

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТЕРОИДЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ПРИ ПОМОЩИ ДЕРМАТОСКОПИИ

В.В. Мордовцева¹, Ю.Ю. Сергеев²

¹ Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии ИМСТ МГУПП, Москва

² Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF STEROID-RESPONSIVE DERMATOSES USING DERMATOSCOPY

V.V. Mordovtseva¹, Yu.Yu. Sergeev²

¹ Department of skin and venereal diseases with the course of cosmetology IMST MSUPP, Moscow

² Society of Dermatoscopy and Optical Diagnostics of Skin, Moscow

В условиях современной действительности врачу на амбулаторном приеме в короткие сроки необходимо решать сложные задачи по точной диагностике заболеваний кожи и подбору специфической терапии. Некоторые воспалительные заболевания могут имитировать пролиферативные/опухолевые процессы, и наоборот. При этом чем реже встречается заболевание, тем больше риск ошибочного диагноза. В затруднительных случаях нередко приходится прибегать к диагностической биопсии. Не менее остро стоит вопрос о выборе лекарственных препаратов. Фармакологическая промышленность предлагает обилие лечебных и косметических средств, способствующих разрешению воспалительных процессов в коже. В статье приводится обзор современных достижений в области неинвазивной диагностики болезней кожи и обсуждаются актуальные вопросы подбора наружной терапии.

Ключевые слова: заболевания кожи, дерматоскопия, топические глюкокортикостероиды, метилпреднизолон ацепонат

In the conditions of modern reality, a doctor during outpatient reception hours must solve complex problems on the precise diagnosis of skin diseases and the selection of specific therapy in a short time. Some inflammatory diseases can mimic the proliferative/tumor process and vice versa. The risk for misdiagnosis is greater in rare diseases. In difficult cases, it is often necessary to perform a diagnostic biopsy. There is also much concern about the choice of medicines. The pharmacological industry offers an abundance of therapeutic and cosmeceutical agents, which contribute to the resolution of inflammatory processes in the skin. The article presents an overview of modern achievements in the field of non-invasive diagnostics of skin diseases and discusses actual issues of selection of topical therapy.

Key words: skin diseases, dermatoscopy, topical glucocorticosteroids, methylprednisolone aceponate

Возможности врачей-дерматологов по неинвазивной диагностике воспалительных и опухолевых заболеваний кожи существенно увеличились за счет внедрения таких методик, как дерматоскопия (эпилюминисцентная микроскопия), оптическая когерентная томография, ультразвуковое сканирование и конфокальная лазерная сканирующая микроскопия [1, 2]. Наиболее простым и доступным для практикующего специалиста является метод дерматоскопии, позволяющий оценивать изменения кожи при 10-кратном увеличении. Ценность и практическое значение дерматоскопии не только в диагностике опухолей кожи, но и в клинической дерматологии неоднократно подчеркивались профессором Ю.В. Сергеевым [3, 4]. В первую очередь осмотр пораженного участка кожи с увеличением позволяет определить структуру эпидермиса, сохранность придатков кожи

(особенно волосяных фолликулов) и их функциональную активность. Не менее важным аспектом является возможность правильной оценки морфологических элементов формирующихся высыпаний, позволяющая поставить диагноз на начальном этапе заболевания, когда клиническая картина еще недостаточно выражена. Правильная интерпретация дерматоскопической картины существенно облегчает проведение различных лечебно-диагностических процедур (выявление специфических симптомов, выбор места для забора материала для цитологического или гистологического исследования и др.). Проведение фотодокументирования дерматоскопической картины высыпаний позволяет брать под тщательный контроль динамику лечебного процесса, оценивать регресс высыпаний или их резистентность к лечебным мероприятиям. Дополнительным перспективным направлением диагностики

является возможность проведения телеконсультаций полученных изображений, однако этот аспект более активно развивается в отношении новообразований кожи [5]. Широкое применение дерматоскопии при различных неопухолевых дерматозах привело к формированию отдельных направлений в неинвазивной диагностике: инфламатоскопии (осмотр воспалительных заболеваний), трихоскопии (осмотр заболеваний волос и волосистой части головы), энтодерматоскопии (осмотр инфекционных заболеваний кожи) и капилляроскопии (осмотр капиллярного русла околоногтевых валиков при системных заболеваниях соединительной ткани) [6].

Для интерпретации дерматоскопической картины воспалительных заболеваний кожи предложен последовательный алгоритм, включающий:

- морфологическую оценку сосудистых структур;

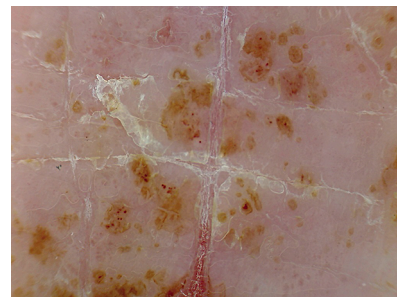
Рис. 1. Поверхность псориатической бляшки покрыта чешуйками белесоватого цвета. Интерпретация сосудистого рисунка затруднена



Рис. 2. Равномерный характер распределения сосудов в пределах псориатических высыпаний является одним из наиболее важных симптомов псориаза



Рис. 3. Острый экзематозный процесс, представленный в основном корочками оранжевого цвета



- оценку распределения сосудистых структур в пределах высыпаний;
- оценку цвета определяемых структур;
- оценку сохранности волосяных фолликулов [7].

Как видно из предложенного алгоритма, основной акцент в дерматоскопической диагностике дерматозов делается на сосудистый компонент высыпаний. К сожалению, большое разнообразие морфологических типов сосудов, а также зависимость их правильного определения от степени давления контактной платы дерматоскопа на высыпания делают дерматоскопию воспалительных дерматозов менее специфичной по сравнению с осмотром новообразований кожи. Также необходимо понимать, что перечисленных характеристик может быть недостаточно для постановки диагноза и должны использоваться дополнительные, возможно более специфичные признаки.

