

Эффективность и переносимость препарата Афлодерм в комплексном лечении больных со стероидчувствительными дерматозами и локализацией патологических процессов на участках с повышенной чувствительностью кожи

Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Горбунцов В. В., Захаров С. В., Ремез Л. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Представлены результаты клинических наблюдений за эффективностью и переносимостью препарата Афлодерм в комплексном лечении 87 больных стероидчувствительными дерматозами с поражением особо чувствительных участков кожи. Показана высокая эффективность и хорошая переносимость препарата Афлодерм.

Ключевые слова: Афлодерм, лечение, дерматозы

В клинической практике врачей дерматовенерологов наиболее часто встречаются кожные заболевания с аллергическим компонентом развития патологического процесса, в основе развития которых лежат общие закономерности аллергического процесса как такового. Однако клинические проявления каждого дерматоза имеют характерные особенности поражений кожи с формированием и развитием морфологических элементов. Поэтому эта группа заболеваний многогранна и требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае постановки диагноза и лечения больных.

Часто в практической деятельности врачей дерматовенерологов встречаются дерматозы, возникновение и развитие которых обусловлено высокой сенсibilизацией, т. е. повышенной чувствительностью организма к различному виду антигенов. Если в основе развития дерматоза лежит известный раздражающий фактор, который еще не привел к поливалентной сенсibilизации, то его своевременное устранение сравнительно быстро приводит к положительной динамике и разрешению патологических состояний. Однако в практике врачей всё чаще не удается выявить аллерген, который вызывает возникновение и развитие дерматоза, или уже сформировалась повышенная реактивность организма ко многим раздражителям вследствие генетической предрасположенности или при-

обретенной поливалентной сенсibilизации; всё это создает значительные трудности в диагностике и лечении больных. В таких случаях основное лечение направлено на:

- десенсibilизацию организма больного;
- санацию очагов хронической инфекции;
- коррекцию обнаруженных нарушений со стороны внутренних органов, нервной системы, желез внутренней секреции, которые поддерживают патологическое состояние кожи;
- проведение симптоматической терапии.

Симптоматическое лечение в дерматологической практике в настоящее время занимает значительно меньшее место, чем этиотропная и патогенетическая терапия [1, 2, 4, 6, 8].

Комплексное лечение следует проводить строго индивидуально, учитывая:

- пол, возраст больного;
- анамнестические данные;
- результаты обследования;
- форму, стадию и распространенность дерматоза;
- предшествующее лечение;
- переносимость лекарственных средств.

Для общего лечения больных с заболеванием кожи в настоящее время используют значительный арсенал лекарственных средств и методов терапии, которые включают:

- седативную, гипосенсibilизирующую, гормональную, иммунную терапию;

- химиотерапию;
- назначение антибиотиков и антибактериальных препаратов;
- местное и санаторно-курортное лечение.

Особое место в комплексном лечении дерматологических больных отводится наружной терапии. Уникальность кожных покровов как органа состоит в том, что кожа доступна визуальному динамическому наблюдению при непосредственном нанесении лекарственных средств на очаги поражения. Наружная терапия позволяет получить достаточно быстрый и выраженный терапевтический эффект лечения больных при подавляющем большинстве дерматозов. Местное лечение, как и общая терапия больных, всегда требует индивидуального подхода. Успех наружной терапии зависит от:

- адекватного учета клинических проявлений дерматоза;
- стадии патологического процесса;
- локализации и глубины поражений;
- фармакологических свойств назначаемого препарата, его концентрации и лекарственной формы;
- показаний и противопоказаний к применению назначаемого препарата.

Строгая индивидуализация наружной терапии и постоянное наблюдение за больным в динамике проводимого лечения дает возможность объективно оценить эффективность и переносимость проводимой терапии, а также фиксирования и коррекции нежелательных побочных действий препаратов. Поэтому местное лечение играет важную, а порой и приоритетную роль в комплексном лечении больных кожными заболеваниями.

Проникновение в глубину кожных структур наружно наносимых лекарственных средств напрямую зависит от особенностей строения кожи. Активные вещества местных лекарственных форм наиболее быстро и глубоко проникают при нанесении на кожу лица, крупных складок, области наружных половых органов, где толщина рогового слоя минимальна. Менее доступна для наружного воздействия кожа туловища и конечностей и, наконец, наименее проницаемой зоной является кожа ладоней и подошв [2, 7].

