

Комплексная терапия контактного дерматита: от теории к практике

Л.В. Силина, <https://orcid.org/0000-0001-7792-3290>, si11ar@mail.ru

Курский государственный медицинский университет; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Резюме

В данной статье обсуждается актуальность вопросов причин возникновения и дальнейшего развития контактного дерматита. В соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ простой раздражительный контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, обусловленное раздражающим действием факторов окружающей среды на кожу. Аллергический контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее в ответ на контакт кожи с веществами, способными вызывать сенсibilизацию и специфическое аллергическое воспаление. Аллергические контактные дерматиты могут развиваться в результате реакции на абсолютно любое вещество. Это часто встречающаяся патология среди заболеваний кожи, проявляющаяся полиморфной симптоматикой и ее регрессом по мере исчезновения этиологического фактора и соответствующей терапии. Описаны механизмы развития различных форм дерматитов, указаны иммунологические нарушения, возникающие при этой патологии, указаны особенности клинической картины в зависимости от этиологического фактора. В публикации рассмотрены различные клинические случаи соматически здоровых пациентов, страдающих простым контактным и аллергическим дерматитами, вызванными вариантными факторами, с локализацией патологического процесса в области лица. По назначению врача пациенты применяли традиционные схемы терапии, состоящие из наружного/топического лечения и общей терапии, строго в соответствии с клиническими рекомендациями. Топические глюкокортикостероиды являются первой линией терапии контактного дерматита, и крайне важно при локализации очагов на лице выбирать современные препараты с высоким профилем безопасности. По окончании курса лечения пациенты отмечали значительное улучшение состояния дермы в виде минимизации проявлений эритемы кожи, исчезновения полиморфных кожных высыпных элементов, а также шелушения.

Ключевые слова: простой контактный дерматит, аллергический дерматит, течение болезни, топическая терапия, метилпреднизолон ацепонат, клинические случаи

Для цитирования: Силина ЛВ. Комплексная терапия контактного дерматита: от теории к практике. *Медицинский совет.* 2024;18(2):61–66. <https://doi.org/10.21518/ms2024-025>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Complex therapy of contact dermatitis: from theory to practice

Larisa V. Silina, <https://orcid.org/0000-0001-7792-3290>, si11ar@mail.ru

Kursk State Medical University; 3, Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia

Abstract

This article discusses the relevance of the causes and further development of contact dermatitis. In accordance with the clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation, simple irritable contact dermatitis is an acute or chronic inflammatory skin disease caused by the irritating effect of environmental factors on the skin. Allergic contact dermatitis is an acute or chronic inflammatory skin disease that occurs in response to skin contact with substances that can cause sensitization and specific allergic inflammation. Allergic contact dermatitis can develop because of a reaction to absolutely any substance. This is a common pathology among skin diseases, manifested by polymorphic symptoms and its regression as the etiological factor and appropriate therapy disappear. The mechanisms of development of various forms of dermatitis are described, the immunological disorders that occur in this pathology are indicated, the clinical features are indicated. The publication examines various clinical cases of somatically healthy patients suffering from simple contact and allergic dermatitis caused by variant factors, with localization of the pathological process in the facial area. According to the doctor's prescription, patients used traditional therapy regimens consisting of external/topical treatment and general therapy, strictly in accordance with clinical recommendations. Topical glucocorticosteroids are the first line of therapy for contact dermatitis and it is extremely important to choose modern drugs with a high safety profile when localizing foci on the face. At the end of the course of treatment, patients noted a significant improvement in the condition of the dermis in the form of minimizing the manifestations of erythema of the skin, the disappearance of polymorphic skin rash elements, and the disappearance of exfoliation.

Keywords: simple contact dermatitis, allergic dermatitis, course of the disease, topical therapy, methylprednisolone aceponate, clinical cases

For citation: Silina LV. Complex therapy of contact dermatitis: from theory to practice. *Meditinskiy Sovet*. 2024;18(2):61–66. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-025>.

