



Себорейный дерматит (СД) – широко распространенное хроническое воспалительное заболевание, поражающее те участки кожи головы и тела, на которых имеется большое количество сальных желез. Одной из наиболее частых локализаций является кожа волосистой части головы.

## **ВОЛОСЫ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ**

# Комплексное лечение себорейного дерматита волосистой части головы

## Марина Ежова

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ВЕДУЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ  
«АМД ЛАБОРАТОРИИ», МОСКВА

## Ирина Стриженов

ВРАЧ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ «АМД ЛАБОРАТОРИИ», НИЖНИЙ НОВГОРОД

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время развитие СД связывают с активизацией грибковой и бактериальной микрофлоры, а также с ее антигенными свойствами.

Гипотеза об инфекционной природе СД впервые была выдвинута в 1873 году. В 1874-м французский ученый Малассе (Malassez) предположил, что возбудителями этого дерматоза являются дрожжеподобные микроорганизмы. В дальнейшем это было подтверждено исследованиями Унна и Сабуро, которые идентифицировали возбудитель: им оказался *Pityrosporum ovale*. Впоследствии он получил и второе название – *Malassezia furfur*, которое применяется в научной литературе наравне с первым.

В настоящее время известно, что дрожжеподобные липофильные грибы рода *Malassezia* являются постоянным компонентом микрофлоры кожи более чем у 90% людей. На коже волосистой части головы могут выявляться различные виды данного рода, в том числе *M. furfur* (наиболее часто), *M. globosa*, *M. sympodialis*. Грибы концентрируются вокруг сальных желез и используют их секрет как источник жирных кислот, необходимых им для роста и развития.

При определенных условиях организм теряет способность удерживать дрожжеподобные грибы в сапрофитном состоянии и контролировать их рост: если в норме микрофлора волосистой части головы содержит 46% *M. furfur*, то при перхоти она состоит из колоний этих грибов уже на 74%, а при СД их количество достигает 83%.

Результаты многочисленных научных исследований подтвердили, что при клинически выраженном СД наблюдается обширная колонизация кожи волосистой части головы дрожжеподобными грибами рода *Malassezia*, и именно этому фактору принадлежит ведущая роль в развитии дерматоза. В частности, СД был получен в эксперименте путем вти-

рания в кожу испытуемых культуры *M. furfur*. После применения различных антимикотических препаратов отмечался регресс экспериментального дерматита, что доказывает этиологическую роль данного гриба в развитии СД. Установлено, что *M. furfur* за счет липолитических ферментов расщепляет кожное сало на необходимые ему для роста свободные жирные кислоты, которые и являются причиной воспалительных изменений кожи.

Сегодня выявлено большое число факторов (в основном нейрогенных, гормональных и иммунных), которые приводят к повышению активности грибковой микрофлоры.

Известно, что обострения СД нередко связаны с нервными стрессами. Отмечена также определенная предрасположенность к возникновению распространенной себореи у пациентов с заболеваниями ЦНС, болезнью Паркинсона, патологией черепных нервов, параличами.

Влияние на развитие СД гормональных факторов также было доказано неоднократно. Примером может послужить СД, наблюдаемый в неонатальный период и обычно исчезающий в возрасте 6–12 месяцев. Считается, что в данном случае дерматоз представляет собой реакцию на материнские гормоны. СД часто наблюдается и в пубертатный период, когда на фоне гормонального дисбаланса усиливается андрогенная стимуляция себоцитов. Влиянием андрогенов на деятельность сальных желез объясняется и большая частота СД у мужчин по сравнению с женщинами.

Важность иммунных факторов в развитии заболевания подтверждают следующие данные: у здоровых людей СД встречается в 8% случаев, у ВИЧ-инфицированных – в 36%, у больных СПИДом – в 80%.

Кроме того, в качестве причин, приводящих к возникновению СД, рассматриваются генетические факторы, особенности метаболизма и влияние внешней среды. Наибольшее значение имеют отягощенный по СД

семейный анамнез, холодное время года, повышенная потливость, избыточная выработка кожного сала, а также использование агрессивных моющих средств, приводящих к нарушению гидролипидного барьера эпидермиса, снижению защитной и бактерицидной функций кожи.