На протяжении более пятидесяти лет для наружного лечения больных кожными заболеваниями с успехом применяются глюкокортикоидные препараты. Группу заболеваний, имеющих положительную динамику клинических проявлений заболевания после применения глюкокортикостероидов (ГКС), принято называть

стероидчувствительными дерматозами. В эту группу, включающую различные по своей природе воспалительные заболевания кожи, входят:

- различные виды контактных дерматитов;
- атопический дерматит;
- псориаз;
- себорейный дерматит;
- экзема;
- токсидермия;
- крапивница;
- красная волчанка;
- красный плоский лишай;
- липоидный некробиоз и ряд других дерматозов.

Кортикостероидные гормоны, благодаря противовоспалительному, гипосенсибилизирующему, антиаллергическому, иммунодепрессивному и антиоксидантному действию, оказывают классическое морбидостатическое действие, вызывая положительную динамику патологических процессов кожи. Наружное применение ГКС как компонента мощного патогенетического лечения позволяет быстро добиться разрешения воспалительных изменений в коже, значительно снизить или устранить субъективные проявления дерматозов. Механизм противовоспалительного эффекта этих препаратов заключается в блокаде фосфолипазы A₂; следовательно, происходит;

- снижение продукции лейкотриенов;
- выраженный и длительный ангиоспазм;
- торможение синтеза гликозаминогликанов, коллагена и эластина;
- повышение связывания гистамина и других медиаторов;
- снижение выброса лизосомальных ферментов;
- уменьшение в эпидермисе клеток Лангерганса, тучных клеток и т. д.

Положительная динамика клинических проявлений дерматозов, несомненно, оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, значительно повышая качество жизни, увеличивая повседневную активность, восстанавливая трудоспособность пациентов [2, 4, 7, 9].

До настоящего времени нет терапевтической альтернативы топическим ГКС по скорости и выраженности противовоспалительного действия. Благодаря высокой терапевтической эффективности топических ГКС их широко применяют в комплексном лечении больных с различной дерматологической патологией. Ши-

рокое применение топических ГКС обусловлено их высокой эстетической привлекательностью. Нанесение топических стероидов на пораженный участок кожи сопровождается быстрым впитыванием лекарственной формы препарата, отсутствием жирных следов на одежде и белье. Лекарственные формы топических стероидов не имеют неприятного запаха, не окрашивают кожу и не требуют применения повязок, что выгодно отличает их от классических наружных средств. Наружное применение ГКС в комплексном лечении дерматологических больных способствует быстрому разрешению объективных и субъективных клинических проявлений заболевания, сокращению сроков лечения пациентов. Удобство в применении топических стероидов и хороший терапевтический эффект обеспечивают высокую социальную и профессиональную активность пациентов, что существенно улучшает качество жизни дерматологических больных [1, 4, 7].

Наличие различных лекарственных форм топических ГКС дает возможность выбора лекарственной формы в зависимости от локализации и стадии патологического процесса, что обеспечивает рациональность и комфортность проводимой терапии. Высокая терапевтическая эффективность, хорошая переносимость, удобство в применении определяют высокую комплаентность топических ГКС в комплексном лечении больных с дерматологической патологией. Топические ГКС средства хорошо сочетаются со всеми видами системной фармакотерапии, применяемой в дерматологической практике, а также с основными методами физиотерапевтического лечения.

Однако, наряду с хорошими характерологическими данными, топические ГКС вызывают и побочные эффекты, которые могут проявляться как местными, так и системными нежелательными действиями этих препаратов. Как правило, эти побочные эффекты возникают при нарушении адекватного использования ГКС и при недостаточно внимательном подходе к оценке противопоказаний к их применению.

Среди наиболее часто встречаемых осложнений местного характера следует указать на сухость кожи, шелушение, телеангиэктазии. При более длительном применении топических кортикостероидов развивается атрофия кожи в виде диффузного истончения эпидермиса и дермы; реже отмечается появление пурпуры, гипопигментации и гирсутизма. Применение топических стероидов может способствовать появлению ак-

неподобных высыпаний, развитию стероидного розацеа или периорального дерматита, а также очень часто, – обострению инфекционных дерматозов и замедлению репаративных процессов в коже. Побочные эффекты общего характера развиваются значительно реже и имеют клинические проявления, характерные для состояния больных со сниженной функцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [1, 2, 7].