Conflict of interest: the author declare that there is no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Контактный дерматит – заболевание, характеризующееся острым воспалением кожи, возникающее по причине воздействия на кожу различных агентов внешней среды – химической или физической этиологии. Дерматиты, вызванные облигатными раздражителями, являются простыми, вызванные же факультативными факторами – аллергическими [1, 2].

В соответствии с клиническими рекомендациями [1] простой раздражительный контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, обусловленное раздражающим действием факторов окружающей среды на кожу. Аллергический контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее в ответ на контакт кожи с веществами, способными вызывать сенсибилизацию и специфическое аллергическое воспаление. Аллергические контактные дерматиты могут развиваться в результате реакции на абсолютно любое вещество. Причем в этой ситуации определяющим фактором служит не характер химического вещества, а индивидуальная чувствительность к нему конкретного человека [2].

В патогенезе заболевания роль основного катализатора играют внешние причины (конкретный характер раздражителя) и особенности индивидуума, его клиническая и физиологическая характеристики, именно эти сочетания или моновилия определяют остроту и выраженность локальной клинической симптоматики простого раздражительного дерматита. Значительное число раздражающих факторов способствуют деструкции липидного слоя, нарушая его барьерные функции [3]. Интенсивность выраженности кожных симптомов и получаемой деструкции зависит и от частоты воздействия, концентрации повреждающего агента, длительности контакта непосредственно с дермой. Действие раздражителя может быть различной степени/силы интенсивности, вследствие чего развиваются слабовыраженные симптомы (за счет факультативных раздражителей) или значительно выраженная клиническая симптоматика (ожоги, отморожения) – за счет сильных (облигатных) раздражителей.

Повторяющееся и длительное воздействие раздражающего фактора приводит, как правило, к деструкции различной степени выраженности имеющегося защитного барьера кожи, стимулируя защитные иммунные механизмы самой дермы и запуская реакцию неспецифического воспаления. Реакция неспецифического воспаления – это настоящий каскад: активация и высвобождение провоспалительных цитокинов ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ФНО- α , ГМ-КСФ, ИЛ-6 и ИЛ-8, клеток Лангерганса, эндотелиальных и дендритных клеток кожи, хемокинов. Такой порядок реакций

стимулирует процесс воспаления. Если на кожу действует слабый раздражитель, тем более однократно, то воспаление может быть невыраженным, однако аналогичные, но постоянные воздействия вызывают уже выраженное разрушение защитного кожного барьера и появление значимого воспаления. Такой механизм возникновения заболевания чаще встречается и характерен для профессиональных заболеваний кожи: проблема нарастает постепенно, раз за разом и в итоге возникает значимое клинически заболевание.

Контакт с заведомо раздражающим веществом/фактором вызывает поражение кожи у каждого человека, но той или иной степени выраженности. Это зависит от длительности и степени воздействия, индивидуальных особенностей кожи, ее фототипа, области контакта, пола пациента, его возраста, наличия сопутствующих хронических заболеваний кожи, особенно атопических состояний. Предрасположенность к развитию простого раздражительного контактного дерматита у пожилых людей выражена в большей степени за счет ухудшения восстановления защитного барьера кожи [4]. Заболевание чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин, что связывается с более частым контактом женщин с бытовыми раздражителями, косметикой, а также повышенным вниманием женщин к состоянию своей кожи, особенно при фациальной локализации патологического процесса [5]. Более чувствительными к воздействию раздражителей считаются лицо, тыл кистей и межпальцевые складки, т. к. кожа в этих местах тоньше [6, 7]. Хотелось бы отметить более быстрое и более обширное по площади ответной реакции появление инфильтрации у лиц, страдающих атопическим дерматитом, – даже в стадии ремиссии при воздействии патологического фактора у них легко развивается воспалительная реакция в коже за счет недостаточности филагрина в роговом слое эпидермиса и нарушения функций защитного барьера [8].

