Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И.Прохоренкова с курсом косметологии и ПО

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент Карачева Ю. В

Реферат по теме :Себорейный дерматит

 Выполнила:ординатор 2 года ФИО:Уманская Лея Аркальевна

Красноярск, 2024г.

Содержание

1.Определение ……..…………………..…………………….…………….......3

2.Этиология и патогенез …………….………………………………………...4

3.Клиническая картина …………….……………………………………….....6

4.Диагностика……………………….………………………………………….8

5.Лечение ……………………………………………………….…..…………10

6.Список литературы…………………………………………........................12

1**.Определение**

## Себорейный дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, проявляющееся воспалением и десквамацией кожи в областях скопления сальных желез. Для себорейного дерматита характерно изменение качественного состава и количества кожного сала, нарушение эпидермального барьера и дефектный иммунный ответ на колонизацию кожи Malassezia spp.

**2.Этиология и патогенез**

Причины возникновения себорейного дерматита до конца не выяснены. Длительное время считалось, что липофильные дрожжеподобные грибы Malassezia spp. являются основным фактором развития себорейного дерматита. Доказано, что у пациентов с себорейным дерматитом количество дрожжеподобных грибов увеличено по сравнению со здоровыми людьми, но только увеличенного количества Malassezia spp. не достаточно, для формирования симптомов себорейного дерматита. В настоящее время определены генетические особенности секреции сальной железы, эпидермального барьера, иммунной системы хозяина, которые способствуют чрезмерной колонизации Malassezia spp. и реализации на коже воспалительных проявлений себорейного дерматита, при наличии предрасполагающих экзогенных и эндогенных факторов (психоэмоциональное напряжение, нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, неправильный уход за кожей, прием лекарственных препаратов и др)

**3.Клиническая картина**

Высыпания при себорейном дерматите располагаются на коже волосистой части головы, лица, наружном слуховом проходе, верхней части туловища, преимущественно в области грудины и лопаток и в крупных складках.

Себорейный дерматит волосистой части головы взрослых:

Чаще у взрослых на коже волосистой части головы себорейный дерматит ограничивается легкой степенью тяжести и проявляется только шелушением, без признаков воспаления (перхоть или простой питириаз), возможен легкий или умеренный зуд, усиливающийся по мере загрязнения кожи волосистой части головы.

Себорейный дерматит волосистой части головы может проявляться не только десквамацией, но и воспалительными элементами, чаще пятнами, реже слабо инфильтрированными бляшками с желтоватыми чешуйками на поверхности. При выраженной степени воспаления чешуйки пропитываются экссудатом и формируют серозные или серозно-гнойные корки. Воспалительные элементы могут сливаться и занимать всю волосистую часть головы с распространением на кожу лба, кожу заушных складок. Больных может беспокоить значительный зуд.

Себорейный дерматит лица взрослых.

На лице высыпания чаще симметричны, локализуются в областицентральной части лба, носогубных складок, крыльев носа, надпереносья, бровей, бороды, наружного слухового прохода, заушных складок и чаще сочетаются с поражением волосистой части головы. Высыпания представлены эритематозными очагами округлой или неправильной формы; возможна инфильтрация, шелушение и образование корок. При развитии блефарита возникает эритема в области ресничного края век, появляется корочки вдоль края века и скопление масс роговых клеток вокруг ресниц.

Себорейный дерматит туловища взрослых.

На туловище (в межлопаточной области, на коже в проекции грудины) и в крупных складках высыпания представлены эритематозными и эритемато-сквамозными пятнами или бляшками с четкими границами, с гладкой, блестящей поверхностью, иногда покрытыми желтоватыми чешуйками, по периферии могут быть мелкоузелковые элементы. В складках кожи чаще возникают отек, мокнутие, болезненные трещины. Возможно вторичное инфицирование и распространение бактериальной инфекции за пределы первоначальных очагов поражения кожи .

Себорейный дерматит детей.

Себорейный дерматит возникает у 70% детейв первые три месяца жизни и в большинстве случаевявляется физиологической особенностью кожи детей, проявляясь на коже волосистой части головы или лица единичными, легко удаляющимися после увлажнения, корочками желтоватого цвета, без эритемы и зуда.

