

ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

№ **31** **ТОМ 18**
2022



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ № 4

Пептидные
препараты
в антивозрастной
медицине

6

Современные
методы лечения
себорейного
дерматита
волосистой части
головы

16

Эффективность
и безопасность
генно-инженерных
биологических
препаратов
устекинумаба
и гуселькумаба

86



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

² Поликлиника № 5 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Себорейный дерматит волосистой части головы: от патогенеза к обоснованному лечению

Л.С. Круглова, д.м.н., проф.¹, Е.С. Маркелова²

Адрес для переписки: Лариса Сергеевна Круглова, kruglovals@mail.ru

Для цитирования: Круглова Л.С., Маркелова Е.С. Себорейный дерматит волосистой части головы: от патогенеза к обоснованному лечению. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (31): 16–20.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-31-16-20

Современные методы лечения себорейного дерматита основаны на данных, подтверждающих его грибковую этиологию. Наиболее эффективными считаются противогрибковые средства, относящиеся к имидазоловому ряду антимикотических препаратов, к которым имеют высокую чувствительность *Malassezia spp.* При поражении волосистой части головы шампуни являются высокоэффективной, удобной для применения лекарственной формой. Сертаконазол шампунь лекарственный 2% (Сертаверин) – лекарственная форма для профилактики и лечения перхоти и себорейного дерматита волосистой части головы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с себорейным дерматитом волосистой части головы, среди них 16 (64%) мужчин и 9 (36%) женщин в возрасте от 27 до 48 лет (средний возраст – $33,8 \pm 4,8$ года). У всех пациентов был диагностирован себорейный дерматит волосистой части головы. Лечение включало применение шампуня с 2%-ным сертаконазолом (Сертаверин) ежедневно на протяжении до четырех недель: при достижении клинической ремиссии пациентам было рекомендовано перейти на интермиттирующую схему использования шампуня сертаконазола 2% один раз в неделю. Клинические симптомы (визуально-аналоговая шкала: эритема, десквамация, ксероз, зуд) оценивали до и после лечения (спустя четыре недели). Качество жизни пациентов изучали с учетом динамики дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты. После терапии с применением шампуня Сертаверин у всех пациентов отмечалась выраженная положительная динамика: через одну неделю применения у 13 (52%) отмечалась клиническая ремиссия, у 5 (20%) – значительное улучшение и у 7 (28%) – улучшение. Через две недели терапии клиническая ремиссия была констатируется у 17 (68%) пациентов, значительное улучшение – у 8 (32%). К концу четвертой недели у 100% больных наблюдалась клиническая ремиссия. После терапии снижение суммарного индекса визуально-аналоговой шкалы составило 98%. ДИКЖ снизился на 97%.

Заключение. Высокая эффективность и безопасность сертаконазола шампуня лекарственного 2% (Сертаверин) при лечении больных себорейным дерматитом волосистой части головы подтверждается реальной клинической практикой, что позволяет рекомендовать его для лечения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: себорейный дерматит волосистой части головы, терапия, сертаконазол, шампунь



Введение

Себорейный дерматит (СД) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся образованием эритематозно-сквамозных высыпаний в областях скопления сальных желез. Для СД характерны количественное и качественное изменение состава кожного сала, активация иммунного ответа как реакция на гиперколонизацию *Malassezia* spp. Это достаточно распространенный дерматоз, который встречается у 3–5% населения, хотя повышенная десквамация (перхоть, простой педириаз) как легкая форма СД наблюдается гораздо чаще – у 15–20% населения [1]. Высыпания на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, волосистая часть головы), сопровождающиеся зудом, приводят к психоэмоциональным расстройствам, снижают социальную активность и качество жизни больных, что обуславливает актуальность оптимизации лечения данной категории пациентов [2].

