

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ**

Москва - 2013

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Себорейный дерматит»:

1. Чикин Вадим Викторович – и.о. заведующего отделом дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук.
2. Минеева Алина Аркадьевна – младший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России.
3. Заславский Денис Владимирович – профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Санкт-Петербург.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

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

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
L21**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Себорейный дерматит (СД) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава и характеризующееся локализацией в областях скопления сальных желез – на волосистой части головы, лице, верхней части туловища, складках.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Причина возникновения СД неясна. Развитию СД способствуют активизация липофильного дрожжевого гриба *Malassezia furfur*, повышенная секреция кожного сала и изменение качественного состава себума на фоне психоэмоционального перенапряжения, стрессовых ситуаций, гормональных, иммунных и нейроэндокринных нарушений. Заболевание часто наблюдается у ВИЧ-инфицированных лиц, при поражениях центральной и вегетативной нервной системы. Имеются данные, указывающие на появление высыпаний, имитирующих себорейный дерматит при дефиците цинка и никотиновой кислоты.

Распространенность себорейного дерматита в мире составляет 1–3% среди взрослых и 70% среди новорожденных первых 3 месяцев жизни. Отмечаются два возрастных пика заболеваемости СД – в детском возрасте (первые месяцы жизни) и в 40–70 лет.

КЛАССИФИКАЦИЯ

К клиническим формам СД относят:

Себорейный дерматит взрослых:

- СД волосистой части головы,
- СД лица,
- СД туловища,
- генерализованная форма СД;

Себорейный дерматит детей:

- СД волосистой части головы («чепчик новорожденного»),
- СД туловища,
- болезнь Лейнера.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Высыпания при себорейном дерматите располагаются на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, верхней части туловища, преимущественно в области грудины и лопаток, и в крупных складках.

У взрослых на коже волосистой части головы одним из самых ранних признаков заболевания может быть перхоть, позднее появляется покраснение, усиливается шелушение. В дальнейшем формируются четко отграниченные бляшки, часто сливающиеся и занимающие большую площадь с распространением на кожу лба. Иногда могут отмечаться серозно-гнойные корки, после снятия которых обнаруживается мокнущая поверхность.

На лице высыпания появляются в области скул, крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей и обычно сочетаются с поражением волосистой части головы. Высыпания представлены очагами эритемы округлой или кольцевидной формы, возможна инфильтрация, шелушение и образование корок. Кожа в области поражения приобретает серовато-белый или желтовато-красный оттенок, резко выражены фолликулярные отверстия. Возможно развитие блефарита с появлением корок вдоль края века и скоплением масс роговых клеток вокруг ресниц.

На туловище и конечностях высыпания представлены овальной, округлой или неправильной формы желтовато-розовыми пятнами, бляшками с шелушением и четкими границами, в центре могут быть мелкоузелковые элементы. В складках кожи часто возникают эритема, отек, мокнутие, болезненные трещины, чешуйко-корки. Возможно вторичное инфицирование и распространение вторичной пиодермии за пределы первоначальных очагов поражения кожи.

Себорейный дерматит грудных детей появляется на 1-2 неделе жизни, иногда в конце 1 месяца, и под влиянием рациональной терапии разрешается не позднее 3 месяца жизни.

У детей кожный процесс локализуется в области волосистой части головы, лба, заушных областях и в кожных складках и представлен эритемой, бляшками, жирными чешуйками и корками, выпадения волос не отмечается. Краснота и шелушение распространяются на туловище и конечности, а на видимо здоровой коже появляются отсевы пятнисто-папулезных шелушащихся элементов по периферии основных очагов. На волосистой части головы - гиперемия, инфильтрация, скопление плотных жирных корко-чешуек.

Слияние очагов, приводящее к эритродермии, описано как болезнь Лейнера-Муссу, и характеризуется тремя основными симптомами: генерализованная сыпь в виде универсальной эритродермии с шелушением; диарея; гипохромная анемия. Заболевание, как правило, развивается в период новорожденности, реже — в возрасте старше 1 месяца жизни. Возможно присоединение вторичной инфекции. Сопровождается изменением общего состояния.

Больных себорейным дерматитом беспокоит зуд разной интенсивности.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз себорейного дерматита обычно не вызывает затруднений и основывается на данных характерной клинической картины, однако в ряде случаев необходимо проведение *гистологического исследования* биоптата кожи. При гистологическом исследовании отмечают периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов, умеренный спонгиоз. Обнаруживаются фолликулярные пробки вследствие ортокератоза и паракератоза, а также скопления нейтрофилов в устьях фолликулов. При использовании красителей возможна визуализация клеток дрожжей.

