

**І.В. Одінцева<sup>1</sup>**, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб,  
**А.Д. Дюдюн<sup>1</sup>**, д-р мед. наук, професор, зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб,  
**В.В. Гладишев<sup>2</sup>**, д-р фарм. наук, професор, зав. кафедри технології ліків,  
**Н.М. Поліон<sup>1</sup>**, канд. мед. наук, доцент, асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб

<sup>1</sup> ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

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

## Себорейний дерматит і *Malassezia* spp.

Себорейний дерматит (СД) – хронічне захворювання шкіри, що супроводжується підвищеною продукцією шкірного сала, запаленням і лущенням на шкірі в зонах з великим вмістом сальних залоз, які називаються себорейними зонами (волосиста частина голови, обличчя, верхня частина тулуба, складки) [3, 6, 10]. СД – одне з найпоширеніших захворювань, на яке страждають до 16% населення, виникає в перші тижні життя, надалі часто загострюється в підлітковий і юнацький періоди, стаючи хронічним. На СД частіше страждають чоловіки [2].

Часто СД виявляють у хворих на хворобу Паркінсона, на тлі депресивних станів, а також у осіб, які отримують PUVA-терапію [2, 3, 13]. СД є одним з найбільш ранніх і поширених шкірних проявів ВІЛ-інфекції та зустрічається у 30–83% пацієнтів з ВІЛ/СНІДом. Дерматоз у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом має значно тяжчий перебіг, ніж у імунокомпетентних осіб, і супроводжується вираженими еритематозними та папульозними висипаннями. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів СД є більш поширеним і за частотою посідає третє місце після фолікулітів і шпичастих кондилом [6, 11]. Хворі на СД вказують на те, що клінічні прояви негативно впливають на якість життя та соціальну адаптацію [17].

У розвитку захворювання істотну роль відіграють різноманітні порушення функції ендокринної, нервової систем, травного тракту та імунні зрушення [2, 6]. Незважаючи на те, що етіологія СД до кінця не відома, низка авторів виділяють три основні чинники, що відіграють значну роль у розвитку дерматозу. До них відносять підвищену секрецію сальних залоз, зміну в колонізації і метаболічній активності деяких представників мікробного пейзажу шкіри (*Malassezia* spp.) та індивідуальну схильність [13, 14, 16].

Гриби локалізуються навколо устя волосяних фолікулів, сальних залоз, оскільки для росту і розвитку їм необхідні ліпіди. Себорея є фактором, що створює сприятливе середовище для розвитку *Malassezia*.

Грибам також необхідний відповідний рівень вологості, що є важливішим фактором, ніж продукція сальних залоз. У разі СД на вражених ділянках шкіри концентрація дріжджоподібних грибів значно вища (83%), ніж на візуально здоровій шкірі (46%) [1, 4].

Крім *Malassezia* у себорейних зонах шкіри заселяються *Staphylococcus* spp. і *Propionibacterium* spp., які перебувають у збалансованому стані [12].

*Malassezia* є слабо патогенними для людини і асоціюються з лупою, однак не в усіх осіб, що мають цей збудник, виникає лущення шкіри волосистої частини голови. За наявності лупи кількість *Malassezia* зростає в 1,5–2 рази в порівнянні зі здоровою шкірою волосистої частини голови [15].

У патогенезі СД роль *Malassezia* spp. лишається до кінця не з'ясованою. Проте простежується залежність між використанням шампуню з кетоконазолом і зниженням кількості грибів *Malassezia* в осередках ураження та клінічним поліпшенням патологічного процесу. Базуючись на цьому, низка дослідників змогли припустити, що ці дріжджоподібні коменсали відіграють важливу роль у розвитку СД [16].

