



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

## **Себорейный дерматит у детей**

МКБ 10: **L21.1/ P83**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Союз педиатров России**

**Утверждены**

Союз педиатров России

**Согласованы**

Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Ключевые слова .....	2
Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация .....	5
1.1 Определение .....	5
1.2 Этиология и патогенез.....	5
1.3 Эпидемиология .....	5
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	6
1.5 Примеры диагнозов .....	6
1.6 Классификация.....	6
2. Диагностика .....	6
2.1 Жалобы и анамнез.....	6
2.2. Физикальное обследование.....	7
2.3 Лабораторная диагностика.....	9
2.4 Инструментальная диагностика .....	9
2.5 Дифференциальная диагностика .....	9
3. Лечение.....	10
3.1 Консервативное лечение .....	10
3.2 Хирургическое лечение.....	14
3.3 Иные виды лечения.....	14
4. Реабилитация .....	15
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	15
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и прогноз заболевания .....	15
6.1. Исходы и прогноз .....	15
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	15
Список литературы.....	16
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	19
Приложение А3. Связанные документы .....	22
Приложение Б. Алгоритм ведения пациентов с себорейным дерматитом .....	23
Приложение В. Информация для пациентов .....	24
Приложение Г1. Алгоритм диагностики себорейного дерматита .....	25
Приложение Г2. Расшифровка примечаний. ....	26

## Ключевые слова

- себорейный дерматит
- активность сальных желез
- материнские гормоны
- адренокортикостероиды
- липиды кожи
- колонизация *Malassezia furfur*
- «чепчик новорожденного»
- десквамативная эритродермия

## **Список сокращений**

СД - себорейный дерматит

КОН - тест с гидроксидом калия

## **Термины и определения**

**Андрогензависимые зоны** - области на коже с большим скоплением сальных желез (волосистая часть головы, ушные раковины, лицо: область бровей, носогубных складок; верхняя треть груди и спины, внутренняя часть бедер)

**Кератолитические средства** - это наружные лекарственные средства, применяемые для размягчения и отторжения рогового слоя эпидермиса, волос, ногтей при различных заболеваниях кожи.

**Себорегулирующие средства** - это топические лекарственные и косметические препараты, нормализующие функцию сальных желез.

**Окклюзионное действие** способствует снижению трансэпидермальной потери влаги и развивается в результате нанесения некоторых форм наружных средств.

# **1. Краткая информация**

## **1.1 Определение**

Себорейный дерматит (СД) – это заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала и характеризующееся локализацией в зонах с большим скоплением сальных желез – на волосистой части головы, ушных раковин, лице, груди, верхней трети спины, интертригинозных складках [5,6,8].

## **1.2 Этиология и патогенез**

Высокая заболеваемость СД у новорожденных обусловлена наличием крупных сальных желез и повышенным уровнем секреции кожного сала, сравнимой с аналогичным показателем у взрослых. Эти особенности могут быть связаны с высоким содержанием циркулирующих материнских гормонов или повышенной выработкой адренокортикостероидов в раннем детском возрасте, а также изменением биохимического состава липидов на поверхности кожи. Ряд современных исследований не подтвердили этиопатогенетическое значение колонизации *Malassezia furfur* при детском себорейном дерматите [5,6,7,8].

Появление СД в пубертатном и старшем возрасте обусловлено высокой секреторной активностью сальных желез, отклонениями в составе липидов с преобладанием холестерина, триглицеридов и т.д., а также значимой ролью липофильного гриба *Malassezia* [6,7].

Подростковая форма себорейного дерматита часто ассоциируется с неврологическими заболеваниями, кроме того, прослежена тенденция обострений СД после воздействия стрессовых факторов. Частые рецидивы СД у взрослых могут быть кожным маркером синдрома приобретенного иммунодефицита человека [8].

Сезонные колебания температуры и влажности воздуха воздействуют на течение заболевания, таким образом, что в холодное время года чаще случаются обострения СД [7].

## **1.3 Эпидемиология**

СД детского возраста и СД подросткового возраста, обусловлены различными этиопатогенетическими факторами.

У детей болезнь развивается в первые месяцы жизни, чаще всего в течение первых десяти недель [5,6]. Распространенность себорейного дерматита у новорожденных первых 3-х мес. жизни достигает 70% [6,7].

