

Наружная терапия псориаза волосистой части головы: от купирования обострений к стойкой ремиссии

М.М. Тлиш, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, tlsh_mm@mail.ru

Т.Г. Кузнецова, <https://orcid.org/0000-0002-0426-5167>, taya1504@mail.ru

М.Е. Шавилова , <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, marina@netzkom.ru

Ф.А. Псавок, <https://orcid.org/0000-0002-9556-1956>, psavok_fatima@mail.ru

Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

Резюме

Псориаз часто протекает с десквамативными поражениями кожи волосистой части головы. Клиническая симптоматика заболевания варьирует от ограниченных папулосквамозных высыпаний до распространенных по всей площади кожи головы резко инфильтрированных бляшек. Локализация сыпи на открытых участках и выраженные субъективные симптомы псориаза негативно влияют на качество жизни пациентов и могут приводить к развитию социальной дезадаптации и депрессии. Механизмы формирования клинической картины обусловлены сложным взаимодействием генетических, иммунологических и экспозом-факторов, а также анатомо-физиологическими особенностями кожи волосистой части головы. Предполагается, что существует двунаправленная патогенетическая взаимосвязь между физиологической активностью волосяных фолликулов и псориатическими высыпаниями. Еще одной особенностью кожи головы является наличие большого количества сальных желез с высокой активностью, что обуславливает определенный состав микробиома, который через активацию иммунных механизмов также может влиять на обострение заболевания. Согласно накопленным данным топическая терапия является первой линией для пациентов с любой степенью тяжести псориаза. При этом высокая плотность фолликулов и сальных желез в области волосистой части головы, а также необходимость проведения длительной терапии обуславливают определенные сложности в подборе наружных лекарственных препаратов. В статье акцентировано внимание на особенностях применения топических глюкокортикостероидов при обострении и в период ремиссии заболевания. Отмечено, что комбинирование данных препаратов с салициловой кислотой позволяет сократить длительность их применения. Для снижения риска нежелательных реакций такое лечение при обострении псориаза рекомендуется использовать коротким курсом, после чего переходить на поддерживающую терапию в интермиттирующем режиме. При этом важным аспектом эффективности лечения является использование комбинированных наружных форм лекарственных препаратов. Представлены собственные клинические наблюдения пациентов с псориазом волосистой части головы, в терапии которых был использован раствор, содержащий бетаметазон и салициловую кислоту.

Ключевые слова: псориаз волосистой части головы, топические глюкокортикостероиды, бетаметазона дипропионат, наружная терапия

Для цитирования: Тлиш ММ, Кузнецова ТГ, Шавилова МЕ, Псавок ФА. Наружная терапия псориаза волосистой части головы: от купирования обострений к стойкой ремиссии. *Медицинский совет*. 2025;19(2):91–96. <https://doi.org/10.21518/ms2025-068>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

External therapy of scalp psoriasis: From relieving exacerbations to persistent remission

Marina M. Tlish, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, tlsh_mm@mail.ru

Taisiya G. Kuznetsova, <https://orcid.org/0000-0002-0426-5167>, taya1504@mail.ru

Marina E. Shavilova , <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, marina@netzkom.ru

Fatima A. Psavok, <https://orcid.org/0000-0002-9556-1956>, psavok_fatima@mail.ru

Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia

Abstract

Psoriasis often occurs with desquamative lesions of the scalp. The clinical symptoms of the disease vary from limited papulosquamous rashes to sharply infiltrated plaques distributed over the entire area of the scalp. Localization of the rash on open areas and pronounced subjective symptoms of psoriasis negatively affect the quality of life of patients and can lead to the development of social maladjustment and depression. The mechanisms of the formation of the clinical picture are due to the complex interaction of genetic, immunological and exposome factors, as well as the anatomical and physiological characteristics of the scalp. It is assumed that there is a bidirectional pathogenetic relationship between the physiological activity of hair follicles and psoriatic rashes. Another feature of the scalp is the presence of a large number of sebaceous glands with high activity, which determines a certain composition of the microbiome, which, through the activation of immune mechanisms, can also affect the exacerbation of the disease. According to the accumulated data, topical therapy is the first line for patients with any severity of psoriasis. At the same time, the high density of follicles and sebaceous glands in the scalp, as well

as the need for long-term therapy, cause certain difficulties in the selection of external drugs. The article focuses on the features of the use of topical glucocorticosteroids during exacerbation and remission of the disease. It is noted that combining these drugs with salicylic acid can reduce the duration of their use. To reduce the risk of adverse reactions, such treatment during exacerbation of psoriasis is recommended to be used in a short course, after which switch to maintenance therapy in an intermittent mode. An important aspect of the effectiveness of treatment is the use of compliant external forms of drugs. The article presents our own clinical observations of patients with scalp psoriasis, in whose therapy a solution containing betamethasone and salicylic acid was used.