В настоящее время всё чаще говорят о новом этапе в области производства топических стероидов и значительном расширении сферы их применения. Появление нового поколения топических ГКС стало важным моментом в преодолении врачебного страха по поводу применения стероидных препаратов и в развитии новых возможностей наружной терапии больных с различными дерматозами [5, 8].

Идеальный топический ГКС должен обладать:

- сильным противовоспалительным действием;
- низкой системной биодоступностью;
- быстрым началом действия;
- минимальными местными побочными эффектами;

другими словами – иметь улучшенный индекс «эффективность – безопасность». Несмотря на то, что фармацевтический рынок Украины представлен широким ассортиментом топических ГКС, выбор наиболее оптимальных из них подчас является сложной задачей для практических врачей. Однако определенный уровень знаний и практический опыт позволяет сделать правильный выбор и назначение с минимальным риском развития побочных эффектов наиболее эффективных ГКС, которые, в зависимости от формы выпуска препарата, могут использоваться в очагах поражения с различной локализацией и учетом стадии, периода и тяжести кожного патологического процесса [1, 6, 7].

Особое место в группе лекарственных препаратов, содержащих ГКС, занимает Афлодерм, субстанцией которого является нефторированный кортикостероид – алклометазон дипропионат, обладающий умеренной активностью при применении на коже. Кроме того, что Афлодерм не содержит атомов фтора, важным преимуществом является особенность его фармакокинетики при местном применении. Избирательное связывание активного вещества данного препарата со стероидными рецепторами обеспечивает высокую местную эффективность, минимальное системное воздействие и возможность длительного применения. Обладая высоколи-

пофильными свойствами, алклометазон дипропионат легко и быстро проникает через роговой слой кожи в дерму, где происходят гидролитические реакции с образованием метаболитов. Образующиеся метаболиты алклометазона дипропионата обладают значительно более высоким сродством к стероидным рецепторам кожи, чем исходное вещество, что проявляется в отчетливом и длительном подавлении воспалительных, аллергических и гиперпролиферативных реакций в очаге патологического процесса [3, 5].

Алклометазон дипропионат обладает минимальной резорбцией и характеризуется высоким уровнем местной и системной безопасности. Афлодерм можно применять у детей со стероидчувствительными дерматозами после 6-месячного возраста, в том числе и на большой площади пораженного участка кожи. Алклометазон дипропионат выпускается в двух лекарственных формах: в виде крема и мази (тубы по 20 и 40 г).

Цель работы – клиническая оценка эффективности, переносимости и безопасности применения топического кортикостероида нового поколения Афлодерм (алклометазон дипропионат) в комплексном лечении больных с поражением особо чувствительных участков кожи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 87 больных (38 женщин и 49 мужчин в возрасте от 18 до 52 лет) стероидчувствительными дерматозами с поражением особо чувствительных участков кожи. Нозологическое распределение больных, которые были под нашим наблюдением, включало больных:

- с контактным аллергическим дерматитом – 35 больных, в том числе:

- 1) с поражением кожи лица – 30 больных;
- 2) с поражением наружных половых органов – 5 больных;

- псориазом – 41 больной, в том числе:

- 1) с поражением кожи лица – 8;
- 2) с поражением наружных половых органов – 12;

3) с поражением крупных складок кожи – 21;

- красным плоским лишаем – 11 больных, в том числе:

- 1) с поражением кожи наружных половых органов – 9,

2) с поражением подмышечной области – 2 больных.

Всем больным до назначения лечения проводилось комплексное обследование в соответствии с клиническими протоколами.

Диагностические алгоритмы наблюдаемых больных включали:

- жалобы, сбор анамнеза заболевания и семейного анамнеза;
- выявление и регистрацию сопутствующей патологии;
- консультацию смежных специалистов с адекватной коррекцией выявленных нарушений;
- дерматологическое обследование, а при необходимости – дополнительные инструментальные обследования.

Комплексная терапия наблюдаемых больных включал общепринятое лечение и топического назначения препарата Афлодерм (Afloderm), который наносился на пораженные участки кожи тонким слоем два раза в сутки.

Афлодерм крем и мазь 0,05 % для наружного применения; 1 г крема и мази содержит алклометазон дипропионат 0,5 мг.