Перед назначением больным системной медикаментозной терапии или при решении вопроса о дальнейшей тактике лечения необходимо проведение дополнительных методов обследования: клинических анализов крови и мочи, биохимического анализа сыворотки крови, исследования уровня глюкозы крови, бактериологического исследования микрофлоры кишечника.

По показаниям назначаются консультации других специалистов: гастроэнтеролога, эндокринолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Себорейный дерматит необходимо дифференцировать с псориазом, дерматофитиями волосистой части головы, лица, туловища, аллергическим дерматитом, атопическим дерматитом, бляшечным парапсориазом, розацеа, а также исключить демодекоз.

Псориазические высыпания обычно ярко-розового или насыщенно красного цвета, значительно утолщены, с выраженным шелушением серо-белого цвета, имеются положительные признаки феномена стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. Возможны высыпания на других участках кожного покрова, поражение ногтевых пластинок.

При дифференциальной диагностике СД и атопического дерматита у детей следует учитывать локализацию очагов поражения кожи: при атопическом дерматите высыпания располагаются в области предплечий и голеней, при СД – в области промежности. Результаты аллергопроб, а также уровень иммуноглобулина Е свидетельствуют в пользу атопического дерматита.

При проведении дифференциальной диагностики с грибковыми заболеваниями необходимо провести микроскопическое исследование для обнаружения элементов гриба.

При подозрении на аллергический дерматит требуется проведение накожных тестов.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Выбор тактики лечения при СД зависит от степени выраженности клинических проявлений, длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии.

Лечение больных СД в условиях стационара показано в следующих случаях:

- неэффективность проводимой терапии в амбулаторных условиях;
- распространенность процесса.

Цели лечения:

- регресс высыпаний;
- элиминация грибковой инфекции;
- профилактика вторичной инфекции;
- устранение зуда.

Общие замечания по терапии

Заболевание требует регулярного лечения с использованием системной и топической терапии на протяжении длительного времени.

Для наружного лечения применяются средства, обладающие противовоспалительным, противозудным, противогрибковым, а в случае вторичного инфицирования – антибактериальным и антисептическим действием.

В острой стадии процесса при выраженном зуде, нарушениях сна целесообразно применение антигистаминных препаратов 2-го и 3-го поколений и седативных средств.

Схемы лечения

Медикаментозная терапия

Наружное лечение

1. Топические глюкокортикостероидные препараты

При выраженном воспалении с гиперемией, мокнутием целесообразно применение средних, сильных, реже - очень сильных глюкокортикостероидных препаратов. По мере уменьшения выраженности воспаления используют препараты среднего и слабого действия.

- бетаметазона валерат 0,1%, крем/мазь, (С), 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней [1]

или

- бетаметазона дипропионат 0,025%, крем/мазь, (С), 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней [2]

или

- гидрокортизона бутират 0,1%, крем/мазь, 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней [22]

или

- метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем/мазь, наружно 1 раз в сутки в течение 7–14 дней [23]

или

- мометазона фуруат 0,1%, крем/мазь, (С), 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней [3]

2. Чтобы избежать риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию кортикостероидных препаратов, возможно применение *пиритиона цинка или топических ингибиторов кальциневрина*

- пиритион цинка, 0,2% аэрозоль или крем (С), 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, шампунь – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости [4].
- такролимус (В), мазь, 0,03%/0,1%, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия - 2 раза в неделю при необходимости [5]

или

- пимекролимус (С), крем, 1%, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия - 2 раза в неделю при необходимости [6].

3. *Противовоспалительные средства* для местного применения (в виде примочек):

- резорцинол, 1% раствор (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4–7 дней [7]

или

- серебра нитрат, 0,25% раствор (D), 1 раз в сутки наружно в течение 4–7 дней [7]

или

- борная кислота, 2% раствор (D), 1–2 раза в сутки наружно в течение 4–7 дней [7]

или

- калия перманганат, 0,01–0,1% раствор (D), 1–2 раза в сутки наружно в течение 4–7 дней [7].

4. В качестве *антисептических средств* наружно используют 1–2% спиртовые растворы анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, фукоцин) (D) [7].

