

Эффективность наружной противовоспалительной терапии при контактном дерматите у детей грудного возраста

Т.Г. Маланичева^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-7027-0319>, tgmal@mail.ru
 Н.В. Зиятдинова¹, <https://orcid.org/0000-0002-4296-1198>, ziatdin@mail.ru
 И.Н. Сердинская², <https://orcid.org/0000-0003-2297-6314>, inserz@yandex.ru
 Г.Р. Баширова³, g.bachirova@bk.ru

¹ Казанский государственный медицинский университет; 420012, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Бултерева, д. 49

² Клиника семейной медицины; 420044, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Ямашева, д. 48б

³ Детская республиканская клиническая больница; 420110, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Сафиуллина, д. 14

Резюме

Контактный дерматит у детей является достаточно распространенной патологией и развивается в местах соприкосновения кожи с раздражающими факторами. Он относится к стероид-чувствительным дерматозам, поэтому назначение топических глюкокортикостероидов при данной патологии является обоснованным методом лечения. Эффективным топическим глюкокортикостероидом средней силы является 0,1%-й крем метилпреднизолона ацепонат, оказывающий противовоспалительное и противоаллергическое действие. В данной статье авторы представили собственный опыт и привели клинические случаи эффективного применения 0,1%-го крема метилпреднизолона ацепоната при контактном дерматите у детей. В первом клиническом примере показано включение 0,1%-го крема метилпреднизолона ацепоната 1 раз в день в состав комплексной терапии у ребенка 5 мес. со среднетяжелым течением контактного дерматита, вызванного косметическими веществами (массажным маслом). Лечение привело к выраженной положительной динамике и достижению ремиссии на 8-й день от начала терапии. Клинический пример 2 показал эффективность 0,1%-го крема метилпреднизолона ацепоната, назначенного 1 раз в день в составе комплексной терапии у ребенка 6 мес. с легким течением пеленочного контактного дерматита. Применение барьерных средств (5%-я мазь декспантенол) в течение 3 дней не показало положительной динамики, вследствие чего был назначен 0,1%-й крем метилпреднизолона ацепонат, что привело к купированию острых элементов воспаления в области ягодич и к полной ремиссии на 5-й день применения крема. В третьем клиническом примере показана эффективность топического глюкокортикостероида 0,1%-го крема метилпреднизолона ацепоната, применяемого 1 раз в день в составе комплексной терапии у ребенка 4 мес. с тяжелым течением контактного дерматита, который развился после подмывания промежности и мытья ног хозяйственным мылом. С 5-го дня от начала лечения отмечалась выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса, а на 10-й день была достигнута ремиссия, что проявилось купированием острого воспалительного процесса в области ягодич, нижних конечностей, исчезновением зуда и расчесов. Таким образом, приведенные клинические примеры показывают высокую эффективность включения в состав комплексной терапии контактного дерматита у детей (при любой степени тяжести) топического глюкокортикостероида 0,1%-го крема метилпреднизолона ацепоната.

Ключевые слова: стероид-чувствительные дерматозы, зуд, эомеленты, топические кортикостероиды, 0,1%-й крем метилпреднизолона ацепонат

Для цитирования: Маланичева Т.Г., Зиятдинова Н.В., Сердинская И.Н., Баширова Г.Р. Эффективность наружной противовоспалительной терапии при контактном дерматите у детей грудного возраста. *Медицинский совет.* 2023;17(1):131–136. <https://doi.org/10.21518/ms2023-008>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The effectiveness of external anti-inflammatory therapy for contact dermatitis in infants

Tatyana G. Malanicheva^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-7027-0319>, tgmal@mail.ru
 Nelli V. Ziatdinova¹, <https://orcid.org/0000-0002-4296-1198>, ziatdin@mail.ru
 Inna N. Serdinskaya², <https://orcid.org/0000-0003-2297-6314>, inserz@yandex.ru
 Guzel R. Bashirova³, g.bachirova@bk.ru

¹ Kazan State Medical University; 49, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia

² Family Medicine Clinic; 48b, Yamashev St., Kazan, 420044, Russia

³ Republican Children's Clinical Hospital; 14, Safiullin St., Kazan, 420110, Russia