Клинические проявления СД подросткового возраста встречаются в пубертатном и более старшем возрасте, чаще среди лиц мужского пола.

## **1.4 Кодирование по МКБ-10**

### **Себорейный дерматит(L21)**

L21.0 - Себорея головы

L21.1 - Себорейный детский дерматит

L21.8 - Другой себорейный дерматит

L21.9 - Себорейный дерматит неуточненный

R83 - Эритродермия Лейнера

## **1.5 Примеры диагнозов**

- Себорейный дерматит волосистой части кожи головы
- Себорейный дерматит лица
- Себорейный дерматит волосистой части кожи головы и лица
- Себорейный блефарит
- Себорейный дерматит лица и туловища
- Себорейный дерматит, генерализованная форма

## **1.6 Классификация**

Выделяют СД детского возраста и СД подросткового возраста.

### **СД детского возраста:**

- СД волосистой части кожи головы («чепчик новорожденного»);
- СД туловища;
- болезнь Лейнера-Муссу (десквамативная эритродермия).

### **СД подросткового возраста:**

- СД волосистой части кожи головы;
- СД лица;
- СД туловища;
- генерализованная форма СД.

## **2. Диагностика**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

- При сборе анамнеза и жалоб при подозрении на СД детского возраста рекомендовано обратить внимание на:
  - время появления первых симптомов заболевания
  - характер вскармливания (грудное/искусственное)

- наличие очагов поражений на коже волосистой части головы, лица, интертригинозных областей
- наличие или отсутствие зуда
- При подозрении на СД у подростков рекомендовано обратить внимание на:
  - время появления высыпаний (препубертат/пубертатный период)
  - наличие очагов поражений на коже, богатой сальными железами (волосистая часть головы, лицо, грудь, верхняя треть спины, внутренняя поверхность бедер)
  - семейный анамнез (наличие вышеуказанных симптомов у близких родственников)

## **2.2. Физикальное обследование**

- Во время клинического осмотра при подозрении на себорейный дерматит детского возраста рекомендовано оценить гармоничность физического развития ребенка, а также наличие основных клинических симптомов СД детского возраста:
  - жирные желтые корки (crusta lactea –молочная корка) на коже головы, прежде всего, в лобной области
  - гиперемия, шелушение за линией роста волос и за ушными раковинами
  - эритематозные очаги, мацерация на коже шейных, подмышечных, паховых складок
  - зуд (от слабовыраженного до интенсивного), беспокойство

**Комментарии:** СД детского возраста возникает, в большинстве случаев, в течение первого полугодия жизни и характеризуется преимущественным поражением кожи волосистой части головы и интертригинозных складок.

При СД волосистой части головы процесс поражает наиболее часто лобную область, волосы при этом не выпадают, воспаление незначительное, зуд отсутствует.

При СД туловища в процесс вовлекаются кожные складки: шейные, подмышечные, паховые, зона подгузников с возможным поражением кожи туловища. Форма высыпаний может быть кольцевидной, монетовидной и полициклической. Расположение элементов разрозненное или сливного характера [5,6,11].

- При подозрении на эритродермию Лейнера-Муссу рекомендовано оценить наличие:
  - суб- или тотальной гиперемии кожи
  - шелушения

- анемии
- диареи
- лихорадки
- потери массы тела
- лимфаденопатии

Совокупность этих симптомов обуславливает тяжелое общее состояние.

**Комментарии:** *в редких случаях при СД наблюдается внезапное слияние очагов с развитием суб- или тотальной эритродермии Лейнера-Муссу. Данное патологическое состояние развивается, как правило, в первые 3 мес. жизни и рассматривается как осложнение себорейного дерматита. Этиологический фактор, провоцирующий осложнение, неизвестен, но развитию болезни может способствовать сенсibiliзирующее влияние оппортунистической инфекции, метаболические нарушения [7].*

- При подозрении на себорейный дерматит у подростков рекомендовано оценить степень сальности кожи андрогензависимых зон, а так же наличие:
  - отрубевидное шелушение на коже волосистой части головы
  - инфильтрированные эритематозные очаги, наслоения жирных желтых корок на участках кожи, богатой сальными железами

**Комментарии:** *СД подросткового периода может возникнуть на фоне начала пубертата, а также в более старшем возрасте. СД характеризуется хроническим рецидивирующим течением, сезонностью обострений. При данной форме СД патологический процесс локализуется в зонах, богатых сальными железами (лобно-теменная область головы, брови, межбровная область, носогубные складки, грудь, межлопаточная область). Отмечается частое сочетанное поражение кожи лица и головы.*

- При подозрении на генерализованный СД рекомендовано оценить наличие бляшек желтовато-розового цвета, с четкими границами и шелушением на коже туловища, поражение складок, мокнутия и присоединения вторичной инфекции, что способствует увеличению площади поражения.