5. *Топические противогрибковые препараты*

Для лечения больных СД могут применяться кетоконазол, бифоназол и циклопироксоламин в форме крема и шампуня. Применение кетоконазола в профилактических целях способствует поддержанию ремиссии. Бифоназол и циклопироксоламин (В) могут назначаться в форме шампуня 3 раза в неделю. Шампунь следует наносить на кожу головы и на область бороды. Время экспозиции 5–10 минут перед полосканием. После снятия обострения и достижения ремиссии частота использования шампуня может быть уменьшена до двух раз в неделю или по мере необходимости [8–10].

- б. При присоединении вторичной инфекции используют мази или, по показаниям, аэрозоли, содержащие антибактериальные препараты:
- окситетрациклина гидрохлорид/гидрокортизона ацетат, аэрозоль, 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней
- или
- окситетрациклина гидрохлорид/гидрокортизона ацетат, мазь, 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней
- или
- гидрокортизон+ неомицин +натамицин, крем/мазь, 2–4 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней
- или
- триамцинолона ацетонид/тетрациклина гидрохлорид, аэрозоль, 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней
- или
- гидрокортизон + фузидиевая кислота, крем, 2 раза в сутки наружно в течение 7–14 дней.

В дальнейшем используют глюкокортикостероидные препараты слабого и среднего класса по седам, представленным выше, и пасты, содержащие 2–3% березового дегтя, нефти нафталанской, 0,5–1% серы.

Системное лечение

1. *При выраженном зуде - антигистаминные препараты:* [24]
- акривастин, таблетки 8 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14–20 дней
- или
- лоратадин, таблетки 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10–20 дней
- или
- фексофенадин, таблетки 120–180 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10–20 дней
- или
- терфенадин, таблетки 60 мг 1–2 раза в сутки перорально в течение 10–20 дней
- или
- цетиризин (таблетки) 4 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10–20 дней
2. *При наличии экссудации* рекомендовано:
- кальция глюконат, раствор для инъекций 10% 10 мл внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней
- или
- кальция пантотенат, таблетки 100 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10–20 дней.

Немедикаментозная терапия

Селективная фототерапия 20–25 процедур 4–5 раз в неделю (В) [11].

Особые ситуации

Тактика терапии СД у *детей* включает удаление корок, устранение мокнутия, профилактика грибковой инфекции и надлежащий уход.

При легкой форме себорейного дерматита достаточно проведения наружного лечения дезинфицирующими, кератопластическими средствами: 3% нафталановая мазь, 2% ихтиоловая, 5% дерматоловая, а в местах мацерации - пастами, с предварительным смазыванием пораженных участков в складках 1% водным раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего (D). Волосистую часть головы обрабатывают 2% салициловой мазью (D). При купании ребенка используют шампуни с кетоконазолом (A), цинком (D), дегтем (D). Внутрь назначают витамины (аскорбиновую кислоту, тиамин, пиридоксин, кальция пантотенат).

При тяжелой и среднетяжелой формах применяется комплексное лечение с использованием коротких курсов антибактериальных препаратов (ампициллин, оксациллин), вливания солевых растворов и глюкозы с 5% аскорбиновой кислоты, введений иммуноглобулина. Назначаются внутримышечные инъекции витаминов B1, B6. Внутрь применяют витамины C, B1, B2. Для устранения диспептического синдрома назначают ферменты желудочно-кишечного тракта (абомин, панкреатин, мезим-форте и др.). При контроле за питанием ребенка, больного себорейным дерматитом учитывается вид вскармливания. Необходим подбор адаптированной молочной смеси при искусственном вскармливании и назначение полноценной, сбалансированной по белкам, жирам и микроэлементам диеты матерям детей, находящихся на грудном вскармливании.

Требования к результатам лечения

- улучшение общего состояния больного;
- уменьшение выраженности воспаления;
- прекращение экссудации и зуда.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

При тяжелой форме течения СД или резистентности к наружной терапии возможно назначение пероральных *антимикотических препаратов*.

- итраконазол (B-C) 200 мг 1 раз в сутки перорально в течение первой недели первого месяца лечения, затем 200 мг 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев [12-13]

или

- тербинафин (C) 250 мг 1 раз в сутки перорально непрерывно в течение 4–6 недель или 12 дней в месяц в течение 3 месяцев [14–16]

или

- флуконазол (В-С) 50 мг 1 раз в сутки перорально в течение 2 недель или 200–300 мг 1 раз в неделю в течение 2–4 недель [17-19].

или

- кетоконазол (D) 200 мг 1 раз в сутки перорально в течение 4 недель [20-21].