Abstract

Contact dermatitis in paediatric population is a fairly common pathology, which occurs where the skin comes into contact with irritating factors. It refers to steroid-sensitive dermatoses, therefore, the prescription of topical glucocorticosteroids in this pathology is a proved method of treatment. 0.1% methylprednisolone aceponate cream that has anti-inflammatory and anti-allergic effects is a medium-potency effective topical glucocorticosteroid. In this article, the authors presented their own experience and clinical cases of the effective use of 0.1% methylprednisolone aceponate cream in contact dermatitis in paediatric population. The first clinical case demonstrates the use of 0.1% methylprednisolone aceponate cream once a day as part of the combination therapy in a 5-month-old baby with moderate contact dermatitis caused by cosmetic substances (massage oil). The treatment resulted in a pronounced improvement and the achievement of remission on the 8th day from the start of therapy. The second clinical case demonstrated the effectiveness of 0.1% methylprednisolone aceponate cream used once daily as part of the combination therapy in a 6-month-old baby with mild diaper contact dermatitis. The use of barrier medications (5% dexpanthenol ointment) for 3 days showed no positive changes, due to which 0.1% methylprednisolone aceponate cream was prescribed. The treatment resulted in the relief of acute signs of inflammation in the buttocks and complete remission on the 5th day of the use of the cream. The third clinical case demonstrated the effectiveness of topical glucocorticosteroid in the form of 0.1% methylprednisolone aceponate cream used once daily as part of combination therapy in a 4-month-old baby with severe contact dermatitis, which developed after washing the perineum and feet with laundry soap. The pronounced positive changes in the skin improvement process were observed from the 5th day of the therapy, and a remission was achieved on the 10th day of the therapy, which was demonstrated as relief of acute inflammatory process in the buttocks and lower extremities, and disappearance of itching and scratching. Overall, the above clinical cases showed the high effectiveness of the use of the topical glucocorticosteroid in the form of 0.1% methylprednisolone aceponate cream as part of the combination therapy of contact dermatitis in pediatric population (at any severity level).

Keywords: steroid-sensitive dermatoses, pruritus, emollients, topical corticosteroids, 0.1% methylprednisolone aceponate cream

For citation: Malanicheva T.G., Ziatdinova N.V., Serdinskaya I.N., Bashirova G.R. The effectiveness of external anti-inflammatory therapy for contact dermatitis in infants. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(1):131–136. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-008>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Контактный дерматит у детей является достаточно распространенной патологией и развивается в местах соприкосновения кожи с раздражающими факторами (моющими средствами, косметикой, резиной, металлами, подгузниками, краской в составе тканей и др.), которые вызывают повреждение и воспалительную реакцию кожи [1–6]. Особенностью контактного дерматита у детей является то, что реакция протекает в виде зуда, отека, гиперемии, высыпаний и других признаков воспаления [7]. Контактный дерматит имеет два типа течения – острое и хроническое [8, 9]. При остром течении клинические проявления обнаруживаются практически сразу после контакта с провоцирующим раздражителем и постепенно проходят после прекращения его действия и назначения медикаментозной терапии. Однако при хроническом течении заболевание развивается после нескольких контактов с триггерами и может иметь рецидивирующее течение.

Комплексное лечение контактного дерматита у детей включает следующие этапы:

- исключение контакта с провоцирующим фактором;
- прием препаратов, устраняющих симптомы патологии;
- постоянное соблюдение профилактических мер [10].

Контактный дерматит относится к стероид-чувствительным дерматозам, поэтому назначение топических глюкокортикостероидов (ТГКС) при данной патологии является обоснованным и эффективным методом

лечения [11]. Механизмами фармакотерапевтического действия ТГКС являются: противовоспалительный, иммуносупрессивный, десенсибилизирующий, антипролиферативный, сосудосуживающий и мембраностабилизирующий эффект. Эффективным ТГКС средней силы является 0,1%-й крем метилпреднизолона ацепонат (Комфодерм К), который оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие [12–15]. Комфодерм К подавляет не только воспалительные и аллергические кожные реакции, но и связанные с усиленной пролиферацией, что приводит к положительной клинической динамике за счет уменьшения объективных и субъективных симптомов воспаления. Препарат разрешен к применению детям с 4 мес. жизни и назначается 1 раз в сутки при острых и подострых воспалительных процессах без выраженного мокнутия.

