

Папулосквамозные дерматозы волосистой части головы: ключевые аспекты дифференциальной диагностики и лечения

Г.П. Терещенко^{1,2✉}, gala_ter@mail.ru, О.В. Жукова^{1,2}, М.Н. Острецова¹, М.А. Бобров², С. Алхадфар¹

¹ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

² Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

Резюме

Псориаз и себорейный дерматит – распространенные папулосквамозные дерматозы, которые при локализации только на волосистой части головы зачастую имеют очень схожие клинические проявления и требуют комплексного дифференциально-диагностического подхода. В статье представлены основные клинико-диагностические характеристики псориаза и себорейного дерматита кожи головы в сравнительном аспекте, включая особенности трихоскопии и патоморфологические маркеры. В лечении папулосквамозных заболеваний ключевое значение имеет местная терапия, которая включает топические глюкокортикоиды, кератолитики и средства с противогрибковой активностью. Современные комбинированные наружные препараты с фиксированными дозами действующих веществ обеспечивают воздействие сразу на несколько патогенетических механизмов, при этом обладая стабильностью, совместимостью и удобством применения для пациентов. Одним из основных препаратов, широко применяемых в лечении псориаза и себорейного дерматита, является раствор бетаметазона дипропионата и салициловой кислоты (торговое название – Акридерм СК), который по противовоспалительной активности сопоставим с топическим глюкокортикоидами самой высокой силы, обеспечивает более быстрый ответ на терапию и эффективно снижает симптомы зуда и шелушения. Это подтверждается собственным клиническим опытом авторов и продемонстрировано на примере клинических случаев.

Ключевые слова: псориаз, себорейный дерматит, топическая терапия, трихоскопия, глюкокортикостероиды

Для цитирования: Терещенко ГП, Жукова ОВ, Острецова МН, Бобров МА, Алхадфар С. Папулосквамозные дерматозы волосистой части головы: ключевые аспекты дифференциальной диагностики и лечения. *Медицинский совет.* 2024;18(14):124–132. <https://doi.org/10.21518/ms2024-288>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Papulosquamous scalp dermatoses: key aspects of differential diagnosis and treatment

Galina P. Tereshchenko^{1,2✉}, gala_ter@mail.ru, Olga V. Zhukova^{1,2}, Maria N. Ostretsova¹, Maksim A. Bobrov², Suzanne Alhaffar¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

² Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia

Abstract

Psoriasis and seborrheic dermatitis are common papulosquamous dermatoses. When localized only on the scalp, they often have very similar clinical manifestations and require a comprehensive differential diagnostic approach. The article presents the main comparative clinical and diagnostic characteristics of psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp, including trichoscopy features and pathomorphological markers. Topical therapy with glucocorticosteroids, keratolytics and agents with antifungal activity is of key importance in the treatment of papulosquamous diseases. Modern topical drugs with a fixed combination of active ingredients provide an effect on several pathogenetic mechanisms at once, are stable, compatible, and convenient for use by patients. One of the main drugs for the treatment of psoriasis and seborrheic dermatitis is a solution of betamethasone dipropionate and salicylic acid (trade name – Akriderm SK), which in terms of anti-inflammatory activity is comparable to the highest strength topical corticosteroids, while providing a faster response to therapy and effectively relieving symptoms of itching and peeling. This is confirmed by the authors' own clinical experience and demonstrated in the clinical cases described in the article.

Keywords: psoriasis, seborrheic dermatitis, topical therapy, trichoscopy, glucocorticosteroids

For citation: Tereshchenko GP, Zhukova OV, Ostretsova MN, Bobrov MA, Alhaffar S. Papulosquamous scalp dermatoses: key aspects of differential diagnosis and treatment. *Meditsinskiy Sovet.* 2024;18(14):124–132. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-288>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Папулосквамозные дерматозы представляют собой обширную группу кожных заболеваний, общим признаком которых являются морфологические элементы в виде шелушащихся папул и бляшек. Эта группа объединяет спектр дерматологических нозологий различной этиологии, включая генетически детерминированные иммуноопосредованные (псориаз, болезнь Девержи), развивающиеся при участии микрофлоры кожи заболевания (себорейный дерматит, отрубевидный лишай), болезни иммунореактивного характера (красный плоский лишай, парапсориаз, розовый лишай, блестящий лишай, линейный лишай). Кроме этого, высыпания папулосквамозного характера могут быть и при многих других патологических состояниях, включая инфекции (вторичный сифилис, дерматофитии) и реакции гиперчувствительности [1]. Одной из излюбленных локализаций папулосквамозных дерматозов является волосистая часть головы. Высыпания, локализующиеся в области скальпа, имеют определенную специфику, связанную с анатомо-физиологическими особенностями кожи этой зоны: большое количество сальных желез, обильная сеть капилляров, определенный состав микробиома и вариабельность уровня pH. Одними из наиболее часто встречающихся папулосквамозных дерматозов волосистой части головы являются себорейный дерматит и псориаз. Эти дерматозы являются распространенной причиной обращений к дерматологам и трихологам, поскольку симптомы не только вызывают эстетические проблемы, но и сопровождаются зудом и дискомфортом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА И ПСОРИАЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Себорейный дерматит представляет собой хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание, связанное с изменением качественного и количественного состава кожного сала под влиянием различных факторов. При себорейном дерматите определенные особенности секреции сальных желез возникают в результате эндогенных и экзогенных триггеров (нейроэндокринные и метаболические нарушения, изменение гормонального фона, психоэмоциональное напряжение и пр.) на фоне генетической предрасположенности. Это приводит к нарушениям эпидермального барьера и чрезмерной колонизации *Malassezia spp.*, дрожжевая и, реже, мицелиальная форма которых обнаруживается в очагах поражения себорейным дерматитом. *Malassezia* способны проникать в глубокие слои эпидермиса, взаимодействовать с антигенпрезентирующими клетками, такими как нейтрофилы, макрофаги и дендритные клетки, и индуцировать развитие воспалительного процесса [2, 3]. Локализация высыпаний в виде желтоватых чешуек на эритематозном фоне, как правило, соответствует себорейным зонам кожного покрова, прежде всего волосистой части головы с возможным вовлечением кожи лица (брови, носогубные складки), наружного слухового прохода, заушных областей, груди и крупных складок.

Псориаз – это хроническое воспалительное иммуноассоциированное заболевание кожи, характеризующееся высоким риском развития полиорганной патологии [4]. Поражение волосистой части головы наблюдается у 50–80% пациентов с псориазом, являясь в ряде случаев манифестной или единственной зоной локализации кожного процесса [5]. Высыпания на коже скальпа считаются одной из проблемных локализаций, поскольку связаны с повышенным риском развития псориатического артрита и оказывают значительное негативное влияние на качество жизни. Шелушение на голове доставляет значительные неудобства для пациентов и в некоторых случаях может быть настолько сильным, что делает невозможным расчесывание волос [5, 6]. Основные сравнительные клинико-диагностические характеристики псориаза и себорейного дерматита кожи головы представлены в *таблице* [7–10], гистологические признаки – на *рис. 1*.

При тяжелых формах псориаза и себорейного дерматита может наблюдаться обратимое выпадение волос, возникающее в зонах поражения и связанное с воспалительным процессом и травматизацией при зуде. Реже может развиваться диффузная телогеновая алопеция. Кроме того, при псориазе описаны случаи вторичной рубцовой алопеции [11, 12]. Следует подчеркнуть, что диагнозы «псориаз» и «себорейный дерматит кожи головы» устанавливаются преимущественно на основании анализа клинико-анамнестических особенностей. В некоторых случаях при этих заболеваниях в дифференциальном аспекте могут быть полезны данные трихоскопии, однако, не являясь высокоспецифичными, они имеют лишь второстепенное значение [8, 9, 13]. На *рис. 2* представлена трихоскопическая картина псориаза и себорейного дерматита.

При проведении дифференциального диагноза себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы могут возникнуть сложности, обусловленные наличием клинических и патоморфологических псориазiformных изменений при себорейном дерматите (в том числе скоплений нейтрофилов в роговом слое), а также в связи со слабой выраженностью или отсутствием наиболее специфичных морфологических признаков псориаза (микроабсцессов Мунро, спонгиозформных пустул Когоя). Не исключены ситуации, когда себорейный дерматит может быть сопутствующим заболеванием при псориазе. При сочетании этих процессов спонгиозитические изменения, характерные для себорейного дерматита, могут маскировать проявления псориаза. При наличии высыпаний вне кожи себорейных зон целесообразно проведение повторной биопсии для уточнения диагноза.

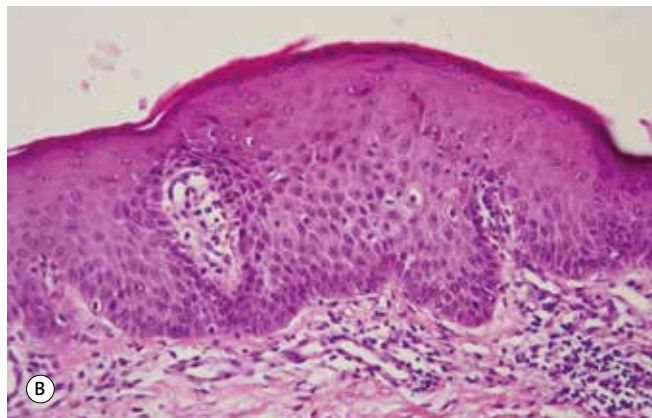
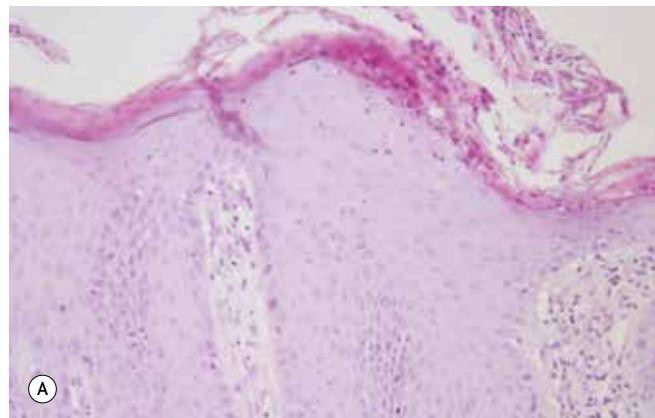
Несмотря на все имеющиеся дифференциально-диагностические признаки, в ряде случаев при изолированном поражении кожи скальпа отличить псориаз от себорейного дерматита бывает крайне затруднительно, и для постановки окончательного диагноза приходится ориентироваться на появление специфических высыпаний вне кожи головы. В дерматологической терминологии существует понятие «себопсориаз», которым обозначают состояние, как бы объединяющее эти два заболевания и не имеющее четких клинических, трихоскопических

- **Таблица.** Сравнительные клинико-диагностические характеристики псориаза и себорейного дерматита кожи головы
- **Table.** Comparative clinical and diagnostic characteristics of psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp

Клинико-диагностические особенности	Псориаз	Себорейный дерматит
Симптомы	Инфильтрированные бляшки с четкими границами, ощутимые пальпаторно (симптом Картамышева)	Инфильтрация обычно слабо выражена, очаги менее четкие, не возвышаются над уровнем кожи
	Часто поражение линии роста волос, высыпания выходят за пределы кожи головы (гладкая кожа лба, заушные складки, шея)	Высыпания редко выходят за пределы волосистой части головы
	Определение псориатической триады, особенно феномена Ауспица	Псориатическая триада не определяется
	Зуд не выражен	Часто сильный зуд, жжение
	Чешуйки серебристо-белые	Чешуйки желтоватые, жирные
	Поражения вне кожи головы: разгибательные поверхности конечностей, область локтевых и коленных суставов, крестец, околопупочная, перианальная области, ногтевые пластины, ладони, подошвы; артрит	Поражения вне кожи головы: себорейные зоны
	Наследственность отягощена	Наследственность не отягощена
Локализация	Чаще в процесс вовлекается затылочная и лобная область	Преимущественно теменная зона и область макушки
Трихоскопия	Диффузное шелушение, межфолликулярные белые чешуйки, гломерулярные сосуды, скопления однородно распределенных сосудов в форме линий, колец, запятой, экстравазации крови [7–9]	Диффузное шелушение, перифолликулярные и межфолликулярные желтоватые чешуйки, множественные тонкие ветвящиеся сосуды, сосуды в виде одиночной петли [7–9]
Гистологические признаки (рис. 1)	Морфологическая модель – псориазиформный дерматит	Морфологическая модель – спонгиозный дерматит с элементами псориазиформного дерматита
	В эпидермисе: гиперпаракератоз, скопления нейтрофилов в роговом (микроабсцессы Мунро) и шиповатом (спонгиозные пустулы Когоя) слое, равномерный акантоз с истончением надсосочковых участков	В эпидермисе: орто- и парагиперкератоз, неравномерный акантоз, спонгиоз с экзцитозом лимфоцитов, парафолликулярный паракератоз, иногда – со скоплениями нейтрофилов в роговых чешуйках, роговые пробки в устьях волосных фолликулов, иногда в просвете устьев определяются скопления дрожжеподобных и кокковых микроорганизмов
	В верхних отделах дермы: периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, эктазии капилляров дермальных сосочков (рис. 1А) [10]	В верхних отделах дермы: периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты (рис. 1В) [10]

- **Рисунок 1.** Патоморфологическая картина псориаза (А) и себорейного дерматита (В); окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×200

- **Figure 1.** Pathomorphology of psoriasis (A) and seborrheic dermatitis (B); hematoxylin-eosin staining, magnification ×200



- **Рисунок 2.** Трихоскопия очагов на волосистой части головы: А – псориаз, В – себорейный дерматит
- **Figure 2.** Trichoscopy of foci on the scalp: А – psoriasis, В – seborrheic dermatitis



и гистологических отличительных особенностей, позволяющих их дифференцировать. Рассмотрение себопсориаза как отдельного диагноза и определение его диагностических критериев является предметом дискуссий [5, 10].

