

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Шукуров И.Б.¹, Яхшиева М.Ф.², Рустамов М.К.³

¹Шукуров Ихлосжон Болтаевич – кандидат медицинских наук, ассистент;

²Яхшиева Малохат Фармоновна – ассистент;

³Рустамов Мираббос Каримкулович - магистр-резидент,

направление: кожно-венерические болезни,

кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и кожно-венерических болезней,

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,

г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: в данной статье приводятся данные по особенностям клинического течения себорейного дерматита (СД). СД является хроническим заболеванием кожи, встречается во всех возрастных группах больных, преимущественно в молодом и активно-трудоспособном возрасте, имеет разнообразие клинических форм, что требует проведения гистологических исследований для верификации диагноза. Микрофлора в очагах поражения при СД характеризуется микобактериальной флорой - представителями дрожжеподобных липофильных грибов рода *Pityrosporum* и семейством *Micrrococcaceae*.

Ключевые слова: себорейный дерматит, особенности клиники, кожа, кожные чешуйки, эритема, папулезные высыпания, микрофлора.

Себорейный дерматит (СД) - это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся поражением участков кожи, богатой сальными железами. СД чаще болеют люди в возрасте от 20 до 40 лет. В этиологии СД важную роль играет наследственной, инфекционный, аллергический фактор и иммунный статус организма [1, 2, 4].

В генезе заболевания важную роль отводят дрожжеподобным грибам *Pityrosporum ovale*, которые сапрофитируют на коже волосистой части головы (КВЧГ), однако при определенных условиях (гормональный дисбаланс, нарушение обмена веществ, патология/ии ЖКТ, нервной системы, иммунодефициты) могут приобретать патогенные свойства, участвуя в развитии или усугублении патологического процесса [3, 4].

Цель работы - изучение особенностей клинического течения СД с учетом возраста больных и давности заболевания.

Материал и методы

Под наблюдением находился 51 больной СД от 4 до 64 года. Мужчин было 17 (33,3%), женщин - 34 (66,6%). Микробиологические исследования включали бакпосев кожных чешуек (КЧ) на питательные среды Сабуро, 5%-ный кровяной агар, Эндо, Левина для определения микрофлоры. Микологические исследования включали микроскопирование материала и исследование культуры. КЧ предварительно обрабатывали в 20%-ном р-ре КОН. Покрывали покровным стеклом, затем слегка подогревали над пламенем горелки. Через 20-30 мин. препарат микроскопировали. Для исследования грибов использовали среду Сабуро или обогатенный мясо-пептонный агар, на которую засеивали патологический материал и затем его заливали растительным маслом в количестве 2 мл. Посевы инкубировали при $t +37^{\circ}\text{C}$ в течение 7-14 дней в термостате. Потом проводили идентификацию микотической флоры.

Результаты и обсуждение

До 7 лет СД был диагностирован у 5 (9,8%), 8-15 лет - у 10 (19,6%), 16-19 лет – у 7 (13,7%), 20-29 лет – у 15 (29,4%), 30-39 лет – у 10 (19,6%) 40-49 лет и старше 50 лет – у 3 (5,8%) и 2 (3,9%) пациентов соответственно. СД чаще встречался у больных женского пола. По нашим данным, пик заболеваемости приходился на молодой, активно-трудоспособный возраст (АТВ) (20-29 лет) - 29,4%.

Продолжительность СД у 23 (45,1%) больных составил - до 1 года, у 19 (37,3%) – от 1 до 5 лет, у 9 (17,6%) – более 5 лет. Интересно отметить, что с учетом возрастных показателей с давностью заболевания до 1 года в возрасте до 7 лет дерматоз диагностирован у 5 из 23, 8-15 лет – у 4, 16-19 лет – у 3, 20-29 лет – у 5, 30 – 39 лет – у 3, более 40 лет - у 2. С увеличением давности заболевания от 1 до 5 лет и более заболевание диагностировали в молодом и АТВ - от 20-39 лет, что, возможно, связано с гормональным дисбалансом и/или иммунологическими нарушениями.

Особый интерес представляет клиника СД. У обследованных больных кожно-патологический процесс располагался на КВЧГ, лица, туловища - в области грудной клетки, межлопаточной области. Элементы поражения: пятна, эритемы, папулезные высыпания, трещины, корочки, КЧ. Кожа в очагах поражения была гиперемирована, инфильтрирована, покрыта отрубевидными чешуйками, особенно на КВЧГ в виде «молочных корок». На коже туловища очаги поражения характеризовались эритематозно-сквамозными высыпаниями округлой, овальной или неправильной формы с нечеткими краями, на поверхности которых отмечали мелкое отрубевидное шелушение.

