

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Шукуров И.Б., Яхшиева М.Ф., Рустамов М.К.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В данной статье приводятся данные по особенностям клинического течения себорейного дерматита (СД). СД является хроническим заболеванием кожи, встречается во всех возрастных группах больных, преимущественно в молодом и активно-трудоспособном возрасте, имеет разнообразие клинических форм, что требует проведения гистологических исследований для верификации диагноза. Микрофлора в очагах поражения при СД характеризуется микобактериальной флорой - представителями дрожжеподобных липофильных грибов рода *Pityrosporum* и семейством *Micrococcaceae*.

Ключевые слова: себорейный дерматит, особенности клиники, кожа, кожные чешуйки, эритема, папулезные высыпания, микрофлора.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК-МИКРОБИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

И.Б. Шукуров, М.Ф. Яхшиева, М.К. Рустамов,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Себорейный дерматит - одам терисининг ёғ безлари қўп жойлашган соҳалари (бошининг сочи қисми, юз, кўкрак, орқа курак, жинсий аъзолар) зарарланиши билан кечадиган ҳамда аҳоли орасида айниқса, меҳнатга лаёқатли ёшда кенг тарқалган сурункали касалликдир. Ҳар хил клиник шаклларда учрайди. Бу эса таъхислаш мақсадида гистологик ва микробиологик текширувларни ўтказишни талаб қилади. Қўп сонли ўтказилган клиник ва лаборатор тадқиқотлар натижасида шу нарса маълумки, себорейли дерматит патогенезида ачирқисимон липофил замбуруғлар таркибига кирувчи *malassezia* (*Pityrosporum*) микроорганизми катта аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: себорейли дерматит, клиник кечиш хусусиятлари, тери, тери кипикчалари, эритема, тугунчали тошмалар, микрофлораси.

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL FEATURES OF SEBORRHEIC DERMATITIS

Shukurov I.B., Yahshieva M.F., Rustamov M.K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

This article provides data on the features of the clinical course of seborrheic dermatitis (DM). Diabetes is a chronic skin disease, occurs in all age groups of patients, mainly in young and active working age, has a variety of clinical forms, which requires histological studies to verify the diagnosis. Microflora in lesions in diabetes is characterized by mycobacterial flora - representatives of yeast-like lipophilic fungi of the genus *Pityrosporum* and the family *Micrococcaceae*.

Keywords: seborrheic dermatitis, clinical features, skin, skin scales, erythema, papular rash, microflora.

Актуальность

Себорейный дерматит (СД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся гиперпродукцией сальных желез и изменением состава кожного сала, наличием эритематозно-сквамозных очагов на коже. Этот достаточно распространенный дерматоз встречается у 3-5 % населения, хотя перхоть как форма СД наблюдается гораздо чаще - у 15-20 % населения [1,2,3,4].

СД чаще болеют люди в возрасте от 20 до 40 лет. В этиологии СД важную роль играет наследственной, инфекционный, аллергический фактор и иммунный статус организма [1,2,4].

В настоящее время единой точки зрения на этиологию и патогенез СД не существует. Выделяют ряд факторов, способствующих развитию заболевания, - наследственность, иммунные и эндокринные нарушения, инфекционные агенты, поражения нервной

системы, заболевания пищеварительного тракта, лекарственные препараты, влияние окружающей среды и др [3, 5].

Обсуждается проблема себорейного дерматита (СД) - хронического рецидивирующего мультифакторного воспалительного заболевания кожи, характеризующегося наличием эритематозно-сквамозного очагов на участках кожи с повышенным количеством сальных желез. Представлены данные об этиопатогенезе, классификации, клинике и принципах лечения СД [1,4,5].

Цель работы

Изучение особенностей клинического течения СД с учетом возраст больных и давности заболевания.

Материал и методы

Под наблюдением находился 51 больной СД от 4 до 64 года. Мужчин было 17 (33,3%), женщин - 34 (66,6%).

Микробиологические исследования включали бакпосев кожных чешуек (КЧ) на питательные среды Сабуро, 5%-ный кровяной агар, Эндо, Левина для определения микрофлоры. Микологические исследования включали микроскопирование материала и исследование культуры. КЧ предварительно обрабатывали в 20%-ном р-ре КОН. Покрывали покровным стеклом, затем слегка подогревали над пламенем горелки. Через 20-30 мин. препарат микроскопировали. Для исследования грибов использовали среду Сабуро или обогащенный мясо-пептонный агар, на которую засеивали патологический материал и затем его заливали растительным маслом в количестве 2 мл. Посевы инкубировали при $t + 37^{\circ}\text{C}$ в течение 7-14 дней в термостате. Потом проводили идентификацию микотической флоры.

Результат и обсуждение

До 7 лет СД был диагностирован у 5 (9,8%), 8-15 лет - у 10 (19,6%), 16-19 лет - у 7 (13,7%), 20-29 лет - у 15 (29,4%), 30-39 лет - у 10 (19,6%) 40-49 лет и старше 50 лет - у 3 (5,8%) и 2 (3,9%) пациентов соответственно. СД чаще встречался у больных женского пола. По нашим данным, пик заболеваемости приходился на молодой, активно-трудоспособный возраст (АТВ) (20-29 лет) - 29,4%.

