

Н.Ю. Резніченко<sup>1</sup>, Ю.Г. Резніченко<sup>2</sup>, О.В. Веретельник<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет

# Себорейний дерматит: вибір тактики топічного лікування з урахуванням особливостей мікробіому шкіри

**Мета роботи** — вивчити клінічну ефективність та безпеку препаратів «Бетасалік», «Триакутан» і «Псорікап» у лікуванні хворих на себорейний дерматит (СД).

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 75 хворих (основна група) на СД. Контрольну групу склали 56 здорових осіб аналогічного віку. Ступінь тяжкості СД у хворих визначали за бальною шкалою, яка включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Дослідження мікробіоценозу шкіри проводили методом його прямої якісної й кількісної оцінки. Рівень тривожності вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера—Ханіна. Залежно від методу лікування хворих на СД розділили на дві групи: I (дослідну) склали 43 пацієнти, які поетапно отримували препарати: «Бетасалік» протягом 5 діб, «Триакутан» упродовж 5 діб, з 11-ї доби «Псорікап» протягом 18 днів; до II групи (порівняння) увійшли 32 пацієнти, які зовнішньо отримували топічний кортикостероїд.

**Результати та обговорення.** Перебіг СД супроводжується порушеннями мікробіоценозу шкіри зі збільшенням кількості грибів роду *Malassezia* та *Candida* на уражених ділянках, що потребує проведення відповідного лікування. Для хворих на СД характерна наявність високої особистісної та ситуативної тривожності. Застосування препаратів «Бетасалік» і «Триакутан» сприяло одужанню більшості пацієнтів та значному покращенню їхнього стану за різної локалізації патологічного процесу. На відміну від дослідної підгрупи у підгрупі зі стандартним лікуванням ці показники були значно нижчими. Додаткове включення препарату «Псорікап» до схеми лікування хворих на СД сприяло одужанню 100% пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та на обличчі.

**Висновки.** Комплексна терапія СД із застосуванням мазі «Бетасалік», крему або мазі «Триакутан» та крему «Псорікап» є патогенетично обґрунтованою, оскільки забезпечує швидкий клінічний ефект і нормалізацію мікробіоценозу шкіри.

## Ключові слова

Себорейний дерматит, топічна терапія, «Бетасалік», «Триакутан», «Псорікап».

Останніми роками в Україні на тлі збільшення кількості стресових ситуацій зростає питома вага людей, які страждають на різні дерматози. В практичній дерматології на сьогодні актуальною є проблема себорейного дерматиту (СД) як найбільш поширеного патологічного стану серед дерматозів, оскільки на його частку припадає 2–5% усіх звернень до дерматологів [1, 4, 10–12, 14, 30].

Актуальність проблеми СД зумовлена високою поширеністю, яку на теперішньому етапі розвитку людства можна пояснити стрімким темпом життя суспільства, збільшенням емоційного

навантаження, що потребує надзвичайних нервових та інтелектуальних зусиль, унаслідок чого виникає невідповідність між можливостями біологічної природи людини і умовами її життя [7, 19, 25]. СД є хронічним запальним захворюванням шкіри з постійним рецидивним перебігом і високою резистентністю до терапії [3, 13, 26, 27], що зумовлює необхідність подальшого вивчення етіології, патогенезу та клінічних особливостей цієї патології з метою поліпшення тактики ведення пацієнтів і обґрунтованого вибору терапії.

Літературні джерела свідчать, що у розвитку СД мають значення генетична схильність, чин-

ники навколишнього середовища, стресові ситуації, хронічні захворювання травного тракту та печінки, гормональні, нейрогенні й імунні порушення [1, 3, 10].

Заслужують на увагу дані досліджень [2, 24], які пов'язують розвиток СД з активацією симбіотичної мікробної флори. Основним етіологічним чинником виступають дріжджоподібні ліпофільні гриби роду *Malassezia*, які є постійним компонентом мікрофлори шкіри більше ніж у 90% населення [17, 20, 21]. При гіперфункції сальних залоз, недостатності цинку, імунодефіцитних станах підвищуються ліпофільні властивості грибів, що супроводжується посиленням їхньої патогенності та розвитком запальних реакцій шкіри [21, 28, 29]. У більшості випадків при цьому порушуються колонізаційні властивості різних біотопів, пов'язані зі змінами складу нормальної мікрофлори внаслідок унікальної ліпофільності адгезії та колонізації грибами роду *Malassezia* ділянок шкіри, багаті сальними залозами (передусім волосистої частини голови та тулуба).

Для клінічної картини СД характерним є ураження волосистої частини голови та обличчя в ділянці носогубних складок та бокових поверхонь носа з розвитком еритематозно-сквамозних, рідше папульозно-сквамозних висипань, що супроводжуються свербіжем. Порушення цілості шкіри при тривалому перебігу СД може призводити до розвитку вторинної інфекції, наслідками чого є складність вибору оптимальної терапії (особливо зовнішньої) та торпідність до неї [3, 18, 23].

Зазначене вище свідчить про необхідність проведення своєчасних профілактичних і лікувальних заходів для усунення порушення цілості шкірного покриву та запобігання розвитку патогенної й умовно-патогенної флори, що сприятиме стабілізації патологічного процесу та тривалій ремісії СД.