Одним из наиболее распространенных заболеваний кожи является аллергический контактный дерматит, который диагностируется у 4–7% пациентов, обращающихся в дерматологические лечебные учреждения [2]. Аллергический контактный дерматит является иммунологической реакцией замедленного типа и развивается у лиц с наследственной предрасположенностью в результате сенсибилизации преимущественно к низкомолекулярным химическим соединениям. Список веществ, способных вызывать аллергический контактный дерматит, постоянно расширяется, в настоящее время известно более 3000 таких веществ и соединений, заболевание чаще всего развивается при контакте с металлами и их солями, растениями, составами, содержащими каучук, медикаментами, веществами – компонентами декоративной косметики, консервантами, используемыми в косметических кремах.

Аллергический контактный дерматит возникает вследствие эпикутанного внедрения аллергена. После скрытого/латентного периода, который может составлять от 4–10 дней до 6 мес., появляется клиническая картина острого аллергического воспаления кожи. Очаги поражения появляются на тех участках кожи, где произошел контакт с аллергеном, но иногда клинические симптомы регистрируются и вне пределов мест воздействия патогенного воздействия этих факторов. Клиническая картина типична для острого воспалительного заболевания кожи – на эритематозном фоне появляются полиморфные эфлоресценции: папуловезикулезные, корки, эрозии, сквамозные очаги. Воспаление сопровождается и субъективными жалобами пациента на зуд различной степени выраженности, жжение в очагах. При прекращении контакта с аллергеном, вызвавшим кожное поражение, явления аллергического контактного дерматита происходит полная инволюция патологических очагов, повторение контакта с аллергеном вызывает рецидивы заболевания. При развитии аллергического контактного дерматита, как правило, отмечается моновалентная сенсibilизация. Но хотелось бы отметить, что при хронической стимуляции организма аллергеном, определенных системных изменениях и сдвигах в деятельности и регуляции иммунной системы, а также нейроэндокринной заболевание может трансформироваться в истинную экзему, которая, как известно, сопровождается развитием уже поливалентной сенсibilизации.

Диагностика аллергического контактного дерматита основана на данных анамнеза, клинической картине, физикальном обследовании, а также на результатах накожных аппликационных тестов, которые помогают выявить аллерген, вызывающий аллергический контактный дерматит, подтвердить клинический диагноз, подобрать безопасные для конкретного пациента вещества.

Лечение простого раздражительного и контактного и аллергического контактного дерматита начинают с устранения аллергена с поверхности кожи, вызвавшего заболевание. Необходимо устранить аллерген с поверхности кожи, а также исключить повторный контакт пациента с данным агентом. При выраженных распространенных клинических проявлениях рекомендуют общее лечение десенсибилизирующими средствами, антигистаминными препаратами, сорбентами, витаминами [1]. В ряде случаев одним из методов выбора является системное применение кортикостероидов [2]. Местное лечение проводят с учетом выраженности патологического воспалительного процесса и преобладания вида эфлоресценций в патологическом очаге. При локализованных очагах заболевания для достижения регресса клинических симптомов и выздоровления достаточно использовать только наружные лекарственные формы.

Известные эффекты воздействия глюкокортикоидов в тканях – противовоспалительный, противоаллергический, иммуносупрессивный – осуществляются за счет нескольких механизмов: уменьшения синтеза медиаторов воспаления; уменьшения количества тучных клеток и клеток, представляющих антигены; снижения концентрации гистамина непосредственно в очаге воспаления; снижения

активности гиалуронидазы и лизосомальных ферментов и уменьшения проницаемости сосудистых стенок и степени выраженности отека, а также сосудосуживающего эффекта; антиоксидантного действия; угнетения синтеза мукополисахаридов и нуклеиновых кислот [9].

Кожа лица более чувствительная и восприимчивая – ее эпидермальный барьер очень тонкий и легко повреждается [10].