Афлодерм обладает противовоспалительным, противозудным, противоаллергическим, антипролиферативным действием.

Афлодерм показан к применению в комплексном лечении больных со стероидчувствительными дерматозами, – у детей старше 6 месяцев и взрослых, в том числе с локализацией на коже лица и в аногенитальной области.

Афлодерм применяется в лечении больных:

- атопическим, аллергическим и контактным, солнечными дерматитами;
- экземой;
- псориазом;
- красным плоским лишаем;
- аллергическими дерматитами после укуса насекомых.

Противопоказания к применению препарата Афлодерм являются:

- гиперчувствительность к алклометазону или к любому из вспомогательных компонентов лекарственной формы;
- туберкулез кожи;
- кожные проявления сифилиса;
- ветряная оспа;
- вирусные инфекции кожи;
- кожные поствакцинальные реакции;
- открытые раны, трофические язвы;
- розацеа;
- вульгарные угри.

Стандартным методом применения крема или мази Афлодерм является равномерное нанесение на пораженные участки кожи тонкого слоя препарата 2-3 раза в сутки.

Применение препарата Афлодерм у бере-

менных допускается в случаях, когда по оценке лечащего врача потенциальная польза для беременной преобладает над возможным риском для плода. В этих случаях применение должно быть непродолжительным и ограничиваться небольшими участками кожи.

Данные о тератогенном эффекте отсутствуют. Необходимо соблюдение мер предосторожности при использовании препарата у кормящих матерей; в частности, препарат нельзя наносить на кожу молочной железы до кормления.

Побочные явления при наружном применении препарата Афлодерм развиваются редко и носят нестойкий, обратимый характер. Редко, как и при применении других ГКС, у 1-2 % пациентов могут развиваться реакции гиперчувствительности, которые сопровождаются зудом, жжением, покраснением или сухостью кожи и папулезными высыпаниями. Крайне редко могут возникнуть:

- акнеподобные изменения;
- гипопигментация;
- потница;
- фолликулит;
- стрии;
- поверхностная атрофия кожи;
- гипертрихоз;
- аллергический контактный дерматит;
- вторичные инфекции кожи.

Из особых указаний – следует не забывать, что препарат Афлодерм предназначен только для наружного применения. Как и другие местные ГКС, препарат Афлодерм нельзя наносить на кожу в области глаз (из-за возможного развития глаукомы и катаракты), а также на раневые поверхности.

В процессе проводимой комплексной терапии осуществляли оценку переносимости препарата Афлодерм, его эффективности на основании динамики клинических проявлений дерматозов и общеклинических лабораторных показателей наблюдаемых больных.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли на персональном компьютере с помощью пакета лицензионных программ обработки и анализа статистической информации с использованием методов биометрического анализа EXCEL-2003® и STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серийный № AGAR909E415822FA).

Результаты и обсуждение. У 32 (91,4 %), больных контактным аллергическим дерматитом с поражением кожи лица клинические

проявления заболевания были представлены эритематозно-сквамозными высыпаниями с единичными папулезными высыпаниями красного цвета. У трех наблюдаемых больных отмечено острые проявления контактного аллергического дерматита, которые сопровождались выраженной эритемой и отеком кожи. Высыпания на коже лица сопровождались субъективными ощущениями, среди которых превалировал зуд кожи в очаге поражения. Причиной возникновения контактного аллергического дерматита у 20 (57,1 %) больных было нерациональное местное лечение демодекоза, а у 15 (42,9 %) больных он развился после применения косметики или непосредственно после косметических процедур.

Комплексное лечение больных контактным аллергическим дерматитом включало:

- устранение причинного фактора;
- назначение антигистаминных препаратов в течение 10-14 дней;
- дезинтоксикационную терапию.

Наружная терапия заключалась в нанесении тонкого слоя крема Афлодерм 2 раза в сутки. На 2-3-й день проводимого лечения отмечалось уменьшение гиперемии, отека, исчезновение зуда. К 10-14-му дню комплексного лечения у 33 (94,3 %) наблюдаемых больных отмечен регресс патологического процесса с наличием незначительного шелушения в зоне бывшего поражения кожи. У двух оставшихся больных процесс полностью регрессировал к 17-му дню лечения. В процессе проводимой комплексной терапии отмечена высокая терапевтическая эффективность крема Афлодерм при отсутствии нежелательных побочных реакций на алклометазон дипропионат.

