



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.53-008.811.1-092

ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ И ОБЗОРНЫЙ АНАЛИЗ

Рустамов Мираббос Каримкулович <http://orcid.org/0009-0000-7749-8212>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

*Себорейный дерматит (СД) - это хроническое, рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся в виде эритематозных макул или бляшек с различной степенью шелушения, сопровождающегося зудом. Это заболевание обычно возникает как воспалительная реакция на виды *Malassezia* и обычно проявляется на себорейных участках, таких как кожа головы, лицо, грудь, спина, подмышечные впадины и паховая область. Лечение СД направлено на устранение признаков заболевания, облегчение сопутствующих симптомов, таких как зуд, и поддержание ремиссии при длительной терапии. Поскольку основными патогенетическими механизмами являются размножение *Malassezia* и воспаление, наиболее часто в лечении используются топические противогрибковые и противовоспалительные средства. Другие широко используемые методы лечения включают глюконат/сукцинат лития, каменноугольную смолу, салициловую кислоту, сульфид селена, сульфатамида натрия, глицерин, пероксид бензоила, алоэ вера, грязелечение, фототерапию и др. Сообщалось также об альтернативных методах лечения, таких как масло чайного дерева, *Guassia amara* и *Solanum chrysotrichum*. Системная терапия применяется только при обширных поражениях или в случаях, когда местное лечение не поддается. Таким образом, в этом всеобъемлющем обзоре мы обобщили современные знания о лечении СД и попытались дать соответствующие указания для будущих случаев, с которыми могут столкнуться дерматологи*

Ключевые слова: Malassezia, себорейный дерматит, барьерной функции кожи

SEBOREIK DERMATITNI DAVOLASH: KLINIK VA UMUMIY TAHLIL

Rustamov Mirabbos Karimkulovich

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.
A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Seboreyali dermatit (SD) - bu surunkali, takroriy yallig'lanishli teri kasalligi bo'lib, u eritematoz makula yoki blyashka shaklida namoyon bo'lib, qichishish bilan birga har xil darajada namoyon bo'ladi. Ushbu kasallik odatda Malassezia turlariga mansub zamburug'larga nisbatan yallig'lanish reaksiyasi sifatida yuzaga keladi va odatda bosh terisi, yuz, ko'krak, orqa, qo'l'tiq osti va iyak sohasi kabi seboreik joylarda namoyon bo'ladi. SDni davolash kasallik belgilarini bartaraf etishga, qichishish kabi simptomlarni yengillashtirishga va uzoq muddatli terapiya bilan remissiyani saqlashga qaratilgan. Malasseziyaning ko'payishi va yallig'lanishi asosiy patogenetik mexanizmlar bo'lganligi sababli, davolashda eng ko'p ishlatiladigan topikal antifungal va yallig'lanishga qarshi vositalar mavjud. Boshqa keng qo'llaniladigan davolash usullariga lityum glyukonat / süksinat, ko'mir smolasi, salitsil kislotasi, selen sulfidi, natriy sulfatsetamid, glitserin, benzoil peroksid, aloe Vera, loy terapiyasi, fototerapiya va boshqalar kiradi. Choy daraxti yog'i, Guassia amara va Solanum chrysotrichum kabi muqobil davolash usullari haqida ham ma'lumotlar berilgan. Tizimli terapiya faqat keng jarohatlar yoki mahalliy davolanishga javob bermaydigan holatlarda qo'llaniladi. Shunday qilib, ushbu keng qamrovli sharhda biz SDni davolash bo'yicha zamonaviy bilimlarni umumlashtirdik va dermatologlar duch kelishi mumkin bo'lgan kelajakdagi holatlar uchun tegishli ko'rsatmalar berishga harakat qildik

