

---

# ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

*Михнёва Е.Н.*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика*

**Резюме.** *В работе приведены данные относительно обоснования назначения при лечении себорейного дерматита волосистой части головы комбинированных медицинских средств наружного назначения.*

---

**Ключевые слова:** *себорейный дерматит, лечение, наружная терапия.*

Себорейный дерматит - хроническое воспалительное заболевание, поражает участки кожи с хорошо развитыми сальными железами. СД один из наиболее распространённых дерматозов, им страдает 2-5% населения земного шара. Мужчины болеют чаще. СД страдает 20-25% лиц молодого возраста [2].

Этиопатогенетические механизмы развития СД не имеют одного объяснения. В современной литературе рассматриваются такие механизмы возникновения и развития СД, как генетические, микробные, иммунные, эндокринные нарушения, функциональные и органические нарушения вегетативной нервной системы, патологию желудочно-кишечного тракта [5], нарушения липидного обмена и др.

Часто заболевание возникает в пубертатном и постпубертатном периоде, когда сальные железы увеличиваются в размерах, повышается их секреторная активность, достигающая максимума к 18-25 годам, деятельность сальных желез находится под контролем андрогенов. У мужчин продукцию кожного сала стимулирует тестостерон, дегидроэпиандростерон и андростендион, у женщин на продукцию кожного сала влияет незначительное повышение уровня циркулирующих андрогенов [3, 7].

Заболевание развивается у пациентов, страдающих вегетативными нарушениями, а также после стрессов. У пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, болезнью Паркинсона, параличом черепных нервов, параличом туловища СД развивается чаще и протекает тяжелее и плохо поддаётся лечению [10]. Инфекционная природа заболевания свидетельствует о нарушении иммунной системы. Доказано, что распространённость СД у больных с иммунодефицитными состояниями достигает 30-55% [4], а у больных СПИДом – 80% [2].

Одним из этиопатогенетических механизмов развития СД считают размножение условно-патогенной микрофлоры на фоне нарушения нормального микробного биоценоза кожи, что способствует развитию инфекции в сальных железах. Важную роль отводят липофильному дрожжеподобному грибу *Pityrosporum ovale* (*Malassezia furfur*) [8], когда при сочетании ряда факторов (наличие очагов хронической инфекции, гормональные нарушения, особенно изменения физиологического равновесия эстрогенов и андрогенов, вегетодистонические расстройства, изменения ферментативной активности органов желудочно-кишечного тракта и печени) организм теряет способность кон-

тролировать рост дрожжеподобных грибов и удерживать их в сапрофитном состоянии, в результате наблюдается их бурный рост, повышение липазной активности и развитие воспаления кожи в областях их колонизации. У человека наибольшая плотность колонизации кожи дрожжеподобными грибами отмечается в богатых сальными железами участках: на волосистой части головы, на лице, периаурикулярно, на коже центральных участках груди и спины, а также в области гениталий. Грибы рода *Malassezia* выбирают эти участки благодаря своей липофильности. Вид *Malassezia furfur* не способен синтезировать липиды, ему нужен экзогенный источник жирных кислот, которые важны в качестве источника энергии, так и для мембранного синтеза. Наличие насыщенных и ненасыщенных свободных жирных кислот необходимо для жизнедеятельности гриба. Главным источником липидов для *Malassezia furfur* на коже человека, являются триглицериды и свободные жирные кислоты, продуцируемые сальными железами и холестерол, холестероловые эфиры, получаемые после распада кератинизированных клеток. Изучение видового состава *Malassezia* при СД показало, что из очагов выделяют почти все виды, но чаще *M. furfur*, *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, *M. obtuse*. Микрофлора волосистой части головы в норме содержит не более 40% *M. furfur*, а при СД 83% [4]. Роль *M. furfur* в патогенезе СД подтверждается многочисленными исследованиями по оценке эффективности лечения заболевания противогрибковыми средствами

О размножении условно-патогенной микрофлоры свидетельствует более высокая частота обсеменения пораженных участков волосистой части головы *S. capitis*, *Micrococcus spp.*, *Acinetobacter spp.* – случайных видов микрофлоры у здоровых лиц. Эти микроорганизмы активно продуцируют гистидиндекарбоксилазу и свободный гистамин, которые при взаимодействии с гистаминовыми (H<sub>1</sub> и H<sub>2</sub>) рецепторами в коже вызывают

отёк, покраснение, зуд, повышенную секрецию сальных желез [4, 5].