*Особыми формами ограниченного варианта себорейного дерматита являются поражения наружного слухового прохода и век.*

*Все варианты себорейного дерматита могут сопровождаться зудом в диапазоне от легкого до интенсивного.*

*Алгоритм диагностики СД представлен в Приложении Г1.*

### **2.3 Лабораторная диагностика**

Не показана

### **2.4 Инструментальная диагностика**

Не показана

### **2.5 Дифференциальная диагностика**

*Диагностика СД детей основывается на данных клинической картины. Проводится с другими заболеваниями кожи первого года жизни, для которых характерно наличие эритематозных очагов с явлениями шелушения.*

*1. Атопический дерматит имеет более позднее начало (8-12 нед), в большинстве случаев наблюдается семейный аллергоанамнез, высыпания чаще представлены на коже лица, зона подгузников поражается крайне редко, во всех случаях присутствует зуд.*

*2. Псориаз в подавляющем большинстве случаев не характерен для этой возрастной группы. Бляшки интенсивно гиперемированы, имеют четкие границы, серебристое шелушение на поверхности. Может быть поражена зона подгузников. В ряде наблюдений прослеживается семейный анамнез. Гистологическое исследование требуется в сомнительных случаях.*

*3. Дерматофития гладкой кожи характеризуется наличием четко ограниченных эритематозных очагов с периферическим валиком. В анамнезе есть указания на контакты с животными. Микроскопический анализ с КОН подтвердит наличие грибкового поражения.*

*4. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса сопровождается наличием высыпаний на коже головы, туловища, складок, где патологические элементы могут быть представлены эритематозными папулами, небольшими бляшками неправильной формы с шелушением, покрытыми желтоватыми корками. При подозрении на заболевание требуется гистологическое исследование.*

*Дифференциальный алгоритм СД подросткового периода ведется с учетом локализации очагов поражений кожи:*

*1. Для псориазических поражений волосистой части головы, ушных раковин характерны более интенсивные гиперемия и инфильтрация элементов, наслоения серебристых корок, положительные псориазические феномены. Возможны поражения ногтевых пластин, наличие высыпаний других локализаций.*

2. При атопическом дерматите прослеживается аллергологический анамнез, определяются высыпания на других характерных участках тела, имеется более интенсивный зуд.

3. Контактный дерматит характеризуется четкими границами очагов, которые соответствуют площади воздействия раздражителя, отсутствием характерного шелушения, корок.

4. При наличии высыпаний на коже туловища проводят дифференциальную диагностику с розовым лишаем Жибера, для которого характерны этапность появления высыпаний, наличие нежного шелушения в центральной части бляшек.

При наличии очагов в области наружного слухового прохода дифференциальный диагноз проводят с поражением кожи грибковой этиологии.

### 3. Лечение

В большинстве случаев СД детского возраста разрешается самостоятельно и не требует стационарного лечения. Выбор тактики терапии при СД зависит от степени и выраженности клинических проявлений, длительности заболевания, ранее проводимого лечения.

#### **3.1 Консервативное лечение**

**Цели терапии неосложненного СД:**

- разрыхление и удаление чешуек и корок;
- уменьшение эритемы;
- контроль над вторичной инфекцией.

При СД волосистой части головы рекомендовано назначение кератолитические средства [1,5,7]. (Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - D)

**Комментарии:** - крем с 1-2 % салициловой кислотой<sup>жс</sup> (Код АТХ D01AE12);

- теплые компрессы с маслами (оливковым, персиковым, миндальным), которые наносят на очаги поражений за 40-60 минут до мытья голов.

