терапии atopического дерматита у детей. *Новости дерматологии и венерологии Южного Кавказа* 2006; (1): 75.]
12. Chodorowska G. Leczenie miejscowe atopowego zapalenia skóry w okresie zaostrzeń. *Alergia* 2010; 1: 34—37.
13. Murashkin N.N., Gluzmin M.I., Materikin A.I., Khotko A.A. Korneoterapiya kak metod korrektsii epidermal'nykh narusheniy pri khronicheskikh dermatozakh u detey. *Effektivnaya farmakoterapiya. Dermatovenerologiya i dermatokosmetologiya* 2012; 3: 2—7. [Мурашкин Н.Н., Глузмин М.И., Материкин А.И., Хотко А.А. Корнеотерапия как метод коррекции эпидермальных нарушений при хронических дерматозах у детей. *Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология* 2012; (3): 2—7.]
14. Turcic P., Bukvic Mokoš Z., Juracic Toncic R. et al. Dermatologic medication in pregnancy. *Acta Dermatovenerol Croat* 2009; 17: 40—47.
15. Kulczycka L., Woźniacka A. Leczenie dermatologiczne w okresie ciąży i laktacji. *Postepy Hig Med Dosw (Online)* 2010; 64: 67—77.

об авторах:

Т.А. Белоусова — к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

М.В. Горячкина — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории по изучению репаративных процессов в коже НОКЦ иммунозависимых дерматозов ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

**Конфликт интересов**

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье