Космецевтики в наружной терапии себорейного дерматита

А.В. СУХОВ[1], М.В. ГОРЯЧКИНА

Центр здоровой кожи, Москва

Cosmeceutics for the external treatment of seborrheic dermatitis

A.V. SUKHOV, M.V. GORYACHKINA

The Healthy Skin Centre, Moscow

Ключевые слова: себорейный дерматит, этиология, патогенез, клинические проявления, течение, лечение, D.S. Emulsion и D.S. Cleansing gel.

Key words: seborrheic dermatitis (SD), etiology, pathogenesis, clinical manifestations, clinical course, treatment, D.S. Emulsion and D.S. Cleansing gel.

Себорейный дерматит — хроническое рецидивирующее заболевание кожи, развивающееся на себорейных участках и в крупных складках, проявляющееся эритемато-сквамозными и фолликулярными папулезно-сквамозными высыпаниями и возникающее в результате активизации сапрофитной микрофлоры.

Себорейным дерматитом страдают примерно 2—5% населения Земли. Пик заболеваемости приходится на 20—50 лет. Чаще болеют мужчины, причем на пубертатный период приходится до $^1/_4$ заболеваемости. Заболевание также может развиться и в первые месяцы жизни у детей. По данным A. Gupta и соавт. [1, 2], на долю обращений к дерматологу пациентов с себорейным дерматитом приходится примерно 10%.

В настоящее время этиология и патогенез себорейного дерматита изучены недостаточно, однако доказана триггерная роль грибов рода *Malassezia*, которые встречаются в составе временной или постоянной микрофлоры кожи примерно у 90% населения. Согласно современной классификации, они относятся к сапрофитным, липокератофильным, дрожжеподобным грибам, базидиомицетам. Это, как правило, липидозависимые виды, в частности к ним относятся *Malassezia globosa, Malassezia restricta, Malassezia furfur* и др. В большинстве случаев они поражают средний и поверхностный отделы рогового слоя и волосяные фолликулы. Изменение химического состава кожного сала (снижение соотношения сквален/триглицериды) способствует гиперколонизации кожи дрожжеподобными грибами и переходу их в патогенную мицелярную форму [3—6].

Среди грибов рода *Malassezi*a в возникновении себорейного дерматита участвуют *Malassezia globosa, Malassezia restricta, Malassezia furfur.* Из очагов поражения при себорейном дерматите эти микроорганизмы высеиваются в 83%, а со здоровой кожи — в 46% случаев [4].

С помощью генетических исследований удалось точно идентифицировать компонент микрофлоры при себорейном дерматите, что позволило по-новому взглянуть на патогенез данного заболевания. Так, C. Gemmer и соавт. [3, 7, 8], используя современные молекулярные методы, полиморфизм длины терминального фрагмента, идентифицировали *Malassezia globosa* и *Malassezia restricta* как виды, преобладающие на коже головы людей, имеющих себорейный дерматит. В других исследованиях было установлено, что у пациентов с себорейным дерматитом, а также у здоровых лиц в видовом составе преобладают *Malassezia globosa* и *Malassezia restricta* (44—66%), а на долю *Malassezia furfur* у таких больных приходится лишь 11%. Несмотря на преобладание на поверхности кожи головы *Malassezia restricta, Malassezia globosa* обладает более высокой липазной активностью, что является основной причиной раздражения кожи скальпа при себорейном дерматите.

В ряде исследований установлено, что у больных себорейным дерматитом отмечается увеличение количества $NK1^+$,$CD16^+$, повышение активности ком-

© А.В. Сухов, М.В. Горячкина, 2012

[1]Тел.: +7 (495) 220-7566

Klin Dermatol Venerol 2012;1:56

племента и увеличение активированных лимфоцитов (HLA-DR4-positive) [6, 9].

