

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СЕБОРЕЙНЫМ
ДЕРМАТИТОМ**

**Главный
внештатный
специалист педиатр
Минздрава России
Академик РАН
А.А. Баранов**

2015 г.

Оглавление

МЕТОДОЛОГИЯ	2
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	4
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	4
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ	4
КЛАССИФИКАЦИЯ.....	4
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	5
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	6
ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ	7
ЛЕЧЕНИЕ.....	7
ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ	10
ПРОГНОЗ И ТЕЧЕНИЕ	10
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	10

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Данные клинические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Исполкома профессиональной ассоциации детских врачей Союз педиатров России на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.

Авторский коллектив: акад. РАН Баранов А.А., чл.-корр. РАН Намазова-Баранова Л.С., д.м.н. Мурашкин Н.Н., Пильгуй Э.И.

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

МЕТОДОЛОГИЯ

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 (табл. 1,2) приведены в тексте.

Таблица 1.
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 2.
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 ознакомлены 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.

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, лице, верхней части туловища, интертригинозных складках [5,6,8].

Код МКБ-10

L21 Себорейный дерматит

L21.1 Себорейный детский дерматит

R83 Эритродермия Лейнера

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СД детского возраста и СД взрослых, обусловленные различными этиопатогенетическими факторами, имеют различную распространенность.

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 взрослых встречаются в пубертатном и более старшем возрасте, чаще среди лиц мужского пола.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

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].

Взрослая 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].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют СД детского возраста и СД взрослых.

СД детского возраста:

- СД волосистой части кожи головы («чепчик новорожденного»);

- СД туловища;
- болезнь Лейнера-Муссу (десквамативная эритродермия).

СД взрослых:

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СД у детей характеризуется преимущественным поражением волосистой части головы и интертригинозных складок.

При *СД волосистой части* головы процесс поражает наиболее часто лобную область, где отмечается наслоение жирных желтых корок (*crusta lactea* –молочная корка). Волосы при этом не выпадают, воспаление незначительное, зуд отсутствует. При обострении процесса гиперемия распространяется за линию роста волос, поражая кожу за ушными раковинами; отмечаются массивные наслоения корок, возможно появление невыраженного зуда, беспокойства [7,11].

При *СД туловища* в процесс вовлекаются кожные складки: шейные, подмышечные, паховые, зона подгузников с возможным поражением кожи туловища. В складках элементы представлены эритематозными очагами, склонными к мацерации и появлению трещин. На коже туловища бляшки покрыты более тонкими, чем на голове желтоватыми чешуйками и корками. Форма высыпаний может быть кольцевидной, монетовидной и полициклической. Расположение элементов разрозненное или сливного характера [5,6,11].

В редких случаях при СД наблюдается внезапное слияние очагов с развитием суб- или *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 сенсibilизирующее влияние оппортунистической инфекции, метаболические нарушения [7].

Для десквамативной эритродермии Лейнера-Муссу помимо суб- или тотальной гиперемии кожи с шелушением, характерна триада симптомов в виде анемии, диареи, рвоты. Тяжелое общее состояние обусловлено лихорадкой, потерей массы тела, лимфоаденопатией.

Заболевание может быть представлено семейной и спорадической формой.

Прослеживается связь семейных случаев с иммунологическим дефектом в виде функционального дефицита фракции С5 комплемента, обуславливающим снижение фагоцитарной активности клеток крови [6,7].

Клиническая картина *СД взрослых* может варьировать от незначительного отрубевидного шелушения на волосистой части кожи головы до распространенных поражений кожи лица, туловища, богатой сальными железами [7,11].

Начальная стадия себорейного процесса характеризуется серовато-белой и желтовато-красной окраской кожи, выраженными фолликулярными отверстиями и шелушением в себорейных зонах.

Минимальным проявлением *СД волосистой части* головы является отрубевидное шелушение, при обострении процесса наблюдается появление очагов гиперемии с наслоением желтоватых корок.

При поражениях *лица и туловища* патологический процесс локализуется в зонах, богатых сальными железами: брови, межбровная область, носогубные складки, грудь, спина, где высыпания представлены инфильтрированными эритематозными очагами с наличием шелушения и корочек на поверхности. Отмечается частое сочетанное поражение кожи лица и головы.

Редкий вариант *генерализованного СД* характеризуется наличием бляшек желтовато-розового цвета, с четкими границами и шелушением на коже туловища. Возможно поражение складок, присоединение мокнутия и вторичной инфекции, что способствует увеличению площади поражения.

Ограниченными вариантами себорейного дерматита являются поражения наружного слухового прохода и век.

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика СД детей основывается на клинической картине и 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 алергоанамнез, 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, выявляется положительная псориазная триада. 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 юношеского периода ведется с учетом локализации очагов поражений кожи:

1. Для псориазных поражений волосистой части головы, ушных раковин характерны более интенсивные гиперемия и инфильтрация элементов, наслоения серебристых корок, положительные псориазные 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.

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

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

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.

