

ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

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

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В статье приводятся клинико-микробиологические данные у больных себорейным дерматитом. Результаты исследования показали высокую высеваемость патогенной микрофлоры семейства *Micrococcaceae* (*st. aureus*, *st. haemolyticus*) у больных себорейным дерматитом, что способствует усугублению клинического течения дерматоза. Использование препаратов наружного применения триназол (при тяжелой и средней степени тяжести) и хайкиназол (легкой и средней степени тяжести) при себорейном дерматите являются эффективным в виду своих противовоспалительного, противомикробного действия.

Ключевые слова: себорейный дерматит, клиника, микробиология, *staphylococcus spp*, *Pityrosporum spp.*, наружное лечение

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ БИЛАН ОЁРИГАН БЕМОРАЛРИ МАЎАЛЛИЙ
ДАВОЛАШДА ОПТИМАЛ ЁНДАШУВ

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

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мақолада себореяли дерматит касаллигига чалинган беморларда клиник ва микробиологик маълумотлар келтирилган. Кўп сонли ўтказилган клиник ва лаборатор тадқиқотлар натижасида шу нарса маълумки, себореяли дерматитга чалинган беморларда *Micrococcaceae* оиласининг патоген микрофлораси (*st. aureus*, *st. haemolyticus*) катта аҳамиятга эга. Бу эса себореяли дерматит касаллигининг клиник кечишини кўчайтиради. Себореяли дерматитда триназол (оғир ва ўрта оғир даражада) ва хайкиназол (енгил ва ўрта оғир даражада)дан фойдаланиш, яъни яллиғланишга қарши, микробларга қарши таъсирларини ҳисобга олган ҳолда самарали ҳисобланади.

Калит сўзлар: себореяли дерматит, клиникаси, микробиологияси, *staphylococcus spp*, *Pityrosporum spp.*, маҳаллий давоси.

OPTIMAL APPROACHES TO EXTERNAL THERAPY IN PATIENTS WITH SEVERE AN DERMATITIS.

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

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

The article highlights the clinical and microbiological data in patients with seborrheic dermatitis. The research results showed that the *Micrococcaceae* family (*st. aureus*, *st. haemolyticus*) in patients with seborrheic dermatitis, which contributes to the aggravation of the clinical course of dermatosis. The use of external preparations of trinaazole (for severe and moderate severity) and haykinazole (for mild to moderate severity) for seborrheic dermatitis are effective anti-inflammatory, antimicrobial agents.

Key words: seborrheic dermatitis, clinic, Microbiological, *staphylococcus spp*, *Pityrosporum spp.*, treatment.

Актуальность

Себорейный дерматит (СД) - хронический эритематозно-сквамозный дерматоз, поражающий себорейные зоны кожного покрова (в основном лицо, кожу волосистой части головы, грудь, межлопаточную область). Заболевание под названием "себорейная экзема" было описано в 1887 г. П. Унна. Позднее Л. Брок предложил синоним "себореид", а Ж.-Ф. Дарье - современное название [1]. СД страдает примерно 1-3% населения с пиком заболеваемости в 18-40 лет. Чаще болеют мужчины, причем на пубертатный период приходится до заболеваемости. На долю обращений к дерматовенерологу больных СД приходится примерно 10% [2]. Локализуясь на открытых участках тела (особенно на лице и коже волосистой части головы), заболевание проявляется эритемой, зудом и шелушением с образованием мелких желтоватых чешуек, что приводит к резкому снижению качества жизни паци-

ентов. СД чаще болеют люди в возрасте от 20 до 40 лет.

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-сквамозных очагов на участках кожи с повышенным количеством сальных желез. Представлены данные об этиопатогенезе, классификации, клинике и принципах лечения СД. [1,4,5].

Целью наших исследований явилось разработка оптимальных методов наружной терапии у больных себорейным дерматитом с учетом микробиологического статуса.