В качестве возможных причин, способствующих возникновению заболевания, рассматривают генетические, метаболические и средовые факторы. В настоящее время ведущая роль дрожжеподобных липофильных грибов рода *Malassezia* (*M. furfur*, *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, *M. obtusa*, *M. slooffiae*) в патогенезе себорейного дерматита волосистой части головы и перхоти подтверждена многочисленными клиническими и лабораторными исследованиями [3]. Грибы концентрируются вокруг сальных желез и используют их секрет для роста и развития. При СД на пораженных участках кожи волосистой части головы концентрация клеток дрожжеподобных грибов значительно выше (83,0%), чем на видимо здоровой коже (46,0–55,4%), при этом преобладают *M. restricta* и *M. globosa* [4]. Высокая липазная активность возбудителя является основной причиной воспалительного ответа при СД. *M. globosa* вследствие потребления триглицеридов кожного сала выделяют ненасыщенные жирные кислоты (олеиновую, арахидоновую), компоненты которых вызывают раздражение кожи [3, 5]. Себорейный дерматит волосистой части головы может проявляться не только повышенной десквамацией, но и воспалительными пятнистыми элементами, умеренно инфильтрированными бляшками с чешуйками на поверхности. При выраженной степени воспаления чешуйки пропитываются экссудатом и формируют серозные или серозно-гнойные корки. Воспалительный процесс приводит к зуду, порой значительному, и нарушению барьерной функции кожи [3].

Современные методы лечения СД основаны на данных, подтверждающих его грибковую этиологию. Наиболее эффективными считаются противогрибковые средства, относящиеся к имидазоловому ряду антимикотических препаратов, к которым имеют высокую чувствительность *Malassezia*. Синтетическое производное бензотиофена и имидазола – сертаконазол является первым в мире противогрибковым препаратом с двойным механизмом действия. Сертаконазол содержит 1-(2-арил-2-замещенную-

этил)-азоловую группу и бензотиофеновую группу. Сертаконазол оказывает как фунгистатическое, так и фунгицидное действие при применении в терапевтических дозах [6].

Для сертаконазола характерно быстрое начало действия (10 минут), необратимое повреждение клеточной стенки гриба при минимальной ингибирующей концентрации, при этом 90% грибковых клеток погибает уже в течение одного часа экспозиции при концентрации 8 мкг/мл [7]. Важное преимущество сертаконазола – стабильность его молекулы, что обуславливает пролонгацию действия (до 48 часов) и эффективно для профилактики повторного инфицирования [8]. По данным ряда авторов, защитный эффект сохраняется в течение двух недель после отмены терапии [9]. Важным дополнением к основным механизмам действия можно считать доказанную противовоспалительную активность сертаконазола преимущественно за счет ингибирования синтеза ряда провоспалительных цитокинов. Так, были исследованы клеточные механизмы, посредством которых сертаконазол проявляет свою противовоспалительную активность в кератиноцитах и мононуклеарных клетках периферической крови человека, активирует провоспалительную митоген-активируемую протеинкиназу р38, индуцирует циклооксигеназу 2, что приводит к последующему высвобождению простагландина E2. Также было обнаружено, что в стимулированных кератиноцитах сертаконазол подавляет выброс ряда цитокинов [10]. Клинические исследования показали противовоспалительный эффект сертаконазола, сопоставимый с гидрокортизоном, такролимусом и пимекролимусом, в том числе при себорейном и атопическом дерматите [11–13].

Кроме того, сертаконазол ингибирует контактную гиперчувствительность и реакцию расчесывания в мышиной модели зуда. Так, в моделях *in vitro* и *in vivo* противозудная эффективность сертаконазола была выше, чем у других топических противогрибковых средств [14]. Противозудное действие сертаконазола подтверждено результатами клинических исследований пациентов с микозами кожи [15].

При поражении волосистой части головы шампуни являются высокоэффективной, удобной для применения лекарственной формой [3]. Сертаконазол шампунь лекарственный 2% – лекарственная форма для профилактики и лечения перхоти и себорейного дерматита волосистой части головы [16, 17].