Наиболее подробно описаны дерматоскопические проявления таких папуло-сквамозных дерматозов, как псориаз, экзема, красный плоский лишай и розовый лишай Жибера. В некоторых случаях проведение клинической дифференциальной диагностики между этими нозологиями является затруднительной задачей и знание дерматоскопических проявлений этих заболеваний может помочь определиться с окончательным диагнозом. Отсутствие типичных дерматоскопических признаков перечисленных заболеваний может послужить поводом для проведения более углубленной диагностики, например гистологиче-

ского исследования для исключения лимфопролиферативных заболеваний, нередко имеющих схожую с дерматозами клиническую картину.

Дерматоскопическая картина псориатических высыпаний состоит из сочетания равномерно распределенных по очагу сосудистых структур и чешуек белесоватого цвета [6–10]. Для оценки сосудистого компонента требуется нанесение иммерсионной жидкости на поверхность высыпаний, учитывая выраженные гиперкератотические наслоения на поверхности папул и бляшек (рис. 1). В большинстве литературных источников преобладающий тип сосудистого рисунка указывается как точечный, однако использование техники с большим увеличением позволяет однозначно трактовать сосудистый рисунок в пределах псориатических высыпаний как сосуды в виде шпильки (рис. 2). Акцент в трактовке сосудистого рисунка смещается в сторону равномерного распределения сосудов в пределах высыпаний, что является одним

из наиболее специфичных дерматоскопических признаков этого заболевания. Осмотр высыпаний в процессе выявления симптомов псориатической триады позволяет более четко выявить классические симптомы.

Дерматоскопическая картина экземы характеризуется сочетанием очагово-распределенных в пределах высыпаний сосудов в виде точек и чешуек-корочек желтого цвета [6, 7, 11, 12]. Отличительной особенностью экзематозных высыпаний является эволюционный полиморфизм, четко определяемый при дерматоскопии. Острый процесс характеризуется наличием корочек желтоватого цвета, располагающихся на эритематозном фоне, также возможно обнаружение «серозных колодцев» без эритемы в дебюте заболевания (рис. 3, 4). Хронически протекающая экзема проявляется точечными сосудами, имеющими очаговое расположение в пределах высыпаний, также возможно обнаружение трещин и чешуек белого цвета (рис. 5).

Рис. 4. Выявляется изменение структуры кожи за счет наличия серозных колодцев – типичного признака экземы

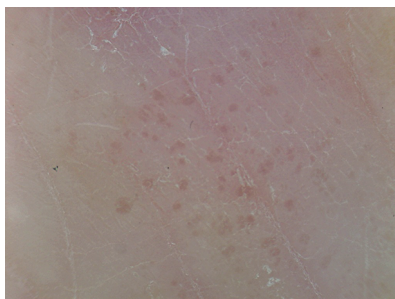


Рис. 5. Экзема, хроническое течение. В пределах высыпаний определяются множественные очагово-расположенные точечные сосуды на эритематозном фоне

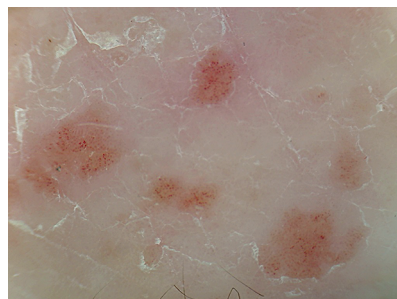


Рис. 6. Красный плоский лишай, типичная дерматоскопическая картина – определяются множественные линейные и округлые структуры белого цвета, представляющие сетку Уикхема

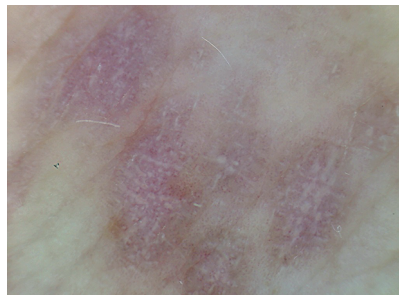


Рис. 7. Красный плоский лишай, длительно существующий очаг. Помимо структур белого цвета в правой части высыпаний присутствуют пигментные включения серого цвета



Рис. 8. Высыпания при розовом лишае Жибера. На эритематозном фоне определяются чешуйки белого цвета, формирующие «воротничок»



Дерматоскопическая картина красного плоского лишая характеризуется в первую очередь наличием структур белого цвета (сетка Уикхема), которые имеют различные внешние проявления в виде линейных, округлых, сетчатых или кольцевидных структур (рис. 6) [6–8, 11–14]. По периферии сетки Уикхема возможно обнаружение сосудов в виде точек или линейно-извитых сосудов. В более длительно существующих очагах красного плоского лишая менее выражен сосудистый компонент, зато возможно обнаружение пигментных включений серого цвета, аналогичных структурам регресса, определяемым в пигментных новообразованиях кожи [15] (рис. 7).

Дерматоскопические проявления розового лишая Жибера менее информативны и представлены в основном

чешуйками белого цвета, формирующими «воротничок» по периферии высыпаний (рис. 8). Дополнительно возможно обнаружение единичных точечных сосудов [6–8, 11].