Keywords: scalp psoriasis, topical glucocorticosteroids, betamethasone dipropionate, external therapy

For citation: Tlish MM, Kuznetsova TG, Shavilova ME, Psavok FA. External therapy of scalp psoriasis: From relieving exacerbations to persistent remission. *Meditinskiy Sovet*. 2025;19(2):91–96. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-068>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз часто протекает с десквамативными поражениями кожи волосистой части головы. По разным оценкам, до 80% пациентов с псориазом имеют высыпания в этой области [1]. Несмотря на то что патологический процесс при псориазе кожи головы носит ограниченный характер, данная форма дерматоза является тяжелой. Выраженные субъективные симптомы (зуд и болезненность) доставляют значительный физический дискомфорт больным, а локализация сыпи на открытых участках может сопровождаться снижением самооценки и депрессией, приводя к социальной дезадаптации [1–3].

Генез псориаза включает в себя сложное взаимодействие генетических, иммунологических и экспозом-факторов. Формирование клинической картины обусловлено воспалительным каскадом, который индуцируется клетками врожденного иммунитета (кератиноцитами, дендритными клетками, естественными киллерами, макрофагами), а затем поддерживается их взаимодействием с клетками адаптивного иммунитета (Т-лимфоцитами). Центральным звеном воспалительного каскада является ось IL-23/Th17, исполнительные цитокины которой IL-22 и IL-17A/F приводят к пролиферации кератиноцитов, продукции провоспалительных цитокинов, хемокинов и антимикробных пептидов, а также к образованию петли положительной обратной связи, что поддерживает воспалительный процесс [2, 4].

При этом механизмы развития высыпаний на коже волосистой части головы имеют ряд отличий, обусловленных как действием внешних факторов (снижение ультрафиолетовой экспозиции, большой риск раздражения и травматизации при расчесывании), так и анатомо-физиологическими особенностями данной области. Кожа скальпа содержит большое количество активно растущих (терминальных анагеновых) волосных фолликулов (ВФ). Предполагается, что существует двунаправленная патогенетическая взаимосвязь между физиологической активностью анагеновых ВФ и псориазическими высыпаниями. С одной стороны, кератиноциты ВФ секретируют сигнальные молекулы (фактор роста нервов, тропомиозин-рецепторная киназа А, интерлейкин-8 и др.), которые могут способствовать развитию и поддержанию воспаления при псориазе. С другой стороны, сами ВФ могут

активироваться под действием медиаторов воспаления из очагов псориаза. Также имеются данные о том, что повышенная активность Wnt-сигнального пути является общим молекулярным механизмом, активирующим не только стволовые клетки в телогеновых ВФ, но и эпидермальную гиперпролиферацию при псориазе [5].

Еще одной анатомической особенностью кожи головы является наличие большого количества сальных желез с высокой активностью, что обуславливает определенный состав микробиома. ВФ, связанный с сальной железой, представляет собой уникальную богатую липидами гидрофобную нишу для комменсальных микроорганизмов. Последние участвуют в поддержании гомеостаза кожи не только за счет конкуренции с патогенами, но и с помощью стимуляции иммунного ответа [6]. На данный момент известно, что при псориазе кожи головы наблюдается снижение распространенности *Actinobacterium* и *Propionibacterium* и увеличение *Firmicutes*, *Staphylococcus* и *Streptococcus*, изменение состава *Malassezia spp.* [6, 7]. В частности, отмечено, что *M. restricta* чаще определяется при легком течении заболевания, а *M. globosa* – при тяжелом. Данные дрожжеподобные грибы могут стимулировать синтез цитокинов через толл-подобные рецепторы, а также активировать трансформирующий фактора роста $\beta 1$ в кератиноцитах и систему комплемента, что может быть причиной развития обострения псориаза [6].