Сучасні методи лікування СД залежать від клінічних виявів і ступеня тяжкості захворювання [18, 22]. Правильна оцінка ступеня тяжкості клінічних виявів дає змогу визначити оптимальну тактику лікування, спрямовану на усунення патогенетичних змін при СД, таких як запальний процес, мікробіологічні, себомоторні і гормональні порушення [4, 15].

Патогенетична терапія має бути спрямована на використання ефективних та безпечних засобів, які швидко усувають клінічні вияви захворювання: сухість чи жирність шкіри, запалення, свербіж, сприяють відновленню мікрофлори шкіри, усувають патогенні мікроорганізми та надмірну кількість умовно-патогенних мікро-

організмів з її поверхні, відновлюють структуру і бар'єрні функції епідермісу [15, 18].

Деякі автори наголошують на необхідності дотримання дієти при СД та обмеженні у харчуванні тваринних жирів, копчених продуктів і вуглеводів, що легко засвоюються, екстрактивних речовин, шоколаду, молока, молочних продуктів і йодидів [1, 4].

Вибір засобів зовнішньої терапії при СД залежить від клінічних виявів, тяжкості та тривалості захворювання, ефективності попереднього лікування, місця нанесення препарату та методу його аплікації, властивостей активних компонентів і основи засобу [6, 14, 16].

Топічні препарати забезпечують безпосередній вплив діючих речовин на осередки ураження й етіологічно значущі збудники СД. За допомогою препаратів для зовнішньої дії в осередках ураження забезпечується висока концентрація діючої речовини, чого неможливо досягти при проведенні системної терапії [8, 16, 23]. Це є особливо важливим при застосуванні антимікотичних засобів для лікування СД.

При виборі препаратів для лікування СД варто звертати увагу на антимікробний спектр стосовно найбільш вірогідних збудників захворювання, швидкість бактерицидної дії, простоту застосування і дозування, мінімальну токсичність, низьку частоту побічних ефектів, гарне співвідношення вартості й ефективності.

Враховуючи основні вимоги до топічної терапії СД, ми розглянули можливість його поетапного лікування препаратами «Бетасалік®» (мазь), «Триакутан®» (крем або мазь) і «Псорікап» (крем виробництва АТ «Київмедпрепарат»).

Застосування препарату «Бетасалік®» при СД є показаним, оскільки він містить бетаметазону дипропіонат у поєднанні із саліциловою кислотою.

Бетаметазону дипропіонат — це синтетичний глюкокортикостероїд для зовнішнього застосування, який виявляє високу глюкокортикостероїдну активність і мінімальний мінералокортикоїдний ефект. Завдяки протизапальній, проти-свербіжній і судинозвужувальній дії бетаметазону дипропіонат є ефективним у лікуванні дерматозів, чутливих до дії кортикостероїдів. Бетаметазону дипропіонат забезпечує зменшення запальних виявів дерматозів, чутливих до глюкокортикостероїдної терапії, таких як псоріаз, екзема, алергійний контактний дерматит, СД.

Саліцилова кислота завдяки своїм кератолітичним і відлущувальним властивостям робить нижні шари шкіри доступнішими для дії дипропіонату бетаметазону та покращує його всмоктування, що є вкрай важливим при лікуванні СД.

Значною перевагою препарату «Триакутан®» є його склад, до якого входять бетаметазону дипропіонат, гентаміцину сульфат і клотримазол.

Бетаметазону дипропіонат при місцевому застосуванні виявляє швидку протизапальну та протисвербіжну дію.

Гентаміцин належить до групи аміноглікозидів з широким спектром дії, який пов'язаний з інгібуванням рибосомальних субодиниць 30S. Він виявляє активність стосовно різних видів грамположитивних і грамнегативних мікроорганізмів, таких як *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.* і *Staphylococcus spp.* Гентаміцин ефективний при бактеріальних інфекціях, спричинених чутливою до нього мікрофлорою, зокрема інфекціях шкіри та м'яких тканин.

Клотримазол має широкий спектр антимікотичної дії на дерматофіти, бластоміцети, гіфоміцети та диморфні гриби. Механізм його дії полягає у пригніченні синтезу ергостеролу, що призводить до руйнування та погіршення функції цитоплазматичної мембрани гриба. Крім антимікотичного ефекту, клотримазол пригнічує розмноження коринібактерій і грамположитивних коків. Клотримазол є ефективним стосовно мікотичних інфекцій шкіри, спричинених дерматофітами, дріжджовими та пліснявими грибами. Відзначено його високу ефективність стосовно інфекцій шкіри, зумовлених *Malassezia furfur* та *Corynebacterium minutissimum*.

Показаннями до застосування препарату «Триакутан®» є лікування дерматозів, чутливих до кортикостероїдів, за наявності (або за підозри) бактеріальних та/або грибкових інфекцій, спричинених чутливими до компонентів препарату мікроорганізмами.

Слід відзначити, що «Триакутан®» виявляє високу ефективність в лікуванні хворих, однак СД є хронічним захворюванням зі схильністю до частих рецидивів, що потребує обов'язкового профілактичного лікування по завершенні основного терапевтичного курсу. Отже, після завершення лікування препаратом «Триакутан®» рекомендовано переходити на тривале застосування протизапальних негормональних засобів, до яких належить крем «Псорікап».