К предрасполагающим факторам заболевания также можно отнести повышенное салоотделение, гормонально-эндокринные нарушения, иммуносупрессию, патологию желудочно-кишечного тракта, болезнь Паркинсона, парез мимических мышц, эмоциональные перегрузки. Предполагается роль некоторых нейролептиков в развитии заболевания. Часто себорейный дерматит встречается у пациентов с разноцветным лишаем, при депрессивных состояниях, у лиц, получающих лечение ультрафиолетом А с псораленом (PUVA) [2, 5].

Заболевание нередко ухудшается зимой из-за сухого воздуха в помещениях. Солнечный свет у одних больных вызывает обострения, у других — приводит к улучшению состояния [2].

Себорейный дерматит встречается чаще и протекает тяжелее у ВИЧ-инфицированных пациентов, а длительно текущий, торпидный к терапии — прямое показание к обследованию на ВИЧ-инфекцию. У пациентов с ВИЧ себорейный дерматит встречается в 30—83% случаев [9].

При себорейном дерматите поражение кожи носит медленно прогрессирующий характер и сопровождается зудом, нередко интенсивным. На себорейных участках появляются шелушащиеся пятна желтовато-красного цвета и желтовато-розовые папулы, которые могут сливаться в бляшки желтовато-красного (розового, оранжевого) цвета, покрытые жирными чешуйками. Процесс поражения кожи часто носит симметричный характер и за счет периферического роста и разрешения в центре бляшки могут приобретать гирляндоподобные и кольцевидные формы. При поражении кожи волосистой части головы отмечаются неравномерное шелушение или образование плотных корочек. Нередко при осмотре можно увидеть желтые или белые чешуйки, прикрепленные к стержню волоса. За ушами нередко образуются липкие корки и трещины [2, 10].

В зависимости от локализации и выраженности воспалительного процесса выделяют несколько клинико-топографических типов себорейного дерматита [10]:

1) себорейный дерматит волосистой части головы:

— сухой (простая перхоть);

— жирный (стеариновая или восковидная перхоть);

— воспалительный (экссудативный);

2) себорейный дерматит лица;

3) себорейный дерматит туловища и крупных складок;

4) генерализованный себорейный дерматит.

Проявление дерматоза, локализующегося на открытых участках кожи — в области лица, волосистой части головы, туловища в виде ярко-воспалительных пятен, папул, сливающихся в обширные чешуйчатые бляшки, — приносят пациентам, помимо физических, моральные страдания. У больных часто наблюдаются эмоциональная лабильность, тревожность, в тяжелых случаях отмечается склонность к депрессивным состояниям. Именно поэтому адекватное лечение себорейного дерматита является актуальной задачей.

Лечение себорейного дерматита включает назначение как системных, так и наружных лекарственных средств. В упорных, тяжело протекающих случаях назначают системные антимикотики (флуконазол, итраконазол, тербинафин). При системной терапии себорейного дерматита основное внимание уделяется ферментным препаратам и гепатопротекторам, участвующим в процессе пищеварения (эссенциале, фестал, мезим, карсил). Также следует соблюдать диету с ограничением углеводов, острой, пряной пищи. Особое внимание уделяется аминокислотам с липотропным эффектом, способствующим утилизации жировых накоплений. Так, назначение метионина позволяет нормализовать синтез фосфолипидов из жиров и уменьшить отложение в печени нейтрального жира, способствует синтезу адреналина, креатинина, активирует действие ряда гормонов, ферментов, витамина B_{12}, аскорбиновой и фолиевой кислот. Применение рибофлавина регулирует окислительно-восстановительные процессы за счет участия витамина в белковом, жировом и углеводном обмене. При выявлении сопутствующей соматической патологии основной акцент делается на лечении обнаруженных заболеваний [4, 7, 11].