Клиническая симптоматика заболевания варьирует от ограниченных папулосквамозных высыпаний, чаще в ретроаурикулярной и шейной областях, до распространенных по всей площади кожи головы резко инфильтрированных бляшек, обильно покрытых корко-чешуйками. Высыпания могут затрагивать кожу лба, образуя симптом «псориазической короны». При выраженной себорее чешуйки приобретают желтоватый оттенок, что может потребовать проведения дополнительной дифференциальной диагностики с себорейным дерматитом [8]. Поражение волосистой части головы может быть изолированным или сочетаться с высыпаниями в других областях [2]. На течение заболевания влияет не только действие внешних факторов, но и наличие коморбидной патологии [9–11]. Имеются данные о том, что поражение кожи головы является одним из предикторов тяжелого течения заболевания [12].

Выбор терапии псориаза волосистой части головы прежде всего определяется степенью тяжести заболевания и распространенностью кожного патологического процесса. Для наружного лечения показано назначение препаратов из группы топических глюкокортикостероидов (ГКС), кальципотриола, пиритиона цинка, кератолитических средств. Системная терапия используется при наличии распространенных высыпаний, а также при резистентном течении псориаза волосистой части головы. С этой целью применяют метотрексат, ретиноиды, циклоспорин, биологические препараты. Также может быть использована фототерапия [1, 2].

Топическая терапия является первой линией для пациентов с любой степенью тяжести псориаза [2]. В клинической практике наружное лечение высыпаний в области волосистой части головы считается более сложным, чем при других локализациях, что связано с высокой плотностью в этой области ВФ и сальных желез. В связи с этим важным аспектом успешной терапии является использование комплаентных наружных форм лекарственных препаратов, к которым относятся растворы, пены, спреи и гели. Такие лекарственные препараты легко наносятся, не оставляют жирного блеска, быстро впитываются и не требуют сложных процедур смывания.

Согласно накопленным данным топические ГКС имеют высокую эффективность в терапии псориаза [2]. Данные препараты широко применяются в дерматологической практике, т. к. обладают выраженным противовоспалительным действием, оказывая иммуносупрессивный, сосудосуживающий и антипролиферативный эффекты [2, 13, 14]. При псориазе они снижают активность провоспалительных цитокинов, уменьшают инфильтрацию кожи иммунными клетками и гиперкератоз, что сопровождается быстрым регрессом субъективных симптомов заболевания. Однако длительное бесконтрольное использование сильнодействующих ГКС может привести к развитию побочных эффектов [14].

Для снижения риска нежелательных реакций топических ГКС рекомендуется использовать их короткими курсами, продолжительностью не более 2–4 нед., после чего переходить на поддерживающую терапию в интермиттирующем режиме. Еще одним способом снижения риска побочных эффектов является назначение фиксированных комбинаций топических ГКС и салициловой кислотой. Последняя обладает кератолитическим действием, способствуя быстрому проникновению ГКС в глубокие слои кожи, что сопровождается уменьшением продолжительности терапии. При этом наружные формы короткого действия (шампуни, растворы) являются более предпочтительными в терапии псориаза волосистой части головы. Одним из таких препаратов является раствор Акридерм СК (АО «Акрихин»), в состав которого входит сильный топический ГКС – бетаметазона дипропионат. Данный ГКС длительно применяется в дерматологической практике и относится к хорошо изученным высокоэффективным препаратам для лечения псориаза [2, 15, 16]. Приводим собственные клинические наблюдения пациентов с псориазом, в комплексной терапии которых был использован раствор Акридерм СК.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациенту А. 53 лет, учителю средней общеобразовательной школы, диагноз «Псориаз волосистой части головы» был установлен 5 лет назад, когда впервые после психоэмоционального перенапряжения появились высыпания на коже затылочной области волосистой части головы. С момента постановки диагноза тенденции к распространению высыпаний на другие участки тела не наблюдал, обострения отмечал до 4–5 раз в год. Неоднократно обращался к дерматологу по месту жительства, проводилась топическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов по лечению пациентов с псориазом, полного регресса высыпаний достигнуть не удавалось. Последние два года лечился самостоятельно, использовал антигистаминные препараты и топические глюкокортикостероиды, которые отменял после достигнутого, на его взгляд, улучшения. Со слов пациента, после прекращения лечения, новые высыпания появлялись через 1–2 нед. Последнее обострение возникло 1 мес. назад, указать возможные причины рецидива затрудняется.