Еще одним патологическим состоянием, локализуемым на волосистой части головы и вызывающим определенные диагностические сложности, является асбестовидный лишай. Клинически заболевание проявляется плотными толстыми участками белого пластинчатого шелушения, прочно прилегающего к коже головы и волосам и склеивающего волосные стрежни в пучки [14]. В настоящее время асбестовидный лишай расценивают не как определенную нозологию, а как симптом, являющийся вторичной реакцией кожи головы аутовоспалительного характера по отношению к различным дерматозам. Установить первичное заболевание может быть непросто: чаще всего асбестовидный лишай возникает на фоне себорейного дерматита и псориаза, реже первопричиной может быть красный плоский лишай, простой хронический лишай, болезнь Дарье, атопический дерматит, а также заболевания бактериальной или грибковой этиологии [15].

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАПУЛОСКВАМОЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ КОЖИ ГОЛОВЫ

Основными задачами лечения папулосквамозных дерматозов кожи головы – себорейного дерматита и псориаза – являются устранение симптомов и достижение продолжительной ремиссии. Учитывая мультифакториальный патогенез и склонность к торпидности течения, успешная терапия этих заболеваний подразумевает комплексный подход, включающий этиопатогенетические методы, правильный уход, коррекцию сопутствующих соматических нарушений и устранение провоцирующих факторов. Наружная терапия является единственной или неотъемлемой частью лечебного процесса и назначается с учетом степени тяжести заболеваний. При определении тяжести псориаза и себорейного дерматита на голове учитывается площадь поражения и степень выраженности основных клинических симптомов: эритемы, инфильтрации и шелушения. Для оценки тяжести псориаза

скальпа разработан специальный индекс PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index).

Ведущая роль в лечении среднетяжелых и тяжелых форм псориаза и себорейного дерматита отводится топическим противовоспалительным и кератолитическим средствам. При себорейном дерматите также показаны препараты, обладающие противогрибковым и себорегулирующим действием. Широкое применение имеют многокомпонентные местные препараты, позволяющие решить сразу несколько терапевтических задач. Фиксированные дозы действующих веществ в составе комбинированных препаратов обеспечивают необходимую концентрацию, обладают стабильностью, а также удобны для пациентов, что позволяет использовать один препарат вместо нескольких средств [16]. Анатомо-физиологические особенности кожи волосистой части головы подразумевают необходимость правильного выбора лекарственной формы препаратов для наружного использования. Применение на коже волосистой части головы лекарственных форм с жирными основами вызывает определенные трудности при нанесении и смывании, создает неэстетичный вид сальных волос. Поэтому в большинстве случаев предпочтение отдается препаратам в форме раствора, лосьона, эмульсии и шампуня. Современные достижения фармацевтической индустрии дают возможность выбора необходимых лекарственных средств в удобных для применения формах без существенных изменений активности и биодоступности действующего вещества, что обеспечивает как необходимый терапевтический эффект, так и приверженность пациентов к лечению.

Одним из комбинированных препаратов, применяемых для терапии подострых и хронических стероидчувствительных дерматозов, сопровождающихся гиперкератозом и шелушением, является раствор Акридерм СК. Этот препарат представляет собой комбинацию топического глюкокортикоида бетаметазона 0,05% и салициловой кислоты 2%. Основное действующее вещество – бетаметазона дипропионат – синтетический глюкокортикоид, наиболее сильная модификация бетаметазона, обладает высокой глюкокортикоидной активностью и оказывает выраженное противовоспалительное, противозудное