- После удаления чешуек и корок в качестве противовоспалительных средств рекомендовано назначать слабые топические кортикостероиды [1,3,10]

(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - C)

**Комментарии:** -мазь с 1% гидрокортизоном<sup>жс,вк</sup> (Код АТХ D07AA02), с 2-х лет;

-крем 0,1 % преднизолон ацепоната<sup>жс,вк</sup> (Код АТХ D07AC14), применять с возраста 4 месяцев;

-крем 0,1% гидрокортизона 17-бутирата (Код АТХ D07AB02), применять с возраста 6 месяцев;

*Аппликации препаратов проводят 2 раза в день в течение 5-7 дней.*

- В качестве кераторегулирующих средств, с периода новорожденности, рекомендовано назначать крема, содержащие эфир яблочной кислоты, масло карите, ши, глицерин [11,12].

**(Сила рекомендаций -IV; достоверность доказательств - D)**

- При поражении интертригинозных зон тактика терапии направлена на уменьшение гиперемии, профилактику вторичной инфекции, с этой целью рекомендовано назначать комбинированные топические средства.

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - C)**

**Комментарии:** *-крем с гидрокортизоном/натамицином/неомицином (Код АТХ D07CA01), применение с рождения, до 1 года – с осторожностью [9,12]*

*Аппликации проводят 2 раза в день в течение 5-7 дней.*

- При наличии мокнущих к лечению рекомендовано добавлять растворы анилиновых красителей и цинксодержащие пасты в качестве антисептических и адсорбирующих средств, нанося их до применения топических стероидов

**(Сила рекомендаций -V; достоверность доказательств - D)**

**Комментарии:** *-туширование водными растворами генцианового фиолетового или метиленового синего 2 раза в день в течение 5 дней;*

*-аппликации пасты с цинком в течение 3-5 дней.*

- При СД туловища терапия направлена также на ликвидацию явлений воспаления, профилактику вторичной инфекции, с этой целью рекомендовано назначать комбинированные топические стероиды. [7,8].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - C)**

**Комментарии:** *-крем с гидрокортизоном/натамицином/неомицином (Код АТХ D07CA01) с кратностью аппликаций 2 раза в день в течение 5-7 дней.*

- При наличии зуда рекомендовано назначать антигистаминные препараты [5,6].

**(Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - C)**

**Комментарии:** *-диметинден (код АТХ R06AB03) по 3-5 капель 3 раза в день;*

*-цетиризин<sup>жс,вк</sup> (код АТХ R06AE07) по 5 капель 1 раз в день с возраста 6 месяцев.*

*Применение антигистаминных препаратов проводится до ликвидации зуда.*

При осложненном СД с развитием суб- или тотальной эритродермии рекомендовано проводить лечение в стационаре с применением коротких курсов гормональных и антибактериальных препаратов [6,7]. **(Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - С)**

**Цели терапии СД подросткового возраста включают:**

- удаление шелушения и эритемы в зонах поражения;
  - уменьшение зуда;
  - контроль над вторичной инфекцией.
- При локализации очагов СД на коже головы в качестве кератолитического, противовоспалительного, противозудного средства рекомендовано назначать препараты, содержащие салициловую кислоту и глюкокортикостероиды [4,5].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - С)**

**Комментарии:** -лосьон с бетаметазоном дипропионатом/салициловой кислотой (код АТХ D07XC01) с кратностью применения 2 раза в день в течение 7-10 дней, разрешен с возраста 6 мес.

- Для подавления возможной диссеминации грибов *Malassezia* на коже волосистых частей головы и на коже туловища рекомендовано применять шампуни, содержащие противогрибковые компоненты [11,12,14].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - А)**

**Комментарии:** - шампунь 2% кетоконазола (код АТХ D01AC08), использовать 2 раза в неделю в течение 3-4 недель, далее 2 раза в месяц для профилактики рецидивов [8,9,12,14].

-шампунь с циклопироксом (Код АТХ G01AX12), использовать 2 раза в неделю в течение 3-4 недель, далее 2 раза в месяц для профилактики рецидивов, применять с возраста 10 лет.

- В качестве средств с себорегулирующим, противовоспалительным, противогрибковым действием рекомендовано назначать препараты с пиритион-цинком [4]. **(Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - D)**

**Комментарии:** -1% шампунь, 0,2% аэрозоль с пиритион-цинком (код АТХ D11AX12), разрешен с возраста 1 года, использовать 2 раза в неделю в течение 2-3 недель с постепенной отменой препарата.