«Псорікап» містить цинку піритіонат і має високу антибактеріальну активність проти низки патогенних мікроорганізмів, таких як стрептококи, стафілококи, синьогнійна та кишкова паличка, протей. Антимікотична активність препарату особливо виражена відносно *Malassezia furfur*, що спричиняє запалення й надмірне лущення при СД. Цинку піритіонат діє проти

мікроорганізмів, що локалізуються як на поверхні, так і в глибоких шарах епідермісу. Важливим є те, що крем «Псорікап» має гідратуючі властивості, що підвищує антибактеріальну та антимікотичну ефективність цинку піритіонату, допомагає усунути печіння та свербіж. Активований цинку піритіонат, який входить до складу крему, пригнічує патологічний ріст клітин поверхневих шарів шкіри, що перебувають у стані патологічної гіперпроліферації, і таким чином усуває надмірне лущення при дерматозах. При зовнішньому застосуванні цинку піритіонату депонується в епідермісі.

Показаннями до застосування крему «Псорікап» є псоріаз, атопічний дерматит, себорейна екзема, особливо за поширених форм, свербіж, подразнення, запалення та підвищена сухість шкіри. Препарат можна застосовувати в період ремісії як підтримувальну терапію та для профілактики рецидивів. Застосування крему «Псорікап» дає змогу швидко усунути маніфестну фазу та прискорити клінічне одужання. Завдяки доведеній результатами численних досліджень безпеці «Псорікап» дозволений для використання у дітей віком від 1 року.

Отже, вирішення проблеми СД передбачає пошук шляхів його лікування і профілактики та впровадження сучасних терапевтичних і превентивних методів у роботу медичних закладів. На сьогодні ця проблема остаточно не вирішена, що обґрунтовує актуальність проведення дослідження у цьому напрямі.

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність та безпеку препаратів «Бетасалік®», «Триакутан®» і «Псорікап» у лікуванні хворих на СД.

## Матеріали та методи

У дослідженні брали участь 75 хворих (основна група) на СД. Контрольну групу склали 56 здорових осіб аналогічного віку.

Дослідження було схвалено комісією з питань етики при лікувальному закладі.

Критерії включення до дослідження:

- вік від 18 до 70 років;
- СД та відсутність виявів шкірних захворювань в осіб, які склали контрольну групу;
- підписана пацієнтом інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- відома або передбачувана гіперчутливість до інгредієнтів досліджуваних засобів;
- тяжкі супутні захворювання та психічні хвороби;
- відсутність комплаєнсу пацієнта щодо застосування препаратів.

Усіх пацієнтів обстежено згідно зі стандартами, що включали загальноклінічні, біохімічні, інструментальні, бактеріологічні, психологічні методи обстеження. Всі методики проведення досліджень відповідали Гельсінській декларації в поточній редакції.

Ступінь тяжкості СД у хворих визначали за бальною шкалою, яка включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри від 0 до 3 балів (0 — відсутність, 1 — легкий ступінь вираженості, 2 — середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжу та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів.

Дослідження мікробіоценозу шкіри проводили методом його прямої якісної й кількісної оцінки згідно з методичними рекомендаціями «Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: Методичні рекомендації» [5]. Мікробне обсіменіння шкіри виражали в Lg КУО/см<sup>2</sup>.

Рівень тривожності визначали за шкалою самооцінки Спілбергера—Ханіна [9].

Хворим на СД проводили стандартну терапію за протоколами МОЗ України (дотримання дієти, седативні та антигістамінні препарати, вітамінотерапія, натрію тіосульфат, препарати кальцію, за наявності супутньої патології — проведення симптоматичної терапії). Залежно від методу лікування хворих на СД розділили на дві ідентичні за віком, статтю, стадією та поширеністю патологічного процесу групи: I (дослідну) склали 43 пацієнти, які отримували протягом перших 5 днів мазь «Бетасалік<sup>®</sup>», оскільки вона виявляє швидко протизапальну та протисвербіжну дію і має кератолітичні і відлущувальні властивості. Мазь «Бетасалік<sup>®</sup>» наносили тонким шаром на уражену ділянку двічі на добу. З метою повноцінного усунення запальних явищ, відновлення мікробіоценозу шкіри, зменшення контамінації шкіри грибами роду *Malassezia* з 6-ї доби терапії пацієнти застосовували препарат «Триакутан<sup>®</sup>» шляхом його нанесення тонким шаром на всю уражену ділянку шкіри двічі на добу, зранку та ввечері протягом 5 днів. З 11-ї доби використовували препарат «Псорікап» двічі на добу протягом 18 днів після крему «Триакутан<sup>®</sup>»; до II групи (порівняння) увійшли 32 пацієнти, які зовнішньо отримували топічний кортикостероїд.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили до лікування, на 11-й і 28-й дні від його початку. Ступінь тривожності визначали перед лікуванням та на 28-й день від початку лікування, мікробіоценоз шкіри — до та на 11-й день від початку лікування.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного пакета Statistica 6.1

(Stat Soft Inc., серійний № AGAR909E415822FA). Для порівняння показників у різних групах було застосовано парний критерій Стюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерій знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро—Уїлка за рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уїлка, рівень значущості приймали рівним 0,05 — різницю між даними вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

## Результати та обговорення

Розглядаючи структуру СД, при обстеженні хворих було встановлено, що у 29 з них шкірний процес локалізувався на обличчі та волосистій частині голови, у 21 — на волосистій частині голови, у 16 — на обличчі, у 9 — на тулубі. Тривалість захворювання варіювала від 1 міс до 5 років.