и сосудосуживающее действие [17]. Салициловая кислота, входящая в состав раствора Акридерм СК, за счет доказанного противовоспалительного, противозудного, отшелушивающего и кератолитического свойства способствует нормализации процессов ороговения и в течение многих лет используется для наружного лечения папулосквамозных дерматозов. В комбинации с топическими глюкокортикоидами она позволяет эффективно удалять чешуйки с поверхности очагов, обеспечивая более глубокое проникновение действующего вещества в кожу, при этом не повреждая кератиноциты. Кроме того, она обладает бактериостатическим и некоторым фунгицидным действием, что делает ее очень важным компонентом в терапии себорейного дерматита. Показано, что раствор бетаметазона дипропионата и салициловой кислоты имеет аналогичную эффективность с лосьоном клобетазола – топического глюкокортикоида самой высокой степени активности. При этом комбинированный препарат оказывает больший противозудный эффект, чем клобетазол [18]. В нескольких двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях было выявлено, что при применении раствора бетаметазона дипропионата в сочетании с салициловой кислотой наблюдалось более быстрое начало действия и исчезновение симптомов зуда, шелушения и воспаления в сравнении с монотерапией топическим глюкокортикоидом [16, 19]. Режим дозирования и длительность применения раствора Акридерм СК определяются в соответствии с инструкцией и клиническими рекомендациями с учетом тяжести кожного процесса. По результатам исследований современных топических глюкокортикоидов, к которым относится раствор Акридерм СК, доказана их безопасность и минимальный риск побочных эффектов при применении курсом до 3–4 нед. на максимальную площадь нанесения препарата, не превышающую 20% поверхности тела [20]. При необходимости для достижения долгосрочной эффективности и стойкой ремиссии заболеваний возможно более длительное применение препарата, в том числе в качестве проактивной терапии и интермиттирующими курсами [21, 22]. К преимуществам препарата Акридерм СК в форме раствора для наружного применения, помимо действия, свойственного сильным топическим глюкокортикоидам и кератолитикам, следует отнести благоприятные органолептические свойства. Таковыми являются хорошая абсорбция, отсутствие эффекта жирных и грязных волос, резкого раздражающего запаха. Раствор Акридерм СК показан к применению у взрослых и детей с двух лет.

Представляем собственный клинический опыт ведения пациентов с псориазом и себорейным дерматитом в аспекте дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент К., 22 лет, обратился с жалобами на шелушение и зудящие высыпания на коже волосистой части головы, усиливающиеся по мере ее загрязнения. Подобные симптомы, со слов пациента, периодически появлялись

и усиливались в течение двух последних лет во время экзаменационных сессий, при нарушении режима питания (нерегулярный прием пищи, употребление сладкого в большом количестве). Объективно на коже волосистой части диффузное, умеренно выраженное пластинчатое шелушение со слабыми явлениями гиперемии. На коже лобно-височной и теменной областей волосистой части головы единичные слабоинфильтрированные бляшки с желтоватыми чешуйками на поверхности. При дерматоскопии были выявлены желтые перифолликулярные чешуйки, множественные тонкие ветвящиеся сосуды, сосуды в виде одиночной петли. Структура волос не изменена.

В клиническом анализе крови отмечалось умеренное повышение лимфоцитов. Биохимические показатели в пределах референсных значений; гепатит С, В, вирус иммунодефицита человека, сифилис не выявлены; уровень общего IgE составил 35,5 МЕ/мл. В микроскопическом исследовании элементы патогенного гриба не обнаружены. На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования пациенту был выставлен диагноз «себорейный дерматит».

В качестве топической терапии пациенту был назначен раствор с фиксированной комбинацией действующих веществ, содержащей 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты (Акридерм СК) по схеме 1 раз в сутки в течение 14 дней. На 14-й день терапии кожный патологический процесс и зуд полностью регрессировали, пациент отмечал исчезновение шелушения, восстановление здорового внешнего вида кожи волосистой части головы. Динамика клинической и дерматоскопической картины себорейного дерматита до и через 14 дней применения раствора Акридерм СК представлена на *рис. 3*.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент Н., 28 лет, находится под наблюдением с диагнозом «вульгарный псориаз с поражением кожи волосистой части головы». Болен в течение 5 лет, когда впервые появились высыпания на коже головы и туловища. На фоне терапии отмечалось разрешение кожного процесса на туловище, однако высыпания на волосистой части головы сохраняются с обострениями несколько раз в год. Использовал наружные средства с нафталанской нефтью, эффективность которых, со слов пациента, постепенно снизилась. Наследственный анамнез отягощен: псориаз у деда по линии отца. Аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре патологический процесс был представлен эритематозными бляшками с крупнопластинчатым шелушением сероватого цвета в височных и теменной областях скальпа; удаление корок сопровождалось появлением точечного кровотечения. Индекс PSSI был равен 18 баллов. Кожные покровы туловища и конечностей без специфических высыпаний, придатки кожи не изменены.

В процессе лабораторного обследования были выявлены: относительный лимфоцитоз в общеклиническом анализе крови, билирубин общий 25 мкмоль/л (норма – 0–21 мкмоль/л). Другие биохимические показатели – в пределах референсных значений.