Наибольшая толщина рогового слоя эпидермиса зарегистрирована в подбородочной и лобной областях, а наименьшая – в области носогубного треугольника и височной [11]. При лечении дерматита на чувствительных участках (лицо, шея) не рекомендуется применять галогенизированные топические глюкокортикостероиды [10].

Метилпреднизолон ацепонат (МПА) – негалогенизированный стероид, который имеет низкий атрофогенный потенциал и высокий профиль безопасности, поэтому может применяться на чувствительной коже лица [12, 13]. Микронизированный МПА в составе препаратов линии «Комфодерм» позволяет снизить риск развития побочных эффектов, способен быстрее проникать в кожу, особенно в очаге воспаления, и поэтому длительно подавляет воспалительные, аллергические и гиперпролиферативные реакции [9, 14].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

На приеме у врача-дерматовенеролога больной А. 27 лет (*рис. 1*), житель Курска, с жалобами на высыпания на лице, возникшие повторно после того, как он делал ремонт стен и потолка дома, сильный зуд, жжение, чувство жара.

Анамнез болезни: болен в течение трех месяцев (с момента появления первичного эпизода), данная клиника присутствует трое суток. Самостоятельно использовал увлажняющий косметический крем без эффекта.

Анамнез жизни: женат, служит в военной части. Аллергических и хронических заболеваний не отмечает, ежегодно проходит медицинскую диспансеризацию. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормально-го питания. Кожные покровы нормальной окраски, сухие. Опорно-двигательный аппарат без особенностей. Лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Органы дыхания: ЧДД 14 в минуту, хрипов в легких нет. Сердечно-сосудистая система: тоны ритмичные, ЧСС 65 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Локальный статус: патологический процесс на коже носит ограниченный характер, локализуется на коже лица, представлен островоспалительными яркими эритематозными очагами, мелкими папулезными высыпаниями. Анализ крови на маркеры гепатита В и С отрицательный, ИФА сифилис и ВИЧ отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $4,5 \times 10^9$ г/л; лимфоциты 30,0%, эозинофилы 2,5%, тромбоциты 290×10^9 /л; СОЭ 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: мочевины 6,12 ммоль/л; креатинин

- **Рисунок 1.** Пациент А., 27 лет, диагноз «Аллергический контактный дерматит L23.4»
- **Figure 1.** A 27-year-old male patient A., diagnosis: “L23.4 Allergic contact dermatitis”



А – до лечения; В – через 5 дней терапии

Метилпреднизолона ацепонат крем (Комфодерм К крем) один раз в день 5 дней и легкие эмоментные средства для очищения и увлажнения кожи два раза в день длительно

70 мкмоль/л, глюкоза крови 4,5 ммоль/л; общий билирубин 12,7 ммоль/л; АСТ 20 ЕД/л; АЛТ 25 ЕД/л; холестерин 10,6 г/л; общий белок 70 г/л. Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1009, рН 5,17, белок и глюкоза не обнаружены; лейкоциты – 1–2. Общий IgE – 53 МЕ/мл. Кал на яйца глистов – отрицательно. УЗИ брюшной полости, флюорография легких и ЭКГ без патологии.

С учетом данных анамнеза, типичной клинической картины и данных обследования дерматовенерологом выставлен диагноз «Аллергический контактный дерматит L23.4». Рекомендовано общее лечение лоратадином по 10 мг один раз в сутки перорально в течение 14 дней плюс местное: на очаги – крем метилпреднизолона ацепонат (Комфодерм К крем) один раз в день в течение пяти дней и легкие эмоментные средства для очищения и увлажнения кожи 2 раза в день. При повторном визите через пять дней на коже отмечается значительное улучшение в виде уменьшения интенсивности эритемы и зуда, минимизации папулезных высыпаний и инфильтрации. Рекомендовано продолжить уход за кожей эмоментными средствами сроком до 2 нед. с повторным визитом к врачу. Также пациенту в категорической форме рекомендовано прекратить контакт с химическими веществами, используемыми для ремонта.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

На приеме у врача-дерматовенеролога в поликлинике пациентка С. 20 лет, жительница Курска (рис. 2), с жалобами на появление на лице выраженной эритемы, чешуек, сухих корок, чувство жжения, стягивания кожи лица.

