Себорейный дерматит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L21 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Себорейный дерматит — хроническое рецидивирующее заболевание кожи в зонах скопления сальных желез, связанное с изменением кожного сала, нарушением эпидермального барьера и дефектным иммунным ответом на колонизацию Malassezia spp. Рекомендация описывает клиническую диагностику и преимущественно наружное лечение взрослых и детей, а также показания к системной терапии и госпитализации.

Главное

- Основные зоны поражения — волосистая часть головы, лицо, наружный слуховой проход, верхняя часть туловища и крупные складки.
- Пики заболеваемости приходятся на возраст 3 недели–3 месяца, пубертат и 30–60 лет. У младенцев распространенность достигает 70%, у взрослых составляет 3–20%.
- Диагноз устанавливают клинически: учитывают жалобы и анамнез, проводят осмотр и пальпацию кожи.
- У взрослых обычно начинают с наружной терапии противогрибковыми, противовоспалительными и кератолитическими средствами; системное лечение требуется при распространенном процессе или неэффективности наружной терапии.
- У младенцев без осложнений основа лечения — уход за кожей и теплые компрессы с оливковым маслом; кортикостероиды применяют коротко, с учетом разрешенного возраста.
- Генерализованная эритродермия у младенца в сочетании с диареей и гипохромной анемией указывает на болезнь Лейнера–Муссу; возможны лихорадка, лимфаденопатия, ухудшение общего состояния и вторичная инфекция.
- Стационарное лечение показано при тяжелом распространенном дерматите, отсутствии эффекта от амбулаторной терапии и при болезни Лейнера–Муссу.

Диагностика

1. Собрать жалобы: высыпания, шелушение волосистой части головы и лица, зуд различной интенсивности. У взрослых уточнить факторы рецидивов: психоэмоциональное напряжение, нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, уход за кожей и принимаемые препараты. УУР С, УДД 5.
2. Провести осмотр кожных покровов и пальпацию: оценить характер и локализацию высыпаний, степень инфильтрации элементов сыпи. УУР С, УДД 5.
3. Сопоставить клиническую картину с типичными зонами и формами заболевания: волосистая часть головы, лицо, туловище, складки; у детей — также оценить наличие эритродермии, диареи и гипохромной анемии.
4. При поражении волосистой части головы, если требуется дифференциальная диагностика, выполнить дерматоскопию. Возможные признаки: желтые перифолликулярные чешуйки и тонкие ветвящиеся сосуды. УУР С, УДД 4.
5. При подозрении на болезнь Лейнера–Муссу назначить общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи. УУР С, УДД 5.
6. Если клиническая диагностика затруднена, провести прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного материала для морфологической верификации. УУР В, УДД 2.
7. При подозрении на болезнь Лейнера–Муссу организовать первичный осмотр педиатра. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Тактика зависит от площади поражения, выраженности воспаления, возраста, сопутствующих заболеваний и риска побочных эффектов. В большинстве случаев используют наружные средства; системные препараты — при распространенном процессе или неэффективности наружной терапии.
- При легком поражении волосистой части головы у взрослых: кетоконазол 2% шампунь 2 раза в неделю 3–4 недели, затем 1 раз в 1–2 недели, или циклопирокс оламин 1,5% шампунь по той же схеме (УУР А, УДД 1).

Возможны также сертаконазол 2%, пиритион цинка 1%, сульфид селена 2,5% или каменноугольный деготь по схемам, указанным в рекомендации.

- При выраженном воспалении волосистой части головы: клобетазол 0,05% шампунь 2 раза в неделю 10–14 дней (УУР B, УДД 2). Допустима комбинация с кетоконазолом 2% шампунем 2 раза в неделю 2 недели с последующим применением кетоконазола 1 раз в неделю еще 2 недели.
- Для лица и туловища сначала применяют гидрокортизон 1% мазь 1–2 раза в сутки 7–14 дней (УУР A, УДД 1). При недостаточном эффекте возможны мометазон 0,1% 1 раз в сутки или бетаметазон 0,1% 1–2 раза в сутки 7–14 дней (оба — УУР A, УДД 1).
- В качестве негормональной терапии у взрослых используют пимекролимус 1% крем 2 раза в сутки до 6 недель, поддерживающая терапия — 2 раза в неделю при необходимости, или такролимус 0,1% мазь 2 раза в сутки 2 недели, затем 1–2 раза в сутки не более 12 недель (УУР A, УДД 1).
- Для местного противогрибкового лечения применяют циклопироксоламин 1% крем или кетоконазол 2% крем 2 раза в сутки 14–28 дней, клотримазол 1% крем или раствор 1–2 раза в день 10–14 дней, сертаконазол 2% крем 2 раза в день 4 недели либо пиритион цинка 0,2% крем 2 раза в сутки 10–14 дней. Для циклопироксоламина, кетоконазола, клотримазола и пиритиона цинка лечение продолжают далее при необходимости.
- При распространенных высыпаниях и тяжелом процессе у взрослых возможна селективная фототерапия 3 раза в неделю не более 8 недель (УУР C, УДД 4). При резистентности к наружной терапии и большой площади поражения применяют системные противогрибковые препараты: итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели, затем 200 мг 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев; тербинафин 250 мг 1 раз в сутки непрерывно 4–6 недель или 12 дней в месяц непрерывно в течение 3 месяцев; флуконазол 50 мг 1 раз в сутки 2 недели или 300 мг 1 раз в неделю 2 недели; кетоконазол 200 мг 1 раз в сутки 4 недели (УУР B, УДД 2).
- У детей при неосложненных формах используют теплые компрессы с оливковым маслом и правильный уход за кожей. При воспалении возможны гидрокортизон 1% мазь 1–2 раза в день 5–7 дней с 2 лет или метилпреднизолона ацепонат 0,1% эмульсия 1 раз в день с 4 месяцев; в интертригинозных областях — кетоконазол 2% крем 1 раз в день 2–4 недели, затем при необходимости.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при тяжелом распространенном себорейном дерматите.
- Направить на стационарное лечение при отсутствии эффекта от терапии в амбулаторных условиях.
- При болезни Лейнера–Муссу необходимы первичный осмотр педиатра и госпитализация в педиатрический стационар.
- Выписка возможна при регрессе высыпаний и/или уменьшении клинических проявлений.

Частые вопросы

Как устанавливают диагноз себорейного дерматита?

Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений заболевания.

Какой шампунь назначить при легком себорейном дерматите волосистой части головы у взрослого?

Один из вариантов — кетоконазол 2% 2 раза в неделю 3–4 недели, затем 1 раз в 1–2 недели. Альтернатива с уровнем УУР A, УДД 1 — циклопирокс оламин 1,5% по той же схеме.

Чем лечить себорейный дерматит лица и туловища?

Начинают с гидрокортизона 1% мази 1–2 раза в сутки 7–14 дней. Также применяют местные противогрибковые средства, а при необходимости — пимекролимус или такролимус по указанным схемам.

Когда нужны системные противогрибковые препараты?

Их назначают взрослым при резистентности к наружной терапии и большой площади поражения; при распространенных высыпаниях и тяжелом процессе также возможна селективная фототерапия. В рекомендации приведены схемы итраконазола, тербинафина, флуконазола и кетоконазола.

Что делать при себорейном дерматите у младенца и когда думать о болезни Лейнера–Муссу?

При генерализованной эритродермии с шелушением, диарее и гипохромной анемии следует думать о болезни Лейнера–Муссу; при подозрении необходима госпитализация в педиатрический стационар.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/215-seborejnyj-dermatit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/215_3