Серед причин виникнення захворювання хворі на СД відмічали: стресові ситуації — 21,3%, захворювання травного тракту — 16,0%, печінки — 11,0%, шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем) — 12,0%, вплив чинників навколишнього середовища — 6,7%.

Під час курсу лікування препаратами «Бетасалік<sup>®</sup>», «Триакутан<sup>®</sup>» і «Псорікап» оцінювали їхню безпеку та ефективність. Усі хворі, які застосовували ці препарати, відзначали їхню хорошу переносність. Алергійних і токсичних реакцій, а також інших побічних явищ під час лікування не було. У жодному випадку не виявлено погіршення перебігу СД, змін гематологічних і біохімічних показників. При застосуванні препаратів «Бетасалік<sup>®</sup>», «Триакутан<sup>®</sup>» і «Псорікап» не виникали місцеві побічні дії, характерні для топічних кортикостероїдів, що свідчить про безпеку їхнього застосування навіть в осіб похилого віку. Однак слід пам'ятати про можливість виникнення побічних дій при тривалому застосуванні комбінованих топічних засобів і попереджати пацієнтів про необхідність використання препаратів «Бетасалік<sup>®</sup>» і «Триакутан<sup>®</sup>» згідно з інструкціями.

Через 5 днів від початку лікування у хворих на СД, яким проводили стандартну терапію, показники покращилися, проте статистично достовірної різниці порівняно з результатами до лікування не було (табл. 1).

Як видно з табл. 1, у групі, яка протягом 5 днів отримувала препарат «Бетасалік<sup>®</sup>», виявлено статистично достовірну різницю порівняно з результатами в групі хворих до лікування.

Таблиця 1. Бальна оцінка ступеня тяжкості СД та суб'єктивних ознак у хворих після лікування з включенням мазі «Бетасалік®» протягом 5 днів (M ± m)

Показник	Хворі на СД до лікування	Хворі на СД після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням мазі «Бетасалік»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,1 ± 0,2	1,7 ± 0,3	0,3 ± 0,1**
Оцінка набряку	2,0 ± 0,3	1,7 ± 0,3	0,4 ± 0,2*
Оцінка мокнuttя	1,6 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,4 ± 0,1*
Оцінка екскоріацій	1,3 ± 0,1	1,2 ± 0,1	0,3 ± 0,1**
Оцінка лущення	2,3 ± 0,2	1,9 ± 0,2	0,3 ± 0,1**
Оцінка жирності шкіри	2,4 ± 0,3	2,0 ± 0,2	0,6 ± 0,1**
Середнє значення бальної оцінки тяжкості СД	2,0 ± 0,2	1,6 ± 0,2	0,4 ± 0,2**
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжy	5,2 ± 0,9	4,1 ± 0,8	3,1 ± 0,6*
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,6 ± 0,3	1,3 ± 0,2	0,2 ± 0,1**

Примітка. \* Достовірнa різниця (p < 0,05) до та після лікування; \*\* Достовірнa різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування. Так само в табл. 2, 3.

Таблиця 2. Бальна оцінка ступеня тяжкості СД та суб'єктивних ознак у хворих після лікування з включенням препарату «Триакутан®» (M ± m)

Показник	Хворі на СД до лікування	Хворі на СД після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням препарату «Триакутан®» після застосування мазі «Бетасалік®»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,1 ± 0,2	1,4 ± 0,2*	0,1 ± 0,1**
Оцінка набряку	2,0 ± 0,3	1,3 ± 0,3	0,1 ± 0,1*
Оцінка мокнuttя	1,6 ± 0,2	1,0 ± 0,2*	0,1 ± 0,1*
Оцінка екскоріацій	1,3 ± 0,1	1,1 ± 0,1*	0,1 ± 0,1**
Оцінка лущення	2,3 ± 0,2	1,6 ± 0,1*	0,2 ± 0,1**
Оцінка жирності шкіри	2,4 ± 0,3	1,7 ± 0,2	0,3 ± 0,1**
Середнє значення бальної оцінка тяжкості СД	2,0 ± 0,2	1,3 ± 0,1*	0,2 ± 0,1**
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжy	5,2 ± 0,9	3,4 ± 0,7	2,1 ± 0,6*
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,6 ± 0,3	1,0 ± 0,2	0,0 ± 0,0**

Отримано також статистично достовірну різницю більшості показників, що характеризують ступінь тяжкості СД, між групами хворих через 5 днів після початку лікування. Це свідчить про ефективність застосування препарату «Бетасалік®» у комплексній терапії СД та дає можливість рекомендувати його до більш широкого застосування. Разом з тим відсутність повної клінічної ефективності протягом 5-денного курсу лікування зумовлює необхідність призначення препарату «Триакутан®».

