

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

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

Москва - 2015

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

1. Чикин Вадим Викторович – старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Москва.
2. Минеева Алина Аркадьевна – младший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, г. Москва.
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
<b>А</b>	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>В</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+
<b>С</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 2++
<b>Д</b>	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 spp.*, повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава на фоне психоэмоционального перенапряжения, стрессовых ситуаций, гормональных, иммунных и нейроэндокринных нарушений, приема некоторых лекарственных препаратов. 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 детей первых 3 месяцев жизни. Отмечаются два возрастных пика заболеваемости СД – в детском возрасте (первые месяцы жизни) и в 40–70 лет.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

L21.0 Себорея головы

"Чепчик младенца"

L21.1 Себорейный детский дерматит

L21.8 Другой себорейный дерматит

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

К клиническим формам СД относят:

1. Себорейный дерматит взрослых:

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

2. Себорейный дерматит детей:

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

- СД туловища;
- болезнь Лейнера.

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 лиц на коже волосистой части головы одним из самых ранних признаков заболевания может быть перхоть, позднее появляется покраснение, усиливается шелушение. В дальнейшем формируются четко ограниченные 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 локализуются 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, 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 наблюдается 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. Заболевание сопровождается изменением общего состояния больного.

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.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Себорейный дерматит необходимо дифференцировать с псориазом, дерматофитиями волосистой части головы, лица, туловища, аллергическим дерматитом, атопическим дерматитом, бляшечным параспориозом, розацеа; также необходимо 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 ногтей 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. Результаты аллергических проб, а также высокий 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**

### **Цели лечения**

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



## **Общие замечания по терапии**

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

## **Показания к госпитализации** болезнь Лейнера

### **Схемы лечения**

#### **Медикаментозная терапия**

##### Наружное лечение

##### *1. Топические глюкокортикостероидные препараты*

При выраженном воспалении с гиперемией, мокнутием целесообразно применение глюкокортикостероидных препаратов со средней или высокой степенью противовоспалительной активности. По мере уменьшения выраженности воспаления используют глюкокортикостероидные препараты со слабой или средней степенью противовоспалительной активности.

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

или

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

или

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

или

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

или

– мометазона фураат 0,1%, крем, мазь, 1 раз в сутки наружно в течение 7–14 дней (С) [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, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, шампунь – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости (С) [4].
- такролимус 0,03%, 0,1% мазь, 2 раза в день до 6 недель, поддерживающая терапия - 2 раза в неделю при необходимости (В) [5]

или

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

**Примечание.** В инструкции по медицинскому применению такролимуса и пимекролимуса себорейный дерматит не включен в показания к применению препарата.

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

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

или

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

или

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

4. В качестве *антисептических средств* наружно используют 1–2% спиртовые растворы анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, фукорцин) (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 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 (В) [8–10].

6. 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 со слабой и средней степенью противовоспалительной активности и пасты, содержащие 2–3% березового дегтя, нефти нафталанской, 0,5–1% серы.

### Системное лечение

1. При выраженном зуде - антигистаминные препараты (D): [24]

- акривастин 8 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14–20 дней

или

- лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10–20 дней

или

- фексофенадин 120–180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10–20 дней

или

- терфенадин 60 мг перорально 1–2 раза в сутки в течение 10–20 дней

или

- цетиризин 4 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10–20 дней.

2. При наличии экссудации рекомендовано применение:

- кальция глюконата, раствор для инъекций 10% 10 мл внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней

или

- кальция пантотената 100 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10–20 дней.

### **Немедикаментозная терапия**

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

### **Особые ситуации**

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

При легкой форме себорейного дерматита достаточно проведения наружного лечения дезинфицирующими, кератопластическими средствами: 3% нафталановой мазью, 2% ихтиоловой, 5% дерматоловой мазями, 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 (А), 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 В1, В6. Внутрь применяют витамины С, В1, В2. 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 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первой недели лечения, затем 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение первых 2 дней последующих 2–11 месяцев лечения (В) [12, 13]

или

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

или

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

или

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

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Методов профилактики не существует.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Milani M., Di Molfetta A.S., Gramazio R. et al. Efficacy of betamethasone valerate 0.1% thermophobic foam in seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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.
8. 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.
9. Piérard-Franchimont C., Piérard G.E. A double-blind placebo-controlled study of ketoconazole + desonide gel combination in the treatment of facial seborrhoeic dermatitis. *Dermatology.* 2002; 204:344–7.
10. Taieb A., Legrain V., Palmier C. et al. Topical ketoconazole for infantile seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic dermatitis: an open, noncomparative trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 172–175.
14. Cassano N., Amoroso A., Loconsole F., Vena G.A. Oral terbinafine for the treatment of seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic 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 seborrhoeic dermatitis: a placebo-controlled study. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 235–238.
19. Zisova L.G. Treatment of *Malassezia* species associated seborrhoeic 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 seborrhoeic 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.