● **Рисунок 3.** Себорейный дерматит у пациента К., 22 года: клинические проявления (А, В) и дерматоскопическая картина (С, D) до (А, С) и после 14 дней применения (В, D) раствора Акридерм СК

● **Figure 3.** Seborrheic dermatitis in patient K., 22 years old: clinical manifestations (A, B) and dermoscopic picture (C, D) before (A, C) and after 14 days of use (B, D) Akriderm SK solution



Проведена наружная терапия раствором, содержащим 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты (Акридерм СК), 2 раза в сутки в течение 3 нед. с последующим переходом на поддерживающую терапию по схеме применения 2 раза в неделю в течение 2 мес.

Дополнительно были рекомендованы дерматокосметические шампуни с кераторегулирующим действием. Через 3 нед. отмечено значительное улучшение кожного процесса в виде отсутствия корок и гиперемии, сохранились единичные участки перифолликулярного шелушения (рис. 4).

● **Рисунок 4.** Вульгарный псориаз у пациента Н., 28 лет: клинические проявления до (А) и через 3 недели лечения (В) раствором Акридерм СК

● **Figure 4.** Vulgar psoriasis in patient N., 28 years old: clinical manifestations before (A) and after 3 weeks of treatment (B) with Akriderm SK solution



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

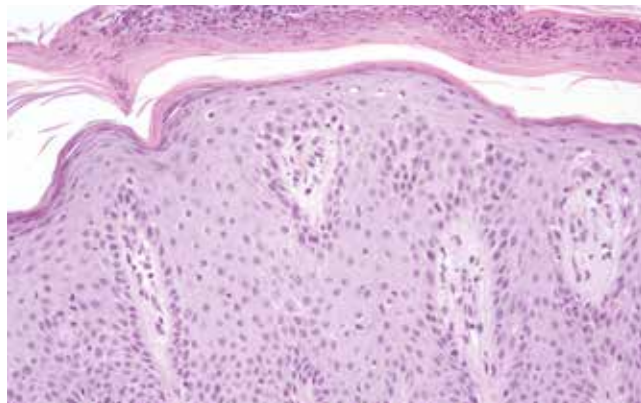
Пациентка С., 17 лет, впервые обратилась к врачу-дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже головы без выраженных субъективных симптомов. Из анамнеза: отметила появление высыпаний около полугода назад, которые ни с чем не связывает; наследственность отягощена – у отца псориаз. Самостоятельно использовала шампуни от перхоти без эффекта. При осмотре патологический процесс локализовался на коже лобной и затылочной области волосистой части головы и лба, представлен бледно-розовыми очагами до 2,5 см в диаметре со слабо-выраженным шелушением желтоватого цвета на поверхности, псориазная триада не определялась. Другие участки кожного покрова свободны от патологических высыпаний. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Кожа лица и головы склонна к повышенному салоотделению, с расширенными порами и единичными комедонами в области носа и лба.

Лабораторное исследование: клинический анализ крови, биохимические показатели (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин общий, креатинин, мочевины), общий IgE – в пределах референсных значений; соскоб на патогенные грибы с очагов отрицательный. Учитывая отсутствие специфических диагностических

признаков, выставлен предварительный диагноз «псориаз кожи головы» (?), «себорейный дерматит» (?). Проведена диагностическая биопсия участка кожи из очага поражения в области волосистой части головы для верификации диагноза. Результаты патоморфологического исследования: акантоз эпидермиса с псориазиформным удлинением

● **Рисунок 5.** Гистологическая картина участка кожи из очага поражения у пациентки С., 17 лет; окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×200

● **Figure 5.** Histological picture of the skin from the lesion in female patient S., 17 years old; hematoxylin-eosin staining, magnification ×200



● **Рисунок 6.** Псориаз кожи головы у пациентки С., 17 лет: до (А, В) и через 14 дней топической терапии раствором Акридерм СК (С, D)

● **Figure 6.** Psoriasis of the scalp in female patient S., 17 years old.: before (A, B) and after 14 days of topical therapy with Akriderm SK solution (C, D)



эпидермальных гребней, гиперкератоз с очаговым паракератозом, агранулез под участками паракератоза, скопления нейтрофильных гранулоцитов внутри паракератотических чешуек; слабая лимфогистиоцитарная инфильтрация вокруг сосудов поверхностного сплетения. Выявленные патологические изменения могут наблюдаться при псориазе (рис. 5).

На основании результатов патоморфологического исследования и данных анамнеза пациентке выставлен окончательный диагноз «псориаз обыкновенный» (псориаз кожи головы, код L40.0 согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра). Назначено лечение: раствор, содержащий 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты (Акридерм СК), 2 раза в день в течение 14 дней, шампунь с пиритионом цинка в течение 1 мес.; динамический контроль, диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога. Через 2 нед. патологический процесс на коже практически полностью разрешился. Динамика клинической картины до и после терапии представлены на рис. 6.