Kalit so'zlar: Malassezia, seboreyali dermatit, terining to'siq funksiyasi

TREATMENT OF SEBORRHEIC DERMATITIS: CLINICAL AND REVIEW ANALYSIS

Rustamov Mirabbos Karimkulovich

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Seborrheic dermatitis, often known as SD, is a persistent and recurrent inflammatory skin illness that is characterized by the appearance of erythematous macules or plaques, with variable degrees of scaling and itching simultaneously. This condition usually occurs as an inflammatory response to Malassezia species and usually manifests on seborrheic areas such as the scalp, face, chest, back, axillae, and groin area. The goal of treatment for scleroderma is to eradicate the symptoms of the disease, alleviate the symptoms that are linked with it, such as pruritus, and sustain remission by the use of long-term administration of therapy. As a result of the fact that the primary pathogenetic pathways are inflammation and the multiplication of Malassezia, the most often utilized therapies are anti-inflammatory and anti-fungal medications that are applied topically. Lithium gluconate/succinate, coal tar, salicylic acid, selenium sulfide, sodium sulfacetamide, glycerin, benzoyl peroxide, aloe vera, mud treatment, phototherapy, and other therapies are also considered to be common treatments. It has also been claimed that alternative treatments, such as tea tree oil, Guassia amara, and Solanum chrysotrichum, have been implemented. In circumstances where topical treatment is unsuccessful or when the lesions are large, systemic medication is the sole treatment option. Therefore, in this extensive analysis, we have endeavored to provide relevant counsel for future situations that dermatologists may encounter. We have also provided a summary of the current information on the management of diabetes mellitus (DM)

Keywords: *Malassezia, seborrheic dermatitis, skin barrier function*

Актуальность

Лечение себорейного дерматита направлено не только на устранение признаков и симптомов заболевания, но и на нормализацию функций и структуры кожи, поддержание ремиссии в течение длительного периода лечения. [1,2] Основными патогенетическими механизмами являются чрезмерный рост малассезии, местное раздражение кожи и воспаление. [3] Лечение включает местные противогрибковые и противовоспалительные средства, включая каменноугольную смолу, сульфид селена, метронидазол, глюконат/сукцинат лития и фототерапию. [4-7] Также были предложены альтернативные варианты, такие как алоэ вера, грязь, масло кокоса/чайного дерева, квасия амарская, но при выборе лечения необходимо учитывать эффективность, побочные эффекты, простоту применения и возраст пациента. В некоторых случаях используется системная терапия. [8,9] Виды лечения включают местное лечение, которое включает в себя противогрибковые препараты. [10]

Поскольку сахарный диабет является хроническим воспалительным заболеванием, вызванным присутствием грибов на коже, противогрибковые препараты играют решающую роль в его лечении. [11] Местные противогрибковые препараты используются потому, что они могут уменьшить количество малассезии, которая вызывает воспалительную реакцию. Таким образом, местные противогрибковые препараты обычно являются первой линией лечения СД. [12] Доказано, что азольные препараты местного применения, такие как кетоконазол, клотримазол и миконазол, эффективны при СД, поскольку они подавляют синтез клеточных стенок грибов. [13,14] В ходе различных исследований была доказана эффективность местного применения 2%-ного шампуня, крема или геля с кетоконазолом в лечении сахарного диабета. [15]

Кроме того, в одном исследовании сравнивалась эффективность местного применения кетоконазола и стероидных методов лечения себорейного дерматита. В группе, принимавшей кетоконазол, частота ремиссии была такой же, как и в группе, принимавшей стероиды, но частота побочных эффектов была значительно ниже в группе, получавшей кетоконазол. Одно исследование показало, что 2%-ный шампунь с миконазолом, по меньшей мере, так же эффективен и безопасен, как и кетоконазол, для лечения кожных высыпаний на коже головы, в

то время как другое исследование показало его эффективность как для лечения, так и для профилактики. [17] Также было установлено, что крем с клотримазолом эффективен для лечения сахарного диабета, и его регулярно назначают. Goldust и соавт. обнаружили, что крем с сертаконазолом является эффективным и хорошо переносимым средством для лечения сахарного диабета средней и тяжелой степени тяжести, без рецидивов через месяц после лечения. [18,19]

Циклопирокс оламин 1%, выпускаемый в виде крема, шампуня и геля, является противогрибковым средством широкого спектра действия, которое ингибирует металлозависимые ферменты в клетках грибов и обладает противовоспалительными свойствами. [20] Было доказано, что циклопирокс эффективен при лечении дерматита кожи головы (ДП) на лице, и одно исследование показало, что значительно больше пациентов, получавших циклопирокс, достигли улучшения состояния кожи головы более чем на 75% к третьей и четвертой неделе лечения ДП на коже головы. [21,22]

Тербинафин обладает фунгицидным действием, главным образом, за счет ингибирования сквален-эпоксида, что приводит к накоплению сквалена и дефициту эргостерола, ключевого компонента клеточных мембран грибов. [23] Доказано, что 1%-ный крем с тербинафином безопасен и эффективен по сравнению с 2%-ным кремом с кетоконазолом для лечения дерматита кожи головы, при этом не наблюдается серьезных побочных эффектов или различий в частоте рецидивов. Кортикостероиды -это еще один класс препаратов, используемых для лечения дерматита кожи головы. [24,25]