Наружное лечение себорейного дерматита направлено на снятие клинических проявлений и зависит от жалоб, с которыми пациент обратился к врачу. В связи с этим эффективный лечебный менеджмент заболевания включает использование этиотропных и патогенетических средств, которые помогают снять острые воспалительные явления, зуд, нормализовать процессы десквамации и салоотделения, оказывать мощный противогрибковый (фунгицидный и фунгистатический) эффект. Традиционным методом топической терапии себорейного дерматита считались кортикостероидные кремы и мази, способствующие быстрому регрессу воспаления и зуда, в то же время продолжительное применение топических стероидов ограничено нежелательными эффектами, длительное их применение приводит к атрофии кожи и телеангиэктазиям. Научные открытия, доказавшие участие *Malassezia* в развитии себорейного дерматита, изменили стратегию лечения и сместили акценты от кортикостероидных к наружным противогрибковым препаратам. В перечень средств, применяемых для лечения себорейного дерматита, входят азолы, аллиламины, морфолины и др. При этом учитывается способность препарата накапливаться именно в тех слоях кожи,

где развиваются грибковый процесс, способность оказывать противовоспалительное и кераторегулирующее действие. Важным также является наличие разных форм препарата (крем, мазь, шампунь и др.), способных эффективно лечить заболевания с учетом анатомической области [4, 5, 11].

Однако в некоторых случаях при лечении себорейного дерматита в дополнение к местному и/или пероральному применению противогрибковых средств могут потребоваться стероиды. В таких случаях оправдано назначение комбинированных препаратов, таких как пимофукорт, травокорт, тридерм, обладающих противовоспалительной, противогрибковой, противозудной активностью.

В то же время, учитывая физиологические аспекты появления себорейного дерматита, характер его течения, возраст заболевших, оправданным методом терапии, а также профилактики заболевания является использование средств лечебной косметики.

Среди топических препаратов, используемых при себорейном дерматите, наше внимание привлекли лечебно-косметические средства *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* французской компании «Uriage» («Урьяж»), которые благодаря своему уникальному составу, текстуре и удобству применения являются одними из наиболее перспективных средств при лечении данной патологии. Эмульсию и гель можно использовать в качестве монотерапии, а также применять в комбинации с любыми другими лечебными и косметическими средствами. Уникальность эмульсии и геля заключается в том, что они предназначены для лечения как гладкой кожи, так и кожи волосистой части головы. К несомненным преимуществам *D.S. Emulsion* относится возможность их применения у детей и новорожденных, что свидетельствует о высокой системной безопасности препаратов. Эмульсия отличается от геля тем, что в ее состав, помимо ингредиентов, содержащихся в *D.S. Cleansing gel*, включены глицерин и масло ши. Эмульсию показано применять 1—2 раза в сутки, если процесс локализован на гладкой коже. В случае локализации себорейного дерматита в области волосистой части головы эмульсию рекомендовано нанести и оставить на ночь. Гель можно использовать в качестве ежедневного очищения, а в качестве шампуня — 2—3 раза в неделю.

Основным компонентом *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* является уникальный, специально разработанный и запатентованный TLR2-Regul-комплекс, регулирующий активацию TLR2-рецепторов. При себорейном дерматите грибы рода *Malassezia* способны вызвать иммунные реакции в ответ на присутствие патогенного агента. В этом случае усиливается выброс медиаторов воспаления за счет стимуляции Toll-подобных трансмембранных рецепторов. TLR2-Regul-комплекс ингибирует синтез провоспалительных медиаторов и тем самым предотвращает развитие реакции воспаления на коже. Пироктон Оламин — следующий компонент данных лечебно-косметических средств, обладает противогрибковым и антибактериальным действием. Он эффективно воздействует на основную патогенетическую причину себорейного дерматита — грибы рода *Malassezia*. Важными дополнениями эмульсии являются глицерин и масло ши, которые увлажняют и смягчают кожу, сглаживая агрессивное воздействие антибактериальных и противогрибковых средств. Глицерин способствует увлажнению кожи и препятствует ее дегидратации. После использования косметологического средства с глицерином кожа хорошо смягчается и увлажняется, становится гладкой и эластичной. Масло ши обладает замечательными смягчающими и регенерирующими свойствами, оказывая влияние на синтез коллагена, улучшает цвет лица, уплотняет текстуру кожи, повышает тонус и упругость, способствует регенерирующим процессам. Термальная вода, входящая в состав препаратов, обладает успокаивающим действием, снимает раздражение. Препараты некомедогенны, гипоаллергенны, не содержат отдушек, парабенов, ароматизаторов и красителей.