Исходя из вышеизложенного, мы применяли ТГКС 0,1%-й крем Комфодерм К у детей грудного возраста в составе комплексной терапии контактного дерматита и получили высокий терапевтический эффект. Делимся личным опытом и приводим описание клинических случаев применения 0,1%-го крема Комфодерм К при контактном дерматите у детей первого года жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Девочка, 6 мес. Жалобы на очаги покраснения, отека и шелушения на туловище и плече, зуд пораженных участков кожи, беспокойство, нарушение дневного

и ночного сна. Развитие заболевания связывают с применением нового массажного масла. После первого применения появились участки гиперемии, отека, зуд. После 2-го применения массажного масла отмечалось ухудшение со стороны кожного процесса: появились новые участки гиперемии и отека, усилился кожный зуд.

Анамнез жизни: родилась от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины, 2-х родов путем кесарева сечения. Масса тела при рождении – 3700 г, длина тела – 53 см. С 5 мес. переведена на искусственное вскармливание, получала адаптированные смеси на основе коровьего молока. Перенесенные заболевания – острое респираторное заболевание 1 раз. Аллергологический анамнез не отягощен, реакции на смеси на основе белка коровьего молока и блюда прикорма не было. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: мать ребенка страдает сезонным аллергическим ринитом с 20-летнего возраста.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести за счет распространенного кожного процесса. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. На коже туловища и наружной поверхности плеча отмечаются участки гиперемии, небольшого отека, шелушения, расчесы (рис. 1). Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок $1,0 \times 1,5$ см, края плотные. В зеве гиперемии нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) 124 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый, иногда со слизью, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин (Hb) 117 г/л, эритроциты (RBC) $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты (WBC) $10,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы (ПЯ) 2%, сегментоядерные (СЯ) 30%, эозинофильные нейтрофилы (ЭОЗ) 4%, лимфоциты (ЛФ) 58%, моноциты (МОН) 6%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 3 мм/ч. Общий IgE – 25 ЕД. Специфические IgE: к белку коровьего молока менее 0,35 МЕ/мл (0-й класс).

Ребенку выставлен диагноз «контактный дерматит, вызванный косметическими веществами, эритематозная форма, стадия обострения, среднетяжелое течение».

Лечение. Назначена комплексная терапия: исключить применение массажного масла, учитывая зуд кожи, применять антигистаминные препараты, эмоленты, ТГКС – 0,1%-й крем Комфодерм К, который назначался 1 раз в день. На фоне проводимого лечения с 3-го дня терапии отмечалась выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса – уменьшилась выраженность гиперемии, отека, расчесов на туловище и плече (рис. 2). Площадь поражения уменьшилась более чем в 2 раза, отмечалось снижение интенсивности кожного зуда, значительное улучшение ночного и дневного сна.

На 8-й день от начала терапии была достигнута ремиссия заболевания, что проявилось исчезновением острых элементов воспаления на туловище и плече,

● **Рисунок 1.** Клинический пример 1: ребенок, 6 мес., контактный дерматит, вызванный косметическими веществами, эритематозная форма, стадия обострения

● **Figure 1.** Clinical case 1: a 6-month-old baby, contact dermatitis caused by cosmetic substances, erythematous form in the exacerbation phase



● **Рисунок 2.** Клинический пример 1: сохранение кожных проявлений на фоне терапии контактного дерматита

● **Figure 2.** Clinical case 1: persistence of skin symptoms while administering contact dermatitis therapy



● **Рисунок 3.** Клинический пример 1: кожные проявления на 8-й день лечения 0,1%-м кремом Комфодерм К

● **Figure 3.** Clinical case 1: skin symptoms on the 8th day of therapy with Comfoderm K cream 0.1%



купированием зуда, расчесов, гиперемии, шелушения (рис. 3). У ребенка сохранялась сухость кожных покровов, что явилось показанием для продолжения назначения эмолентов. Побочных эффектов отмечено не было.