Необходимо отметить, что в этиопатогенезе СД наряду с *M. furfur* большое значение имеет и бактериальная микрофлора. Представители родов *Micrococcus*, *Acinetobacter* и *Staphylococcus* способны вызывать развитие эндотоксинемии, продуцировать гистициндоксикарбоксилазу, увеличивающую пул свободного гистамина, который при взаимодействии с H1- и H2-гистаминовыми рецепторами вызывает воспаление и зуд кожи, повышает активность сальных желез.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В типичных случаях СД поражает те участки кожного покрова, которые характеризуются значительным количеством сальных желез и их повышенной активностью. Основными симптомами заболевания являются воспаление и шелушение кожи, сопровождающиеся зудом. При классическом варианте отмечается симметричное вовлечение в патологический процесс кожи волосистой части головы, границы роста волос, области бровей, ресниц, усов и бороды.

При поражении кожи волосистой части головы одной из типичных особенностей является наличие мелких белых муковидных чешуек, хотя в ряде случаев шелушение может быть и крупнопластинчатым: этот вариант течения СД характеризуется отсутствием островоспалительных изменений кожи и носит название сухой себореи. Многие больные при наличии перхоти жалуются на зуд. Некоторые из них ошибочно полагают, что чешуйки появляются из-за сухости кожи, поэтому стараются реже мыть голову. Это способствует дальнейшему увеличению ▷

## ВОЛОСЫ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

количества чешуек, усиленному образованию перхоти и впоследствии заканчивается развитием воспаления. Важно отметить, что в ряде случаев из-за толстого слоя чешуек воспалительная эритема не определяется визуально.

К более тяжелым проявлениям себорейного дерматита волосистой части головы относятся бляшки, покрытые муковидными или сальными чешуйками, эритематозные пятна. В отдельных случаях имеются желтоватые чешуйко-корки, образующиеся в результате пропитывания чешуек воспалительным экссудатом и их склеивания, а также геморрагические корки, появляющиеся вследствие расчесов.

### ЛЕЧЕНИЕ

С учетом широкой распространенности СД и многочисленности факторов, приводящих к его возникновению, выбор плана терапии заболевания является весьма актуальным вопросом для врачей-дерматологов и косметологов. У большинства пациентов, особенно в случае хронического рецидивирующего течения СД, лечение должно носить комплексный характер и проводиться с учетом всех выявленных причин и провоцирующих обострение факторов. Для повышения эффективности терапии необходимо проведение комплексного обследования, включающего диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной, нервной и иммунной системы.

Комплексное лечение подразумевает ряд моментов.

### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА КОЖЕЙ И ВОЛОСАМИ

Рекомендуется использовать противоперхотные и противогрибковые шампуни и соблюдать оптимальный режим мытья головы – от 2 до 7 раз в неделю в зависимости от формы себореи.



Обязательным компонентом ухода является применение тонирующих лосьонов, а также лосьонов и масок, предназначенных для увлажнения кожи волосистой части головы и усиления ее регенераторного потенциала. Необходимо подобрать средства для укладки, не вызывающие раздражения кожи, и ограничить использование фена при сушке волос.

### НАРУЖНЫЕ АНТИМИКОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Современные методы терапии СД основываются на данных, подтверждающих его грибковую этиологию. Под электронным микроскопом *M. furfur* имеют вид округлых образований 3–4 мкм в диаметре, состоящих из клеточной стенки, мембран, рибосом, мезосом и липоидных включений. Экспери-

ментально установлено, что под влиянием антимикотических средств через 24 часа происходит дегидратация и вакуолизация цитоплазмы, просветление клеточной стенки, от которой через 48 часов остается только тень. Вследствие этого применение противогрибковых препаратов считается более предпочтительным, чем использование топических глюкокортикостероидов (которые назначают в соответствии с гипотезой об экзематозной природе СД).

В настоящее время для лечения СД применяют антимикотические препараты, уменьшающие колонизацию кожи липофильными дрожжами. Средства содержат такие компоненты, как азоловые производные, дисульфид селена, цинка пиритион, тербинафин, нафтифин, циклопирокс. Многие препараты за счет своего противовоспалительного и кератолитического эффекта обеспечивают комплексное воздействие на кожу.

Наиболее распространенными средствами для наружной терапии СД являются следующие.