Доказано, что местные кортикостероиды низкой или средней эффективности эффективно устраняют признаки и симптомы, связанные с себорейным дерматитом (СД). Эти местные кортикостероиды можно применять отдельно или в комбинации с противогрибковыми препаратами, но длительное применение не рекомендуется из-за возможных побочных эффектов, таких как телеангиэктазии, гипертрихоз, атрофия и периоральный дерматит. [27-29] В одном исследовании 0,1%-ный крем с бетаметазона валератом показал высокую эффективность в уменьшении эритемы, шелушения и зуда на лице и волосистой части головы быстрее, чем пимекролимус, но рецидивы были более частыми и тяжелыми при применении бетаметазона, чем пимекролимуса. [30] Другое исследование показало, что 2%-ный кетоконазол превосходит 0,05%-ный дипропионат бетаметазона в снижении симптомов и тяжести малайзии. [31]

Также было показано, что гидрокортизон устраняет повреждения и оказывает такое же количество побочных эффектов, как и сертаконазол. В группе, получавшей гидрокортизон, после двух недель лечения наблюдалось большее улучшение, отмечают Goldust и соавт. рекомендуем сертакозол в качестве нестероидной альтернативы местной стероидной терапии по сравнению с 1%-ным кремом с гидрокортизоном. [28]

Комбинация пироктон-оламина и климazoleа обеспечивает эффективное лечение практически без побочных эффектов. Кроме того, это средство уменьшает усилие, необходимое для расчесывания влажных волос, и улучшает их кондиционирование. Пироктон оламин содержится во многих косметических средствах, его максимальная концентрация составляет 1% в средствах для смывания и 0,5% в других средствах, включая шампуни против перхоти. Это этаноламинная соль пироктона, производного гидроксиминовой кислоты, которая служит в качестве противогрибкового средства на основе гидроксипиридола.

Пироктон оламин обладает противогрибковыми свойствами, а механизм его действия заключается в проникновении через клеточную мембрану и образовании комплексов с ионами железа, что в конечном итоге подавляет энергетический обмен в митохондриях. [30,31] Напротив, климazole - это противогрибковое средство на основе имидазола, которое часто используется для лечения грибковых инфекций человека, таких как перхоть и себорейный дерматит. Механизм действия климazoleа заключается в блокировании реакций, опосредуемых ферментами P450, посредством связывания азолов с белковым компонентом P450 в грибах. [31,32]

Цель исследования: систематизировать существующие методы лечения себорейного дерматита, оценить их эффективность, рассмотреть современные терапевтические подходы, а также выделить перспективные направления в лечении заболевания.

Материал и метод исследования

Настоящее исследование представляет собой обзор литературы и анализ клинических рекомендаций по лечению себорейного дерматита, опубликованных в период с 2013 по 2024 год. Были использованы базы данных PubMed, Scopus, eLIBRARY и Cochrane Library. В отбор включались статьи, содержащие клинические исследования, метаанализы и систематические обзоры, соответствующие ключевым словам: "себорейный дерматит", "лечение", "Malassezia", "антимикотики", "кортикостероиды", "иммунотерапия", "профилактика".

Дополнительно был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с диагнозом СД, наблюдавшихся в кожно-венерологическом диспансере города Бухара в период с 2024 по 2025 год. Анализ включал 96 пациентов, получавших различные виды лечения: местное (шампуни, кремы), системное (антимикотики, антигистамины), комбинированное лечение.

Эффективность терапии оценивалась по динамике симптомов, частоте рецидивов и субъективной оценке удовлетворенности пациентов.

Результат и обсуждение

На сегодняшний день лечение СД включает следующие основные направления: Противогрибковые средства. Препараты на основе кетоконазола, циклопирокса, селен дисульфида и цинк-пиритиона демонстрируют выраженное снижение количества грибка *Malassezia* и уменьшение симптомов. Кетоконазол 2% (шампунь и крем) признан "золотым стандартом" терапии.

Кортикостероиды. Местные глюкокортикостероиды (например, гидрокортизон, бетаметазон) обеспечивают быстрое снижение воспаления и зуда. Однако длительное применение чревато развитием побочных эффектов — атрофией кожи, телеангиэктазиями и "рикошетным" эффектом.

Ингибиторы кальциневрина. Такролимус и пимекролимус используются как альтернатива кортикостероидам, особенно на чувствительных участках кожи (лицо, шея). Исследования показали их эффективность при минимальных побочных эффектах.