- При поражении кожи лица, наружного слухового прохода, туловища в период острых воспалительных явлений рекомендовано назначать препараты, содержащие кортикостероиды в формах, не вызывающих окклюзионное действие [5,8,11].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - С)**

**Комментарии:** -крем 0,1% мометазона фуurato <sup>жс,вк</sup> (код АТХ D07AC13) с кратностью применения 1 раз в сутки в течение 5-10 дней, разрешен с возраста 2 лет;

-крем 0,05% бетаметазона дипропионата <sup>жс,вк</sup> (код АТХ D07AC01) применяется с осторожностью с возраста 6 мес, кратность применения 1 раз в сутки в течение не более 5 дней.

- При присоединении вторичной инфекции рекомендовано назначать комбинированные средства [5,7,8].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - С)**

**Комментарии:** -крем с бетаметазоном/гентамицином/клотримазолом (код АТХ D07XC01) разрешен с возраста 2-х лет, кратность применения 2 раза в сутки в течение 5-10 дней;

-крем с гидрокортизоном/натамицином/неомицином (код АТХ SA01) применение с рождения, до 1 года – с осторожностью, кратность применения 2 раза в сутки в течение 5-10 дней;

- После купирования острого воспаления в поддерживающую терапию рекомендовано включать [13]:

-крем с 0,2% пиритион-цинком (код АТХ D11AX12) разрешен с возраста 1 года, использовать 2 раза в сутки в течение 10-14 дней с постепенной отменой препарата.

- крем с пимекролимусом (код АТХ D11AH02) разрешен с возраста 3 мес., использовать 1-2 раза в сутки в течение 10-14 дней с постепенной отменой препарата

**(Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - С)**

- При наличии зуда рекомендовано назначать антигистаминные препараты второго поколения [1,5,7].

**(Сила рекомендаций -III; достоверность доказательств - С)**

**Комментарии:**

-цетиризин <sup>жс,вк</sup> (код АТХ R06AE07) в течение 7-10 дней;

-левоцетиризин (код АТХ R06AE09) в течение 7-10 дней;

-лоратадин <sup>жс,вк</sup> (код АТХ R06AX13) в течение 7-10 дней;

-дезлоратадин (код АТХ R06AX27) в течение 7-10 дней.

- При тяжелом течении СД, характеризующимся генерализованным или торпидным течением процесса рекомендовано назначение противогрибковых препаратов для перорального применения [8,11].

**(Сила рекомендаций -II; достоверность доказательств - В)**

**Комментарии:** -кетоназол, табл. (код АТХ J02AB02), разрешен с возраста 2-х лет, детям с массой тела 15-30 кг 100 мг 1 раз в сутки, более 30 кг – 200 мг в сутки продолжительностью 4 недели [11,14];

-итраконазол, капсул. (код АТХ J02AC02) 200 мг 1 раз в день в течение недели, далее 200 мг каждые 2 недели;

-тербинафин, табл. (код АТХ D01BA02), разрешен с возраста 2-х лет, при массе тела более 40 кг по 250 мг 1 раз в сутки в течение 4-6 недель;

-флуконазол, капсул. <sup>жс,вк</sup> (код АТХ J02AC01), 50 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель или 300 мг 1 раз в неделю в течение 2-х недель.

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не показано

### **3.3 Иные виды лечения**

- Пациентам с эритродермией Лейнера-Муссу совместно с гастроэнтерологом и диетологом рекомендовано проводить нутритивную терапию для коррекции гастроинтестинальных нарушений.

**(Сила рекомендаций -V; достоверность доказательств - D)**

- Общие рекомендации для детей с локальными зонами поражения СД включают рациональный режим питания ребенка и мамы. При СД подросткового возраста рекомендуется соблюдать рациональный режим питания с ограничением экстрактивных веществ, исключить использование агрессивных моющих средств, ношения синтетической одежды.

**(Сила рекомендаций -V; достоверность доказательств - D)**

- Рекомендовано поддержание благоприятного психо-эмоционального фона с исключением стрессовых триггерных факторов.

**(Сила рекомендаций -V; достоверность доказательств - D)**

- При поражении кожи туловища и интритригинозных зон рекомендованы воздушные ванны, купание в теплой воде с применением косметических масел.  
(Сила рекомендаций - V; достоверность доказательств - D)

#### 4. Реабилитация

Не показана

#### 5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Большинство пациентов с детской и подростковой формой СД получают терапию в амбулаторно-поликлинических условиях. В случае генерализации кожного процесса, тяжелого состояния у детей первого года жизни, развития эритродермии Лейнера, показано стационарное лечение.