Реже, себорейный дерматит в грудном возрасте проявляется воспалительными высыпаниями на коже лица и головы (область лба, бровей, межбровье, заушные складки), складок шеи, подмышечных, паховых, коленных, локтевых складок, перианальной и пупочной области. Высыпания характеризуются эритематозными пятнами, реже слегка инфильтрированными бляшками, покрытыми желтоватыми чешуйками или чешуйко-корками, в складках элементы гладкие, могут сопровождаться мокнутием, трещинами. Эритематозные пятна на коже туловища могут иметь неправильные или овальные очертания, по периферии основных очагов могут появляться отсевы, разрозненные высыпания могут сливаться. Высыпания могут сопровождаться зудом различной интенсивности .

Резкое слияние очагов, приводящее к эритродермии, описано как болезнь Лейнера-Муссу, и характеризуется тремя основными симптомами: генерализованная сыпь в виде универсальной эритродермии с шелушением;  диарея; гипохромная анемия. Эритродермия Лейнера, как правило, развивается в период новорожденности, реже – в возрасте старше 1-го месяца жизни. По современным представлениям болезнь Лейнера связывают с врожденным дефектом системы комплемента (С3,С4,С5), что приводит к нарушению иммунной защиты пациента.Заболевание сопровождается нарушением общего состояния больного, лимфаденопатией, повышением температуры тела. Возможно присоединение вторичной инфекции. При подозрении на болезнь Лейнера-Муссу необходима госпитализация пациента в педиатрический стационар .

**4.Диагностика**

**Критерии установления диагноза/состояния:** диагноз себорейного дерматита устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.

##  Жалобы и анамнез

Пациенты с себорейным дерматитом предъявляют жалобы на высыпания на коже, шелушение на волосистой части головы и лица, которые могут сопровождаться зудом разной степени выраженности.

Себорейный дерматит у грудных детей появляется в первые месяцы жизни, в большинстве случаев носит ограниченный характер, не влияет на самочувствие ребенка. При сборе анамнеза, особенно при распространенных высыпаниях, необходимо уточнить общее состояние ребенка (беспокойство, нарушение сна, кормления, стула, повышение температуры тела).

У взрослых из анамнеза необходимо выяснить триггерные факторы развития и рецидивирования себорейного дерматита (психоэмоциональное напряжение, нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, неправильный уход за кожей, прием лекарственных препаратов по поводу других заболеваний .

##  Физикальное обследование

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента.

При визуальном исследовании кожи оценивается характер высыпаний и их локализация*.* При пальпации кожи оценивается степень инфильтрации элементов сыпи.

**Лабораторные диагностические исследования**

1.Общий (клинический) анализ крови развернутый;

2Анализ крови биохимический общетерапевтический;

3.Общий (клинический) анализ мочи.

**Прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного для морфологической верификации диагноза** при сложностях клинической диагностики себорейного дерматита .

В очагах поражения кожи при себорейном дерматите обнаруживается периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов, умеренный спонгиоз. Обнаруживаются фолликулярные пробки вследствие ортокератоза и паракератоза, а также скопления нейтрофилов в устья фолликулов. При использовании красителей возможна визуализация клеток дрожжей.

##  Инструментальные диагностические исследования

## **Дерматоскопия волосистой части головы при себорейном дерматите :**

##  **Желтые перифолликулярные чешуйки, множественные тонкие ветвящиеся**

## **сосуды, сосуды в виде одиночной петли**.

**5.Лечение**

##  Консервативное лечение

## **Терапия себорейного дерматита зависит от множества факторов: распространенности на коже, степени воспаления, возраста пациента, сопутствующих заболеваний, побочных эффектов терапии и др.**

## **В большинстве случаев рекомендуется местная терапия, включающая противовоспалительные, противогрибковые и кератолитические препараты. Системная терапия может быть необходима при распространенных поражениях кожи, а также при неэффективности наружной терапии .**