Материал и методы

Под наблюдением находились 76 больных себорейным дерматитом в возрасте от 12 до 54 лет с давностью заболевания от 6 месяцев до 12 лет. Среди них лица мужского пола составили - 46, лица женского пола - 32.

У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования.

Клинические исследования характеризовались определением дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) до и после лечения. Микробиологические исследования кожи заключались в бакпосеве кожных чешуек очагов поражения и не пораженного участка. Для микробиологических исследований использовались 5% кровяной агар, среда Эндо, Левина и соляной агар с маннитом. Инкубация культуры производили в термостате при температуре 36,80С.

Результат и обсуждения

Изучение клинического течения себорейного дерматита показало, что из 76 больных у 27 (35,5%) диагностировали легкую степень тяжести, у 38 (0%) - средней степени и у 11 (14,5%) - тяжелую степень тяжести заболевания. Легкое течение себорейного дерматита характеризовалось наличием эритематозно-

сквамозных высыпаний на коже волосистой части головы, лица, особенно в области носогубных складок на фоне удовлетворительного общего состояния больного. Средней степени тяжести характеризовалось распространенностью кожно-патологического процесса (кожа волосистой части головы, туловища, верхняя конечность), выраженной гиперемией инфильтрацией.

Тяжелая степень тяжести (11 больных) характеризовалась скоплением большого количества жирных чешуек, массивных корок на коже волосистой части головы. На коже очагов поражения отмечали явления мацерации, мекнутые, местами трещины. Помимо кожных проявлений у этих больных отмечали жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, иногда повышение температуры.

Результаты микробиологических исследований кожи очагов поражения показали рост условно-патогенной флоры на коже в очагах поражения у 70 (92,1%) больных. Так, у 61 (80,3%) больного - отмечали рост *staphylococcus* spp., у 9 (11,8%) - рост липофильных дрожжеподобных грибов рода *Pityrosporum* spp. Среди представителей семейства *Micrococcaceae* наиболее часто высевался патогенная флора *st.aureus* - у 24 (39,3%) больных, *st.haemolyticus* - у 14 (22,9%), *st.saprophyticus* - у 15 (24,5%), *st. epidermidis* - у 8 (13,1%). При этом обсемененность патогенной флоры *staphylococcus* составило от 480 до 1970 КОЕ/см² соответственно. Среди липофильных дрожжеподобных грибов у 9 больных с кожи очагов поражения волосистой части головы и туловища культивировали *Pityrosporum ovale*.

Таблица №1.

Показатели высеваемости условно-патогенной флоры в очагах поражения у больных себорейным дерматитом с учетом степени тяжести . (КОЕ)

Степень тяжести	<i>st.aureus</i>	<i>st. Haemolyticus</i>	<i>st.saprophyticus</i>	<i>st. epidermidis</i>	<i>Pityrosporum</i> spp
Легкая степень N=13	5		7	1	4
Средняя N=37	8	14	8	7	1
Тяжелая N=11	11				4
Всего N=61	24	14	15	8	9

Анализ клинического течения с учетом микробиологического статуса показал, что у больных с тяжелой степенью тяжести в 100% случаев (11) высевался *st.aureus* с высокой колонией в среднем 1818,4±50,4 КОЕ. (P<0,05). Следует отметить, что у 4 больных в этой же группе был высеян дрожжеподобный липофильный гриб *Pityrosporum* spp., что обусловило микст-контаминацию условно-патогенных микроорганизмов в очагах поражения. Тогда как, у больных средней степени тяжести в 97,4% случаев был высеян микроорганизмы семейства *Micrococcaceae*: *st.aureus* - в 21,6%, *st. haemolyticus* - 37,8%, *st.saprophyticus* - 21,6%, *st. epidermidis* - 18,9% соответственно. У больных легкой степени тяжести в 38,5% (5 из 13 больных) высевался *st.aureus*, в 53,8% (7) - *st.saprophyticus* соответственно. Дрожжеподобные липофильные грибы *Pityrosporum* spp. в основном высе-

вался в больных легкой и тяжелой формы заболевания соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о высокой высеваемости патогенной микрофлоры семейства *Micrococcaceae* (*st.aureus*, *st. haemolyticus*) у больных себорейным дерматитом, что способствует усугублению клинического течения дерматоза.