Достаточно редким для дерматоскопии желтым цветом проявляются такие гранулематозные заболевания кожи, как саркоидоз, липоидный некробиоз, кольцевидная гранулема, гранулематозная форма розацеа и др. Дерматоскопическая картина перечисленных нозологий может перекликаться, что обуславливает необходимость проведения гистологического исследования, однако выявление структур желтого цвета при дерматоскопии позволит сузить круг диагностического поиска [8, 16]. Типичным проявлением саркоидоза кожи считается обнаружение диффузного желтовато-коричневого окрашивания всего

элемента сыпи (симптом яблочного желе) или отдельных структур желтого цвета, сочетающихся с линейно-извитыми сосудами в периферической части образования (рис. 9) [6, 8, 16–18]. Дерматоскопические проявления липоидного некробиоза отличаются в первую очередь выраженным сосудистым компонентом, представленным диффузной сетью пересекающихся друг с другом телеангиэктазий, определяемых во всем очаге поражения. Также возможно наличие бесструктурного окрашивания фона высыпаний в белый или желто-оранжевый цвет (рис. 10) [6, 8, 19].

В литературе можно встретить описания дерматоскопической картины еще многих дерматозов (красная волчанка, кольцевидная гранулема, эозинофильная гранулема, крапивница, уртикарный ангиит, мастоцитоз, болезнь Дарье, грибковые инфекции и др.) и инфеcтаций (чесотка, вшивость, миаз и др.) [6, 8, 20, 21]. Проявления большинства перечисленных дерматозов (за исключением инфеcтаций) при дерматоскопии, на наш взгляд, достаточно субъективны. Более информативна дерматоскопическая картина таких заболеваний, как склероатрофический лишай, хроническая пигментная пурпура, фиксированная токсикодермия.

Наиболее характерными дерматоскопическими проявлениями склероатрофического лишая являются комедоноподобные структуры, располагающиеся в расширенных устьях волосяных фолликулов, и диффузные

Рис. 9. Дерматоскопические проявления саркоидоза кожи представлены диффузным окрашиванием желтого цвета, сочетающимся с линейно-извитыми сосудами по периферии высыпаний



Рис. 10. Дерматоскопические проявления липоидного некробиоза характеризуются выраженным сосудистым компонентом, представленным пересекающимися телеангиэктазиями

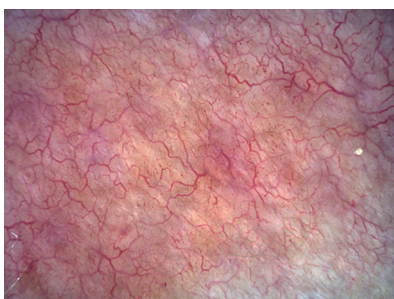


Рис. 11. Дерматоскопическая картина склероатрофического лишена представлена диффузными зонами белого цвета и многочисленными комедоно-подобными структурами

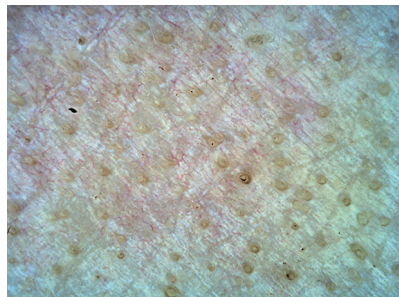


Рис. 12. Хроническая пигментная пурпура представлена на дерматоскопии множественными точками и глыбками красного цвета. Дополнительно на поверхности образования присутствует шелушение, свидетельствующее о сопутствующем ксерозе



Рис. 13. Дерматоскопическая картина фиксированной токсикодермии представлена множественными точками серого цвета, располагающимися вокруг волосяных фолликулов



бесструктурные зоны белого цвета (рис. 11). Необходимо учитывать, что внешние проявления очагов склероатрофического лишая зависят от длительности существования очагов. Свежие высыпания характеризуются комедоно-подобными структурами и периферическим эритематозным венчиком, а более старые очаги проявляются преимущественно бесструктурными зонами белого цвета [6, 8, 20, 22].

Дерматоскопическая картина хронической пигментной пурпуры проявляется множественными точками и глыбками красного цвета, расположенными на красновато-коричневом фоне и иногда определяемыми совместно с пигментной сетью (рис. 12) [6, 8, 20].

Дерматоскопические проявления фиксированной токсикодермии являются достаточно специфичными среди других дерматозов, однако имеют общие черты с меланоцитарными образованиями, подвергшимися полному регрессу. В пределах всех высыпаний определяются точечные структуры серого цвета, формирующие кольцевидные структуры вокруг устьев волосяных фолликулов (рис. 13) [20].

Таким образом, проведение дерматоскопического исследования в рамках амбулаторного приема помогает врачу-дерматологу подтвердить предполагаемый клинический диагноз, сузить круг дифференциально-диагностического поиска, исключить инфекционную природу высыпаний и перейти к подбору терапии.

Длительное время помощь людям, страдающим воспалительными заболеваниями кожи, сводилась к подбору и изготовлению сложных рецептурных прописей на основе соединений цинка, серы, салициловой кислоты, нафталина и других «традиционных» дерматологических компонентов [23]. Революцию в дерматологии совершили M.B. Sulzberger, V.H. Witten и C.C. Smith, впервые применившие в 1952 г. гидрокортизон в лечении атопического дерматита, лишая Видаля, аногенитального зуда и контактного дерматита [24]. С тех пор подходы к лечению дерматозов претерпели значительные изменения: помимо усовершенствования молекулы гидрокортизона и синтеза более активных глюкокортикостероидов активнее стала использоваться фототерапия, появились системные препараты для лечения как тяжело протекающих дерматозов (атопический дерматит, псориаз), так и дерматозов, угрожающих жизни человека (обыкновенная пузырчатка). Однако основными и наиболее часто назначаемыми препаратами в дерматологической практике остаются наружные глюкокортикостероиды.