Продолжительность СД у 23 (45,1%) больных составил - до 1 года, у 19 (37,3%) - от 1 до 5 лет, у 9 (17,6%) - более 5 лет. Интересно отметить, что с учетом возрастных показателей с давностью заболевания до 1 года в возрасте до 7 лет дерматоз диагностирован у 5 из 23, 8-15 лет - у 4, 16-19 лет - у 3, 20-29 лет - у 5, 30 - 39 лет - у 3, более 40 лет - у 2. С увеличением давности заболевания от 1 до 5 лет и более заболевание диагностировали в молодом и АТВ - от 20-39 лет, что, возможно, связано с гормональным дисбалансом и/или иммунологическими нарушениями.

Особый интерес представляет клиника СД. У обследованных больных кожно-патологический процесс располагался на КВЧГ, лица, туловища - в области грудной клетки, межлопаточной области. Элементы поражения: пятна, эритемы, папулезные высыпания, трещины, корочки, КЧ. Кожа в очагах поражения была гиперемирована, инфильтрирована, покрыта отрубевидными чешуйками, особенно на КВЧГ в виде "молочных корок". На коже туловища очаги поражения характеризовались эритематозно-сквамозными высыпаниями округлой, овальной или неправильной формы с нечеткими краями, на поверхности которых отмечали мелкое отрубевидное шелушение.

Сделан анализ клинической картины с учетом распространенности кожно-патологического процесса. Так, распространенная форма СД установлена у 20 (39,2%), ограниченная форма - у 31 (60,8%) больного.

Ограниченная форма характеризовалась поражением только КВЧГ, эритематозно-сквамозными высыпаниями с отрубевидным шелушением. У некоторых больных на коже отмечали инфильтрацию, трещину, мокнутие без пузырьковых высыпаний. Больных беспокоил интенсивный зуд. Следует отметить, что с учетом полового аспекта поражение КВЧГ наиболее часто отмечалось у лиц женского пола - 22 из 31 больного, что составило 70,9%. Причем в возрастном аспекте больше подверглись болезни в возрасте 20-29 лет - 19,4%. Интересно отметить, что у 19 больных клиническая картина напоминала псориаз воло-

систой части головы, у 7 больных клиника была сходна с микозом, у 5 - напоминала себорейную экзему.

Распространенная форма характеризовалась расположением кожно-патологического процесса на КВЧГ, лица, особенно в области носослезных складок, бровей, грудной клетки. Очаги поражения: мелко точечные фолликулярные узелки желто-розового цвета, покрытые жирными, серовато-желтыми чешуйками. На коже грудной клетки в результате слияния нескольких бляшек образовались крупные очаги с фестончатыми очертаниями. Субъективно: беспокоил периодический зуд. С учетом гендерного признака распространенная форма чаще диагностировалась у лиц женского пола - у 12 из 20 больных.

Важно подчеркнуть, что по характеру кожно-патологического процесса у 7 больных клиническая картина была сходна с аллергодерматитом, у 6 - по типу разноцветного лишая, у 4 - по типу себорейной формы псориаза, у 3 - по типу розацеа, у 1 - по типу экземы.

Результаты микробиологических исследований показали, что у 11 из 51 больного были культивированы дрожжеподобные липофильные грибы *Pityrosporum ovale*, что составило 21,5%, далее *St. aureus* - у 15 (29,4%), *St. haemolyticus* - у 8 (15,7%), *St. saprophyticus* - у 11 (21,5%). Тогда как на коже туловища рост *Pityrosporum ovale* отметили у 4 (7,8%), *St. aureus* - у 11 (21,5%), *St. Haemolyticus* - у 4 (7,8%) и *St. saprophyticus* - у 13 (25,5%) больных.

Следует отметить, что колонизация представителей семейства *Micrococcaceae* в очагах поражения статистически достоверно превышало показатели микрофлоры у здоровых лиц ($p < 0,05$), что составило в среднем $1221,5 \pm 215,6$ КОЕ/см². Полученные данные свидетельствуют о высокой обсемененности патогенной флоры *Stafylococcus* spp. на коже у больных СД, что, на наш взгляд, имеет важное значение в клиническом течении данного дерматоза.

Таким образом, СД является хроническим заболеванием кожи, встречается во всех возрастных категориях больных, преимущественно в АТВ имеет разнообразие клинических форм, что требует проведения гистологических исследований для установления окончательного диагноза. Микрофлора в очагах поражения при СД характеризуется микобактериальной флорой - представителями дрожжеподобных липофильных грибов рода *Pityrosporum* и семейством *Micrococcaceae*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Корнишова В. Г. Себорейный дерматит (обзор) / В. Г. Корнишова, Е. Ю. Могилева // Пробл. мед. микол. - 2012. - № 3. - С. 3-11.
2. Альбанова В.И., Калинина О.В. Себорейный дерматит: патогенез, клиника, лечение // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2013. № 3. С. 36-41.
3. Белоусова Т. А. Себорейный дерматит волосистой части головы: современные представления об этиологии, патогенезе и терапии / Т. А. Белоусова, М. А. Горячкина, Д. Г. Катранова // Вестн. дерматол. венерол. - 2013. - № 6. - С. 132-138.
4. Puzenat E., Riou-Gotta M.O., Messikh R., Humbert P. Facial dermatosis: acne, rosacea, seborrheic dermatitis // Rev Prat. 2010. Vol. 60. № 6. P. 849-855.
5. Калинина О. В. Терапия себорейного дерматита волосистой части головы / О. В. Калинина, В. В. Евстафьев, В. И. Альбанова // Рос. журн. кожн. вен. болезней. - 2014. - № 2. - С. 48-5.

Поступила 07.03. 2019