## Лечение себорейного дерматита взрослых*.*

## Лечение себорейного дерматита волосистой части головы.

## При легкой форме себорейного дерматита (без эритематозных высыпаний или со скудными эритематозными высыпаниями)

## -Кетоконазол шампунь 2% 2 раза в неделю в течение 3–4 недель, затем 1 раз в 1-2 недели –или Циклопирокс оламин шампунь 1,5% 2 раза в неделю в течение 3–4 недель, затем 1 раз в 1-2 недели

## -или Пиритион цинка шампунь 1%, 2% – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости .

## -или Сульфид селена шампунь 2-2,5%3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости .

## -шампунь с сульфидом селена не относится к лекарственным препаратам.

## -или Каменноугольный деготь шампунь 2-3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости .

## При выраженном воспалении на волосистой части головы коротким курсом:

## -Клобетазол пропионат 0,05% шампунь 2 раза в неделю 10-14 дней

## Возможна комбинированная схема применения Клобетазол пропионат 0,05% шампунь 2 раза в неделю и кетоконазол 2% шампунь 2 раза в неделю 2 недели, затем поддерживающая терапия кетоконазол 2% шампунь 1-2 раза в неделю 2 недели.

## При выраженном воспалении и шелушении на волосистой части головы:

## Топические противогрибковые, противовоспалительные и кератолитические препараты

## -Бетаметазон 0,05% + салициловая кислота 2%, крем, лосьон 1-2 раза в день в течение 7–14 дней .

## - или Пиритион цинка 0,2% аэрозоль, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, далее при необходимости .

## Лечение себорейного дерматита лица, туловища

## Используют слабые (I класс по классификации ВОЗ) топические глюкокортикостероидные препараты:

## -Гидрокортизона ацетат 1% мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней

## Средней силы(II-III класс по классификации ВОЗ) топические глюкокортикостероидные препараты:

## -Мометазона фуроат 0,1% крем, мазь, 1-2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней

## -или Бетаметазона валерат0,1% крем, мазь 1-2 раза в день наружно в течение 7–14 дней

## -или Бетаметазона дипропионат0,05%, крем, мазь, спрей 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней .

## -или Метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем, мазь, эмульсия наружно 1-2 раза в сутки в течение 7–14 дней .

##  Топические ингибиторы кальциневрина:

## -Пимекролимус 1% крем, 2 раза в сутки до 6 недель, поддерживающая терапия – 2 раза в неделю при необходимости .

## -или Такролимус 0,1% мазь 2раза в день 2 недели, затем при необходимости 1-2раза в день не более 10 недель .

## Топические противогрибковые препараты:

## -Циклопироксоламин 1% крем 2 раза в сутки наружно 14-28 дней, далее при необходимости .

## -или Кетоконазол 2% крем 2 раза в сутки наружно 14-28 дней, далее при необходимости

## -или Клотримазол 1% крем, раствор 1-2 раза в день 10-14 дней, далее при необходимости .-или Пиритион цинка 0,2% крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, далее при необходимости .

## Взрослым больным при распространенных высыпаниях и тяжелом себорейном дерматите*:*

## *-*Селективная фототерапия 3 раза в неделю не более 8 недель .

При резистентности к наружной терапии и большой площади поражения

Пероральные антимикотические препараты:

-Итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели лечения, затем 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев лечения .

**-**или Тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки непрерывно в течение 4–6 недель или 12 дней в месяц непрерывно в течение 3 месяцев .

**-**или Флуконазол 50 мг перорально 1 раз в сутки в течение 2 недель или 200–300 мг 1 раз в неделю в течение 2–4 недель .

-или Кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель .

 **Список литературы**

1.Клинические рекомендации Себорейный дерматит 2022 г .

2.ШеклаковаМ.Н Оценка эффективности применения новогопрепаратапиритиона цинка Цинокап в терапии больных себорейным дерматитом VestnDermatolVenerol 2010; 3: 49–55

3.Кожные и венерологические болезни: Справочник :Под ред. О.Л.Иванова М.Медицина ,1997 г.

4. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. AmFamPhysician. 2015 Feb 1; 91(3):185-90.