Анамнез заболевания: считает себя больной шестой день, когда после самостоятельного использования раствора, содержащего кислоты, с целью проведения пилинга появилась выраженная эритема, чувство жжения и жара, зуд кожи, однократное повышение температуры до 37,5 °С. Самостоятельно использовала увлажняющие средства без видимого эффекта.

Анамнез жизни: не замужем, детей нет, студентка университета. Аллергических и хронических заболеваний не отмечает, ежегодно проходит медицинскую диспансеризацию. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Кожные покровы нормальной окраски, сухие. Опорно-двигательный аппарат без особенностей. Лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Органы дыхания: ЧДД 12 в минуту, хрипов в легких

- **Рисунок 2.** Пациентка С., 20 лет, диагноз «Простой раздражительный контактный дерматит L24.3»
- **Figure 2.** A 20-year-old female patient C., diagnosis: “L24.3 Irritant contact dermatitis”



А – до лечения; В – через 5 дней терапии

Метилпреднизолона ацепонат крем (Комфодерм К крем) один раз в день 5 дней и легкие эмоментные средства для очищения и увлажнения кожи два раза в день длительно

нет. Сердечно-сосудистая система: тоны ритмичные, ЧСС 60 уд/мин, АД 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Локальный статус: патологический процесс на коже носит ограниченный характер, локализуется на коже лица, представлен эритематозными очагами, сухими корками, чешуйками разной величины. Анализ крови на маркеры гепатита В и С отрицательный, ИФА сифилис и ВИЧ отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л; лейкоциты $5,5 \times 10^9$ г/л; лимфоциты 28,0%, эозинофилы 3%, тромбоциты 280×10^9 /л; СОЭ 17 мм/ч. Биохимический анализ крови: мочевины 5,12 ммоль/л; креатинин 65 мкмоль/л, глюкоза крови 3,95 ммоль/л; общий билирубин 12,0 ммоль/л; АСТ 22 ЕД/л; АЛТ 28 ЕД/л; холестерин 12,6 г/л; общий белок 70 г/л. Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1011, рН 5,25, белок и глюкоза не обнаружены; лейкоциты не обнаружены. Кал на яйца глистов – отрицательно. УЗИ брюшной полости, флюорография легких и ЭКГ без патологии.

С учетом данных анамнеза, типичной клинической картины и данных обследования дерматовенерологом выставлен диагноз «Простой контактный раздражительный дерматит L24.3». Рекомендовано общее лечение лоратадином по 10 мг один раз в сутки перорально в течение 14 дней плюс местное: на очаги – крем метилпреднизолона ацепонат (Комфодерм К крем) один раз в день в течение пяти дней, а затем легкие эмоментные средства для очищения и увлажнения кожи 2 раза в день. При повторном визите через 10 дней на коже отмечается значительное улучшение в виде уменьшения интенсивности эритемы и зуда, явления шелушения и инфильтрации исчезли. Рекомендовано продолжить уход за кожей эмоментными средствами сроком до 2 нед. с повторным визитом к врачу. Также пациенту в категорической форме рекомендовано прекратить самостоятельное использование наружных средств сомнительного происхождения, при необходимости проведения косметологических процедур обращаться к врачу-дерматокосметологу.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 3

На приеме врача-дерматовенеролога городской поликлиники больная Ф. 57 лет, жительница Орла, с жалобами на эритематозные очаги вокруг обоих глаз, незначительный зуд кожи, чувство жжения (рис. 3).

Анамнез заболевания: считает себя больной около месяца, когда после приобретения нового косметического крема и его активного использования появилась гиперемия вокруг глаз. Несмотря на возникшие симптомы, пациентка продолжала использовать крем, симптоматика нарастала, зуд и жжение беспокоили все больше. Отмена крема моментального улучшения не принесла, пациентка обратилась к врачу.