Изучение антибактериальной чувствительности *staphylococcus* spp. показало, высокую чувствительность к антибиотикам группы аминогликозидов (меркапин, неомицин сульфат - 96-97%), группы макролидов (азитромицин - 83%), фторхинолонов (левофлоксацин - 90-92%, ципрофлоксацин - 81% соответственно), группы цефалоспоринового ряда (цефотаксим, цефтриаксон - 90-93% соответственно), что свидетельствует о высокой патогенности этих микроорганизмов.

Выявление патогенной микрофлоры с высокой колонизацией обуславливает снижение как общего и местного иммунитета и несостоятельность системы клеточной реактивности организма, характеризующиеся снижением про-(ФНО-альфа) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов, что способствует развитию микробной контаминации на коже у больных себорейным дерматитом [2,8,9].

Учитывая клинико-микробиологические показатели у больных себорейным дерматитом для местного лечения необходимо применение лекарственных препаратов, способных одновременно воздействовать на все патологические механизмы. Следует сказать, что в большинстве случаев наружное применение лекарственных форм с антибиотиками или противогрибковыми препаратами, без включения в их состав глюкокортикоидных средств, может приводить к обострению воспалительного, прежде всего аллергического процесса. Поэтому, в этих условиях актуальным является поиск новых высокоэффективных многокомпонентных препаратов, обладающих широким спектром действия.

У больных себорейным дерматитом при тяжелой и средней степени тяжести заболевания нами использован препарат наружного назначения триназол, обладающий противомикробной, противовоспалительной и противоаллергическим действиями. В состав препарата входит кетоконазол - 10 мг, клотетазол пропионат - 0,25 мг, неомидин сульфат - 5000 МЕ. В современной терапии дерматозов предпочтение отдается тем глюкокортикоидам (ГКС), которые отвечают требованиям "эффективность-безопасность" и сводят к минимуму побочные действия глюкокортикоидов.

Кетоконазол - является противогрибковым средством широкого спектра действия, воздействует на клеточную мембрану грибка, посредством изменения ее проницаемости.

Клотетазол пропионат - является кортикостероидным гормоном, который выступает в качестве высокоэффективного противовоспалительного и противоаллергического средства с минимальным побочным действием.

Неомидин сульфат - является средством против грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Для оценки клинической эффективности триназола определяли дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС)). Определение индекса ДИШС проводилось по следующим параметрам: эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость (ксероз), шелушение, эрозии, зуд. Параметры оценивались по 3-х балльной системе, кроме зуда (4 балла). При этом показатели индекса ДИШС оценивались по следующим критериям: при снижении показателей индекса ДИШС на 95% характеризовала клиническую ремиссию, 75-95% - значительное улучшение, 50-75% - улучшение, 25-50% - незначительное улучшение.

Всем больным согласно стандарту и клиническому протоколу по лечению кожных заболеваний проводили базисную терапию, заключающуюся в назначении гипосенсибилизирующей, антигистаминной терапии, витаминотерапии и наружной терапии (основная группа получала триназол и контрольная группа - гентамициновую мазь).

Триназол наносили на очаги поражения два раза в день в течение 5-7 дней.

Критерии включения в исследования явились:

1. Тяжелая и средняя степень тяжести течения кожного процесса.
2. Использование больными в течение последних 3 месяцев наружной терапии в виде индифферентных мазей и кремов (без глюкокортикоидов)
3. Наличие добровольного информированного согласия больных.

Таблица 2.

Сравнительная оценка ДИШС на фоне наружной терапии триназолом у больных себорейным дерматитом тяжелой и средней степени тяжести.