Длительность пребывания в стационаре может составить в среднем 10-14 дней.

#### 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и прогноз заболевания

##### 6.1. Исходы и прогноз

Сборейный дерматит детского возраста имеет благоприятный прогноз и обычно разрешается в течение нескольких недель, иногда месяцев.

В редких случаях развивается генерализация процесса с переходом в эритродермию Лейнера.

Подростковая форма СД может иметь персистирующее течение, но с продолжительными ремиссиями.

Связи между детской и взрослой формой заболевания не наблюдается.

#### Критерии оценки качества медицинской помощи

**Таблица 1** - Организационно-технические условия оказания медицинской помощи.

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно/в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Плановая

**Таблица 2** - Критерии качества оказания медицинской помощи

№ п/п	Критерий качества	Сила рекомендации	Уровень достоверности
-------	-------------------	-------------------	-----------------------

			доказательств
1	Выполнен осмотр врача-дерматовенеролога	C	V
2	Выполнена терапия кератолитическими (IID) и/или кераторегулирующими средствами (IVD) и/или топическими глюкокортикостероидами в комбинации с другими препаратами (IC) (в случае легкого течения себорейного дерматита)	D,C	II,III,IV
3	Выполнена терапия системными глюкокортикостероидными (IIC) и системными антигистаминными препаратами (IIC) и кератолитическими (IID) и кераторегулирующими (IVD) средствами и/или топическими глюкокортикостероидами в комбинации с другими препаратами (IC) (в случае тяжелого течения себорейного дерматита)	C,D	II,III,IV
4	Достигнуто купирование и/или облегчение симптомов себорейного дерматита на фоне проводимой терапии	D	V

### Список литературы

1. I.Stefanaki, MD and A.Katsambas, MD. Therapeutic Update on Seborrheic Dermatitis. Skin therapy letter, 2010;15;5:1-7.
2. Ortonne J.P., Lacour J.P., Vitetta A., Le Fichoux Y. Comparative study of ketoconazole 2% foaming gel and betamethasone dipropionate 0.05% lotion in the treatment of seborrhoeic dermatitis in adults. Dermatology 1992; 184(4): 275-280.
3. Faergemann J. Seborrhoeic dermatitis and Pityrosporum orbiculare: treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp with miconazole-hydrocortisone (Daktacort), miconazole and hydrocortisone. Br J Dermatol. 1986; 114:695–700.
4. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с себорейным дерматитом. Чикин В.В., Минеева А.А., Заславский Д.В., Москва, 2013.
5. Детская дерматология. Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков. Петер Г.Хегер, 2013. Глава 19, стр.186-189.
6. Болезни кожи у детей. Диагностика и лечение. Д. Абек, В. Бургдорф, Х.Кремер. Глава 20, с.99-101.
7. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. К.Вольф, Л.А. Голдсмит, С.И.Кац, Б.А.Джилкрест, Эми С.Паллер, Д.Дж.Леффель. Том 1, Глава 22, с.235-242.
8. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти. 2009, с.459-461.
9. Taieb A., Legrain V., Palmier C. et al. Topical ketoconazole for infantile seborrheic dermatitis. Dermatologica. 1990; 181:26–32.
10. Ford G.P., Farr P.M., Ive F.A., Shuster S. The response of seborrhoeic dermatitis to ketoconazole. Br J Dermatol 1984; 111: 603–607.

11. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Drugs* 1998; 55(1):145-163.
12. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med* 360(4):387-96 (2009 Jan).
13. Crespo EV, Delgado FV. Malassezia species in skin disease. *Curr Opin Infect Dis* 15(2):133-42 (2002 Apr).
14. Meshkinpour A., Sun J., Weinstein G. An open pilot study using tacrolimus ointment in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 49:145–147.
15. Wannanukul S., Chiabuncana J. Comparative study of 2% ketoconazole cream and 1% hydrocortisone cream in the treatment of infantile seborrheic dermatitis. *Med Assoc Thai* 2004; 87 (Suppl. 2):S68-S71.
16. Metz M., Wahn U., Gieler U. et al. Chronic pruritus associated with dermatologic disease in infancy and childhood: update from an interdisciplinary group of dermatologists and pediatricians. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013; 24(6):527–539

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**Баранов А.А.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., Председатель Исполкома Союза педиатров России.