Медикаментозное лечение

Цели терапии неосложненного СД:

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

При СД волосистой части головы используют *кератолитические средства (D)*:

- крем с 1-2 % салициловой кислотой (Код АТХ D01AE12);

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

После удаления чешуек и корок в качестве противовоспалительных средств возможно нанесение слабых *топических кортикостероидов (C)*:

-мазь с 1% гидрокортизоном (Код АТХ D07AA02), с 2-х лет;

-крем 0,1 % преднизолона ацепоната (Код АТХ D07AC14), применять с возраста 4 месяцев;

-крем 0,1% гидрокортизона 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, возможно, использование кремов, содержащих эфир яблочной кислоты, масло карите, ши, глицерин. **(D)** [9,11,12]

При поражении интертригинозных зон тактика терапии направлена на уменьшение гиперемии, *профилактику вторичной инфекции*. С этой целью используют *комбинированные топические средства (C)*:

-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 присоединяют *растворы анилиновых красителей и цинксодержащие пасты (D)* в качестве антисептических и адсорбирующих средств, нанося их до применения топических стероидов:

-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. В лечении *комбинированные топические стероиды (C)*:

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

При наличии зуда возможно применение *антигистаминных препаратов (C)*:

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

-цетиризин (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 проводят лечение в стационаре с применением коротких курсов гормональных и антибактериальных препаратов.

Цели терапии СД в юношеском возрасте 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 используют *препараты, содержащие салициловую кислоту и глюкокортикостероиды (C)*:

-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 туловища, применяют *шампуню, содержащие противогрибковые компоненты (A)*:

- 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].

В качестве *средств с себорегулирующим, противовоспалительным, противогрибковым действием* используют **(D)**:

-1% шампунь, 0,2% аэрозоль с пиритион-цинком (код АТХ D11АХ12), 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 следует использовать препараты, содержащие *кортикостероиды в формах, не вызывающих окклюзионное действие (С)*:

-крем 0,1% мометазона фууроата (код АТХ D07АС13) с кратностью применения 1 раз в сутки в течение 5-10 дней, разрешен с возраста 2 лет;

-крем 0,05% бетаметазона дипропионата (код АТХ D07АС01) применяется с осторожностью с возраста 6 мес, кратность применения 1 раз в сутки в течение не более 5 дней.

При присоединении вторичной инфекции рекомендованы комбинированные средства (С):

-крем с бетаметазоном/гентамицином/клотримазолом (код АТХ D07ХС01) разрешен с возраста 2-х лет, кратность применения 2 раза в сутки в течение 5-10 дней;

-крем с гидрокортизоном/натамицином/неомицином (код АТХ СА01) применение с рождения, до 1 года – с осторожностью, кратность применения 2 раза в сутки в течение 5-10 дней;

После купирования острого воспаления *поддерживающая терапия* включает:

-крем с 0,2% пиритион-цинком (код АТХ D11АХ12) разрешен с возраста 1 года, использовать 2 раза в сутки в течение 10-14 дней с постепенной отменой препарата (D).

В качестве топической терапии для лечения больных себорейным дерматитом рекомендованы также препараты, содержащие метронидазол, литий, ингибиторы кальциневрина.

При наличии зуда используют *антигистаминные препараты второго поколения (С)*:

-цетиризин (код АТХ R06АЕ07) по 10 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней;

-левоцетиризин (код АТХ R06АЕ09) по 5 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней;

-лоратадин (код АТХ R06АХ13) по 10 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней;

-дезлоратадин (код АТХ R06АХ27) по 5 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.

При тяжелом течении СД, характеризующимся генерализованным или торпидным течением процесса рекомендованы *противогрибковые препараты для перорального применения (С)*:

-кетоназол, табл. (код АТХ J02АВ02), 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, капс. (код АТХ J02АС02) 200 мг 1 раз в день в течение недели, далее 200 мг каждые 2 недели;

-тербинафин, табл. (код АТХ D01ВА02), 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, капс. (код АТХ J02АС01), 50 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель или 300 мг 1 раз в неделю в течение 2-х недель.

Немедикаментозное лечение

Общие рекомендации для детей с локальными зонами поражения СД включают рациональный режим питания ребенка и мамы.

При поражении кожи туловища и интертригинозных зон рекомендованы воздушные ванны, купание в теплой воде с применением косметических масел.

При СД подросткового возраста следует соблюдать рациональный режим питания с ограничением экстраактивных веществ, исключить использование агрессивных моющих средств, ношения синтетической одежды.

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

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Большинство пациентов с детской и взрослой 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.

ПРОГНОЗ И ТЕЧЕНИЕ

Себорейный 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.

Взрослая форма СД, дебютирующая в подростковом возрасте, может иметь персистирующее течение, но с продолжительными ремиссиями.

Связи между детской и взрослой формой заболевания не наблюдается.

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.
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.
10. 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.
11. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med* 360(4):387-96 (2009 Jan).
12. Crespo EV, Delgado FV. Malassezia species in skin disease. *Curr Opin Infect Dis* 15(2):133-42 (2002 Apr).
13. 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.
14. 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.
15. 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.