Список литературы

1. Milani M., Di Molfetta A.S, Gramazio R. et al. Efficacy of betamethasone valerate 0.1% thermophobic foam in seborrheic dermatitis of the scalp: an open-label, multicentre, prospective trial on 180 patients. *Curr Med Res Opin* 2003;19:342–345.
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 seborrheic dermatitis in adults.. *Dermatology* 1992; 184(4): 275-280.
3. 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.
4. Piérard-Franchimont C., Goffin V., Decroix J., Piérard G.E. A multicenter randomized trial of ketoconazole 2% and zinc pyrithione 1% shampoos in severe dandruff and seborrheic dermatitis. *Skin Pharmacol Appl Skin Physiol* 2002; 15:434–441.
5. 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.
6. Rigopoulos D., Ioannides D., Kalogeromitros D. et al. Pimecrolimus cream 1% vs. betamethasone 17-valerate 0.1% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. A randomized open-label clinical trial. *Br J Dermatol.* 2004; 151:1071–1075.
7. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Том 2. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. 2009. Глава 16. Болезни волос, сальных и потовых желез. С.469-475. [Clinical Dermatovenereology: guide. In two volumes. Volume 2. GEOTAR Media. Ed. JK Skrypkin, YS Butov. 2009. Chapter 16. Diseases of the hair, sebaceous glands and sweat glands. P.469-475.]
8. Faergemann J. Seborrheic dermatitis and *Pityrosporum orbiculare*: treatment of seborrheic dermatitis of the scalp with miconazole-hydrocortisone (Daktacort), miconazole and hydrocortisone. *Br J Dermatol.* 1986; 114:695–700.
9. Piérard–Franchimont C., Piérard G.E. A double-blind placebo-controlled study of ketoconazole + desonide gel combination in the treatment of facial seborrheic dermatitis. *Dermatology.* 2002; 204:344–7.
10. Taieb A., Legrain V., Palmier C. et al. Topical ketoconazole for infantile seborrheic dermatitis. *Dermatologica.* 1990; 181:26–32.
11. Pirkhammer D., Seeber A., Honigsmann H., Tanew A. Narrow-band ultraviolet B (ATL-01) phototherapy is an effective and safe treatment option for patients with severe seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol* 2000; 143:964-968.
12. Khondker L., Choudhury A.M., Wahab M.A., Khan M.S. Efficacy of oral itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Bangl Coll Phys Surg* 2012; 29: 201–206.
13. Dartmouth Kose O., Erbil H., Gur A.R. Oral itraconazole for the treatment of seborrheic dermatitis: an open, noncomparative trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 172–175.
14. Cassano N., Amoruso A., Loconsole F., Vena G.A. Oral terbinafine for the treatment of seborrheic dermatitis in adults. *Int J Dermatol* 2002; 41: 821–822.
15. Scaparro E., Quadri G., Virno G. et al. Evaluation of the efficacy and tolerability of oral terbinafine (Daskil®) in patients with seborrheic dermatitis. A multicentre, randomized, investigator-blinded, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol* 2001; 144: 854–857.
16. Vena G.A., Micali G., Santoianni P. et al. Oral terbinafine in the treatment of multi-site seborrheic dermatitis: a multicenter, double-blind placebo-controlled study. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2005; 18: 745–753.
17. Zisova L.G. Fluconazole and its place in the treatment of seborrheic dermatitis—new therapeutic possibilities. *Folia Med (Plovdiv)* 2006; 48: 39–45.

18. Cömert A., Bekiroglu N., Gürbüz O., Ergun T. Efficacy of oral fluconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a placebo-controlled study. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 235–238.
19. Zisova L.G. Treatment of *Malassezia* species associated seborrheic blepharitis with fluconazole. *Folia Med (Plovdiv)* 2009; 51: 57–59.
20. Conti-Diaz I.A., Civila E., Asconegui F. Treatment of superficial and deep-seated mycoses with oral ketoconazole. *Int J Dermatol* 1984; 23: 207–210.
21. 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.
22. Wannanukul S., Chiabuncana J. Comparative study of 2% ketoconazole cream and 1% hydrocortisone cream in the treatment of infantile seborrheic dermatitis. *J Med Assoc Thai* 2004; 87 (Suppl. 2):S68-S71,.
23. Cicek D., Kandi B., Bakar S., Turgut D. Pimecrolimus 1% cream, methylprednisolone aceponate 0.1%, and metronidazole 0.75% gel in treatment of seborrhoeic dermatitis. *J Dermatolog Treat* 2009; 20(6):344–349.
24. 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.