**Намазова-Баранова Л.С.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России.

**Мурашкин Н.Н.**, д.м.н., проф., член Союза педиатров России

**Ермилова А.И.**, к.м.н., член Союза педиатров России

**Пильгуй Э.И.**, член Союза педиатров России

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки /конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций

Врачи-педиатры

Врачи-неонатология

Детские дерматологи

Врачи общей практики (семейные врачи)

Студенты медицинских ВУЗов

Обучающиеся в интернатуре и ординатуре

При разработке соблюдались принципы, являющиеся залогом высококачественных и надежных клинических рекомендаций.

#### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных.

#### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств

Доказательной базой для публикации являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 10 лет.

#### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Консенсус экспертов.

Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Проведен анализ достоверности данных, сила и качество рекомендаций в соответствии с проведенной оценкой приведены в тексте.

**Таблица П1 - Уровни достоверности**

Уровень	Тип данных
I	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), систематические обзоры РКИ
II	Два вида нерандомизированных клинических исследований (когортное, исследование случай-контроль)
III	Нерандомизированное клиническое исследование (простое наблюдательное исследование)
IV	Описательное исследование, включающее анализ результатов (описание случая и серии случаев)
V	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

**Таблица П2 - Градация качества (силы) рекомендации**

	Уровень доказательности	Основание рекомендаций
A	Высокий	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких РКИ (данные I уровня достоверности)
B	Умеренный	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных (уровень достоверности I, II).
C	Низкий	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве

		пациентов (уровень достоверности IV или экстраполяция данных исследований II и III уровней)
D	Очень низкий	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме (доказательства V уровня достоверности, либо несогласованные или с неопределённым результатом исследования любого уровня)

#### **Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

#### **Описание методов, использованных для анализа доказательств**

С целью исключения влияния субъективного фактора и минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

#### **Методы, использованные для формулирования рекомендаций**

Консенсус экспертов.

#### **Метод валидации рекомендаций**

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

#### **Описание метода валидации рекомендаций**

Представленные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, установившими, что доказательства, лежащие в основе настоящих рекомендаций, доступны для понимания. С настоящими рекомендациями ознакомились педиатры, которые указали на доходчивость изложения и их важность, как рабочего инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы и, в случае необходимости, вносились поправки в клинические рекомендации.

#### **Экономический анализ**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

#### **Консультация и экспертная оценка**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для обсуждения в предварительной версии на совещании рабочей группы, Исполкома СПР и членов профильной комиссии в феврале 2015 года.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