Топические глюкокортикостероидные препараты (ТГКС) оказывают неоценимую помощь врачу-дерматологу в лечении пациентов с острыми и хроническими дерматозами. В большинстве клинических ситуаций эти препараты считаются первой линией терапии, они быстро и эффективно устраняют сим-

птомы заболеваний, уменьшают сроки лечения. Основными механизмами действия ТГКС при кожных заболеваниях являются противовоспалительный, противозудный, сосудосуживающий и антипролиферативный [25].

Однако ТГКС при большом их разнообразии не равноценны. Выбор препарата в каждом конкретном случае должен зависеть как от свойств самого препарата, так и от особенностей заболевания. Врачу необходимо учитывать степень активности лекарства, риск развития как местных, так и системных побочных эффектов, возраст пациента. Важен и индивидуальный подбор лекарственной формы (раствор, мазь, крем, гель, лосьон и др.) в зависимости от клинических проявлений, остроты процесса, локализации высыпаний и площади поражения. Особое значение имеет терапевтический индекс, который отражает соотношение эффективности и безопасности лекарственных средств. Вопреки распространенному мнению, усиление активности действующего вещества не всегда сопровождается повышением риска развития побочных эффектов. Так, препараты последних поколений высокоактивны, при этом их профиль безопасности сопоставим и даже превосходит таковой у ряда значительно более слабых ТГКС предыдущих поколений — они обладают высоким терапевтическим индексом (табл. 1).

Из ТГКС последних поколений наиболее высокий терапевтический

индекс имеют мометазона фуруат, метилпреднизолона ацепонат и флутиказона пропионат [26]. Среди них метилпреднизолона ацепонат (МПА) занимает особое место, поскольку он является пролекарством и действует сугубо локально в очаге воспаления [27]. МПА является глюкокортикостероидом четвертого поколения и не имеет в своей структуре галогенов (хлор, фтор). Благодаря двойной этерификации молекула МПА является липофильной, что облегчает ее быстрое проникновение в роговой слой и распределение в очаге воспаления. Попадая в кожу, МПА под воздействием эстераз гидролизруется в активный метаболит — метилпреднизолона 17-пропионат (МПП). Процесс гидролиза МПА активнее происходит в пределах воспаленной кожи за счет содержания более высоких концентраций эстераз по сравнению со здоровой кожей. Аффинность молекул МПА и МПП к глюкокортикостероидным рецепторам в 2, 4 и 6,1 раза соответственно превосходит таковую гидрокортизона. После абсорбции МПП быстро и полностью инактивируется благодаря конъюгации с глюкуроновой кислотой и выводится преимущественно с мочой, не оказывая таким образом каких-либо системных эффектов [28].

Одной из проблем при применении ТГКС является риск развития побочных эффектов и связанный с этим страх использования препарата (т.н. стероидофобия). Наиболее частым осложнением длительного, бесконтрольного применения ТГКС является атрофия кожи. По данным R.P. Zaumseil и соавт., признаки атрофии кожи при лечении МПА были выявлены только у 2 пациентов из 1900, причем в обоих случаях, по мнению авторов, явления атрофии

присутствовали и до начала терапии [29]. Применение МПА в течение 4 и 6 месяцев, по данным литературы, не приводит к подавлению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и изменению циркадного ритма секреции кортизола, что очень важно в лечении торпидно-протекающих дерматозов [30, 31].

Благодаря низкому риску развития побочных эффектов МПА можно применять в отношении детей с раннего возраста. О.Н. Тарасова и соавт. описали опыт использования МПА (Адвантан, Bayer) у детей от 6 месяцев до 16 лет в лечении атопического дерматита и псориаза. Высокая эффективность препарата (95,7%) отражалась в уменьшении мокнутия на 2–3-й день лечения и практически полном разрешении высыпаний на 6–7-й день лечения [32]. Н.Г. Короткий и соавт. показали высокую эффективность монотерапии мазью МПА (Адвантан) различных форм атопического дерматита у детей от 6 месяцев до 15 лет. В процессе лечения отмечено значительное снижение индекса SCORAD с 48,5 в группе детей с тяжелым течением атопического дерматита до 3,1 к концу третьей недели терапии [33]. И.В. Хамаганова и соавт. также описали опыт использования МПА (Адвантан) в лечении атопического дерматита у детей от 4 месяцев до 15 лет. Эффект от наружной терапии отмечен уже на второй день лечения, а к 12–14-му дню лечения регистрировалось значительное улучшение кожного процесса [34]. В зарубежных исследованиях результаты эффективности и безопасности МПА при использовании на протяжении 2–4 недель сопоставимы с данными отечественных публикаций [35, 36].

МПА широко используется у взрослых для лечения экземы кистей, в т.ч. профессиональной, контактного дерматита, солнечных ожогов, псориаза и других стероид-чувствительных дерматозов [26–28, 37]. Препарат выпускается в четырех лекарственных формах (эмульсия, крем, мазь, жирная мазь), что позволяет удобно наносить его на кожу особых локализаций (лицо, волосистая часть головы, крупные складки) и использовать в разные стадии воспалительного процесса. В период 4-недельного лечения МПА 575 пациентов с дерматозами, располагающимися на лице (атопический дерматит, контактный дерматит, себорейная экзема и фотодерматит), не было зарегистрировано случаев развития атрофии кожи или периорального дерматита [38]. Высокая эффективность и безопасность МПА в лечении дерматозов лица и волосистой части головы была также показана при лечении 1744 пациентов [39]. Известны работы по применению МПА на протяжении 8 и 20 недель в терапии генитального склероатрофического лихена у мужчин и женщин без развития местных побочных эффектов [40, 41]. Помимо удобства нанесения лекарственного препарата на приверженность пациентов лечению влияет и кратность использования средства в течение дня. Отличительной особенностью МПА (Адвантан) является его высокая эффективность при однократном использовании [28, 31, 35, 36].