- **Рисунок 4.** Клинический пример 2: ребенок, 5 мес., пеленочный контактный дерматит, легкое течение, стадия обострения
- **Figure 4.** Clinical case 2: a 5-month-old baby, diaper contact dermatitis caused by cosmetic substances, a mild form in the exacerbation phase



Дальнейшее динамическое наблюдение в течение 8 мес. показало, что у ребенка отмечалась стойкая ремиссия контактного дерматита, обострений не было.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Девочка, 5 мес. Жалобы на появление покраснения в области ягодиц, зуд, беспокойство, нарушение сна. Заболевание связывают со сменой подгузников, на 2-й день после их применения появились очаги гиперемии, на 3-й день очагов стало больше, зуд усилился.

Анамнез жизни: родилась от 1-й беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении – 3900 г, длина тела – 54 см. Находится на естественном вскармливании. Перенесенные заболевания – острый бронхит в 4 мес. Аллергологический анамнез не отягощен, пищевую и лекарственную аллергию отрицает. Наследственность не отягощена: у родителей и ближайших родственников аллергические заболевания отсутствуют.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. В области ягодиц отмечаются не сливающиеся участки гиперемии, инфильтрации, шелушение, расчесы (рис. 4). Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок 1,0 × 1,0 см, края плотные. В зеве гиперемии нет. В легких пузырьное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb 118 г/л, RBC $4,1 \times 10^{12}/л$, WBC $9,0 \times 10^9/л$; ПЯ 1%, СЯ 30%, ЭОЗ 3%, ЛФ 61%, МОН 5%, СОЭ 4 мм/ч. Общий IgE – 20 ЕД.

Ребенку выставлен диагноз «пеленочный контактный дерматит, эритематозная форма, стадия обострения, легкое течение».

Лечение. Назначена комплексная терапия: исключение использования подгузников, их замена на другие после достижения ремиссии, подмывание ребенка теплой

- **Рисунок 5.** Клинический пример 2: кожные проявления на 5-й день лечения 0,1%-м кремом Комфодерм К
- **Figure 5.** Clinical case 2: skin symptoms on the 5th day of therapy with Comfoderm K cream 0.1%



водой после каждой дефекации, применение барьерного средства – 5%-й мази декспантенола. На фоне проводимой терапии в течение 3 дней положительной динамики не отмечалось, что явилось показанием для назначения ТГКС на пораженные участки кожи ягодиц. Из ТГКС назначен 0,1%-й крем Комфодерм К 1 раз в день. Со 2-го дня от начала лечения отмечалась выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса, что проявилось уменьшением гиперемии, инфильтрации, кожного зуда, также нормализовался ночной и дневной сон. На 5-й день от начала лечения кремом Комфодерм К достигнута ремиссия, что проявилось купированием острых воспалительных элементов (гиперемии, инфильтрации) в области ягодиц и исчезновением зуда, расчесов (рис. 5). Побочных эффектов отмечено не было. У ребенка в анамнезе в течение 10 мес. отмечалась стойкая ремиссия без обострений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Мальчик, 4 мес. Жалобы на появление покраснения сливного характера в области нижних конечностей и ягодиц, сильное шелушение, зуд, нарушение сна. Появление симптомов заболевания связывают с подмыванием и мытьем ног ребенка хозяйственным мылом, которое раньше не применялось.

Анамнез жизни: родился от 2-й беременности, протекавшей с сильным токсикозом 1-й половины, 2-х родов путем кесарева сечения. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см. Находился на естественном вскармливании до 3 мес., затем переведен на смешанное вскармливание. Перенесенные заболевания – острая респираторная вирусная инфекция в 2 мес. Аллергологический анамнез не отягощен, пищевую и лекарственную аллергию отрицает. Наследственность отягощена: у бабушки по линии матери хроническая крапивница.