#### Шампуни с кетоконазолом

Кетоконазол, являясь производным имидазолдиаксолана, обладает широким спектром противогрибковой активности, в том числе высокой эффективностью относительно *M. furfur*. Антимикотическое действие кетоконазола основано на нарушении синтеза липидов и эргостерола, входящих в состав биологических мембран грибов. В результате нарушается целостность клеточной оболочки и снижается способность микроорганизмов к формированию колоний, что приводит к замедлению их размножения и гибели. Кроме того, кетоконазол снижает выработку андрогенов.

Наиболее часто в дерматологической практике используют:

- «Низорал» – 2%-ный шампунь (Janssen Pharmaceutica, Бельгия);

- «Себозол» – 1%-ный шампунь («Дионис», Россия);
- «Микозорал» – 2%-ный шампунь («Акрихин ХФК», Россия);
- «Кето плюс» – комбинированный противогрибковый препарат, в состав которого включены кетоконазол и цинка пиритион (Glenmark Pharmaceuticals, Индия).

#### Средства, содержащие цинка пиритион

Препарат «Скин Кап» (Cheminova Internacional, Испания) обладает антипролиферативным, антибактериальным и противогрибковым действием, обусловленным наличием в его составе цинка пиритиона активированного. Противогрибковая активность особенно выражена в отношении *Pityrosporum ovale* и *P. orbiculare*, вызывающих воспаление, зуд и избыточное шелушение при ряде дерматозов, в том числе при СД. Цинка пиритион снижает внутриклеточный уровень АТФ и способствует деполяризации клеточных мембран, вызывая гибель микроорганизмов. Выпускается в виде 1%-ного шампуня, 0,2%-ного аэрозоля, 0,2%-ного крема.

Также используют:

- «Фридерм цинк» – шампунь (Schering-Plough Farma, Португалия);
  - «Шампунь Zn» – «Корус Фарм», Россия.
- Помимо цинка пиритиона шампунь содержит эфирное масло чайного дерева, усиливающее дерматологический эффект средства.

#### Препараты с дисульфидом селена

Противосеборейное действие дисульфида селена обусловлено его фунгицидными, цитостатическими и кератолитическими свойствами. К наиболее часто применяемым средствам относятся:

- «Сульсена» – шампунь против себореи («Мирра», Россия; «Амальгама Люкс», Украина);
- «Сульсен Мите» – 1%-ная паста («Мирра», Россия; НПБК «Алые паруса», Украина);
- «Сульсен Форте» – 2%-ная паста («Мирра», Россия; НПБК «Алые паруса», Украина);
- Vichy Dercos – шампунь для жирных волос против перхоти (L'Oréal, Франция). В состав препарата помимо дисульфида селена входит керамид когезил, восстанавливающий структуру межклеточного цемента, и салициловая кислота, обладающая кератолитическим эффектом.

#### Комбинированные шампуни

К ним относятся средства, в состав которых входят два и более компонента противосеборейной направленности:

- «Кето плюс» (Glenmark Pharmaceuticals, Индия) – содержит цинка пиритион и кетоконазол;
- «Нодэ DS» (Bioderma, Франция) – в состав средства входят климбазол, салициловая и молочная кислоты, пироктон оламин, экстракт красного можжевельника и цинка пиритион, которые оказывают противогрибковое и противовоспалительное действие и регулируют процессы деления клеток эпидермиса. Это позволяет использовать препарат пациентам с рецидивирующей перхотью, СД, псориазом;
- «Нодэ DS+» (Bioderma, Франция) – эффективность шампуня при СД обеспечивают входящие в запатентованный комплекс DSactiv компоненты, такие как салициловая и молочная кислоты, пироктон оламин, экстракт красного можжевельника, цинка пиритион;
- «Дюкрэ Келюаль DS» (Ducray Lab., Франция) – рекомендуется при тяжелых формах перхоти. В формулу комбинированного препарата включены два взаимодополняющих активных вещества – циклопироксоламин и пиритион цинка. Средство оказывает выраженное эксфолирующее действие благодаря запатентованному компоненту келюамид, который быстро устраняет перхоть и оздоравливает кожу головы;
- «Дюкрэ Скванорм» (Ducray Lab., Франция) – показан при жирной перхоти. Эффективность шампуня обусловлена комбинацией запатентованного активного комплекса кертиоль, салициловой кислоты и экстракта плодов пальмы сабаль, которые позволяют влиять на факторы, провоцирующие образование жирной перхоти. Противогрибковые свойства основной основы средства усиливают и дополняют действие активных компонентов.