Системная терапия. В тяжелых и распространенных случаях применяются пероральные антимикотики (флуконазол, итраконазол), ретиноиды, а также антигистаминные препараты для снятия зуда.

Физиотерапия и дополнительные методы. В ряде случаев используются фототерапия (PUVA, УФ-В), криотерапия и плазмотерапия. Эти методы обладают вспомогательным эффектом и могут применяться при устойчивых формах СД.

Клинические наблюдения. Из 96 пациентов, включенных в анализ:

- 68 (70,8%) показали значительное улучшение при применении кетоконазолсодержащих шампуней и кремов;
- 19 (19,8%) получали местные стероиды, из них у 7 наблюдались побочные эффекты;
- 12 (12,5%) лечились ингибиторами кальциневрина с хорошим результатом и без выраженных нежелательных реакций;
- 16 (16,6%) пациентов с тяжелыми формами нуждались в системной терапии, включая флуконазол.

Частота рецидивов была ниже в группах, где лечение сопровождалось коррекцией образа жизни и использованием средств профилактики (мягкие очищающие средства, отсутствие стрессов, диета с ограничением простых углеводов).

Обсуждение.

Себорейный дерматит требует комплексного подхода. Несмотря на наличие большого арсенала средств, терапия должна быть индивидуализирована с учетом тяжести, локализации поражений и сопутствующих заболеваний. Противогрибковые препараты, особенно кетоконазол, остаются наиболее эффективным и безопасным вариантом при легкой и средней тяжести заболевания. Местные стероиды полезны при выраженном воспалении, но их использование должно быть ограничено по времени. Ингибиторы кальциневрина представляют собой перспективную альтернативу, особенно в зонах, где нежелательно применение стероидов. Большое значение имеет профилактика рецидивов: уход за кожей, избегание провоцирующих факторов, использование мягких моющих средств и соблюдение гигиены. Применение средств с себорегулирующим и противовоспалительным действием (например,

салициловая кислота, деготь, цинк) помогает контролировать течение заболевания. Также стоит отметить значительную роль психоэмоционального состояния пациентов. Хронический стресс, тревожность и депрессия могут провоцировать обострение, поэтому психологическая поддержка, когнитивно-поведенческая терапия и нормализация сна — важные компоненты комплексной помощи.

Заключение

Себорейный дерматит остается актуальной дерматологической проблемой с высокой распространенностью и частыми рецидивами. Современные подходы к лечению включают эффективные средства, однако требуют грамотного подбора и соблюдения баланса между результативностью и безопасностью.

Ключевым аспектом успешного лечения является ранняя диагностика, индивидуальный подбор терапии и регулярный контроль. Важна не только медикаментозная, но и профилактическая стратегия, включающая коррекцию образа жизни, уход за кожей и минимизацию факторов риска.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение патогенеза, разработку новых средств, а также методов профилактики и реабилитации пациентов с СД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol.* 2015;3(2).
2. Schwartz JR, Messenger AG, Tosti A, Todd G, Hordinsky M, Hay RJ, et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis - towards a more precise definition of scalp health. *Acta dermato-venereologica.* 2013;93(2):131
3. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31(4):343-51.
4. Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC. Seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1061-71; quiz 72-4.
5. Bukvic Mokos Z, Kralj M, Basta-Juzbasic A, Lakos Jukic I. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2012;20(2):98-104.
6. Buechner SA. Multicenter, double-blind, parallel group study investigating the non-inferiority of efficacy and safety of a 2% miconazole nitrate shampoo in comparison with a 2% ketoconazole shampoo in the treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp. *J Dermatolog Treat.* 2014;25(3):226-31.
7. Azimi H, Golforoushan F, Jaberian M, Talghini S, Goldust M. Efficiency of terbinafine 1% cream in comparison with ketoconazole 2% cream and placebo in patients with facial seborrheic dermatitis. *J Dermatolog Treat.* 2013.
8. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(5):CD008138.
9. Faergemann J. Seborrhoeic dermatitis and *Pityrosporum orbiculare*: treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp with miconazole-hydrocortisone (Daktacort), miconazole and hydrocortisone. *Br J Dermatol.* 1986;114(6):695-700.
10. Attarzadeh Y, Asilian A, Shahmoradi Z, Adibi N. Comparing the efficacy of Emu oil with clotrimazole and hydrocortisone in the treatment of seborrheic dermatitis: A clinical trial. *J Res Med Sci.* 2013;18(6):477-81.

Поступила 20.03.2025