На момент осмотра пациент предъявлял жалобы на высыпания в области волосистой части головы, сопровождающиеся интенсивным зудом периодического характера, сухостью и чувством стягивания.

Кожный патологический процесс носил ограниченный характер, располагался на коже волосистой части головы. В затылочной и височных областях с выходом по линии роста волос в заушных складках располагалась бляшка с четкими границами, яркого розово-красного цвета, с наличием умеренно выраженной инфильтрации (симптом Картамышева положительный), поверхность которой была практически полностью покрыта серебристо-белыми, плотно прилегающими чешуйками (рис. 1А, В).

В результатах клинико-лабораторных исследований крови (общий анализ крови (ОАК), биохимический) и общем анализе мочи (ОАМ) отклонений не выявлено.

Установлен диагноз: «псориаз волосистой части головы (L40.8)».

Назначено лечение: узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия. Учитывая субъективные жалобы, выраженность шелушения и умеренный характер инфильтрации в очаге поражения, на начальном этапе наружной терапии была выбрана мазь, содержащая бетаметазон дипропионат и салициловую кислоту, 2 раза в сутки. К 7-му дню наблюдения зуд практически не беспокоил пациента, отсутствовали жалобы на чувство стягивания и сухости, поверхность бляшки очистилась от чешуек, яркость островоспалительных проявлений и инфильтрация уменьшились (рис. 1С). В связи с уменьшением выраженности симптомов пациенту была проведена коррекция топической терапии: комбинированный топический глюкокортикостероид в виде мази был заменен на раствор Акридерм СК. Раствор наносили на сухую кожу головы 2 раза в день. К 14-му дню терапии стало отчетливо прослеживаться уменьшение площади поражения и тяжести течения дерматоза, отсутствовали жалобы на зуд (рис. 1D).

С учетом практически полного регресса кожного патологического процесса, высокой вероятности рецидивов пациенту было предложено уменьшить кратность нанесения раствора Акридерм СК до 1 раза в сутки в течение 7 дней и далее продолжить лечение препаратом в интермиттирующем поддерживающем режиме: 2 раза в неделю, с интервалом в 3 дня, длительностью до 6 мес. При возникновении обострения пациент был предупрежден о необходимости явки на амбулаторно-поликлинический прием к дерматологу с целью решения вопроса о переводе на «реактивную» терапию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент Л., 61 год, не работает, впервые высыпания на коже волосистой части головы заметил 3 года назад после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) и стресса. Применял косметические шампуни от перхоти, положительного эффекта не наблюдал: отмечалось появление новых высыпаний по коже волосистой части головы. Из медицинской документации известно, что полгода назад был консультирован терапевтом по месту жительства, который установил диагноз «себорейный дерматит» и рекомендовал прием антигистаминных препаратов и использование противогрибковых шампуней. Через 7–10 дней от начала терапии интенсивность зуда несколько уменьшилась, но регресса высыпаний не наблюдалось, за медицинской помощью больной не обращался. За последние 6 мес. самостоятельно, нерегулярно наносил на очаг поражения топические глюкокортикостероиды, отмечал кратковременное улучшение. Последние 2 нед. ничем не пользовался. В связи с нарастанием субъективных жалоб (выраженный постоянный зуд) и увеличением площади поражения кожи волосистой части головы впервые обратился на прием к дерматологу.

На момент осмотра кожный патологический процесс носил локализованный, асимметричный характер, располагался на коже волосистой части головы. В теменной области визуализировалась бляшка диаметром около 8–10 см, ярко-розового цвета с наличием легкой инфильтрации (симптом Картамышева), покрытая рыхло

● **Рисунок 1.** Пациент А., 53 года, клинические проявления псориаза волосистой части головы до лечения (А, В), на 7-й (С) и 14-й (D) дни терапии
 ● **Figure 1.** Patient A., 53 years old, clinical presentations of scalp psoriasis before starting therapy (A, B), at Day 7 (C) and Day 14 (D) of the therapy



● **Рисунок 2.** Пациент Л., 61 год, клинические проявления псориаза волосистой части головы до лечения (А) и на 14-й (В) день терапии
 ● **Figure 2.** Patient L., 61 years old, clinical presentations of scalp psoriasis before starting therapy (A) and at Day 14 (B) of the therapy



сидящими чешуйко-корками серовато-желтого цвета (рис. 2А).