#### Шампуни с дегтем

Каменноугольный очищенный деготь тормозит пролиферацию клеток эпидермиса, обладает противогрибковым действием в отношении *M. furfur*, способствует удалению перхоти и избытка жира с волосистой части головы. Наиболее часто используют следующие шампуни:

- «Фридерм деготь» (Schering-Plough Farma, Португалия); ▷

## ВОЛОСЫ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

• T/Gel Neutrogena (Johnson & Johnson, США).

### Средства на основе тербинафина

Это вещество, относящееся к группе аллиламинов, обладает широким спектром противогрибковой активности. Оно специфически изменяет ранний этап биосинтеза стеролов, что приводит к дефициту эргостерола и гибели микроорганизмов. Среди препаратов можно назвать следующие:

- «Тербинафин» – 1%-ный спрей (Novartis Pharma, Швейцария);
- «Фугнотербин» – 1%-ный спрей («Нижфарм», Россия);
- «Фугнотербин» – 1%-ный крем («Нижфарм», Россия);
- «Бинафин» – 1%-ный крем (Sheya Healthcare, Индия).

Следует отметить, что наиболее широкое распространение в терапии СД получили средства с кетоконазолом. Установлено, что *in vitro* кетоконазол обладает более высокой фунгистатической и фунгицидной активностью по отношению к грибам рода *Malassezia*, чем цинка пиритион и дисульфид селена, поэтому применение шампуня с 2%-ным кетоконазолом дает лучшие клинические результаты, чем использование шампуня с двумя другими указанными соединениями. При этом за счет высокого сродства к кератину волос кетоконазол снижает частоту рецидивов СД.

Из других противогрибковых препаратов для наружного применения, обеспечивающих выраженные клинические результаты, можно назвать 1%-ный раствор Экзодерила (Sandoz, Швейцария), активным компонентом которого является нафтифин, и 1%-ный крем Батрафен (Aventis Pharma, Индия), содержащий циклопирокс.

При выборе наружных средств и их использовании в процессе проведения комплексного лечения необходимо учитывать тяжесть клини-

ческих проявлений дерматоза, характер его течения, наличие сопутствующей патологии.

При легких формах СД с локализацией высыпаний на коже волосистой части головы назначают шампуни с кетоконазолом, цинком и дегтем, которые применяют 2 раза в неделю до исчезновения проявлений заболевания. Это происходит, как правило, через 2–4 недели. В дальнейшем средства можно использовать для предотвращения появления перхоти.

При тяжелом течении заболевания, которое характеризуется наличием очагов с выраженным воспалением и плотным наслоением чешуек, для удаления последних применяют шампуни или другие средства с кератолитиками (чаще всего это салициловая кислота) либо препараты угольного дегтя. Другой вариант удаления плотно прилегающих чешуек – размягчение их при помощи оливкового или минерального масла с последующим использованием шампуня. Однако этот способ не удобен для пациентов.

На втором этапе терапии применяют топические глюкокортикостероиды, среди которых предпочтение отдают нефторированным препаратам пролонгированного действия, таким как лосьон Элоком (мометазона фурилат), эмульсия или мазь Адвантан (метилпреднизолон ацепонат) либо комбинированным средствам с дополнительным кератолитическим (лосьон Дипросалик) или антибактериальным (крем или мазь Акридерм, Тридерм) действием. Существенно уменьшить сроки применения наружных гормональных препаратов позволяют гели, содержащие природный пептид  $\gamma$ -L-глутамилгистамин, являющийся продуктом метаболизма биогенных аминов (серотонина, гистамина, таурина), или его комбинацию с цинка пиритионом, усиливающим противосеборейный эффект. Эти препараты, производимые ООО «КОРУС ФАРМ» (Россия), обеспечивают активную защиту кожи от раздражения, оказывая противовоспалительное, противоаллергическое и противовоспа-

лительное действие, что позволяет рассматривать их в качестве средств, повышающих результативность лечения СД.