Объективно: общее состояние средней тяжести за счет кожного процесса. На коже в области ягодиц, бедер и голеней отмечаются гиперемии сливного характера, инфильтрации, крупнопластинчатое шелушение,

● **Рисунок 6.** Клинический пример 3: ребенок, 4 мес., контактный дерматит, тяжелое течение, стадия обострения

● **Figure 6.** Clinical case 3: a 4-month-old baby, severe contact dermatitis in the exacerbation phase



расчесы (рис. 6). Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок $2,0 \times 3,0$ см, края плотные. В зеве гиперемии нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 122 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb 120 г/л, RBC $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC $8,5 \times 10^9$ /л; ПЯ 0%, СЯ 31%, ЭОЗ 4%, ЛФ 60%, МОН 5%, СОЭ 2 мм/ч. Общий IgE – 45 ЕД.

Ребенку выставлен диагноз «контактный дерматит, эритематозная форма, стадия обострения, тяжелое течение».

Лечение. Назначена комплексная терапия: исключение использования хозяйственного мыла, применение эмо- лентов. С 1-го дня назначена противовоспалительная терапия – ТГКС 0,1%-й крем Комфодерм К 1 раз в день. С 5-го дня от начала лечения отмечалась выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса, что проявилось в уменьшении выраженности гиперемии, инфильтрации, шелушения, кожного зуда, беспокойства, улучшился сон. На 10-й день от начала лечения 0,1%-м кремом Комфодерм К достигнута ремиссия: купирование острых воспалительных элементов в области ягодич и нижних конечностей (гиперемии, инфильтрации), исчезновение зуда, расчесов, но сохранялась незначительная сухость кожных покровов (рис. 7). Побочных эффектов

● **Рисунок 7.** Клинический пример 3: кожные проявления на 10-й день лечения 0,1%-м кремом Комфодерм К

● **Figure 7.** Clinical case 3: skin symptoms on the 10th day of therapy with Comfoderm K cream 0.1%



отмечено не было. Наблюдение за пациентом в течение 6 мес. показало, что у ребенка имела место стойкая ремиссия, обострений за время наблюдения не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, приведенные клинические примеры показывают высокую эффективность включения в комплексную терапию контактного дерматита при любой степени тяжести у детей первого года жизни ТГКС – 0,1%-го крема Комфодерм К, который назначался 1 раз в день. Это проявилось в положительной динамике со стороны кожного процесса и достижении клинической ремиссии заболевания.

Выявленные позитивные результаты от назначения 0,1%-го крема Комфодерм К в составе комплексной терапии могут быть обусловлены подавлением воспалительных и аллергических кожных реакций, а также реакций, связанных с усиленной пролиферацией. Данные эффекты способствуют уменьшению объективных и субъективных симптомов воспаления. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение ТГКС 0,1%-го крема Комфодерм К в составе комплексной терапии контактного дерматита у детей с 4 мес. жизни.



Поступила / Received 20.01.2023

Поступила после рецензирования / Revised 06.02.2023

Принята в печать / Accepted 06.02.2023

Список литературы / References

1. Diepgen T.L., Ofenloch R.F., Bruze M., Bertuccio P., Cazzaniga S., Coenraads P.J. et al. Prevalence of contact allergy in the general population in different European regions. *Br J Dermatol.* 2016;174(2):319–329. <https://doi.org/10.1111/bjd.14167>.
2. Herro E.M., Russell K., Jacob S.E. Allergic Contact Dermatitis in Children: A Guide to Diagnosis and Management. *Practical Dermatology for Pediatrics.* 2010;27–34. Available at: http://bmctoday.net/practicaldermatology/peds/pdfs/peds1010_allergiesfea.pdf.
3. Lagrelius M., Wahlgren C.F., Matura M., Kull I., Lidén C. High prevalence of contact allergy in adolescence: results from the population-based BAMSE birth cohort. *Contact Dermatitis.* 2016;74(1):44–51. <https://doi.org/10.1111/cod.12492>.
4. Warshaw E.M., Aschenbeck K.A., DeKoven J.G., Maibach H.I., Taylor J.S., Sasseville D. et al. Piercing and Metal Sensitivity: Extended Analysis of the North American Contact Dermatitis Group Data, 2007–2014. *Dermatitis.* 2017;28(6):333–341. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000324>.
5. Olms C., Schor J., Yahiaoui-Doktor M. Potential Co-Factors of an Intraoral Contact Allergy – A Cross-Sectional Study. *Dent J (Basel).* 2020;8(3):83. <https://doi.org/10.3390/dj8030083>.
6. Warshaw E.M., Aschenbeck K.A., DeKoven J.G., Maibach H.I., Taylor J.S., Sasseville D. et al. Epidemiology of pediatric nickel sensitivity: Retrospective review of North American Contact Dermatitis Group (NACDG) data 1994–2014. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79(4):664–671. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.071>.