Установлен диагноз: «псориаз волосистой части головы (L40.8)».

Отклонений показателей от референсных значений в лабораторных исследованиях крови и мочи выявлено не было.

Назначено лечение: раствор Акридерм СК 2 раза в сутки, 14 дней.

На 14-й день терапии при повторной явке на приеме у дерматолога зафиксирована положительная динамика высыпаний: чешуйко-корки отторглись, инфильтрация и остро-воспалительные проявления регрессировали (рис. 2B). Субъективных жалоб не предъявлял. Пациенту даны рекомендации продолжить наружную терапию раствором Акридерм СК 1 раз в сутки в поддерживающем режиме: первую неделю – через день, а со второй недели – 2 раза в неделю. При последующем наблюдении в течение 6 мес. клинических проявлений псориаза зарегистрировано не было.

- **Рисунок 3.** Пациентка М., 27 лет, клинические проявления псориаза волосистой части головы до лечения (А) и на 14-й (В) день терапии
- **Figure 3.** Patient M., 27 years old, clinical manifestations of scalp psoriasis before starting therapy (A) and at Day 14 (B) of the therapy



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациентка М., 27 лет, художник, на прием к дерматологу обратилась впервые с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, легкий зуд, тревожность. Из анамнеза известно, что больна около 3 мес., когда после развода появился единичный очаг на коже волосистой части головы. Самостоятельно не лечилась. Со слов больной, диагноз «псориаз» установлен у матери.

При осмотре кожный патологический процесс носил локализованный, асимметричный характер, располагался на коже волосистой части головы. В затылочной области справа определялась слабо инфильтрированная бляшка размером до 5 см в диаметре, правильно округлой формы, бледно-розового цвета, скудно покрытая серебристо-серыми чешуйками (рис. 3А).

Отклонений в ОАК, биохимическом анализе крови и ОАМ зарегистрировано не было.

Установлен диагноз: «псориаз волосистой части головы (L40.8)».

Назначено лечение: раствор Акридерм СК 1 раз в сутки, 14 дней. Даны рекомендации исключить стрессовые ситуации.

К 14-у дню терапии бляшка регрессировала полностью (рис. 3В). В связи с высокой вероятностью обострения

дерматоза на фоне напряженного психоэмоционального статуса пациентке было рекомендовано продолжить топическую терапию раствором Акридерм СК 1 раз в сутки, 2 раза в неделю, длительно, до полугода. При возникновении рецидива возобновить применение препарата в непрерывном режиме, а при отчетливом положительном результате вернуться к режиму поддерживающей терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, раствор Акридерм СК демонстрирует высокую эффективность в лечении обострений псориаза волосистой части головы, обеспечивая быстрый регресс высыпаний и субъективных симптомов. Последующее его применение в интермиттирующем режиме позволяет сохранить контроль над заболеванием при минимальном риске развития побочных эффектов. Форма раствора Акридерм СК способствует равномерному распределению лекарственного средства на пораженных участках, удобна в применении, что делает ее предпочтительным выбором для пациентов, стремящихся к комфорту в процессе терапии.

Поступила / Received 19.12.2024
Поступила после рецензирования / Revised 28.01.2025
Принята в печать / Accepted 28.01.2025