Нами було проведено клінічну оцінку результатів лікування пацієнтів з СД через 10 днів від початку лікування (табл. 2).

Як видно з табл. 2, у пацієнтів двох груп протягом 10 днів суттєво покращувалася бальна оцінка тяжкості СД. В групі, яка додатково до стандартної терапії СД отримувала препарат «Триакутан®», показники були статистично достовірнo кращими, ніж у групі, яка отримувала стандартну терапію. У 91% пацієнтів групи, яка додатково отримувала препарат «Триакутан®»

Таблиця 3. Бальна оцінка ступеня тяжкості СД та суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 28 днів із включенням препарату «Псорікап» (M ± m)

Показник	Хворі на СД до лікування	Хворі на СД після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням препарату «Псорікап»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,1 ± 0,2	0,7 ± 0,1*	0,0 ± 0,0**
Оцінка набряку	2,0 ± 0,3	0,8 ± 0,3*	0,0 ± 0,0*
Оцінка мокнущості	1,6 ± 0,2	0,4 ± 0,1*	0,0 ± 0,0**
Оцінка ексориацій	1,3 ± 0,1	0,4 ± 0,1*	0,0 ± 0,0**
Оцінка лущення	2,3 ± 0,2	1,1 ± 0,2*	0,1 ± 0,1**
Оцінка жирності шкіри	2,4 ± 0,3	1,0 ± 0,2*	0,2 ± 0,1**
Середнє значення бальної оцінки тяжкості СД	2,2 ± 0,2	0,7 ± 0,1*	0,05 ± 0,02**
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжності	5,2 ± 0,9	2,0 ± 0,6*	0,0 ± 0,0**
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,6 ± 0,3	0,4 ± 0,1*	0,0 ± 0,0**

Таблиця 4. Стан мікробного складу шкіри у здорових і хворих на СД (Lg КУО/см<sup>2</sup>) (M ± m)

Показник	Контрольна група (здорові)	Хворі на СД до лікування	Хворі на СД після лікування	
			Стандартне лікування	Із включенням препарату «Триакутан®»
Загальна кількість бактерій	3,76 ± 0,02	4,38 ± 0,12*	4,29 ± 0,09*	3,72 ± 0,07**
Стафілококи коагулазонегативні	1,58 ± 0,28	1,49 ± 0,35	1,53 ± 0,32	1,41 ± 0,24
Стафілококи коагулазопозитивні	1,15 ± 0,17	1,89 ± 0,23*	1,53 ± 0,14	1,12 ± 0,12**
Гриби роду <i>Candida</i>	1,31 ± 0,20	2,23 ± 0,25*	1,81 ± 0,19	1,22 ± 0,18**
Гриби роду <i>Malassezia</i>	1,07 ± 0,21	2,31 ± 0,23*	1,83 ± 0,22*	1,14 ± 0,19**

Примітка. \* Достовірна різниця (p < 0,05) порівняно з показником у контрольній групі; \* достовірна різниця (p < 0,05) до та після лікування; \* Достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування.

через 10 днів від початку лікування, вже не було клінічних виявів СД. Причому позитивний ефект отримано у пацієнтів з різною локалізацією процесу.

Для повного одужання пацієнтів і досягнення тривалої ремісії вивчено доцільність додаткового включення в схему лікування пацієнтів з СД препарату «Псорікап». Клінічні результати комплексного лікування через 28 днів від початку лікування представлено в табл. 3.

Як видно з табл. 3, у пацієнтів двох клінічних груп отримано позитивний клінічний результат 28-денного лікування. Додаткове включення препарату «Псорікап» у схему лікування хворих на СД сприяло одужанню 100% пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та на обличчі; лише у 5% пацієнтів з локалізацією СД на волосистій частині голови і на обличчі та у 5% – на тлубі

відмічали незначне лущення та жирність шкіри. Після проведеного лікування з включенням препаратів «Бетасалік®», «Триакутан®» та «Псорікап» показники бальної оцінки тяжкості СД були статистично достовірно кращими, ніж у групі стандартної терапії. Статистично достовірно кращими були і оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжності та оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну (див. табл. 2). Це свідчить про високу ефективність послідовного включення в схему лікування СД препаратів «Бетасалік®», «Триакутан®» і «Псорікап».

Оскільки в етіології СД та його ускладнень провідну роль відіграють порушення мікробіоценозу шкіри, ми провели дослідження мікробного складу шкіри та визначили бактеріальну мікрофлору у здорових осіб та у хворих на СД до і через 10 днів від початку лікування (табл. 4).

