

- Chamurlieva, M.N. Damage to the osteoarticular apparatus in patients with psoriasis according to the PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) screening questionnaire and rheumatological clinical and instrumental examination / M.N. Chamurlieva, E. Yu. Loginova, T.V. Korotaeva // Scientific and practical rheumatology. – 2014. – T. 52. – No. 6. – P. 636–642.
16. Абдулганиева Д.И., Бакулев А.А., Белоусова Е.А. и др. Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов при иммуновоспалительных заболеваниях: возможности и перспективы. Позиция экспертов. Современная ревматология. 2020; 14 (3): 7–18.
Abdulganieva D.I., Bakulev A.A., Belousova E.A. and others. Early prescription of genetically engineered biological drugs for immunoinflammatory diseases: possibilities and prospects. Experts' position. Modern rheumatology. 2020; 14 (3): 7–18.
 17. Круглова Л.С., Львов А.Н. Ранняя диагностика псориатического артрита и возможности контроля над заболеванием. Обзор литературы. Медицинский алфавит № 26 / 2019, том № 2. Дерматология.
Kruglova L.S., Lvov A.N. Early diagnosis of psoriatic arthritis and the possibility of disease control. Literature review. Medical alphabet No. 26 / 2019, volume No. 2. Dermatology
 18. Круглова Л.С., Хотко А.А., Петрий М.А. Раннее назначение генно-инженерной биологической терапии пациентам с псориазом // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 1. – №. 7. – С. 25–28.
Kruglova L.S., Khotko A.A., Petriy M.A. Early administration of genetic engineering biological therapy to patients with psoriasis // Medical alphabet. – 2019. – T. 1. – No. 7. – pp. 25–28.
 19. Levin AA, Gottlieb AB, Au SC. A comparison of psoriasis drug failure rates and reasons for discontinuation in biologics vs conventional systemic therapies. J Drugs Dermatol. 2014 Jul;13(7):848–53.
 20. Переверзина Н.О., Круглова Л.С. Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов пациентам с псориазом кожи и аксиальными поражениями. Эффективная фармакотерапия. – 2023. – Т. 19, № 39. – С. 6–12.
Pereverzina N.O., Kruglova L.S. Early administration of genetically engineered biological drugs to patients with skin psoriasis and axial lesions. Effective pharmacotherapy. – 2023. – T. 19, No. 39. – P. 6–12.

Статья поступила / Received 30.03.24

Получена после рецензирования / Revised 05.04.24

Принята в печать / Accepted 17.04.24

Сведения об авторах

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., проф., проректор по учебной работе, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. eLibrary SPIN: 1107-4372. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Переверзина Наталья Олеговна, к.м.н., кафедра дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: natalia.pereverzina@gmail.com. eLibrary SPIN: 8923-7850. ORCID: 0000-0003-1563-9475

Руднева Наталья Сергеевна, к.м.н., главный врач, главный внештатный специалист дерматовенеролог², косметолог Министерства здравоохранения Тульской области, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, курса дерматовенерологии³. E-mail: natalia.rudneva@tularegion.ru. ORCID: 0000-0001-9638-2290

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

²ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Тула

³ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

Автор для переписки: Круглова Лариса Сергеевна. E-mail: kruglovals@mail.ru

Для цитирования: Круглова Л.С., Переверзина Н.О., Руднева Н.С. Эффективность натакимаба у пациентов с псориазом и длительностью заболевания до 1 года: реализация стратегии раннего назначения генно-инженерной биологической терапии. Медицинский алфавит. 2024; (9): 19–25.
<https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-9-19-25>

About authors

Kruglova Larisa S., DM Sci (habil.), professor, vice-rector for academic affairs, head of Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. eLibrary SPIN: 1107-4372. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Pereverzina Natalya O., PhD Med, Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: natalia.pereverzina@gmail.com. eLibrary SPIN: 8923-7850. ORCID: 0000-0003-1563-9475

Rudneva Natalya S., PhD Med, chief physician, chief freelance specialist dermatovenereologist², cosmetologist of the Ministry of Health of the Tula region, associate professor at Dept of Propaeutics of Internal Diseases, Course of Dermatovenereology³. E-mail: natalia.rudneva@tularegion.ru. ORCID: 0000-0001-9638-2290

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²Tula Regional Clinical Dermatovenereological Dispensary, Tula, Russia

³Tula State University, Tula, Russia

Corresponding author: Kruglova Larisa S. E-mail: kruglovals@mail.ru

For citation: Kruglova L.S., Pereverzina N.O., Rudneva N.S. Efficacy of netakimab in patients with psoriasis and disease duration up to 1 year: implementation of a strategy for early prescription of genetic engineering biological therapy. Medical alphabet. 2024; (9): 19–25. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-9-19-25>