Таким образом, раствор, содержащий бетаметазона дипропионат 0,05% и салициловую кислоту 2% (Акридерм СК), может считаться препаратом первой линии для лечения псориаза и себорейного дерматита волосистой части головы. Все пациенты были полностью удовлетворены эффективным действием и способом нанесения раствора. На фоне ежедневного применения и поддерживающей терапии нежелательных явлений не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Псориаз и себорейный дерматит – наиболее распространенные папулосквамозные дерматозы волосистой части головы, которые зачастую имеют схожие клинические проявления и требуют проведения комплексного дифференциально-диагностического подхода [23]. Необходимость своевременной и эффективной терапии диктуется в том числе значительным бременем этих заболеваний, не только вызывающих субъективные симптомы, но и влияющих на психоэмоциональное состояние и социальную активность пациентов. Для лечения псориаза и себорейного дерматита кожи головы базисной является наружная терапия, где особое место занимают многокомпонентные топические препараты, одновременно воздействующие на основные патогенетические механизмы развития заболеваний. Раствор для наружного применения с фиксированной комбинацией 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты (Акридерм СК) оправданно является одним из основных препаратов в лечении стероидчувствительных дерматозов кожи головы, что в реальной клинической практике подтверждается качеством и скоростью наступления клинического эффекта, а также удовлетворенностью пациентов.

Поступила / Received 15.05.2024
Поступила после рецензирования / Revised 18.06.2024
Принята в печать / Accepted 18.06.2024

Список литературы / References

- Varma K, Kumar U, Kumar V. Clinical pattern of papulosquamous dermatoses: an observational study conducted at tertiary care center, Ujjain, Madhya Pradesh, India. *Int J Res Dermatol*. 2020;6(2):230–236. <https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20200602>.
- Полонская АС, Шатохина ЕА, Круглова ЛС. Себорейный дерматит: современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(4):451–458. <https://doi.org/10.17116/klinderma202019041451>.
- Polonskaya AS, Shatikhina EA, Kruglova LS. Seborrheic dermatitis: current ideas of the etiology, pathogenesis, and treatment approaches. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2020;19(4):451–458. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma202019041451>.
- Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Invest Dermatol*. 2015;3(2):10. <https://doi.org/10.13188/2373-1044.1000019>.
- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323(19):1945–1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>.
- Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit V. Scalp psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9(1):70–74. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07412.x>.
- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):233–239. <https://doi.org/10.1002/art.24172>.
- Ruiz-Arriaga LF, Arenas R, Vega-Sánchez DC, Asz-Sigall D, Martínez-Velazco MA. Seborrheic Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to Malassezia sp. Colonization. *Skin Appendage Disord*. 2019;5(5):288–292. <https://doi.org/10.1159/000497782>.
- Rudnicka L, Sicinska J, Rakowska A, Warszawik-Hendzel O. Seborrheic Dermatitis. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A (eds.). *Atlas of Trichoscopy*. London: Springer; 2012, pp. 371–378. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4486-1_30.
- Rudnicka L, Rakowska A, Olszewska M, Sicinska J, Maj M, Majsterek M et al. Psoriasis. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A (eds.). *Atlas of Trichoscopy*. London: Springer; 2012, pp. 379–389. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4486-1_31.
- Park JH, Park YJ, Kim SK, Kwon JE, Kang HY, Lee ES et al. Histopathological Differential Diagnosis of Psoriasis and Seborrheic Dermatitis of the Scalp. *Ann Dermatol*. 2016;28(4):427–432. <https://doi.org/10.5021/ad.2016.28.4.427>.
- Almeida MC, Romiti R, Doche I, Valente NY, Donati A. Psoriatic scarring alopecia. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6 Suppl. 1):29–31. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132241>.
- George SM, Taylor MR, Farrant PB. Psoriatic alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(7):717–721. <https://doi.org/10.1111/ced.12715>.
- Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Dermoscopic findings in scalp psoriasis and seborrheic dermatitis; two new signs; signet ring vessel and hidden hair. *Indian J Dermatol*. 2015;60(1):41–45. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.147786>.
- Gupta LK, Khare AK, Masatkar V, Mittal A. Pityriasis amiantacea. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(1 Suppl.):S63–64. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.144550>.
- Мураховская ЕК, Сысоева ТА, Ларионова ЮЮ. Асбестовидный лишай. *Лечащий врач*. 2024;(5):24–28. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.275.004>.
- Murakhovskaya EK, Sysoeva TA, Larionova YuYu. Pityriasis amiantacea. *Lechaschi Vrach*. 2024;(5):24–28. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.275.004>.
- Guenther LC. Fixed-dose combination therapy for psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(2):71–77. <https://doi.org/10.2165/00128071-200405020-00001>.
- Острецова МН, Касихина ЕИ, Жукова ОВ, Аль-Хаватми А. Эффективность комбинации наружной и биологической терапии в лечении псориаза ногтей: проспективное исследование. *Медицинский совет*. 2023;17(13):32–37. <https://doi.org/10.21518/ms2023-113>.
- Ostretsova MN, Kasikhina EI, Zhukova OV, Al-Hawatmi A. The efficiency of the combination of topical and biological therapy in the treatment of nails psoriasis: a prospective study. *Meditinskiy Sovet*. 2023;17(13):32–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-113>.
- Hillström L, Pettersson L, Svensson L. Comparison of betamethasone dipropionate lotion with salicylic acid (Diprosalic) and clobetasol propionate lotion (Dermovate) in the treatment of psoriasis of the scalp. *J Int Med Res*. 1982;10(6):419–422. <https://doi.org/10.1177/030006058201000606>.
- Elie R, Durocher LP, Kavalec EC. Effect of salicylic acid on the activity of betamethasone-17,21-dipropionate in the treatment of erythematous squamous dermatoses. *J Int Med Res*. 1983;11(2):108–112. <https://doi.org/10.1177/030006058301100208>.
- Чусляева АА. Современные подходы к наружной терапии atopического дерматита у детей. *ПМЖ*. 2014;(8):626–630. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Sovremennyye_podhody_k_naruzhnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey/.
- Чусляева АА. Modern approaches to external therapy of atopic dermatitis in children. *RMJ*. 2014;(8):626–630. (n Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Sovremennyye_podhody_k_naruzhnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey/.