Еще один очень важный фактор — т.н. стероидчувствительность различных дерматозов. Именно этот фактор определяет выбор ТГКС с точки зрения их активности. Например, такие заболевания, как ладонно-подошвенный псориаз и дисгидротическая экзема, надо сразу начинать

Таблица 1. Сравнение силы и безопасности ТГКС

Класс ТГКС по силе действия (Европейская классификация)	Действующее вещество	Терапевтический индекс
Очень сильные (IV)	Клобетазола пропионат	1,5
Сильные (III)	Метилпреднизолона ацепонат	2
	Гидрокортизон-17 бутират	1,4
	Флутиказона пропионат	2
	Мометазона фуруат	2
	Бетаметазона валерат	1,2
Умеренно сильные (II)	Триамцинолона ацетонид	1,06
Слабые (I)	Гидрокортизона ацетат	1



Адвантан

0,1 % метилпреднизолона ацепонат

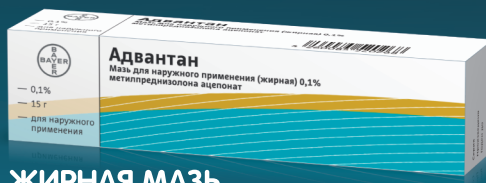


- Оказывает заметный эффект уже к 3 дню лечения¹
- Обладает высоким профилем безопасности²
- Правильный выбор формы ускоряет выздоровление³
- Применяется 1 раз в сутки

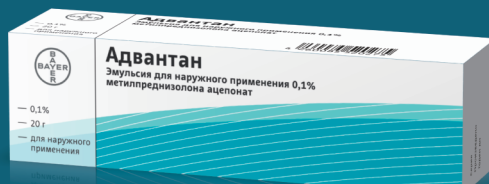
Облегчает зуд и воспаление при дерматитах и экземе¹



МАЗЬ
Подострый /
хронический процесс



ЖИРНАЯ МАЗЬ
Длительный
хронический процесс



ЭМУЛЬСИЯ
Острый процесс
с мокнутием



КРЕМ
Острый / подострый
процесс без мокнутия

Адвантан®. Мазь/мазь жирная/крем для наружного применения/эмульсия для наружного применения. **МНН или группировочное название:** метилпреднизолона ацепонат. **Показания к применению:** воспалительные заболевания кожи: атопический дерматит, нейродермит, детская экзема; истинная экзема; микробная экзема; профессиональная экзема; простой контактный дерматит; аллергический (контактный) дерматит; дисгидротическая экзема. Для эмульсии – себорейный дерматит/экзема; фотодерматит, солнечный ожог. **Способ применения и дозы:** наносят 1 раз в сутки на пораженные участки кожи, взрослым и детям с 4-х месячного возраста. Мазь/мазь жирная/крем для наружного применения - не рекомендуется использовать более 12 недель для взрослых и 4 недель для детей. Эмульсию - 1 раз в сутки (для лечения солнечных ожогов 1-2 раза в день); курс лечения не должен превышать 2 недели. При подостром и остром воспалении без выраженного мокнутия (на гладкой коже и на коже волосистой части головы, в том числе, на коже, склонной к жирности) рекомендуется использовать в форме крема. При сухости кожных покровов необходимо использовать формы с высоким содержанием жира (мазь или жирная мазь). При хронических воспалительных кожных процессах при очень сухой коже рекомендуется использовать в форме жирной мази, обеспечивающей выраженное лечебное воздействие при значительной лихенификации и инфильтрации. **Противопоказания:** туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата; вирусные заболевания (например, ветряная оспа, опоясывающий лишай); розацеа, периоральный дерматит; детский возраст до 4-х

месяцев; участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию; гиперчувствительность к компонентам препарата. **Беременность и лактация:** следует взвешивать потенциальный риск для плода и ожидаемую пользу лечения для матери, не рекомендуется длительное применение препарата на обширных поверхностях кожи. Кормящим матерям не наносить препарат на молочные железы. **Побочное действие:** очень редко местные реакции - зуд, жжение, эритема, образование везикулезной сыпи. При длительном применении (более 4-х недель) и/или на обширных участках (10 % и более поверхности тела) могут возникнуть: атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения кожи, системные эффекты, обусловленные абсорбцией кортикостероида. Редко - фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация кожи, аллергические реакции. **Особые указания:** при проявлении атрофии следует отменить. При бактериальных осложнениях и/или дерматомикозах в дополнение необходимо проводить специфическое антибактериальное или антимикотическое лечение. При применении больших доз, очень длительном применении окклюзионных повязок и нанесении на кожу вокруг глаз может развиваться глаукома. Рег. номер крем: П N013563/01, мазь для наружного применения (жирная): П N13563/04, инструкция по применению от 01.06.2017. Рег. номер эмульсия: П N013563/02, инструкция по применению от 11.05.2017. Рег. номер мазь: П N013563/03, инструкция по применению от 27.05.2016. Полную информацию смотрите в инструкции по применению

АО «БАЙЕР», 107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00. Факс: 8 (495) 231-12-02.

1. По данным исследования 558 детей с атопическим дерматитом или другими воспалительными дерматозами заметное улучшение симптомов (эритема, инфильтрация, мокнутие / образование корок, зуд и жжение) наблюдалось у более чем 65% пациентов в первые 3 дня терапии. Niedner R.-P., Zaunseil Advantan® Milk/Cream/Ointment in Children with Atopic Eczema and other Dermatoses - An Observational Study in 558 Children R. Akt Dermatol 2004; 30(6): 200-203.