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с себорейным дерматитом волосистой части головы, среди них 16 (64%) мужчин и 9 (36%) женщин в возрасте от 27 до 48 лет (средний возраст – $33,8 \pm 4,8$ года). У всех пациентов был диагностирован себорейный дерматит волосистой части головы. Лечение включало применение шампуня с 2%-ным сертаконазолом (Сертаверин) ежедневно на протяжении до четырех недель: при достижении клинической ремиссии пациентам было рекомендовано перейти на интермит-

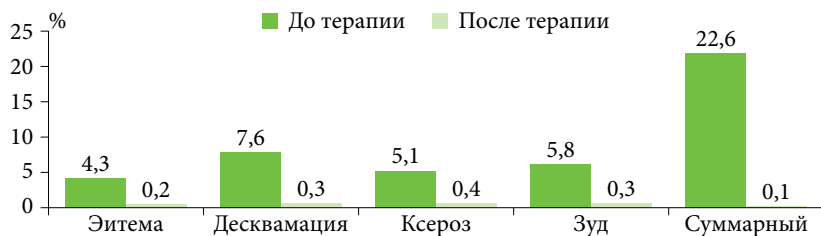


Рис. 1. Динамика показателей ВАШ у пациентов с себорейным дерматитом на фоне лечения шампунем сертаконазола 2% (Сертаверин)

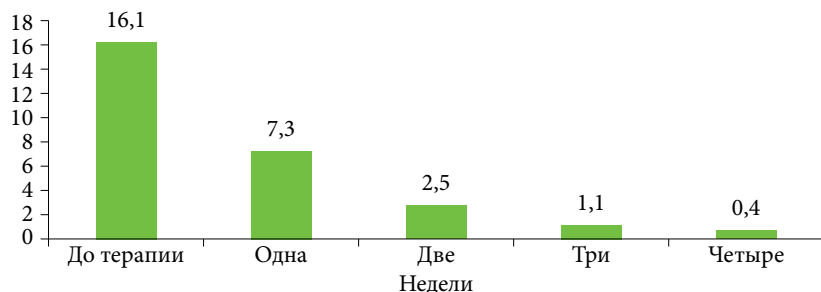


Рис. 2. Динамика показателей ДИКЖ (баллы) у пациентов с себорейным дерматитом на фоне лечения шампунем сертаконазола 2% (Сертаверин)



Рис. 3. Клинические примеры использования шампуня Сертаверин

тирующую схему использования шампуня сертаконазола 2% один раз в неделю.

Клинические симптомы (визуально-аналоговая шкала (ВАШ): эритема, десквамация, ксероз, зуд) оценивали до и после лечения (четыре недели). Качество жизни пациентов изучали с учетом динамики дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты и обсуждение

После терапии с применением шампуня Сертаверин у всех пациентов наблюдалась выраженная положительная динамика: через неделю применения у 13 (52%) отмечалась клиническая ремиссия, у 5 (20%) пациентов – значительное улучшение и у 7 (28%) – улучшение. Через две недели терапии клиническая ремиссия была констатирована у 17 (68%) пациентов, значительное улучшение – у 8 (32%). К концу четвертой недели у 100% больных наблюдалась клиническая ремиссия. Динамика показателей ВАШ представлена на рис. 1. После терапии снижение суммарного индекса ВАШ составило 98%.

Данные клинической эффективности подтверждались динамикой показателей качества жизни (рис. 2). Так, ДИКЖ снизился на 97%.

Побочных эффектов ни у одного пациента не отмечалось. Все больные отметили удобство применения шампуня сертаконазола 2% (Сертаверин) и его хорошие органолептические свойства.

Таким образом, данное клиническое наблюдение подтвердило высокую эффективность и безопасность шампуня сертаконазола 2% (Сертаверин) у пациентов с себорейным дерматитом (рис. 3).

Выводы

1. Сертаконазол обладает широким спектром антимикотической активности, позволяющей в короткие сроки добиться клинического выздоровления у пациентов с себорейным дерматитом. Высокая липофильность сертаконазола приводит к накоплению его в глубоких слоях кожи, обеспечивая сохранение в ней эффективной терапевтической концентрации в течение 48 часов после аппликации. Препарат не оказывает системного действия, не вызывает побочных эффектов и хорошо переносится больными, что положительно сказывается на комплаентности пациентов.

2. Высокая эффективность и безопасность сертаконазола шампуня лекарственного 2% (Сертаверин) при лечении больных себорейным дерматитом волосистой части головы подтверждается реальной клинической практикой, что позволяет рекомендовать его для лечения пациентов с данной патологией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Peyri J., Lleonart M. Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98 (7): 476–842.
2. Prohic A., Kasumagic-Halilovic E. Identification of *Malssezia* species from immunocompetent and immunocompromised patient with seborrheic dermatitis. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2010; 14 (12): 1019–1023.