У наблюдаемых нами больных псориазом клинические проявления заболевания при локализации на коже лица сопровождались наличием папулезных высыпаний красного цвета с незначительной инфильтрацией и шелушением. Псориазические высыпания на коже наружных половых органов и больших кожных складок сопровождались экссудативным компонентом. Субъективные ощущения, сопровождающие псориазические высыпания, отмечены у 8 (19,5 %) наблюдаемых больных псориазом. Комплексная терапия больных псориазом проводилась согласно существующим протоколам лечения. Топическая терапия заключалась в нанесении тонкого слоя крема Афлодерм на очаги поражения кожи 2 раза в сутки. При поражении кожи волосистой части головы назначали лосьон Белосалик.

На второй недели проводимой терапии отме-

чалась положительная динамика клинических проявлений псориаза; при этом индекс *PASI* снизился на 35-40 %, а к концу третьей недели – на 70-75 %. Улучшение клинических проявлений псориаза характеризовалось:

- полным отсутствием субъективных ощущений;
- снижением количества морфологических элементов в зоне поражения и активности воспалительных явлений;
- восстановлением нормального цвета кожи, кожного рисунка;
- снижением индекса *PASI* более чем на 75 %.

Во время комплексного лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения за больными псориазом нежелательных побочных эффектов при применении крема Афлодерм не было установлено. Выраженная положительная динамика клинических проявлений псориаза подтверждает хорошую терапевтическую активность крема Афлодерм в комплексном лечении больных псориазом с локализацией высыпаний в зонах поражения кожи, имеющих повышенную чувствительность.

Клинические проявления красного плоского лишая характеризовались образованием монотипной сыпи, состоящей из плоских, полигональных, с блестящей поверхностью и с центральным западением папул диаметром 2-3 мм розовато-фиолетового или малиново-красноватого цвета. На поверхности папул имелся своеобразный блеск с восковидным оттенком, который был особенно хорошо заметен при боковом освещении. У двух (18,18 %) больных папулы, сливаясь, образовывали небольшие бляшки. Правильно подобранная общая и топическая терапия с применением препарата Афлодерм дала возможность добиться положительной динамики в регрессе морфологических высыпаний в очаге поражения больных красным пло-

ским лишаем в течение 1-2 недель. Субъективные клинические проявления красного плоского лишая в виде зуда динамически разрешались в течение одной недели. Полное разрешение клинических проявлений после лечения в течение одного месяца отмечено у 5 (45,5 %) больных, а у 6 (54,5 %) больных высыпания разрешились на протяжении 1,5 месяцев проводимой терапии. Клиническое излечение (выздоровление) характеризовалось полным разрешением папул, на месте которых оставались гиперпигментированные или депигментированные пятна.

Оценка выздоровления наблюдаемых больных и хорошая переносимость проводимого лечения основывались по:

- положительной динамике субъективных и объективных клинических проявлений заболеваний;
- отсутствию нежелательных побочных эффектов;
- наличию нормальных результатов комплексного лабораторного обследования пациентов в процессе и после проведенной терапии.

Таким образом, в ходе проведенного нами клинического наблюдения за эффективностью и переносимостью препарата Афлодерм в комплексном лечении 87 больных стероидчувствительными дерматозами с поражением особо чувствительных участков кожи была констатирована высокая терапевтическая эффективность Афлодерма у больных контактным аллергическим дерматитом, псориазом и красным плоским лишаем, которая подтверждалась быстрым купированием объективных и субъективных клинических проявлений заболевания. Диспансерное наблюдение за больными, которые в комплексном лечении применяли препарат Афлодерм, позволило констатировать отсутствие негативных нежелательных побочных эффектов как местного, так и системного характера.

Выводы

1. Афлодерм содержит нефторированный кортикостероид – алклометазона дипропионат, обладающий умеренной активностью, и относится к группе умеренно активных кортикостероидов.

2. Избирательное связывание активного вещества Афлодерма со стероидными рецепторами обеспечивает высокую местную эффективность, минимальное системное воздействие и возможность его длительного применения, что позволяет отнести Афлодерм к группе наиболее безопасных топических глюкокортикоидов.

3. В клинической практике Афлодерм по те-

рапевтической эффективности проявил себя сопоставимым с сильными кортикостероидами, а по безопасности применения – со слабыми кортикостероидами (гидрокортизоном).