2. При применении различных форм препарата Адвантан у пациентов с контактным дерматитом (n = 755) в возрасте от 10 до 79 лет в течении 5-17 дней побочных эффектов не было зарегистрировано. Перламуров Ю.Н., Ольховская К.Б. и группа исследователей Результаты всероссийского многоцентрового открытого наблюдательного исследования "Аккорд" по определению эффективности, безопасности и переносимости различных форм адвантана при лечении больных контактными дерматитами // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. № 4.-С.72-79.

3. Клеменова И.А., Есенин С.А. Эволюция применения глюкокортикостероидных препаратов для местного лечения в дерматологической практике // Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - №5. - с.46-50.

Реклама

Таблица 2. Восприимчивость различных дерматозов к действию ТГКС

Наиболее чувствительные	Умеренно чувствительные	Наименее чувствительные
Псориаз инверсный Атопический дерматит у детей Себорейный дерматит	Псориаз Атопический дерматит у взрослых Нуммулярная экзема Простой контактный дерматит Папулезная крапивница (мастоцитоз) Парапсориаз Лишай Видаля	Ладонно-подошвенный псориаз Дисгидротическая экзема Красная волчанка Обыкновенная пузырчатка Красный плоский лишай Кольцевидная гранулема Липоидный некробиоз Саркоидоз Аллергический контактный дерматит, острая фаза Укусы насекомых Псориаз ногтей

Рис. 14. Экзема кистей, отмечается наличие везикул, трещин, участков лихенификации



Рис. 15. Экзема кистей в процессе лечения препаратом Адвантан, выраженная положительная динамика



лечить сильными или очень сильными кортикостероидными препаратами, от слабых препаратов эффекта не будет. Восприимчивость наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний кожи, в т.ч. аллергического характера, отражена в табл. 2 [42].

Актуальным вопросом в лечении большинства дерматозов является продолжительность ремиссии после очередного обострения заболевания. В некоторых случаях скорое обострение экзематозного процесса может быть обусловлено краткосрочностью терапии и сохранением воспалительных элементов у пациента. В таких ситуациях целесообразно проводить дерматоскопический контроль излеченности пациентов. Суть методики заключается в тщательном осмотре

участков предшествовавшего воспаления при помощи дерматоскопа для оценки регресса патологического сосудистого компонента, купирования явлений ксероза, отсутствия формирующихся элементов сыпи и полного восстановления естественной структуры кожи.

Наибольшее количество работ, использующих дерматоскопический контроль излеченности, посвящено нехирургическим методам лечения базальноклеточного рака кожи [43, 44]. Российские авторы описали опыт видеодерматоскопической оценки регресса угревых высыпаний [45]. Наш практический опыт показывает значимость дерматоскопии и при других дерматозах, например при экземе кистей (рис. 14). После двухнедельного курса лечения препаратом Адвантан у

пациентки наблюдалась выраженная положительная динамика по результатам клинического осмотра (рис. 15). Дерматоскопический осмотр выявил наличие мелких везикул (рис. 4), что послужило поводом для продолжения лечения ТГКС, но уже в другом режиме дозирования.

Резюмируя все вышеизложенное, следует подчеркнуть, что врачу-дерматологу очень важно использовать в своей клинической практике достижения оптической диагностики кожи для более эффективной постановки диагноза, что в первую очередь определяет выбор тактики лекарственной терапии. Стероидчувствительность дерматозов сильно различается, и недооценка этого фактора замедляет процесс выздоровления. Так называемая стероидрезистентность может на деле означать как неправильную постановку диагноза, так и неверно подобранную терапию. Например, применение слабого кортикостероидного препарата при низкой восприимчивости заболевания к ТГКС приводит к малой эффективности лечения, увеличению продолжительности его течения и повышает в конечном итоге стоимость терапии. Выбирая препарат из доступных ТГКС высокой активности, необходимо учитывать его терапевтический индекс, который наиболее благоприятен для препаратов последних поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев Ю.Ю., Олисова О.Ю., Сергеев В.Ю. Возможности ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований кожи. Фарматека. 2016;Дерматология/Аллергология:17–21.
2. Штиршнайдер Ю.Ю., Миченко А.В., Катунина О.Р., Зубарев А.Р. Современные неинвазивные технологии визуализации в дерматологии. Вестн. дерматологии и венерологии. 2011;5:41–53.
3. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Сергеев В.Ю., Черкасова М.В. Цифровая видеодерматоскопия: новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний кожи. Росс. журн. кожных и венерических болезней.