Шкірне сало – це ідеальна поживна речовина, секреція якої найбільш виражена в період статевої зрілості. Низка дослідників підтверджують те, що себорейні прояви людини реагують на андрогенну стимуляцію [7, 8]. Виділення шкірного сала було однаковим як у інфікованих, так і у неінфікованих *Malassezia* spp. осіб з легкими проявами СД у вигляді гіперемії шкіри волосистої частини голови та лущення. У більшості пацієнтів з жирною шкірою голови лущення не було. Напевно, ліпіди певною мірою можуть сприяти розвитку СД, але не є його основною причиною [5]. У дослідженні ліпідного складу шкірного сала у ВІЛ-інфікованих осіб з СД було виявлено, що в разі ВІЛ-інфекції, незалежно від наявності шкірної патології, в секреті знижується вміст вільних жирних кислот і значно збільшується кількість тригліцеридів і сквалену [9].

Враховуючи те, що одним з вирішальних факторів, що ускладнює перебіг СД, є ліпофільні

дріжджоподібні гриби *Malassezia*, що входять до складу мікробної асоціації поверхні шкіри, у своїй роботі ми поставили за мету виявлення *Malassezia* spp. у хворих на СД, які перебували під нашим спостереженням.

### Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувало 57 хворих на СД віком від 18 до 57 років. Середній вік пацієнтів становив 27,5 року. Серед обстежених чоловіків було 38 (66,7%), жінок – 19 (33,3%). Усім хворим на СД проводили обстеження із застосуванням таких методів: огляд шкіри, мікроскопічний, бактеріологічний методи дослідження, загальний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та облік суб'єктивних відчуттів пацієнта.

Для виявлення грибів роду *Malassezia* з клінічного матеріалу застосовували поживне середовище Сабуро з додаванням оливкової олії з наступною мікроскопією матеріалу з фарбуванням за Грамом, де гриби набувають темно-синього кольору. Найважливішою перевагою цього методу є те, що поряд з грибами виявляли й диференціювали інші мікроорганізми, що значно підвищувало інформативність мікроскопічного дослідження. У більшості мікробіологічних лабораторій фарбування за Грамом використовують для мікроскопічного та мікроморфологічного вивчення виділених культур мікроорганізмів, це є безперечним стандартом у бактеріології.

До обстеження включили тільки хворих на СД, які не використовували будь-яке місцеве або пероральне лікування впродовж попередніх 2 міс. У хворих не було зареєстровано супутніх захворювань.

### Результати та їх обговорення

СД на тлі жирної себореї констатовано в 15 жінок і 18 чоловіків, які перебували під спостереженням. Змішана форма СД встановлена в 14 хворих чоловіків та 3 жінок, вона проявлялась в помірному посиленні саловиділення на шкірі обличчя й тулуба та виникненні поодиноких комедонів і вугрів.

Суха форма себореї зустрічалась рідше (чоловіки – 6, жінки – 1), для неї було характерно зниження саловиділення та наявність різного розміру лущення, що розвивалось найчастіше в потилично-скроневій ділянці, а потім поширювалось на всю поверхню шкіри голови. Рогові лусочки щільно вкривали поверхню волосистої частини шкіри голови, легко знімались, а також могли самовільно відпадати й рідко зливалися між собою, утворюючи кірочки сірувато-білого чи жовтуватого кольору. Волосся при цьому було тьмяним, ламким, сухим. На шкірі тулуба формувалась виражений фолікулярний гіперкератоз, особливо на бічних поверхнях тулуба та розгинальних поверхнях кінцівок. Суб'єктивно хворі відмічали свербіж, відчуття стягування шкіри, особливо після водних процедур.

Тривалість перебігу дерматозу до моменту звернення хворих до дерматовенеролога коливалась від 2 до 6 років у 36,8%, від 6 до 15 років у 63,2% обстежених. Виникнення захворювання 34 хворих пов'язували з початком статевого дозрівання. Не змогли

вказати причину розвитку дерматозу 23 особи. Як початок захворювання хворі відзначали підвищення жирності шкіри та періодичну появу запальних елементів. Загострення патологічного стану спостерігали в холодні пори року та в разі недотримання дієти чи зміни характеру харчування. Серед жінок з СД перші прояви захворювання співпали з першою менструацією у 8 пацієнток. Серед чоловіків, що хворіли на СД, початок захворювання пов'язували зі статевим дозріванням 22 пацієнти.