При гистологическом исследовании при СД отмечается неравномерный акантоз, умеренный гиперкератоз с очагами паракератоза, вакуольная дистрофия клеток шиповатого слоя, умеренный межклеточный отек в эпидермисе, очаги спонгиоза, периваскулярные инфильтраты. При иммуноморфологическом исследовании в составе инфильтратов обнаруживаются иммунокомпетентные клетки (CD4+, CD8+ лимфоциты), гистоциты, что свидетельствует о развитии воспаления в поражённых участках с участием иммунной системы по механизму гиперчувствительности замедленного IV типа [1].

У пациентов поражены типичные себорейные зоны - волосистая часть головы, кожа лица, груди, межлопаточная область. Легкая форма СД наблюдается более чем у 10% населения и имеет сезонные обострения в осенне-зимний период. При лёгкой форме наблюдается шелушение на волосистой части головы и лёгкие эритематосквамозные поражения зоны лба по краю роста волос (зона «короны»).

При более тяжелом течении СД на волосистой части головы наблюдаются эритематозные пятна и бляшки, покрытые муковидными или сальными чешуйками, легко отделяющимися при поскабливании [6, 9]. Эритематосквамозные очаги, как правило, без четких контуров, могут располагаться в области бровей, носогубной складки, за ушными раковинами. В себорейных зонах груди и спины возможно наличие как эритематосквамозных пятен, так и мелких воспалительных фолликулярных узелков, покрытых жирными желтоватыми чешуйками. Узелки и пятна группируются с образованием фестончатых очагов.

При выборе тактики лечения при СД необходимо учитывать многофакторность этиологии и патогенез заболевания. Большое значение имеет местная терапия, которая должна быть направлена на подавление при-

знаков воспаления, устранение сухости или жирности кожи, восстановление структуры эпидермиса и его барьерных функций [3].

Лечение СД волосистой части головы с использованием традиционных местных средств (мазей, кремов и др.) сопряжено с большими неудобствами для пациентов. При нанесении их на кожу волосы становятся жирными, неопрятными. Поэтому в настоящее время отдаётся предпочтение средствам лечебной косметики. Новыми препаратами для лечения СД кожи волосистой части головы является мусс Келюаль DS, шампунь Келюаль DS, дополнительный шампунь Элюсьон, представленный лабораторией Дюкрей (Pierre Farbe Dermo – Cosmetic). В состав мусса и шампуня Келюаль DS входят: циклопироксоламин 1% в состав мусса и циклопироксоламин 1,5% в состав шампуня, пиритион цинка 1%, и келюамид 2% в составе мусса и келюамид 1,5% в составе шампуня. В дополнительный шампунь Элюсьон входят – глюконат цинка 1%, гликоль 1%, витамин B5. Шампунь и мусс можно отнести к комбинированным средствам, вследствие наличия в их составе противогрибкового, противовоспалительного и кератолитического действия.

Циклопироксоламин – противогрибковый препарат, оказывающий выраженное фунгицидное действие на грибы рода *Malassezia*, быстро проникая в кожу при нанесении. Циклопироксоламин обладает выраженным противовоспалительным действием на кожу.

Пиритион цинка относится к препаратам антимикотическим препаратам и оказывает фунгистатическое действие на грибы рода *Malassezia*, за счет нарушения мембранного обмена в клетке, и тем самым ингибируется пролиферация грибов. Обладает выраженным противовоспалительным свойством. Два вещества вместе оказывают фунгицидное и фунгистатическое действие на *Malassezia*.