Як видно з табл. 4, різниця за загальною кількістю бактерій на шкірі, кількістю коагулазопозитивних стафілококів, грибів роду *Malassezia* та роду *Candida* між хворими на СД і здоровими особами була достовірною, що свідчить про наявність дисбіотичного стану у хворих на СД і призводить до прогресування захворювання та потребує відповідної корекції комбінованим топічним засобом «Триакутан®». Після 10-денного лікування як у групі стандартної терапії, так і в групі, що додатково отримувала «Триакутан®», мікробіоценоз шкіри покращився. Але в групі стандартної терапії залишилася статистично достовірно вищою концентрація загальної кількості бактерій та грибів роду *Malassezia* порівняно з показниками у групі здорових пацієнтів. У групі хворих на СД, які додатково отримували «Триакутан®», результати обстеження мікробіоти шкіри максимально наближалися до таких у здорових пацієнтів і статистично достовірно відрізнялися від результатів у групі пацієнтів, що отримувала стандартну терапію. Наведене вище свідчить про позитивний вплив препарату «Триакутан®» на нормалізацію мікрофлори шкіри у хворих на СД.

Нами ретельно був розглянутий стан тривожності у хворих на СД. Інтерактивний показник ситуативної тривожності в осіб контрольної групи був на верхній межі нормальних значень ( $41,95 \pm 0,94$ ), у 18,18% — перевищував значення, характерні для високої тривожності ( $> 45$ ), що свідчить про негативний вплив темпу життя суспільства на розвиток тривожності в обстежених.

У хворих на СД середній показник ситуативної тривожності достовірно перевищував межу нормального значення ( $45,9 \pm 0,55$ ), а у 57,3% осіб показник ситуативної тривожності був високим. Це свідчить, що для хворих на СД характерна підвищена ситуативна тривожність.

Важливою є оцінка особистісної тривожності, яка формується на ранніх етапах розвитку і відображає базову рису особистості. У хворих на СД інтегральна оцінка особистісної тривожності була достовірно вищою ( $47,7 \pm 0,53$ ), ніж у здорових осіб ( $43,9 \pm 1,07$ ). Достовірна різниця між хворими та здоровими отримана не лише за інтегральним показником, але й за окремими показниками, що характеризують особистісну тривожність, при цьому 60,0% хворих на СД мають високу особистісну тривожність. Серед здорових високу особистісну тривожність відзначено лише у 27,3% осіб.

Отже, хворим на СД притаманна особистісна тривожність. Потрапляючи в стресові ситуації, вони неадекватно реагують на чинники навколишнього середовища, що призводить до психічного напруження та змін у діяльності нервової системи.

Отримавши позитивний клінічний ефект під час лікування хворих на СД, ми оцінили вплив терапії на ситуативну тривожність. Результати свідчать, що через 28 днів від початку лікування на тлі покращення клінічної картини та одужання знижується й ситуативна тривожність у хворих усіх груп з СД, хоча і не відповідає результатам у здорових осіб. У хворих, яким проводили стандартне лікування, динамічні зміни не мали статистичної різниці і залишалися достовірно гіршими, ніж у здорових осіб.

Кращі результати оцінки ситуативної тривожності були у хворих, які поетапно використовували препарати «Бетасалік®», «Триакутан®» і «Псорікап®»: виявлено достовірну різницю між результатами після лікування в цій групі та в групі порівняння. Середня оцінка стану ситуативної тривожності в підгрупі, яка отримувала запропоновані нами препарати, була нижчою ( $42,4 \pm 0,66$ ), ніж у підгрупі стандартного лікування ( $44,5 \pm 0,73$ ).

Таким чином, проведене нами дослідження застосування препаратів «Бетасалік®», «Триакутан®» і «Псорікап®» доводить, що вони є безпечними та ефективними у лікуванні хворих на СД. Дані доводять доцільність послідовного використання мазі «Бетасалік®», крему або мазі «Триакутан®» і крему «Псорікап®» у дерматологічній практиці при СД.

## Висновки

1. Перебіг СД супроводжується порушеннями мікробіоценозу шкіри зі збільшенням загальної кількості бактерій, коагулазопозитивних стафілококів, грибів роду *Malassezia* та *Candida* на уражених ділянках, що потребує проведення відповідного лікування.
2. Для хворих на СД характерна наявність високої особистісної та ситуативної тривожності.
3. Комплексна терапія СД із застосуванням мазі «Бетасалік®», крему або мазі «Триакутан®» та крему «Псорікап®» є патогенетично обґрунтованою, оскільки забезпечує швидкий клінічний ефект і нормалізацією мікробіоценозу шкіри.
4. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу застосування препаратів «Бетасалік®», «Триакутан®» та «Псорікап®» для лікування хворих на СД.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні ефективності застосування комбінованих топічних засобів, що містять кортикостероїди, антибактеріальні та антимикотичні компоненти, для лікування хворих на інші стероїдчутливі дерматози.