- 2004;1:23–7.
4. Сергеев В.Ю., Сергеев Ю.В., Иванов О.Л. Видеодерматоскопия: новое в повседневной врачебной практике дерматовенеролога. *Рос. журн. кожных и венерических болезней*. 2009;4:15–20.
5. Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю. Возможна ли удаленная диагностика новообразований кожи? Сборник тезисов X Международного форума дерматовенерологов и косметологов. М., 2017. 120 с.
6. Zalaudek I., Argenziano G., Di Stefani A., Ferrara G., Marghoob A.A., Hofmann-Wellenhof R., Soyer H.P., Braun R., Kerl H. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology*. 2006;212:7–18.
7. Lallas A., Kyrgidis A., Tzello T.G., Apalla Z., Karakiriou E., Karatolias A., Lefaki I., Sotiriou E., Ioannides D., Argenziano G., Zalaudek I. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br. J. Dermatol.* 2012;166:1198–205.
8. Lallas A., Giacomel J., Argenziano G., Garcia-Garcia B., Gonzalez-Fernandez D., Zalaudek I., Vazquez-Lopez F. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br. J. Dermatol.* 2014;170:514–26.
9. Vázquez-López F., Manjón-Haces J.A., Maldonado-Seral C., Raya-Aguado C., Pérez-Oliva N., Marghoob A.A. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology*. 2003;207:151–6.
10. Lallas A., Apalla Z., Argenziano G., Sotiriou E., Di Lernia V., Moscarella E., Longo C., Sidiropoulos T., Zalaudek I. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. *Dermatology*. 2014;228:250–54.
11. Zalaudek I., Lallas A., Moscarella E., Longo C., Soyer H.P., Argenziano G. The dermatologist's stethoscope-traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatology Practical & Conceptual*. 2013;3(2):67–71.
12. Errichetti E., Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of palmar psoriasis and chronic hand eczema. *J. Dermatol.* 2016;43:423–25.
13. Friedman P., Sabban E.C., Marcucci C., Peralta R., Cabo H. Dermoscopic findings in different clinical variants of lichen planus. Is dermoscopy useful? *Dermatology Practical & Conceptual*. 2015;4(4):51–5.
14. Papageorgiou C., Apalla Z., Lazaridou E., Sotiriou E., Vakirlis E., Ioannides D., Lallas A. Atypical case of lichen planus recognized by dermoscopy. *Dermatology Practical & Conceptual*. 2016;6(4):39–42.
15. Vázquez-López F., Maldonado-Seral C., López-Escobar M., Pérez-Oliva N. Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2003;28:554–55.
16. Ramadan S., Hossam D., Saleh M.A. Dermoscopy could be useful in differentiating sarcoidosis from necrobiotic granulomas even after treatment with systemic steroids. *Dermatology Practical & Conceptual*. 2016;6(3):17–22.
17. Pellicano R., Todorovic-Zivkovic D., Gourhant J.Y., Catricalà C., Ferrara G., Caldarola G., Argenziano G., Zalaudek I. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology*. 2010;221:51–4.
18. Hadji I., Mernissi F.Z. Dermoscopic features of sarcoidosis. *The Pan Afr. Med. J.* 2014;18:111.
19. Pellicano R., Caldarola G., Filabozzi P., Zalaudek I. Dermoscopy of necrobiosis lipoidica and granuloma annulare. *Dermatology*. 2013;226:319–23.
20. Сергеев Ю.В. Будни дерматолога. М., 2012. 668 с.
21. Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю. Оптическая диагностика в дерматомикологии. Успехи медицинской микологии. 2014;13:177–79.
22. Поткаев Н.С., Плиева Л.Р., Теллюк Н.П., Сергеев Ю.Ю. Полиморфный вариант склеротрофического лишена. *Клин. дерматология и венерология*. 2014;2:35–40.
23. Таганов А.В. Рецептурный справочник наружной терапии дерматозов. М., 2014. 256 с.
24. Kanee B. Hydrocortisone (Compound F) acetate ointment, and hydrocortisone and neomycin sulfate ointment. *Can. Med. Ass. J.* 1954;71(1):64–5.
25. Das A., Panda S. Use of topical corticosteroids in dermatology: an evidence-based approach. *Ind. J. Dermatol.* 2017;62(3):237–50.
26. Soost S., Abdollahnia M., Kostev K., Worm M. Topical therapy of hand eczema – analysis of the prescription profile from dermatologists in private practice. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2012;10(3):180–84.
27. Torrelo A. Methylprednisolone aceponate for atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol.* 2017;56(6):691–97.
28. Ruzicka T. Methylprednisolone aceponate* in eczema and other inflammatory skin disorders – a clinical update. *Int. J. Clin. Practice*. 2006;60:85–92.
29. Zaumseil R.P., Fuhrmann H., Kecske A., Taeuber U., Toepert M. Methylprednisolone aceponate (Advantan) – an effective topical corticoid therapy with few side effects. *Jahrbuch der Dermatologie*. 1992;93:247–63.
30. Haneke E. Long-term treatment with 6-alpha methylprednisolone aceponate. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 1994;3(Suppl. 1):19–22.
31. Дворянкова Е.В. Стероидофобия в дерматологии – современная проблема из прошлого. *Вест. дерматологии и венерологии*. 2015;3:131–34.
32. Тарасова О.Н., Рогозина Т.Е., Лапина Л.А. Адвантан в лечении атонического дерматита и псориаза. *Альм. клинич. медицины*. 2002;5:248–52.
33. Короткий Н.Г., Таганов А.В., Шиманковский Н.Л. Опыт применения Адвантана (метилпреднизолон ацепоната) в детской дерматологической практике при лечении atopического дерматита. *Журн. Гродненского гос. мед. университета*. 2005;3(11):209–12.
34. Хамаганова И.В., Кашеваров Д.Ф. Наружная терапия atopического дерматита у детей. *Мед. совет*. 2013;2–3:104–8.
35. Luger T.A. Balancing efficacy and safety in the management of atopical dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011;25:251–58.
36. Blume-Peytavi U., Wahn U. Optimizing the treatment of atopical dermatitis in children: a review of the benefit/risk ratio of methylprednisolone aceponate. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011;25:508–15.
37. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Стукова Е.И., Корюкина Е.Б., Ведерникова С.В. Различные лекарственные формы метилпреднизолон ацепоната в терапии больных аллергическими заболеваниями кожи. *Вест. дерматологии и венерологии*, 2013; 5:138–51.
38. Ruzicka T., Zaumseil R.P. Effectiveness and tolerability of methylprednisolone aceponate (Advantan) in the treatment of eczematous disorders of the face. *Z. Hautkr.* 2002; 77:185–89.
39. Soennichsen N., Zaumseil R.P. Efficacy and tolerability of methylprednisolone aceponate solution in eczematous disease of the hairy scalp. *Derm.* 1999;5:317–24.
40. Kyriakou A., Patsialis C., Patsatsi A., Sotiriadis D. Treatment of male genital lichen sclerosis with clobetasol propionate and maintenance with either methylprednisolone aceponate or tacrolimus: a retrospective study. *J. Derm. Treatment*. 2013;24:431–34.
41. Patsatsi A., Kyriakou A., Vavilis D., Mantas A., Patsialis C., Sotiriadis D. A therapeutic approach for female, relapsing genital lichen sclerosis: a single-center study. *J. Dermatol. Treatment*. 2013;24:336–39.
42. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 7th edition, McGraw-Hill 2008. P. 2104.
43. Lallas A., Apalla Z., Argenziano G., Longo C., Moscarella E., Specchio F., Raucci M., Zalaudek I.