На підставі скарг, анамнезу та об'єктивного дослідження жирна клінічна форма СД була встановлена у 33 (57,9%), змішана – в 17 (28,8%) і суха – в 7 (12,3%) хворих. Комплексне мікробіологічне обстеження 57 хворих на СД дало змогу виявити *Malassezia* spp. у 87,7% пацієнтів, що вказує на їхнє певне значення у виникненні та перебігу патологічного стану.

### Висновки

Таким чином, на підставі нашого дослідження можна зробити висновок, що на СД хворіють переважно особи молодого віку. Захворювання найчастіше починається в період статевого дозрівання на тлі гормональної перебудови організму. Дерматит має тривалий перебіг з частими рецидивами, переважно в осінньо-зимовий період. Найчастішою причиною, яка спричиняє загострення СД, є зміна пори року та порушення дієти. Найпоширенішою формою СД є змішана (57,9%), найменш поширеною – суха (12,3%). Виявлення у 87,7% пацієнтів *Malassezia* spp. підтверджує їхню роль у розвитку та рецидивуванні СД, що необхідно враховувати лікарю, призначаючи комплексне лікування.

### Список літератури

1. Богданова Т.В., Елинов Н.П. Морфолого-физиологические характеристики дрожжевых организмов – *Malassezia* species (Malassez, 1874) Bailion, 1889 (обзор). Проблемы мед. микологии. 2011. Т. 13, №1. С. 3-13.
2. Гаджигорова А.Г. Перхоть и себорейный дерматит. Consilium Medicum. Дерматология. 2007. №1. С. 9-13.
3. Галлямова Ю.А. Отрубевидный лишай. Лечащий врач. 2010. №5.
4. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов / Г.С. Цераидис, В.П. Федотов, А.Д. Дюдюк, В.А. Туманский. Научное издание. Днепропетровск-Харьков-Запорожье, 2004. 536 с.
5. Игнатев Д.В., Ломоносов К.М. Эффективное лечение себорейного дерматита волосяной части головы. Consilium Medicum. Дерматология. 2009. №2. С. 8-10.
6. Козловская В.В. Комплексная терапия воспалительных заболеваний кожи, ассоциированных с дрожжеподобными грибами рода *Malassezia*: Автореф. дис... канд. мед. наук. Минск, 2007. 15 с.
7. Корнишева В.Г., Ежков Г.А. Патология волос и кожи волосистой части головы. СПб.: Фолиант, 2012. 197 с.
8. Монахов С.А. Современный подход к терапии себорейного дерматита. Consilium Medicum. Дерматология. 2010. №1. С. 7-9.
9. Федотов В.П., Дюдюк А.Д., Степаненко В.И. Дерматовенерология. Навч. посібник для лікарів. Дніпропетровськ-Київ, 2008. 599 с.
10. Characterization of the fungal microbiota (mycobiome) in healthy and dandruff-afflicted human scalps / H.K. Park, S.-G. Park et al. PLoS One. 2012. Vol. 7, №2: e32847. Published online 2012 February 29. doi: 10.1371/journal.pone.0032847
11. Distribution of *Malassezia* species on the scalp in Korean seborrheic dermatitis patients / Y.W. Lee, H.J. Byun, B.J. Kim et al. Ann. Dermatol. 2011. Vol. 23, №2. P. 156-161.
12. Gupta A.K., Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J. of the Europ. Academy of Dermatol. and Venereol. 2004. Vol. 8, №1. P. 13-26.
13. New insights into HIV-1-primary skin disorders / F. Cedeno-Laurent, M. Gómez-Flores, N. Mendez et al. J. of the Internat. AIDS Society. 2011. Vol. 14, №1. P. 5-11.
14. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level / J.C. Szepletowski, A. Reich, E. Wesoowska-Szepletowska et al. Mycoses. 2009. Vol. 52, №4. P. 357-363.
15. Rosso J.Q. Adult Seborrheic Dermatitis. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2011. Vol. 4, №5. P. 32-38.
16. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents / J. de A. Breunig, H.L. de Almeida Jr., R.P. Duquia et al. Int. J. Dermatol. 2012. Vol. 51, №1. P. 46-49.
17. Topographical and temporal diversity of the human skin microbiome / E.A. Grice, H.H. Kong, S. Conlan et al. Science. 2009. Vol. 29, №324 (5931). P. 1190-1192.