**Список літератури**

1. Біловол А.М., С.Г. Ткаченко. Медична косметологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ.— Вінниця: Нова Книга, 2012.— 383 с.
2. Білосороз О.П., Зуєва М.І., Частій Т.В. Показники сенсибілізації до антигенів умовно-патогенних грибів *Malassezia* і *Candida* у хворих на алергодерматози з мутаціями гену філагрину // *Дерматологія та венерологія*.— 2011.— № 4 (54).— С. 7–10.
3. Болотная Л.А., Нарожная М.В. Себорейный дерматит: современные представления о патогенезе // *Международ. мед. журн.*— 2015.— № 1.— С. 96–100.
4. *Дерматологія, венерологія: підручник* / За ред. В.І. Степаненка.— К.: КІМ, 2012.— 848 с.
5. Знаменський В.А., Дегтяр Н.В., Кузьминський С.Н. Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: метод, рекомменд.— К., 1986.— 28 с.
6. Кутасевич Я.Ф., Маштакова І.А. Рациональний вибор топічного стероїда // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2012.— № 1 (44).— С. 55–58.
7. Резніченко Н.Ю. Досвід застосування психокоригуючих методик у лікуванні хворих на хронічні алергодерматози // *Медична психологія*.— 2014.— № 2.— С. 94–98.
8. Степаненко В.І., Туркевич О.Ю., Сизон О.О., Горбенко О.В. Порівняльний аналіз профілю безпечності топічних глюкокортикостероїдів з позицій доказової медицини // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2010.— № 3 (38).— С. 53–63.
9. Ханін Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера.— НИИ ФК, 1976.— 18 с.
10. Borda L.J., Wikramanayake T.C. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review // *J. Clin. Investig. Dermatol.*— 2015.— Vol. 3, N2.— P. 10.
11. Breunig J. de A., de Almeida H.L.Jr., Duquia R.P. et al. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents // *Int. J. Dermatol.*— 2012.— Vol. 51, N1.— P. 46–44.
12. Breunig J.A., Almeida H.L., Duquia R.D. et al. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents // *Int. J. Dermatol.*— 2012.— Vol. 51, N1.— P. 46–49.
13. Bukvić M., Mokoš Z. et al. Seborrheic dermatitis: an update // *Acta Dermatovenerol. Croat.*— 2012.— Vol. 20, N2.— P. 98–104.
14. Bukvić Mokoš Z., Kralj M., Basta-Juzbasic A., Lakos Jukic I. Seborrheic dermatitis: an update // *Acta Dermatovenerol. Croat.*— 2012.— Vol. 20, N2.— P. 98–104.
15. Clark G.W., Pope S.M., Jaboori K.A. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis // *Am. Fam. Physician.*— 2015.— Vol. 91.— P. 185–190.
16. Das A., Panda S. Use of Topical Corticosteroids in Dermatology: An Evidence-based Approach // *Indian J. Dermatol.*— 2017.— Vol. 62, N3.— P. 237–250.
17. Del Rosso J.Q., Kim G.K. Seborrheic dermatitis and *Malassezia* species: how are they related? // *J. Clin. Aesth. Dermatol.*— 2009.— Vol. 111, N5.— P. 14–17.
18. Gary W. Clark, Sara M. Pope, Khalid A. Jaboori. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis // *Am. Fam. Physician.*— 2015.— Vol. 91, N3.— P. 185–190.
19. Gupta A.K., Kogan N. Seborrheic dermatitis: current treatment practices // *Expert. Opin. Pharmacother.*— 2004.— Vol. 5.— P. 8.
20. Hald M., Arendrup M.C., Svegaard E.L. et al. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of *Malassezia*-related skin diseases // *Acta Derm. Venereol.*— 2015.— Vol. 95.— P. 12–19.
21. Hay R.J. *Malassezia*, dandruff and seborrheic dermatitis: an overview // *Brit. J. Dermatol.*— 2011.— Vol. 165, N2.— P. 2–8.
22. Naldi L., Rebora A. Seborrheic dermatitis // *N. Engl. J. Med.*— 2009.— Vol. 360, N9.— P. 387–396.
23. Okokon E.O., Verbeek J.H., Ruotsalainen J.H. et al. Topical antifungals for seborrheic dermatitis // *Cochrane Database Syst. Rev.*— 2015.— Vol. 5.— CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3.
24. Paulino L.C. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota // *Eur. J. Dermatol.*— 2017.— Vol. 27, N1.— P. 4–7.
25. Plewig G., Jansen T. Seborrheic dermatitis // *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*; Wolf K., Goldsmith L., Katz S.I., ed.— McGraw-Hill Companies, 2008.— P. 219–225.
26. Ramos-E-Silva M., Sampaio A.L., Carneiro S. Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis // *Clin. Dermatol.*— 2014.— Vol. 32.— P. 109–115.
27. Rosso J.Q. Adult Seborrheic Dermatitis // *J. Clin. Aesth. Dermatol.*— 2011.— Vol. 4, N5.— P. 32–3.
28. Ruiz-Arriaga L.F., Arenas R., Vega-Sánchez D.C. et al. Seborrheic Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to *Malassezia* sp. Colonization // *Skin. Appendage Disord.*— 2019.— Vol. 5.— P. 288–292. doi: 10.1159/000497782.
29. Schwartz J.R., Messenger A.G., Tosti A. et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis — towards a more precise definition of scalp health // *Acta Derm. Venereol.*— 2013.— Vol. 93, N2.— P. 131–137.
30. Szepietowski J.C., Reich A., Wesołowska-Szepietowska E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level // *Mycoses* 2009.— Vol. 52, N4.— P. 357–363.