В период с марта 2011 г. по декабрь 2011 г. мы имели возможность исследовать клинические возможности *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* компании «Uriage» при лечении пациентов с себорейным дерматитом разной степени тяжести, обратившихся к дерматологу на прием в «Центр здоровой кожи».

Под нашим наблюдением находились 25 человек (15 мужчин, 10 женщин) в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст 26,5 года). Все пациенты имели себорейный дерматит разной степени тяжести: 40% — легкой, 60% — средней (рис. 1, 2). Давность забо-



Рис. 1. **Себорейный дерматит средней степени тяжести.**



***Рис. 2*. Себорейный дерматит легкой степени тяжести.**

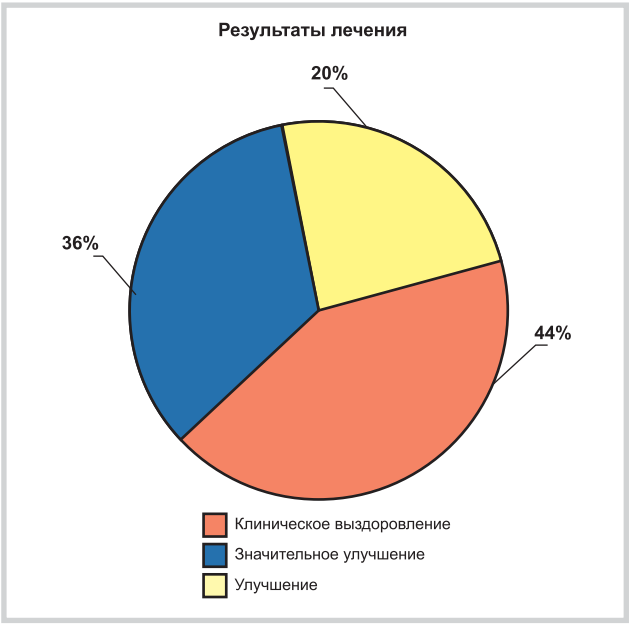


***Рис. 3*. Результаты применения *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* при себорейном дерматите.**

левания варьировала от нескольких недель до 20 лет с периодическими обострениями и ремиссией. При обращении пациенты предъявляли жалобы на зуд, покраснение и шелушение в области патологического очага. В 84% случаев высыпания локализовались в области кожи лица (лоб, область бровей, носогубный треугольник) и волосистой части головы, в 16% очаги себорейного дерматита затрагивали верхнюю часть кожи груди и спины.

Эффективность оценивали по изменению основных параметров заболевания, таких как зуд, гиперемия и шелушение. Оценку интенсивности проявлений симптомов проводили по 3-балльной шкале (0 баллов — отсутствие симптома, 1 — симптом выражен слабо, 2 — умеренно, 3 — сильно). Изменение оценки выраженности клинических проявлений в баллах отражал динамику эффективности проводимой терапии (см. таблицу). Также нами было проведено углубленное дерматоскопическое исследование с помощью кожного микроскопа с увеличением 200, которое более точно позволяет визуализировать патологический процесс.