DOI: 10.33667/2078-5631-2024-9-25-30

«Пламенеющий скальп»: актуальность, место в клинической систематике, подходы к терапии

А.Н. Львов^{1,2}, А.Д. Левина¹, А.А. Скандарян³

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

²Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва

³ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Одной из разновидностей чувствительной кожи является синдром «пламенеющего скальпа» – наиболее выраженный субъективный симптомокомплекс тактильных ощущений в проекции кожи волосистой части головы. Наиболее частыми проявлениями этого синдрома, значительно снижающего качество жизни пациентов, являются жжение, зуд, боль, триходиния, покраснение по типу приливной и стойкой эритемы, легкое шелушение и иногда выпадение волос. Формирование «пламенеющего скальпа» гетерогенно и может быть ассоциировано с коморбидными дерматозами (себорейный дерматит, экзема, atopический дерматит, псориаз, розацеа, грибковая и бактериальная контингации, алопеции и др.), органной и висцеральной патологией (сахарный диабет, рассеянный склероз, опухоли центральной нервной системы, паранеопластические состояния, иммунодефициты и др.), психосоматическими отклонениями (конверсионные расстройства, сенсоипохондрия, соматоформный зуд) и средовыми влияниями (аквагенный зуд, ультрафиолетовое излучение). На данный момент нет общих рекомендаций по лечению «пламенеющего скальпа»; для длительного сопроводительного лечения и профилактики перспективны средства лечебной косметики, нормализующие микробиом, обладающие противозудным и противовоспалительным эффектом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром «пламенеющего скальпа», чувствительная кожа волосистой части головы, зуд, нейропептиды, полидоканал.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

“Burning scalp” syndrome: relevance, place in clinical taxonomy and therapeutic approaches

A. N. Lvov^{1,2}, A. D. Levina¹, A. A. Skandaryan³

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²Medical Scientific and Educational Centre at Moscow State University n.a. M. V. Lomonosov, Moscow, Russia

³First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

SUMMARY

One of the sensitive skin types is the “burning scalp” syndrome. It is the most expressed subjective symptom complex of tactile sensations in the projection of the skin of the scalp. The most common manifestations of this syndrome, which significantly reduces the quality of patient's life, are burning, itching, pain, trichodynia, redness like flushing and persistent erythema, mild exfoliation and hair loss sometimes. The “burning scalp” formation is heterogeneous and can be associated with comorbid dermatoses (seborrheic dermatitis, eczema, atopic dermatitis, psoriasis, rosacea, fungal and bacterial contamination, alopecia, etc.), organ and visceral pathology (diabetes mellitus, multiple sclerosis, tumors of the central nervous system, paraneoplastic conditions, immunodeficiencies, etc.), psychosomatic abnormalities (conversion disorders, sensory hypochondria, somatoform pruritus) and environmental influences (aquagenic pruritus, ultraviolet radiation). Now, there are no general recommendations for the “burning scalp” treatment. For long-term accompanying treatment and prevention, therapeutic cosmetics that normalize the microbiome and have antipruritic and anti-inflammatory effects are promising.

KEYWORDS: “burning scalp” syndrome, sensitive scalp, pruritus, neuropeptides, polidocanol.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Кожа волосистой части головы (ВЧГ) – частый объект для проекции различных телесных ощущений, таких как зуд, жжение, покалывание, стянутость и боль в ответ на различные физические, химические и термические факторы. Данные ощущения являются клиническими проявлениями «чувствительной кожи», которая, согласно Международному Форуму по Изучению Зуда (IFSI), определяется как синдром [1].

По статистике, обращения пациентов по поводу чувствительной кожи ВЧГ составляют внушительную часть в практике врачей-дерматологов. Так, в 2011 году во Франции с помощью анкеты 3S (Sensitive Scalp Score), состоящей из пяти вопросов с градуированными ответами от 0 до 4, был проведен опрос среди 2117 человек для оценки степени тяжести и симптоматики синдрома чувствительной кожи головы [2]. Около трети опрошенных указали, что страдают повышенной чувствительностью кожи ВЧГ. Кроме того, было выявлено, что частыми симптомами оказывались зуд и покалывание. В ряде случаев синдром чувствительной кожи ВЧГ ассоциировался с некоторыми заболеваниями кожи ВЧГ.

Также во Франции в 2008 году было проведено исследование, в котором приняли участие 1011 пациентов. Из них 44,2% заявили, что страдают чувствительной кожей ВЧГ, среди них 47,4% женщин и 40,8% мужчин [3]. Как было отмечено, чувствительная кожа ВЧГ в значительной степени связана с выпадением волос. Отметим, что выпадение волос, алопеции широко распространены в популяции как хроническое заболевание (с генетической предрасположенностью) и как побочный эффект (например, при лечении некоторыми антидепрессантами), что отражается на качестве жизни пациентов [4]. Ранее, в 2002 году, швейцарские ученые обнаружили, что из 403 обследованных пациентов 20% женщин и 9% мужчин сообщили о «боли в волосах», причем независимо от причины и активности выпадения волос [5].