Группы	Дерматологический индекс шкалы симптомов						
	Эритема	отек	Мокнутие	Сухость	Шелушение	Эрозии	Зуд
До лечения (триназол) N=27	2,9±0,01	2,6±0,04	1,6±0,02	1,8±0,02	2,6±0,06	1,6±0,02	3,9±0,01
После лечения (триназол) N=27	1,2±0,01*	0,7±0,02*	0,8±0,03	1,2±0,02*	1,2±0,03*	0,8±0,02*	0,7±0,01*
Контрольная группа До лечения N=10	2,9±0,02	2,9±0,03	1,8±0,01	1,8±0,03	2,8±0,04	1,4±0,03	3,7±0,02
Контрольная группа после лечения N=10	1,9±0,02*	2,1±0,04*	1,5±0,04	1,6±0,03	2,5±0,03	1,3±0,03	2,7±0,03

Примечание: * - P<0.05 достоверность по отношению до лечения.

Как видно из таблицы 2, применения триназола способствовало уменьшению эритемы на 58,6% (P<0.05), отека - на 73,1% (P<0.05), шелушения - на 46,2%, папулезных элементов на 50%. Применение триназола способствовало значительному снижению субъективных ощущений - зуда в 5,6 раза (P<0.05). Тогда как в группе контрольных лиц, получавшие только гентамициновую мазь ДИШС не имел значи-

мых положительных сдвигов, что способствовало сохранению шелушения, эрозивных участков и зуда.

В большинстве случаев больному рекомендуется создать комфортабельность в случаях назначения наружной терапии. В качестве такого лечения удобно применять лекарственные шампуни или лосьоны, бальзамы. Одним из представителей такой группы явился бальзам хайкиназол, в составе которого имеется кето-

коназол (0,025 г), клотримазола пропионата (0,00025 г), спирт (0,013 г), додецилсульфата натрия (0,07г), эдетат двунариевый (0,01 г) и др. компонентов, которые в комплексе оказывают противовоспалительное, противомикробное, кератолитическое свойства.

Хайкиназол был применен у больных с легкой и средней стадии тяжести себорейного дерматита, что способствовало положительной динамике дерматологического индекса шкалы симптомов.

Таблица №3.

Сравнительная оценка ДИШС на фоне наружной терапии хайкиназолом у больных с себорейным дерматитом легкой и средней степени тяжести

Группы	Дерматологический индекс шкалы симптомов						
	эритема	Отек	Мокнутие	Сухость	Шелушение	Эрозии	Зуд
Больные себорейным дерматитом до лечения N=37	2,9±0,01	2,8±0,02	1,9±0,03	2,5±0,02	2,8±0,02	1,3±0,01	4,2±0,01
Б-е с себорейным дерматитом после леч-я Хайкиназолом N=37	1,3±0,03*	1,1±0,02*	0,7±0,02	1,6±0,03	1,4*±0,02	0,7±0,01	1,5*±0,01

Примечание:* - P<0.05 достоверность по отношению до лечения.

Следует сказать, что применение триназола и хайкиназола не только положительной динамики ДИШС у больных себорейным дерматитом, но и микробиологическим показателям очагов поражения. Так, у больных в очагах поражения после лечения было отмечено снижения уровня колонизации патогенной флоры в 3,2 раза - в группе , получавшие триназол и в 3,4 раза - в группе , получавшие хайкиназол соответственно. В процессе использования препаратов наружного действия у больных не отмечено побочных действий.

Выводы

1. Использование препаратов наружного применения триназол и хайкиназол при себорейном дерматите является эффективным в виду своего противовоспалительного, противомикробного действия.

2. Триназол - крем наружного применения в виду своей противомикробной, прововосполительной и провоаллергической действия предпочтительно использовать у больных себорейным дерматитом тяжелой и средней степени тяжести заболевания.