Список литературы / References

1. Mosca M, Hong J, Haderer E, Brownstone N, Bhutani T, Liao W. Scalp psoriasis: a literature review of effective therapies and updated recommendations for practical management. *Dermatol Ther.* 2021;11(3):769–797. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00521-z>.
2. Кубанов АА, Карамова АЭ, Притуло ОА, Аршинский МИ, Знаменская ЛФ, Чикин ВВ и др. Псориаз: клинические рекомендации. М.; 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/234_2.
3. Sriramaju S, Dunde S, Eggadi V, Koppolu MS, Seshagiri SBB. Evaluation of depression and quality of life in patients with psoriasis. *Int J Dermatol Venereol.* 2022;5(1):27–31. <https://doi.org/10.1097/JD9.000000000000180>.
4. Vičić M, Kaštelan M, Brajac I, Sotošek V, Massari LP. Current concepts of psoriasis immunopathogenesis. *Int J Mol Sci.* 2021;22(21):11574. <https://doi.org/10.3390/ijms222111574>.
5. Suzuki T, Ito T, Gilhar A, Tokura Y, Reich K, Paus R. The hair follicle-psoriasis axis: shared regulatory mechanisms and therapeutic targets. *Exp Dermatol.* 2022;31(3):266–279. <https://doi.org/10.1111/exd.14462>.
6. Polak-Witka K, Rudnicka L, Blume-Peytavi U, Vogt A. The role of the microbiome in scalp hair follicle biology and disease. *Exp Dermatol.* 2020;29(3):286–294. <https://doi.org/10.1111/exd.13935>.
7. Shah RR, Larrondo J, Dawson T, McMichael A. Scalp microbiome: a guide to better understanding scalp diseases and treatments. *Arch Dermatol Res.* 2024;316(8):495. <https://doi.org/10.1007/s00403-024-03235-2>.
8. Butacu AI, Toma C, Negulet IE, Manole I, Banica AN, Pleșea A et al. Updates on psoriasis in special areas. *J Clin Med.* 2024;13(24):7549. <https://doi.org/10.3390/jcm13247549>.
9. Huang S, Bai Y. Knowledge mapping and research hotspots of comorbidities in psoriasis: a bibliometric analysis from 2004 to 2022. *Medicina.* 2023;59(2):393. <https://doi.org/10.3390/medicina59020393>.
10. Тлиш ММ, Кузнецова ТГ, Шавилова МЕ, Сычева НЛ, Псавок ФА. Коморбидность у больных хроническими вирусными инфекциями: особенности течения дерматологической патологии. *Лечащий врач.* 2018;(11):49–53. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2018/11/15437131>.

- Tlish MM, Kuznetsova TG, Shavilova ME, Sycheva NL, Psavok FA. Comorbidity in patients with chronic viral infections: features of the course of the dermatological pathology. *Lechaschi Vrach*. 2018;(11):49–53. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2018/11/15437131>.
11. Тлиш ММ, Кузнецова ТГ, Наатыж ЖЮ, Сычева НЛ, Шавилова МЕ, Гаврилова НВ и др. *Совершенствование методов диагностики и лечения хронических дерматозов аутоиммунного генеза*. Краснодар: Кубанский государственный медицинский университет; 2022. 236 с.
 12. Svedbom A, Mallbris L, Larsson P, Nikamo P, Wolk K, Kjellman P et al. Long-term outcomes and prognosis in new-onset psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2021;157(6):684–690. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.0734>.
 13. 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 the formation of the clinical picture and the rational choice of external therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(14):37–42. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-263>.
 14. Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Сычева НЛ, Псавок ФА. Топические глюкокортикостероиды: от высокой клинической эффективности к проблеме бесконтрольного применения (обзор клинических случаев). *Медицинский совет*. 2023;(6):186–192. <https://doi.org/10.21518/ms2023-043>.
Tlish MM, Shavilova ME, Sycheva NL, Psavok FA. Topical glucocorticosteroids: from high clinical efficacy to the problem of uncontrolled use (case report). *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(6):186–192. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-043>.
 15. Castela E, Archier E, Devaux S, Gallini A, Aractingi S, Cribier B et al. Topical corticosteroids in plaque psoriasis: a systematic review of efficacy and treatment modalities. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(3):36–46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04522.x>.
 16. 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>.

Вклад авторов

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

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 авторах:

Тлиш Марина Моссова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; tlish_mm@mail.ru

Кузнецова Таисия Георгиевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; taya1504@mail.ru

Шавилова Марина Евгеньевна, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; marina@netzkom.ru

Псавок Фатима Александровна, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; psavok_fatima@mail.ru

Information about the authors:

Marina M. Tlish, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; tlish_mm@mail.ru

Taisiya G. Kuznetsova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; taya1504@mail.ru

Marina E. Shavilova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; marina@netzkom.ru

Fatima A. Psavok, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; psavok_fatima@mail.ru