



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 констатирована 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 имидазолу 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 p38, 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-

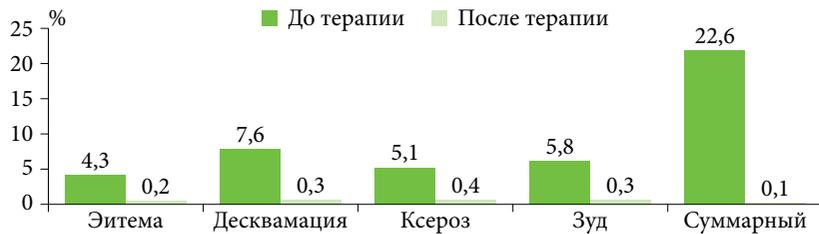


Рис. 1. Динамика показателей ВАШ у пациентов с себорейным дерматитом на фоне лечения шампунем сертаконазола 2% (Сертаверин)

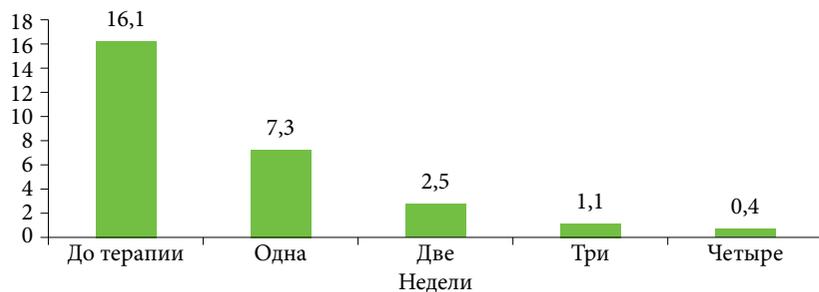


Рис. 2. Динамика показателей ДИКЖ (баллы) у пациентов с себорейным дерматитом на фоне лечения шампунем сертаконазола 2% (Сертаверин)



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.

ЭКЗИЛАК®

Тербинафин + Эконазол

ИННОВАЦИОННЫЙ¹ ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ЛАК

НОВИНКА



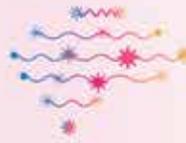
СИНЕРГИЯ ДВУХ МОЛЕКУЛ



УНИКАЛЬНАЯ
КОМБИНАЦИЯ²



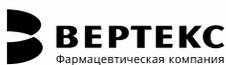
ДВА АКТИВНЫХ
КОМПОНЕНТА



УДОБСТВО
НАНЕСЕНИЯ



ГЛУБОКОЕ
ПРОНИКНОВЕНИЕ³



199106, Россия, г. Санкт-Петербург, 24 линия В. 0., д. 27 А
www.vertex.spb.ru Реклама

1. Патент № 2601896. Копатько С. А. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОГТЕЙ. – 2016.
2. Единственный лекарственный лак для ногтей с комбинацией тербинафин + эконазол по данным ГРЛС на 01 декабря 2021 г.
3. Nair A. B. et al. Alteration of the diffusional barrier property of the nail leads to greater terbinafine drug loading and permeation //International journal of pharmaceuticals. – 2009. – Т. 375. – №. 1-2. – С. 22-27.

Телефон горячей линии:
8-800-2000-305

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.