The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. Dermatology Practical & Conceptual. 2014;4 (3):11–24.

44. Husein-ElAhmed H., Fernandez-Pugnaire M.A. *Dermatoscopy-guided therapy of pigmented*

basal cell carcinoma with imiquimod. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2016; 91(6):764–69.

45. Бурцева Г.Н., Сергеев В.Ю., Свечникова Е.В., Сергеев А.Ю. Клиническая и видеодермато-

скопическая оценка эффективности терапии угревой сыпи. *Клин. дерматология и венерология. 2012;10(2):92–103.*

Поступила / Received: 14.09.2017

Принята в печать / Accepted: 20.09.2017

Автор для связи: Ю.Ю. Сергеев — врач-дерматовенеролог, Член Правления Общества дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва; e-mail: tosergeev@gmail.com

Corresponding author: Yu.Yu. Sergeev — Dermatovenereologist, member of the Board of the Society of Dermatoscopy and Optical Diagnostics of Skin, Moscow; e-mail: tosergeev@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов. Для цитирования: Мордовцева В.В., Сергеев Ю.Ю. Совершенствование диагностики и лечения стероидчувствительных дерматозов при помощи дерматоскопии. *Фарматека. 2017;Дерматология/Аллергология 2:6–14.*

Authors declare lack of the possible conflicts of interests. For citations: Mordovtseva V.V., Sergeev Yu.Yu. Improvement of diagnostics and treatment of steroid-responsive dermatoses using dermatoscopy. *Farmateka. 2017;Dermatologija/Allergologija 2:6–14. (in Russian)*

© В.В. Мордовцева, Ю.Ю. Сергеев, 2017

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Уважаемые авторы приглашаем Вас к сотрудничеству с редакцией журнала «Фарматека».

«Фарматека» — это рецензируемый медицинский журнал, входящий в перечень ВАК, выпускающий 20 постоянных тематических номеров в год по разным специальностям, а также несколько спецвыпусков по тематикам аллергология/дерматология, стоматология, психиатрия, остеопороз.

Рукопись статьи должна быть предоставлена в 2 экземплярах, напечатанной стандартным шрифтом 14 через 1,5 интервала на одной стороне белой бумаги размером А4 (210×295 мм) с полями в 2,5 см по обе стороны текста.

Рукопись статьи должна включать:

1. титульный лист;
2. резюме;
3. ключевые слова;
4. таблицы;
5. рисунки и подписи к ним;
6. библиографию.

Страницы должны быть пронумерованы.

Все материалы предоставляются также на электронном носителе и обязательно дублируются по электронной почте. E-mail: pharmateca@yandex.ru

В рукописи должно быть официальное направление учреждения, в котором проведена работа. На первой странице статьи должны быть виза и подпись научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. На последней — подписи всех авторов, что дает право на ее публикацию в журнале и размещение на сайте издательства.

Титульный лист должен содержать:

1. название статьи;
2. фамилии и инициалы авторов;
3. полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа;
4. Регистрации (ученая степень и должность) и контакты автора, ответственного за связь с редакцией: e-mail, номер телефона.

Резюме

Объем резюме должен быть не более 200–250 слов. Также указываются «ключевые слова» (от 3 до 10 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

Текст

Объем оригинальной статьи, как правило, не должен превышать 9 страниц, кратких сообщений и заметок из практики — 3–4 страницы. Объем лекций и обзоров не должен превышать 12 страниц.

Таблицы. Каждая таблица должна иметь название и порядковый номер соответственно упоминанию ее в тексте. Столбцы в таблице должны иметь краткие заголовки. Все пояснения, включая расшифровку аббревиатур, размещаются в сносках.

Подписи к иллюстрациям. Нумерация дается арабскими цифрами соответственно номерам рисунков. Подпись к рисунку состоит из названия и «легенды» (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей).

Иллюстрации. Формат файла рисунка tiff или jpeg, расширение от 300 dpi.

Библиография (список литературы). В списке все работы перечисляются в порядке цитирования (ссылок на них в тексте), арабскими цифрами в квадратных скобках.

Примеры:

Книги

1. Постнов Ю.В., Орлов С.Н. Первичная артериальная гипертензия как патология клеточных мембран. М., 1987.
2. Levey A.S. Clinical evaluation of renal function. In Greenberg A. (ed.) Primer on kidney disease. San Diego (California): Academic Press, 1998. P. 20–27.

Журналы

1. Вербовая Н.И., Капалова И.Ю., Вербовой А.Ф. Содержание остеопортегерина и адипокинов при гипотиреозе у женщин. *Врач. 2014;8:66–8.*
2. Peralta C.A., Shlipak M.G., Wasser-Fyr C., Bosworth H., Hoffman B., Martins S., Oddone E., Goldstein M.K. Association of antihypertensive therapy and diastolic hypotension in chronic kidney disease. *Hypertension. 2007;50:474–80.*

Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, к публикации не принимаются.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

По всем интересующим вопросам обращаться в редакцию по тел. 8 (909) 150-02-82; e-mail: pharmateca@yandex.ru

Редакция журнала также помогает в подготовке и выпуске книг и методических пособий.

WWW.PHARMATECA.RU