Следующим важным этапом является курсовая наружная противогрибковая терапия одним из перечисленных препаратов длительностью не менее 4 недель. Затем можно перейти к поддерживающему лечению, при котором средства наносят на кожу волосистой части головы один раз в 1–2 недели.

### СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

При неэффективности наружной терапии показан прием внутрь в течение одной недели системных антимикотических препаратов. Это может быть Кетоконазол (200 мг/день), Тербинафин (250 мг/день), Флуконазол (100 мг/день), Интраконазол (200 мг/день), Леворин или Леворидон (20 мг/день).

В особо тяжелых случаях назначают себосупрессивные средства, в частности Изотретиноин, который снижает выработку себума и уменьшает размер сальных желез до 90%, а также оказывает противовоспалительное действие. Отмечено, что ежедневный прием препарата в суточной дозе от 0,1 до 0,3 мг/кг массы тела приводит к улучшению состояния пациентов с тяжелой себореей после 4 недель лечения. В последующем доза от 5 до 10 мг/сутки позволяет поддерживать достигнутый результат в течение продолжительного времени.

По показаниям в комплексной терапии используют антигистаминные и седативные препараты, средства для коррекции состава микробиоценоза кишечника, энтеросорбенты и мультивитаминовые комплексы.

### КИСЛОРОДНО-ОЗОНОВАЯ ТЕРАПИЯ

В настоящее время существуют убедительные данные о высокой результативности кислородно-озоновой терапии при проведении комплексного лечения себореи и ее ▷

## ВОЛОСЫ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ



**ФОТО 1.** Процедура проточной газации волосистой части головы в пластиковой камере «Пилотка»



**ФОТО 2.** Себорейный дерматит волосистой части головы до лечения



**ФОТО 3.** Себорейный дерматит волосистой части головы после лечения

осложнений. Клиническая эффективность методики связана с ее противовоспалительным действием, обусловленным уменьшением тканевой гипоксии, а также с противогрибковым и бактерицидным эффектом, который объясняется способностью озона разрушать липидные структуры биомембран бактерий и грибов.

Процедуры проточной газации волосистой части головы проводят в пластиковой камере «Пилотка» (**фото 1**). Концентрация озона в кислородно-озоновой смеси для пациентов с клиническими проявлениями СД составляет от 800 до 1200 мкг/л. Курс включает от 5–10 до 15 процедур, которые проводят 2–3 раза в неделю. Положительная динамика – уменьшение зуда, шелушения и воспалительных явлений – наблюдается, как правило, уже после 4–5 процедур, а в дальнейшем достигается полный регресс высыпаний (**фото 2, 3**). Для профилактики рецидивов СД и улучшения отдаленных результатов комплексного лечения целесообразно назначение повторных курсов кислородно-озоновой терапии через 2–3 месяца.

### ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ЭНДОКРИННОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

По данным специалистов медицинских центров «АМД Лаборатории», более 50% пациентов, получавших терапию по поводу различных форм нерубцовых алопеций, предъявляли жалобы на наличие перхоти. Почти в 20% случаев наблюдалось тяжелое, имевшее тенденцию к хронизации и рецидивам течение СД волосистой части головы с выраженными клиническими проявлениями в виде зуда и эритематозных шелушащихся пятен. Необходимо отметить, что из числа этих пациентов 34,8% больных связывали обострение дерматита с нервными стрессами. В 52,3% случаев СД протекал на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, нерационального и несбалансированного питания. В 9% случаев пациентки жаловались на нерегулярный менструальный цикл. Также имеются данные, демонстрирующие тяжелое течение СД у пациентов с сахарным диабетом и гипотиреозом, при которых отмечаются нарушение pH и увлажненности кожи, ее защитных и барьерных функций.

Во всех случаях хронического рецидивирующего течения СД лечение должно носить комплексный характер и включать обязательную коррекцию соматических заболеваний, поскольку это позволяет значительно повысить эффективность проводимой терапии и снизить количество рецидивов.

Противорецидивные мероприятия – применение поддерживающих доз антимикотических препаратов, надлежащая гигиена головы, соблюдение диеты, профилактика стрессов, прием витаминов, лечение сопутствующих заболеваний – позволяют облегчить течение дерматоза, улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов. **LNE**