3. Хайкиназол - бальзам в виду своей противовоспалительного и противомикробного действия, предпочтительно использовать у больных средней и легкой степени тяжести себорейного дерматита. Следует отметить, что бальзам хайкиназол можно использовать в качестве поддерживающей наружной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Альбанова В.И., Калинина О.В. Себорейный дерматит: патогенез, клиника, лечение // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2013; 3: 36-41. [Albanova V.I., Kalinina O.V. Seboreyniy dermatit: patogenez, klinika, lechenie // Eksperimentalnaya i klinicheskaya dermatokosmetologiya. 2013; 3: 36-41. (In Russ)]
- Калинина О.В., Альбанова В.И. Современная концепция патогенетического лечения себорейного дерматита // Дерматология в России. 2014; 3 (S1) [Kalinina O.V., Albanova V.I.

Sovremennaya konsepsiya patogeneticheskogo lecheniya seboreynogo dermatita // Dermatologiya v Rossii. 2014; 3 (S1) (In Russ)]

- Монахов С.А. Современный подход к терапии себорейного дерматита // Consilium Medicum. Дерматология. 2010; 1: 7-9. [Monaxov S.A. Sovremenniy podxod k terapii seboreynogo dermatita // Consilium Medicum. Dermatologiya. 2010; 1: 7-9. (In Russ)]
- Панюкова С.В., Соркина И.Л., Лысенко В.В., Корсунская И.М., Клиническая дерматология и венерология 2012; 4: 61-65. [Panyukova S.V., Sorkina I.L., Lisenso V.V., Korsunskaya I.M., Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya 2012; 4: 61-65. (In Russ)]
- Олисова О.Ю., Давидович М.И. Современный подход к лечению себорейного дерматита // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; 4: 31-35. [Olisova O.YU., Davidovich M.I. Sovremenniy podxod k lecheniyu seboreynogo dermatita // Rossiyskiy jurnal kojnix i venericheskix bolezney. 2014; 4: 31-35. (In Russ)]
- Монахов С.А. Новое в местной терапии себорейного дерматита // Клиническая дерматология и венерология Москва 2010; 1: 79-82. [Monaxav S.A. Novoe v mestnoy terapii seboreynogo dermatita // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya Moskva 2010; 1: 79-82. (In Russ)]
- Давидович М.И. Опыт применения УФБ 311 нм в лечении себорейного дерматита // Русский медицинский журнал. Дерматология, аллергология. 2015; 9: 525-526. [Davidovich M.I. Obit primeneniya UFB 311 nm v lechenii seboreynogo dermatita // Russkiy meditsinskiy jurnal. Dermatologiya, allergologiya. 2015; 9: 525-526. (In Russ)]
- Корнишова В. Г. Себорейный дерматит (обзор) / В. Г. Корнишова, Е. Ю. Могилова // Пробл. мед. микол. 2012; 3: 3-11. [Kornishova V. G. Seboreyniy dermatit (obzor) / V. G. Kornishova, E. YU. Mogileva // Probl. med. mikol. 2012; 3: 3-11. (In Russ)]
- Калинина О. В. Терапия себорейного дерматита волосистой части головы Калинина, В. Вевстафьев, В. И. Альбанова // Рос. журн. кожн. вен. болзн. 2014; 2: 48-53. [Kalinina O. V. Terapiya seboreynogo dermatita volosistoy chasti golovi Kalinina, V. Vevstafev, V. I. Albanova // Ros. журн. кожн. вен. болзн. 2014; 2: 48-53. (In Russ)]
- Богданова Т.В., Елинов Н.П. Морфолого-физиологические характеристики дрожжевых организмов - Malassezia species (Malassez, 1874) Baillon, 1889 (обзор) // Проблемы мед. микологии. 2011; 13(1): 3-13. [Bogdanova T.V., Elinov N.P. Morfologo-fiziologicheskie karakteristiki drozhevix organizmov - Malassezia species (Malassez, 1874) Baillon, 1889 (obzor) / Problemi med. mikologii. 2011; 13(1): 3-13. (In Russ)]

Поступила 09.09. 2019