7. Кроучук Д.П., Манчини А.Дж. *Детская дерматология*. М.: Практическая медицина; 2010. 608 с.
Krowchuk D.P., Mancini A.J. *Pediatric Dermatology – A Quick Reference Guide*. 2nd ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2010. 647 p.
8. Martin S.F. New concepts in cutaneous allergy. *Contact Dermatitis*. 2015;72(1):2–10. <https://doi.org/10.1111/cod.12311>.
9. Mowad C.M., Anderson B., Scheinman P., Pootongkam S., Nedorost S., Brod B. Allergic contact dermatitis: Patient diagnosis and evaluation. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(6):1029–1040. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.02.1139>.
10. Saary J., Qureshi R., Palda V., DeKoven J., Pratt M., Skotnicki-Grant S., Holness L. A systematic review of contact dermatitis treatment and prevention. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(5):845. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.04.075>.
11. Феденко Е.С., Елисютина О.Г. Федеральные клинические рекомендации. Аллергический контактный дерматит (L23). *Российский аллергологический журнал*. 2016;13(6):52–57. <https://doi.org/10.36691/RIA377>.
Fedenko E.S., Elisyutina O.G. Federal clinical recommendations. Allergic contact dermatitis (L23). *Russian Journal of Allergy*. 2016;13(6):52–57. (In Russ.) <https://doi.org/10.36691/RIA377>.
12. García Ponte L., Ebert U. Frontiers of rapid itch relief: a review of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(Suppl. 6):9–13. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04711.x>.
13. Camarasa J.G., Giménez-Arnau A. Глюкокортикоиды местные. В: Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. (ред.). *Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний*. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2014. С. 645–652.
Camarasa J.G., Giménez-Arnau A. Corticosteroids: topical. In: Katsambas A.D., Lotti T.M. (eds.). *European Handbook of Dermatological Treatments*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2003, pp. 731–738. https://doi.org/10.1007/978-3-662-07131-1_126.
14. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолона ацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2016;92(1):93–98. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2016-92-1-93-98>.
Kondratyeva Yu.S., Karchova V.V. Experience of application 0.1% methylprednisolone aceponate in a complex therapy chronic dermatoses. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2016;92(1):93–98. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2016-92-1-93-98>.
15. Luger T.A. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(3):251–258. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03789.x>.

Информация об авторах:

Маланичева Татьяна Геннадьевна, д.м.н., профессор, профессор кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии, Казанский государственный медицинский университет; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 49; tgmal@mail.ru
Зиятдинова Нелли Валентиновна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии, Казанский государственный медицинский университет; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 49; ziatdin@mail.ru
Сердинская Инна Николаевна, врач-дерматолог, Клиника семейной медицины; 420044, Россия, Казань, ул. Ямашева, д. 48б; insertz@yandex.ru
Баширова Гузель Рабиновна, врач-педиатр, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи, Детская республиканская клиническая больница; 420110, Россия, Казань, ул. Сафиуллина, д. 14; g.bachirova@bk.ru

Information about the authors:

Tatyana G. Malanicheva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Faculty Pediatrics, Kazan State Medical University; 49, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; tgmal@mail.ru
Nelli V. Ziatdinova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Faculty Pediatrics, Kazan State Medical University; 49, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; ziatdin@mail.ru
Inna N. Serdinskaya, Dermatologist, Family Medicine Clinic; 48b, Yamashev St., Kazan, 420044, Russia; insertz@yandex.ru
Guzel R. Bashirova, Pediatrician, Head of the Palliative Care Department, Republican Children's Clinical Hospital; 14, Safullin St., Kazan, 420110, Russia; g.bachirova@bk.ru