На коже волосистой части головы при себорейном дерматите наблюдаются эрите-

матозные пятна и бляшки, покрытые муковидными или сальными чешуйками, в состав мусса и шампуня Келюаль DS входит келюамид, который оказывает выраженное кератолитическое действие, обладает противовоспалительным и противозудным действием. Таким образом мусс и шампунь Келюаль DS обладают многокомпонентным лечебным действием.

В состав дополнительного шампуня Элюсьон входит глюконат цинка, который обладает успокаивающим действием, уменьшает зуд, гликоль – противозудным действием и витамин B5, который тоже снимает зуд. Шампунь Элюсьон рекомендован, как дополнительное средство при лечении СД волосистой части головы и как шампунь при проблеме чувствительной кожи волосистой части головы. Шампунь можно использовать ежедневно.

Рекомендуемая схема лечения СД волосистой части головы: вначале лечения используем лечебный мусс Келюаль DS 1 раз в день на протяжении 7 дней, наносим на сухие волосы, слегка массируя, оставляем на 15 минут, затем смываем шампунем Элюсьон. Следующий этап лечения – лечебный шампунь Келюаль DS, наносить 2 раза в неделю на протяжении 6 недель, при необходимости частого мытья головы использовать шампунь Элюсьон.

Шампунь Келюаль DS и мусс Келюаль DS являются комбинированными лекарственными средствами при лечении СД волосистой части головы. Комбинация циклопироксоламина и пиритиона цинка оказывает противогрибковое и противовоспалительное действие, келюамид - кератолитическое и противозудное действие. Компоненты препарата одновременно действуют на различные аспекты этиологии и патогенеза заболевания, позволяя добиваться значительного клинического эффекта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилов А.М., Катунина О.Р., Баконина Н.В. Клинико-иммунологические параллели у больных себорейным дерматитом // Вестник дерматологии и венерологии.- 2007.- № 2.- С. 22-24.
2. Ежова М.Н. К вопросу об этиологии, клинике и лечении себорейного дерматита // Косметика и медицина. – 2001. - № 5. – С.16-21.
3. Позднякова О.Н. Местная терапия себореи и себорейного дерматита // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. - № 5. – С. 45-47.
4. Полеско И.В., Пичугин А.В., Атауллаханов Р.И. Иммунологические параметры у больных себорейным дерматитом // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. - № 2.- С. 26-30.
5. Полеско И.В., Бутов Ю.С., Малиновская В.В. Значение дисбиотических изменений микрофлоры кожи и кишечника у больных при десквамативных процессах // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. -№ 2. – С. 16-20.
6. Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии основных эритематосквамозных поражений кожи лица (клиническая лекция) // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. - № 2. – С. 115-124.
7. Уилкинсон Дж.Д. Дерматология. Атлас-справочник: пер. с англ./ Дж.Д.Уилкинсон, С.Шоу, Д.И.Ортон. – М.: Мед. Лит., 2007. – С. 82-83.
8. Фриго Н.В., Новолоцкая Т.И., Ротанов С.В. и др. Роль грибов *Mallassezia* в патогенезе дерматозов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. - № 6. - - С. 17-21.
9. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: Диагностика и лечение / Томас П.Хэбиф ; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - С. 124-127.
10. Cowley N.C., Farr P.M., Shustr S. The permissive effect of sebum in seborrhoeic dermatitis: an explanation of the rash in neurological disorders // Br J dermatol. – 1990. - № 122. – P. 71-76.

### ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

**Міхньова Є.М.**

**Резюме.** У роботі наведені данні щодо обґрунтованого призначення при лікуванні себорейного дерматиту волосистої частини голови комбінованих медичних засобів місцевого застосування.

**Ключові слова:** себорейний дерматит, лікування, місцева терапія

### TREATMENT OF SEBORREIC DERMATITIS OF THE HAIRY PART OF THE HEAD

**Mikhnova I.N.**

**Resume.** Data on the using of substantiated administration combination of medications of local use in treatment of seborreic dermatitis of the hairy part of the head.

**Keywords:** seborreic dermatitis, treatment, local therapy.