Анамнез жизни: разведена, работает секретарем. Аллергических и хронических заболеваний не отмечает, ежегодно проходит медицинскую диспансеризацию. Травм, гемотрансфузий не было, операция «аппендэктомия» более двадцати лет назад. Вредных привычек нет. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Кожные покровы нормальной окраски, сухие. Опорно-двигательный аппарат без особенностей. Лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Органы дыхания: ЧДД 15 в минуту, хрипов в легких нет. Сердечно-сосудистая система: тоны ритмичные, ЧСС 72 уд/мин. АД 135/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Локальный статус: патологический процесс на коже носит ограниченный характер, локализуется в периорбитальных областях с двух сторон, представлен эритематозными очагами с четкими границами, на поверхности мелкие чешуйки, анализ на клеща *demodex folliculorum* отрицательный. Анализ крови на маркеры гепатита В и С отрицательный, ИФА сифилис и ВИЧ отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л; лейкоциты $4,9 \times 10^9$ г/л; лимфоциты 28,6%, эозинофилы 1%, тромбоциты 240×10^9 /л; СОЭ 17 мм/ч. Биохимический анализ крови: мочевины 7,33 ммоль/л; креатинин 80 мкмоль/л, глюкоза крови 6,5 ммоль/л; общий билирубин 18,7 ммоль/л; АСТ 25 ЕД/л; АЛТ 35 ЕД/л;

● **Рисунок 3.** Пациентка Ф., 57 лет, диагноз «Аллергический контактный дерматит L23.2»

● **Figure 3.** A 57-year-old female patient F., diagnosis: "L23.2 Allergic contact dermatitis"



А – до лечения; В – после лечения

Метилпреднизолона ацепонат крем (Комфодерм К крем) один раз в день 5 дней и легкие эмоментные средства для очищения и увлажнения кожи два раза в день длительно

холестерин 17,6 г/л; общий белок 60 г/л. Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1013, pH 4,90, белок и глюкоза не обнаружены; лейкоциты – 4–5 в поле зрения; слизь, эпителий – 3–4 в поле зрения. Кал на яйца глистов – отрицательно. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены единичные мелкие конкременты в желчном пузыре. Флюорография легких и ЭКГ без патологии. С учетом данных анамнеза, типичной клинической картины и данных обследования дерматовенерологом выставлен диагноз «Аллергический контактный дерматит L23.2».

Рекомендовано общее лечение лоратадином по 10 мг один раз в сутки перорально в течение 14 дней плюс местное: на очаги – крем метилпреднизолона ацепонат (Комфодерм К крем) один раз в день в течение пяти дней и легкие эмоментные средства 2 раза в день. При повторном визите через 10 дней на коже отмечается значительное улучшение в виде уменьшения интенсивности

эритемы и зуда, явления шелушения исчезли. Рекомендовано продолжить уход за кожей эмоментными средствами сроком до 2 нед. с повторными визитами к врачу. Также пациенту настоятельно рекомендовано прекратить применение этого косметического средства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наш опыт применения крема метилпреднизолона ацепонат (Комфодерм К крем) в терапии простого раздражительного и аллергического контактного дерматитов свидетельствует о его высокой эффективности. Нами отмечен быстрый положительный эффект после первых аппликаций препарата, проявляющийся регрессом объективной симптоматики и субъективных ощущений. 

