

Бабкова Н.В.

Врач-дерматовенеролог СПб ГБУЗ КВД №7

Советы врача-трихолога

В структуре заболеваемости кожи волосистой части головы за первые 6 месяцев 2011 г. в сравнении с аналогичным периодом 2006 г. существенных изменений не произошло. Чаще встречаются сочетания нозологических форм. Достаточно редко наблюдается изолированно протекающий псориаз волосистой части головы, сочетание с рецидивирующим себорейным дерматитом волосистой части головы затрудняет диагностику. При отсутствии типичных псориазических высыпаний на гладкой коже, длительность периода наблюдения на фоне обследования и пробного лечения составляет от 1 до 6 месяцев. Под маской себорейного дерматита может протекать демодекоз кожи головы. Своевременное обнаружение диагностически значимого количества паразитов определяет выбор препаратов для наиболее эффективного лечения, например, средствами, содержащими серу или дисульфид селена. Зуд и мелкопластинчатое шелушение кожи головы, воспринимаемые пациентом как сухость кожи — характерны для атопического дерматита и эффективно устраняются применением эмульсии для кожи головы Эмолиум. Не следует забывать, что длительно протекающие эритемато-сквамозные высыпания могут быть проявлением красной волчанки или себорейной пузырчатки, особенно при их резистентности к проводимой терапии. Особенно важно обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента, своевременно провести его обследование. Не теряет актуальности проблема рецидивирующих фолликулитов волосистой части головы, несмотря на большое разнообразие местных и системных противомикробных препаратов. Необходимым условием излечения является выявление и устранение предрасполагающих факторов и грамотная иммунокоррекция, назначенная специалистом после полноценного иммунологического обследования. В связи с особенностями микробиоценоза кожи волосистой части головы, влияниями нейроэндокринных факторов на свойства и экскрецию сала, сосуды и трофику кожи головы, воспалительные заболевания в этой области имеют рецидивирующее течение, а значит, требуют повторных курсов лечения и профилактики. Имеющихся в арсенале дерматолога лекарственных средств в адаптированных для кожи головы и комфортных для пациента формах немного. Косметические шампуни и лосьоны, даже специальной направленности, имеют низкое содержание лекарственных компонентов,

неэффективны в лечении, могут служить только мерой профилактики. Самолечение подобными средствами без результата приносит пациенту разочарование и ввергает в хронический стресс от кажущейся безысходности. В этой связи стоит упомянуть социальную значимость здоровой кожи и волос: общественное мнение приписывает ущербность человеку с «перхотью». Своевременное назначение дерматологом комфортных и эффективных препаратов значительно улучшает качество жизни пациента. На первом этапе лечения оправдано назначение симптоматических средств, дающих быстрый результат, например: лосьоны с глюкокортикоидами при себорейном дерматите с зудом. Для лечения кожи волосистой части головы сохраняют актуальность прописи растворов и взбалтываемых взвесей с низким содержанием осадка, так как мази и кремы некомфортны. Важно разъяснить пациенту причины его заболевания и мотивировать на постоянное соблюдение мер профилактики, в том числе по правильному уходу за кожей головы.

Итак:

- в настоящее время часто встречаются сочетания заболеваний кожи волосистой части головы;
- последствия лечения и самолечения, нерациональный уход за кожей затрудняют диагностику и выбор правильной тактики лечения;
- исключительно необходимо динамическое наблюдение за всеми воспалительными заболеваниями кожи головы;
- выбор лекарственных средств и форм должен основываться на достижении максимального эффекта при сохранении комфорта.