Н.Ю. Резніченко<sup>1</sup>, Ю.Г. Резніченко<sup>2</sup>, А.В. Веретельник<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»*

<sup>2</sup> *Запорожский государственный медицинский университет*

## Себорейный дерматит: выбор тактики топического лечения с учетом особенностей микробиома кожи

**Цель работы** — изучить клиническую эффективность и безопасность препаратов «Бетасалик», «Триакутан» и «Псорикап» в лечении больных себорейным дерматитом (СД).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 75 больных СД (основная группа). Контрольную группу составили 56 здоровых лиц аналогичного возраста. Степень тяжести СД у больных определяли по балльной шкале, которая включала оценку интенсивности эритемы, отека, мокнутия, эксфолиаций, шелушения и жирности кожи. Исследование микробиоценоза кожи проводили методом его прямой качественной и количественной оценки. Уровень тревожности оценивали по шкале самооценки Спилбергера — Ханина. В зависимости от метода лечения больных СД разделили на две подгруппы: I (опытную) составили 43 пациента, которые получали препараты: «Бетасалик» в течение 5 дней, «Триакутан» в течение 5 дней, с 11-х суток «Псорикап» в течение 18 дней; во II группу (сравнения) вошли 32 пациента, которые наружно получали топический кортикостероид.



**Результаты и обсуждение.** Течение СД сопровождается нарушениями микробиоценоза кожи с ростом количества грибов рода *Malassezia* и *Candida* на пораженных участках и требует проведения соответствующего лечения. Для больных СД характерно наличие высокой личностной и ситуативной тревожности. Применение препаратов «Бетасалик» и «Триакутан» способствовало выздоровлению большинства пациентов и значительному улучшению их состояния при разной локализации патологического процесса. В отличие от опытной подгруппы в подгруппе со стандартным лечением эти показатели были значительно ниже. Дополнительное включение препарата «Псорикап» в схему лечения способствовало выздоровлению 100% пациентов с локализацией патологического процесса на волосистой части головы и на лице.

**Выводы.** Комплексная терапия СД с применением мази «Бетасалик», крема или мази «Триакутан» и крема «Псорикап» является патогенетически обоснованной, поскольку обеспечивает быстрый клинический эффект и нормализацию микробиоценоза кожи.

**Ключевые слова:** себорейный дерматит, топическая терапия, «Бетасалик», «Триакутан», «Псорикап».

N.Yu. Reznichenko<sup>1</sup>, Yu.G. Reznichenko<sup>2</sup>, O.V. Veretelnyk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine

<sup>2</sup>Zaporizhzhya State Medical University

## Seborrheic dermatitis: the choice of topical treatment tactics, taking into account the characteristics of the skin microbiome

**Objective** – to study the clinical efficacy and safety of *Betasalic*, *Triacutan* and *Psoricap* drugs in the treatment of patients with seborrheic dermatitis.

**Materials and methods.** The study included 75 patients with seborrheic dermatitis (main group). The control group consisted of 56 healthy individuals of the same age. The severity of seborrheic dermatitis in patients was assessed on a point scale, which included the assessment of the intensity of erythema, edema, oozing lesions, excoriation, scaling, skin oiliness. The study of skin microbiocenosis was carried out by the method of its direct qualitative and quantitative assessment. The level of anxiety was assessed using the Spielberger–Khanin self-assessment scale. Depending on the proposed treatment, patients with seborrheic dermatitis were divided into 2 groups: Group I (experimental group) – 43 patients who received *Betasalic* for 5 days, *Triacutan* – for 5 days, *Psoricap* – for 18 days starting from the 11th day of therapy; Group II (comparison group) – 32 patients who received topical corticosteroids.

**Results and discussion.** The course of seborrheic dermatitis is accompanied by disorders of the skin microbiocenosis with an increase in the number of fungi of *Malassezia* and *Candida* genus in the affected areas, which requires appropriate treatment. Patients with seborrheic dermatitis are characterized by the presence of high personal and situational anxiety. The inclusion of *Betasalic* and *Triacutan* in the standard therapy of seborrheic dermatitis contributed to the recovery of the majority of patients and a significant improvement in different localizations of the pathological process. In contrast to the experimental subgroup, in the subgroup with standard treatment, these rates were significantly lower. Additional inclusion of *Psoricap* in the treatment regimen of patients with seborrheic dermatitis led to the recovery of 100% of patients with the localization of the pathological process on the scalp and face.

**Conclusions.** Complex therapy of seborrheic dermatitis with the use of *Betasalic* ointment, *Triacutan* cream or ointment and *Psoricap* cream is pathogenetically proved, since it provides a quick clinical effect, normalization of skin microbiocenosis.

**Keywords:** seborrheic dermatitis, topical therapy, *Betasalic*, *Triacutan*, *Psoricap*.

### Дані про авторів:

**Резніченко Наталія Юрїївна**, д. мед. н., проф., проф. кафедри загальної практики-сімейної медицини, дерматовенерології з курсом психіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

69063, м. Запоріжжя, вул. Поштова, 2

E-mail: nreznichenkog@gmail.com

**Резніченко Юрій Григорович**, д. мед. н., проф., проф. кафедри госпітальної педіатрії

Запорізького державного медичного університету

E-mail: yureznichenko17@gmail.com

**Веретельник Олександр Володимирович**, к. мед. н., доц., доц. кафедри дерматовенерології та косметології з курсом естетичної медицини факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету

E-mail: oleksandrveretelnykdermatology@gmail.com