21. Segaeert S, Calzavara-Pinton P, de la Cueva P, Jalili A, Lons Danic D, Pink AE et al. Long-term topical management of psoriasis: the road ahead. *J Dermatolog Treat.* 2022;33(1):111–120. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1729335>.
22. Papp KA, Dhadwal G, Gooderham M, Guenther L, Turchin I, Wiseman M, Yeung J. Emerging paradigm shift toward proactive topical treatment of psoriasis: A narrative review. *Dermatol Ther.* 2021;34(6):e15104. <https://doi.org/10.1111/dth.15104>.
23. Jackson JM, Alexis A, Zirwas M, Taylor S. Unmet needs for patients with seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2024;90(3):597–604. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.017>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Г.П. Терещенко, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, М.А. Бобров
 Написание текста – Г.П. Терещенко, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, М.А. Бобров
 Сбор и обработка материала – Г.П. Терещенко, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, С. Алхадфар
 Обзор литературы – Г.П. Терещенко, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, С. Алхадфар
 Анализ материала – Г.П. Терещенко, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, С. Алхадфар
 Редактирование – М.Н. Острецова, О.В. Жукова, М.А. Бобров
 Утверждение окончательного варианта статьи – М.Н. Острецова, О.В. Жукова, М.А. Бобров

Contribution of authors:

Concept of the article – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Maksim A. Bobrov
 Text development – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Maksim A. Bobrov
 Collection and processing of material – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Suzanne Alhaffar
 Literature review – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Suzanne Alhaffar
 Material analysis – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Suzanne Alhaffar
 Editing – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Maksim A. Bobrov
 Approval of the final version of the article – Galina P. Tereshchenko, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Maksim A. Bobrov

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.
Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Терещенко Галина Павловна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; врач-дерматовенеролог, аллерголог-иммунолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; <https://orcid.org/0000-0001-9643-0440>; gala_ter@mail.ru

Жукова Ольга Валентиновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>; klinderma@inbox.ru

Острецова Мария Николаевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>; ostretsova-mn@rudn.ru

Бобров Максим Александрович, к.м.н., врач-патоморфолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; <https://orcid.org/0000-0001-7374-0374>; m.a.bobrov@yandex.ru

Алхадфар Сюзан, аспирант кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>; haffar.su@gmail.com

Information about the authors:

Galina P. Tereshchenko, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; Dermatovenereologist, Allergist-Immunologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-9643-0440>; gala_ter@mail.ru

Olga V. Zhukova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; Chief Physician, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>; klinderma@inbox.ru

Maria N. Ostretsova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>; ostretsova-mn@rudn.ru

Maksim A. Bobrov, Cand. Sci. (Med.), Pathomorphologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-7374-0374>; m.a.bobrov@yandex.ru

Suzanne Alhaffar, Postgraduate Student of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>; haffar.su@gmail.com