#### **Рабочая группа**

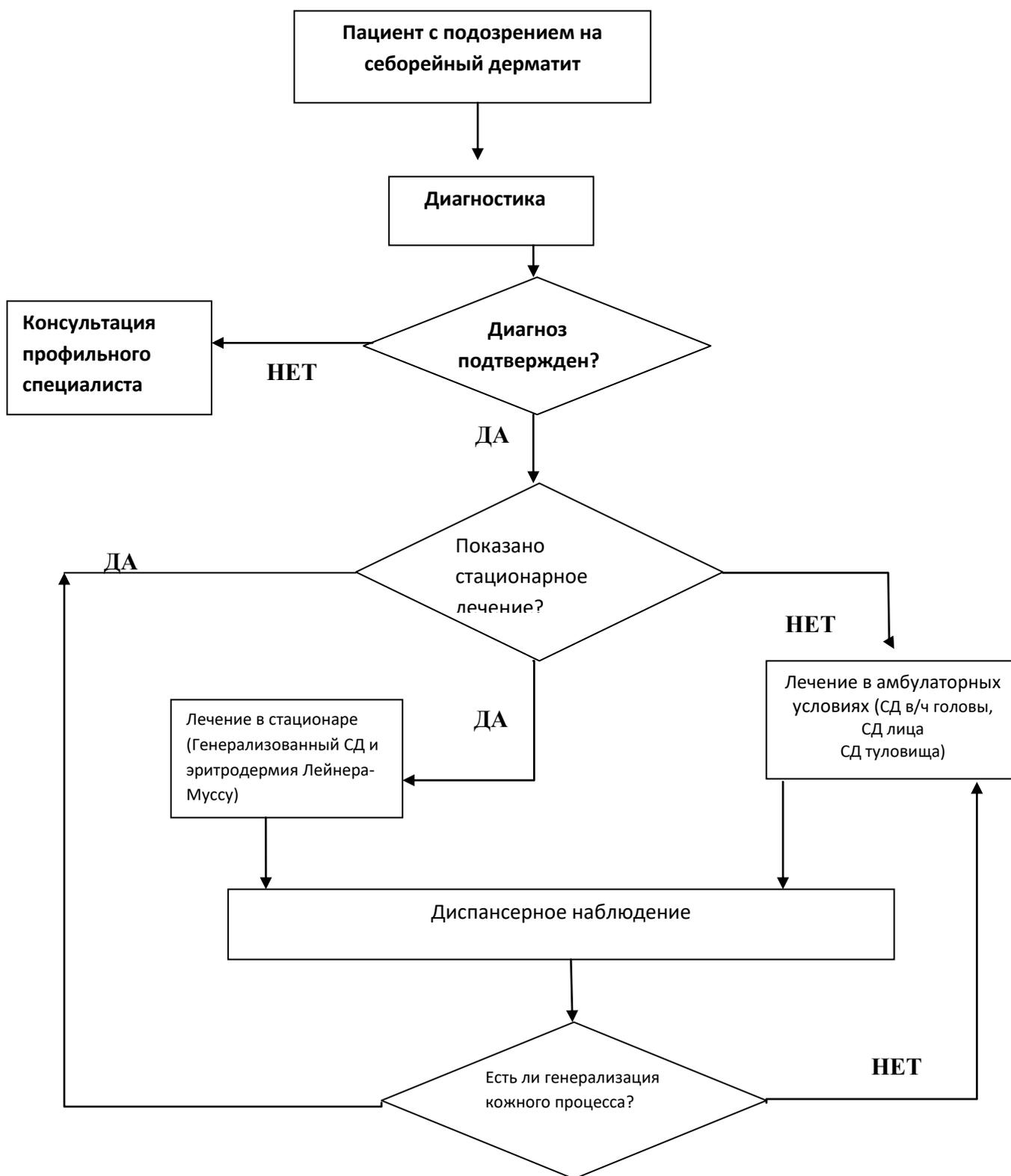
Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематической ошибки при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

### **Приложение А3. Связанные документы**

**Порядки оказания медицинской помощи:** Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи"

## Приложение Б. Алгоритм ведения пациентов с себорейным дерматитом



## **Приложение В. Информация для пациентов**

Себорейный дерматит (СД) – это заболевание кожи, связанное с повышенной активностью сальных желез. Таким образом, при СД страдают участки кожного покрова, богатые сальными железами: волосистая часть головы, ушные раковины, лицо верхняя треть груди и спины, внутренняя часть бедер.

Выделяют СД детского и подросткового возраста.

Проявления СД детского возраста связаны с присутствующими материнскими гормонами в организме ребенка, которые стимулируют сальные железы.

СД подросткового возраста возникает в виду повышенной продукции половых гормонов в подростковом возрасте, а также на фоне увеличения активности собственной грибковой микрофлоры кожного покрова.

СД характеризуется появлением на коже вышеуказанных областей очагов покраснения, шелушения, корок.

Себорейный дерматит детского возраста имеет благоприятный прогноз и обычно разрешается в течение нескольких недель, иногда месяцев. Во время лечения используют наружные средства, действие которых направлено на размягчение и отторжение наскоившихся корок. При распространенном кожном процессе лечение следует проводить в стационаре.

Подростковая форма СД может иметь волнообразное течение с периодами обострений и стабилизации кожного процесса.

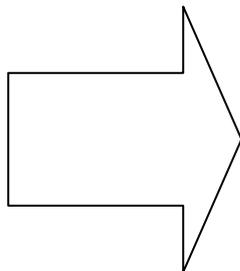
## Приложение Г1. Алгоритм диагностики себорейного дерматита

### Основные симптомы СД детского возраста

- Жирные корки желтого цвета на коже в/ч головы, бровей
- Очаги гиперемии, мацерация на коже интертригинозных областей

### Основные симптомы СД подросткового возраста

- Инфильтрированные эритематозные очаги, шелушение на коже андрогензависимых зон
- Отрубевидное шелушение на коже в/ч головы



### Методы диагностики СД

1. Клинический осмотр
2. Физикальное обследование пациента

## **Приложение Г2. Расшифровка примечаний.**

...<sup>ж</sup> – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

...<sup>вк</sup> – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)