Вперше надруковано в журналі  
«Дерматологія та венерологія» № 3 (85) 2019



# ДОСТУПНА ТЕРАПІЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ ВІД ЄВРОПЕЙСЬКИХ ФАРМАЦЕВТІВ



Замовляйте онлайн з доставкою  
у фірмовому магазині  
<https://elfashop.ua/>



**СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ И MALASSEZIA SPP.**И.В. Одинцова<sup>1</sup>, А.Д. Дюдюн<sup>1</sup>, В.В. Гладышев<sup>2</sup>, Н.Н. Полион<sup>1</sup><sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»<sup>2</sup> Запорожский государственный медицинский университет**Резюме****Цель работы** – выявление *Malassezia* spp. у больных себорейным дерматитом (СД).**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 57 больных СД в возрасте от 18 до 57 лет. Средний возраст пациентов составил 27,5 года. Всем больным проводилось обследование с применением следующих методов: осмотр кожи, микроскопические и бактериологические методы исследования, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и учет субъективных ощущений пациента.**Результаты.** Среди больных СД была установлена жирная клиническая форма у 33 (57,9%), смешанная – у 17 (28,8%) и сухая – у 7 (12,3%) больных. Комплексное микробиологическое обследование 57 больных СД позволило выявить *Malassezia* spp. у 87,7% пациентов. Заболевание чаще начиналось в период полового созревания. Дерматит имел длительное течение с частыми рецидивами, преимущественно в осенне-зимний период и вследствие нарушения диеты.**Выводы.** Наличие у 87,7% пациентов *Malassezia* spp. подтверждает их роль в развитии и обеспечении рецидивов СД, что необходимо учитывать врачу при планировании комплексного лечения.**Ключевые слова:** себорейный дерматит, *Malassezia* spp., комплексное лечение.**SEBORRHEIC DERMATITIS AND MALASSEZIA SPP.**I.V. Odintsova<sup>1</sup>, A.D. Dyudyun<sup>1</sup>, V.V. Gladishev<sup>2</sup>, N.M. Polion<sup>1</sup><sup>1</sup> SE «Dnipropetrovsk medical academy of the Ministry of Health of Ukraine»<sup>2</sup> Zaporizhzhia State Medical University**Abstract**The objective of the work was the identification of *Malassezia* spp. in patients with seborrheic dermatitis.**Materials and methods.** We observed 57 patients with seborrheic dermatitis between the ages of 18 and 57 years. The average age of patients was 27.5 years. All the patients with seborrheic dermatitis were examined by the following methods: examination of the skin, microscopic and bacteriological examination, general and biochemical blood analysis, urinalysis, and consideration of the patient's subjective sensations.**Results and its discussion.** Among patients with seborrheic dermatitis, a fatty clinical form was established in 33 (57.9%), mixed in 17 (28.8%) and dry in 7 (12.3%) patients. A comprehensive microbiological examination of 57 patients with seborrheic dermatitis allowed to detect *Malassezia* spp. in 87.7% of patients. The disease often began during puberty. Dermatitis had a long course with frequent relapses, mainly in the autumn-winter period and due to a violation of the diet.**Conclusions.** The presence in 87.7% of patients *Malassezia* spp. confirms its role in the development and maintenance of recurrence of seborrheic dermatitis, which a doctor must consider while planning a complex treatment.**Key words:** seborrheic dermatitis, *Malassezia* spp., complex treatment.