Поступила / Received 10.01.2024

Поступила после рецензирования / Revised 30.01.2024

Принята в печать / Accepted 30.01.2024

Список литературы / References

- Кубанов АА, Намазова-Баранова ЛС, Баранов АА, Хаитов МР, Потеев НН, Артемьева СИ и др. *Дерматит контактный: клинические рекомендации*. М.: 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/213_2.
- Белоусова ТА, Каиль МВ. Терапевтические возможности наружных глюкокортикостероидов в современной клинической практике. *Медицинский совет*. 2020;(12):36–45. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-12-36-45>.
Belousova TA, Kail MV. Therapeutic possibilities of topical corticosteroids in modern clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(12):36–45. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-12-36-45>.
- Ерина ИА. Контактные аллергические дерматиты от воздействия химических факторов и растений. *Синергия наук*. 2018;(6):535–540. Режим доступа: <https://synergy-journal.ru/archive/article2825>.
Erina IA. Contact allergic dermatitis from exposure to chemical factors and plants. *Synergy of Sciences*. 2018;(6):535–540. (In Russ.) Available at: <https://synergy-journal.ru/archive/article2825>.
- Тлиш ММ, Шавилова МЕ. Контактный дерматит: этиопатогенетические аспекты формирования клинической картины и рациональный выбор наружной терапии. *Медицинский совет*. 2023;(14):37–42. <https://doi.org/10.21518/ms2023-263>.
Tlish MM, Shavilova ME. Contact dermatitis: etiopathogenetic aspects of clinical picture formation and rational choice of external therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(14):37–42. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-263>.
- Brites GS, Ferreira I, Sebastião AI, Silva A, Carrascal M, Neves BM, Cruz MT. Allergic contact dermatitis: from pathophysiology to development of new preventive strategies. *Pharmacol Res*. 2020;162:105282. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.105282>.
- Bains SN, Nash P, Fonacier L. Irritant Contact Dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019;56(1):99–109. <https://doi.org/10.1007/s12016-018-8713-0>.
- Nassau S, Fonacier L. Allergic Contact Dermatitis. *Med Clin North Am*. 2020;104(1):61–76. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.08.012>.
- Заславский ДВ, Свитич ОА, Кудрявцева АВ (ред.). *Атопический дерматит. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2024. 288 с. Available at: <https://elibrary.ru/tngelx>.
- Устинов МВ, Чаплыгин АВ. Микронизация и другие способы повышения эффективности и безопасности топических препаратов в дерматологии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(4):418–427. <https://doi.org/10.17116/klinderma201918041418>.
Ustinov MV, Chaplygin AV. Micronization and other ways to improve the efficiency and safety of topical drugs in dermatology. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2019;18(4):418–427. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201918041418>.
- Farage MA. The Prevalence of Sensitive Skin. *Front Med (Lausanne)*. 2019;6:98. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00098>.
- Карымов ОН, Калашникова СА, Соловьева ИО, Полякова ЛВ. Гистотопографические особенности строения кожи лица. *Журнал анатомии и гистопатологии*. 2017;6(1):29–32. <https://doi.org/10.18499/2225-7357-2017-6-1-29-32>.
Karymov ON, Kalashnikova SA, Solov'yeva IO, Polyakova LV. Histotopographic Features of Facial Skin Structure. *Journal of Anatomy and Histopathology*. 2017;6(1):29–32. (In Russ.) <https://doi.org/10.18499/2225-7357-2017-6-1-29-32>.
- Niculet E, Bobeica C, Tatu AL. Glucocorticoid-induced skin atrophy: the old and the new. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:1041–1050. <https://doi.org/10.2147/CCID.S224211>.
- Ortonne J-P. Safety aspects of topical methylprednisolone aceponate (MPA) treatment. *J Dermatolog Treat*. 1992;3(Suppl. 2):21–25. <https://doi.org/10.3109/09546639209092769>.
- Матушевская ЕВ, Свирщевская ЕВ. Технологии микронизации лекарственных препаратов: новые возможности топических глюкокортикостероидов в дерматологии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(1):43–48. <https://doi.org/10.17116/klinderma201716143-48>.
Matushevskaya EV, Svirshchevskaya EV. Drug micronization technique: new possibilities of topical corticosteroids in dermatology. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2017;16(1):43–48. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201716143-48>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Силина Лариса Вячеславовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Курский государственный медицинский университет; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; s11ar@mail.ru

Information about the author:

Larisa V. Silina, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Kursk State Medical University; 3, Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia; s11ar@mail.ru