4. Афлодерм, обладая минимальной резорбцией, высоким уровнем местной и системной безопасности, может применяться у детей с 6-месячного возраста, в том числе и на большой площади поражения, а также при поражении зон кожи с повышенной чувствительностью (лицо, шея, интертригинозные области, кожа половых органов).

Учитывая высокую терапевтическую актив-

ность препарата Афлодерм, хорошую переносимость и отсутствие нежелательных побочных эффектов, считаем целесообразным рекомендо-

вать его для более широкого применения практичными врачами в комплексном лечении больных со стероидчувствительными дерматозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Т. А. Рациональное применение наружных глюкокортикостероидов в общей клинической практике // РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 29 (281). – С. 2090-2094
2. Волкова Е. Н., Ланге Д. А., Родина Ю. А., Тарасова М. В. Метилпреднизолон ацепонат в комплексной терапии хронических дерматозов: анализ тактических ошибок применения // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – № 5. – С. 84-88
3. Короткий Н. Г., Тихомиров А. А., Гамаюнов Б. Н. Аклометазон дипропионат в наружной терапии атопического дерматита у детей // Consilium Medicum. – 2007. – № 1. – С. 21-22.
4. Кочергин Н. Г., Новоселов В. С. Наружная терапия стероидчувствительных дерматозов: врачебный выбор // Врач. – 2006. – № 2. – С. 42-46.
5. Курдин М. И. Опыт применения Афлодерма на лице у больных различными дерматозами // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 3. – С. 41-44.
6. Намазова Л. С., Вознесенская Н. И., Мазитова Л. П. Атопический дерматит у детей – проблемы и решения // РМЖ. – 2006. – № 14 (19). – С. 44-49.
7. Шупенько Н. М. Применение топических глюкокортикостероидных гормонов в дерматологической практике // Мистецтво лікування. – 2004. – № 6 (12). – С. 44-51
8. Stern R. S. The pattern of topical corticosteroid prescribing in the USA, 1989–1991 // J. Am. Acad. Dermatol. – 1996. – Vol. 35, No 2. – P. 183-186.
9. Tiplica G. S., Salavastru C. M. Mometasone furoate 0.1% and salicylic acid 5% vs. mometasone furoate 0.1% as sequential local therapy in psoriasis vulgaris // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 23, No 8. – P. 905-912.

ЭФФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРЕНОСИМІСТЬ ПРЕПАРАТУ АФЛОДЕРМ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ СТЕРОЇДЧУТЛИВИМИ ДЕРМАТОЗАМИ І ЛОКАЛІЗАЦІЮ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ НА ДІЛЯНКАХ З ПІДВИЩЕНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ШКІРИ

Дюдюн А. Д., Поліон Н. М., Горбунцов В. В., Захаров С. В., Ремез Л. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Представлено результати клінічних спостережень за ефективністю і переносимістю препарату Афлодерм у комплексному лікуванні 87 хворих на стероїдчутливі дерматози з ураженням особливо чутливих ділянок шкіри. Показана висока ефективність і добра переносимість препарату Афлодерм.

Ключові слова: Афлодерм, лікування, дерматози

AFLODERM EFFICACY AND TOLERABILITY IN THE INTEGRATED TREATMENT OF STEROID-SENSITIVE DERMATOSES PATIENTS WITH LOCALIZATION OF THE PATHOLOGICAL PROCESSES IN AREAS WITH SENSITIVE SKIN

Dyudyun A. D., Polyon N. M., Gorbuntsov V. V., Zakharov S. V., Remez L. V.

"Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine" SE

The results of clinical observations of Afloderm efficacy and tolerability in treatment of 87 patients with steroid-sensitive dermatoses affecting particularly sensitive skin have been presented. The high efficacy and good tolerability of Afloderm has been showed.

Keywords: Afloderm, treatment, dermatoses

Дюдюн Анатолій Дмитрієвич – доктор медичних наук, професор, завідує кафедрою кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Полион Наталья Николаевна – кандидат медичних наук, асистент кафедри кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медичних наук, професор кафедри кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Захаров Сергей Вячеславович – кандидат медичних наук, доцент кафедри кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Ремез Лилия Викторовна – врач-дерматовенеролог КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер» Днепропетровского областного совета».

andd@ua.fm