3. Полонская А.С., Шатохина Е.А., Круглова Л.С. Себорейный дерматит: современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению. Клиническая дерматология и косметология. 2020; 19 (4): 451–458.
4. Agut J., Palacin C., Salgado J., et al. Direct membrane-damaging effect of sertaconazole on *Candida albicans* as a mechanism of its fungicidal activity. *Arzneim.-Forsh. Drug Res.* 1992; 42 (5a): 721–724.
5. Илешина Т.В. Себорейный дерматит. Русский медицинский журнал. 2004; 12 (5): 324–326.
6. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Топические формы сертаконазола в терапии грибковых заболеваний гладкой кожи. Вестник дерматологии и венерологии. 2014; 5: 106–111.
7. Palacin C., Tarrago C., Agut J., Guglietta A. In vitro activity of sertaconazole, fluconazole, ketoconazole, fenticonazole, clotrimazole and itraconazole against pathogenic vaginal yeast isolates. *Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol.* 2001; 23 (2): 61–64.
8. Susilo R., Korting H.C., Strauss U.P. Dermatofungaloses of the glabrous skin: a double-blind, randomised, 181 comparative trial of sertaconazole 2% cream once daily versus vehicle. *Clin. Drug. Investig.* 2003; 23 (6): 387–394.
9. Savin R., Jorizzo J. The safety and efficacy of sertaconazole nitrate cream 2% for tinea pedis. *Cutis.* 2006; 78 (4): 268–274.
10. Sur R., Babad J.M., Garay M., et al. Anti-inflammatory activity of sertaconazole nitrate is mediated via activation of a p38-COX-2-PGE2 pathway. *J. Invest. Dermatol.* 2008; 128 (2): 336–344.
11. Goldust M., Ranjesh M.R., Amirinia M., et al. Sertaconazole 2% cream versus hydrocortisone 1% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. *J. Dermatolog. Treat.* 2013; 1: 1–3.
12. Goldust M., Rezaee E., Raghifar R., Hemayat S. Treatment of seborrheic dermatitis: the efficiency of sertaconazole 2% cream vs. tacrolimus 0.03% cream. *Ann. Parasitol.* 2013; 59 (2): 73–77.
13. Goldust M., Rezaee E., Raghifar R. Treatment of seborrheic dermatitis: comparison of sertaconazole 2% cream versus pimecrolimus 1% cream. *Ir. J. Med. Sci.* 2013; 182 (4): 703–706.
14. Kircik L. Observational evaluation of sertaconazole nitrate cream 2% in the treatment of pruritus related to tinea pedis. *Cutis.* 2009; 84: 279–283.
15. Liebel F., Lyte P., Garay M., et al. Anti-inflammatory and anti-itch activity of sertaconazole nitrate. *Arch. Dermatol. Res.* 2006; 298 (4): 191–199.
16. Goldust M., Rezaee E., Raghifar R., Hemayat S. Treatment of seborrheic dermatitis: the efficiency of sertaconazole 2% cream vs. tacrolimus 0.03% cream. *Ann. Parasitol.* 2013; 59 (2): 73–77.
17. Goldust M., Rezaee E., Raghifar R. Treatment of seborrheic dermatitis: comparison of sertaconazole 2% cream versus pimecrolimus 1% cream. *Ir. J. Med. Sci.* 2013; 182 (4): 703–706.

Seborrheic Dermatitis of the Scalp: From the Pathogenesis to the Reasonable Treatment

L.S. Kruglova, PhD, Prof.¹, E.S. Markelova²

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

² Polyclinic No. 5 of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow

Contact person: Larisa Sergeevna Kruglova, kruglovals@mail.ru

*Current treatments for seborrheic dermatitis are based on data supporting its fungal etiology. Antifungal agents belonging to the imidazole series of antimycotic drugs, to which *Malassezia* are highly sensitive, are considered the most effective. When the scalp is affected, shampoos are a highly effective, easy-to-use dosage form. Sertaconazole medicinal shampoo 2% is a medicinal form for the prevention and treatment of dandruff and seborrheic dermatitis of the scalp.*

Material and methods. We observed 25 patients with seborrheic dermatitis of the scalp, including 16 (64%) men and 9 (36%) women aged 27 to 48 years. All patients were diagnosed with seborrheic dermatitis of the scalp. Treatment included the use of sertaconazole 2% shampoo (Sertaverine) daily for up to 4 weeks: when clinical remission was achieved, patients were advised to switch to an intermittent regimen of sertaconazole 2% shampoo once a week. Clinical symptoms (VAS scale: erythema, desquamation, xerosis, pruritus) were assessed before and after treatment (4 weeks). The quality of life of patients was studied taking into account the dynamics of DIQL (dermatological index of quality of life).

Results. After therapy with Sertaverin shampoo, all patients showed a pronounced positive trend: after 1 week of use, 13 (52%) had clinical remission, 5 (20%) had a significant improvement, and 7 (28%) improved. After 2 weeks of therapy, clinical remission was observed in 17 (68%) patients, a significant improvement in 8 (32%) patients. By the end of 4 weeks, 100% of patients were in clinical remission. After therapy, the decrease in the total VAS index was 98%. The WIQL index fell by 97%.

Conclusions. The high efficacy and safety of sertaconazole medicinal shampoo 2% (Sertaverin) in the treatment of patients with seborrheic dermatitis of the scalp is confirmed by real clinical practice, which allows us to recommend it for the treatment of patients with this pathology.

Key words: seborrheic dermatitis of the scalp, therapy, sertaconazole, shampoo