Сделан анализ клинической картины с учетом распространенности кожно-патологического процесса. Так, распространенная форма СД установлена у 20 (39,2%), ограниченная форма - у 31 (60,8%) больного.

Ограниченная форма характеризовалась поражением только КВЧГ, эритематозно-сквамозными высыпаниями с отрубевидным шелушением. У некоторых больных на коже отмечали инфильтрацию, трещину, мокнутие без пузырьковых высыпаний. Больных беспокоил интенсивный зуд. Следует отметить, что с учетом полового аспекта поражение КВЧГ наиболее часто отмечалось у лиц женского пола – 22 из 31 больного, что составило 70,9%. Причем в возрастном аспекте больше подверглись болезни в возрасте 20-29 лет - 19,4%. Интересно отметить, что у 19 больных клиническая картина напоминала псориаз волосистой части головы, у 7 больных клиника была сходна с микозом, у 5 – напоминала себорейную экзему.

Распространенная форма характеризовалась расположением кожно-патологического процесса на КВЧГ, лица, особенно в области носо-щечных складок, бровей, грудной клетки. Очаги поражения: мелко точечные фолликулярные узелки желто-розового цвета, покрытые жирными, серовато-желтыми чешуйками. На коже грудной клетки в результате слияния нескольких бляшек образовались крупные очаги с фестончатыми очертаниями. Субъективно: беспокоил периодический зуд. С учетом гендерного признака распространенная форма чаще диагностировалась у лиц женского пола – у 12 из 20 больных.

Важно подчеркнуть, что по характеру кожно-патологического процесса у 7 больных клиническая картина была сходна с аллергодерматитом, у 6 – по типу разноцветного лишая, у 4 – по типу себорейной формы псориаза, у 3 – по типу розацеа, у 1 – по типу экземы.

Результаты микробиологических исследований показали, что у 11 из 51 больного были культивированы дрожжеподобные липофильные грибы *Pityrosporum ovale*, что составило 21,5%, далее *St. aureus* - у 15 (29,4%), *St. haemolyticus* - у 8 (15,7%), *St. saprophyticus* – у 11 (21,5%). Тогда как на коже туловища рост *Pityrosporum ovale* отметили у 4 (7,8%), *St. aureus* – у 11 (21,5%), *St. Haemolyticus* – у 4 (7,8%) и *St. saprophyticus* – у 13 (25,5%) больных.

Следует отметить, что колонизация представителей семейства *Micrococcaceae* в очагах поражения статистически достоверно превышало показатели микрофлоры у здоровых лиц ($p < 0,05$), что составило в среднем $1221,5 \pm 215,6$ КОЕ/см². Полученные данные свидетельствуют о высокой обсемененности патогенной флоры *Stafylococcus spp.* на коже у больных СД, что, на наш взгляд, имеет важное значение в клиническом течении данного дерматоза.

Таким образом, СД является хроническим заболеванием кожи, встречается во всех возрастных категориях больных, преимущественно в АТВ имеет разнообразие клинических форм, что требует проведения гистологических исследований для установления окончательного диагноза. Микрофлора в очагах поражения при СД характеризуется микобактериальной флорой - представителями дрожжеподобных липофильных грибов рода *Pityrosporum* и семейством *Micrococcaceae*.

Список литературы

1. Суколин Г.И., Суколина О.Г., Максимова Н.И. и др. Роль микотической инфекции в патогенезе себорейного дерматита // В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. 10. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2007. С. 71.
2. Немедикаментозная реабилитация больных с заболеваниями кожи и волос // 2005. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://vrach-profi.ru/o-nas/glava-2-etiologya-patogenez-farmakologicheskoe-lechenie-nekotoryx-zabolevanij-kozhi/> (дата обращения: 18.0.2018).
3. Faergemann J., Jones J.C., Hattler O., Loria Y. *Pityrosporum ovale* (*Malassezia furfur*) as the causative agent of seborrhoeic dermatitis: new treatment options // Br. J. Dermatol., 1996. Vol. 134. Supple 1. № 46. P. 12-15.
4. Puzenat E., Riou-Gotta M.O., Messikh R., Humbert P. Facial dermatosis: acne, rosacea, seborrhoeic dermatitis // Rev Prat. 2010. Vol. 60. № 6. P. 849-855.