Всем нашим пациентам были назначены *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* компании «Uriage» в качестве монотерапии на 28 дней. Пациенты с локализацией себорейного дерматита в области лица и волосистой части головы использовали лечебно-косметические средства по следующей схеме. *D.S. Cleansing gel* назначался ежедневно на кожу лица 1—2 раза в сутки в качестве очищающего средства и 3 раза в неделю — в качестве шампуня на область волосистой части головы. *D.S. Emulsion* применяли в виде аппликаций ежедневно на ночь на волосистую часть головы. У пациентов, имевших патологические очаги на коже туловища, *D.S. Cleansing gel* применялся в качестве наружного средства при каждом приеме душа. Пациентам с наиболее выраженными островоспалительными явлениями *D.S. Emulsion* назначали 1 раз в сутки после использования *D.S. Cleansing gel*.

Через 1 нед у всех пациентов отмечался регресс патологических клинических проявлений: уменьшение очагов гиперемии, снижение интенсивности шелушения и зуда. Через 2 нед 2 пациента с легкой формой себорейного дерматита клинически выздоровели. К окончанию лечения у 44% пациентов отмечалось клиническое выздоровление, у 36% — значительное улучшение, у 20% — улучшение (рис. 3).

Пациенты отмечали хорошую переносимость *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* компании «Uriage». Побочных эффектов при использовании геля и эмульсии не выявлено. У 2 пациентов при использовании эмульсии отмечалось легкое жжение в начале лечения, которое не потребовало отмены препарата.

Таким образом, *D.S. Emulsion и D.S. Cleansing gel* компании «Uriage» зарекомендовали себя как эффективные и безопасные лечебно-косметические средства при лечении себорейного дерматита легкой и средней степени тяжести. Препараты обладают противогрибковым и противовоспалительным эф-

Выраженность клинических проявлений (в баллах) при лечении пациентов с себорейным дерматитом препаратами *D.S. Emulsion* и *D.S. Cleansing gel* компании «Uriage»

Симптом	Срок наблюдения, сут		
	0	14	28
Гиперемия	2,7±0,1	1±0,11	0,3±0,02
Шелушение	2,4±0,37	1,1±0,09	0,1±0,01
Зуд	2±0,25	0,5±0,02	0

фектом, воздействуя на основные патогенетические звенья себорейного дерматита. Их дополнительные компоненты (масло ши, глицерин) смягчают действие противогрибковых и противовоспалительных агентов, питая и увлажняя кожу. Препараты могут использоваться как для профилактики, так и для лечения себорейного дерматита самостоятельно или в комбинации с любыми топическими и системными средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Gupta A.K., Bluhm R.* Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 1: 13—26.
2. *Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д.* Дерматология по Т. Фицпатрику. М 2007.
3. *Яковлев А.Б., Суворова К.Н.* Малассезия-инфекция кожи человека. Учебно-методическое пособие. М 2005.
4. *Монахов С.А.* Новое в местной терапии себорейного дерматита. Клин дерматол и венерол 2010; 1: 79—81.
5. *Gupta A.K., Bluhm R., Cooper E.A. et al.* Seborrheic dermatitis. Dermatol Clin 2003; 21: 3: 401—412.
6. *Gupta A.K., Batra R., Bluhm R. et al.* Skin diseases associated with Malassezia species. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 5: 785—798.
7. *Гаджигороева А.Г.* Топическое лечение себорейного дерматита. Дерматология 2010; 2: 24—26.
8. *Gemmer C.M., DeAngelis Y.M., Theelen B. et al.* Fast, noninvasive method for molecular detection and differentiation of Malassezia yeast species on human skin and application of the method to dandruff microbiology. J Clin Microbiol 2002; 40: 9: 3350—3357.
9. *Smith K.J., Skelton H.G., Yeager J. et al.* Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: a 42-month prospective study. Military Medical Consortium for the Advancement of Retroviral Research (MMCARR). J Am Acad Dermatol 1994; 31: 5 Pt 1: 746—754.
10. Руководство по дерматокосметологии. Под ред. Е.Р. Аравийской, Е.В. Соколовского. СПб: ФОЛИАНТ 2008.
11. *Суколин Г.И.* Себорейный дерматит. Новое в этиологии и лечении 1998; 6: 6.