Чувствительная кожа ВЧГ может быть первичной (при отсутствии сопутствующих заболеваний кожи головы) и вторичной, вызванной такими состояниями, как,

псориаз, себорейный и атопический дерматиты, алопеция и др. Среди триггеров встречаются эндогенные (например, стресс, эмоциональные или психопатологические нарушения) и экзогенные (например, ультрафиолет, косметика, химический ожог). Так, в исследовании чувствительной кожи, проведенном в 2008 году, было подсчитано, что в качестве триггерных факторов встречались: холод (66%), тепло (28%), стресс (61%), пребывание на солнце (51%), ветер (42%), вода из душа (29%) или бассейна (40%), мыло (42%), косметика (28%) и загрязнение (18%) [6]. Кроме того, чувствительная кожа ВЧГ может выступать как дерматом (при опухолях различной локализации и генеза, неврологической патологии, эндокринопатиях, иммунодефицитных состояниях и др.)

Патофизиология кожи ВЧГ до сих пор остается недостаточно изученной. Предполагается, что в основе чувствительной кожи головы лежат нарушение эпидермального барьера и нейросенсорная дисфункция кожи [7]. Дисфункция кожного барьера и микробиома кожи головы приводит к увеличению трансэпидермальной потери воды [8], проникновению аллергенов, тем самым активируя иммунный ответ, и вызывает патологические состояния, например, связанные с зудом. Также было выявлено, что у пациентов с чувствительной кожей ВЧГ повышены уровень pH и выработка кожного сала (свободные жирные кислоты, холестерин, эфир и сквален), по данным флуоресцентного метода увеличена экспрессия порфиринов, отмечаются гиперколонизация *Propionibacterium asnes* при пониженном бактериальном разнообразии (микробиомный дисбаланс) [9].

Переходя к нейросенсорной дисфункции кожи, важно обратить внимание на то, что волосные фолликулы – специализированные механосенсорные органы [10], окруженные сенсорными нервами, которые выполняют как механосенсорные функции, так и регулируют естественную эволюцию стволовых клеток волосных фолликулов [11]. С другой стороны, нельзя исключать роль

сугубо психопатологического фактора в заболевании волос: клинически спектр коморбидных психических расстройств локализуется преимущественно в пределах невротического и аффективного регистров. С точки зрения нейроиммунологии, установлено, что волосяные фолликулы способны синтезировать собственные гормоны стресса: адренокортикотропный гормон (АКТГ), кортикотропин-рилизинг-гормон (КРГ) и кортизол [12]. В ответ на стресс высвобождаются субстанция Р (SP) и факторы роста нервов – как системно, так и локально из перифолликулярных нервных волокон [13].

Все кожные сенсорные нейроны – как миелинизированные (А-бета, А-дельта), так и немиелинизированные (С) типы – транспортируют стимулы через специфические рецепторы, в частности ионные каналы переходного рецепторного потенциала (TRP), в том числе TRPV1 и TRPV3, которые экспрессируются сенсорными нейронами, кератиноцитами [14, 15, 16], а также волосяными фолликулами и др. [17, 18] Иммунный ответ активирует канал TRPV1, индуцирующий высвобождение субстанции Р, других нейропептидов и провоспалительных цитокинов (интерлейкин (IL) – 2, IL-23, IL-31, интерферон-гамма и др.), вызывает нейрогенное воспаление и приводит к сенсорным ощущениям. Вдобавок, в немиелинизированных нервных волокнах субстанция Р запускает дегрануляцию тучных клеток с последующим высвобождением гистамина, что приводит к гиперемии, отеку и зуду. Важно учитывать нейроиммунологические аспекты зуда, приводящие к порочному кругу: возникновение зуда, расчесывание, нарушение эпидермального барьера, выброс гуморальных провоспалительных факторов и возбуждение нервных окончаний С-типа [19].

Частным, не частым, но наиболее клинически импегнированным случаем чувствительной кожи ВЧГ является «пламенеющий скальп» (*«burning scalp syndrome», «red scalp»*) – сложно диагностируемое состояние нарушенной чувствительности кожи головы, встречающееся в повседневной дерматологической практике, но до сих пор остающееся мало изученным. Впервые это заболевание было описано в 1987 году датскими исследователями К. Теструпом-Педерсеном (К. Thestrup-Pedersen) и Н. Хьёртом (Н. Hjorth) [20]. Распространенными симптомами «пламенеющего скальпа» являются, прежде всего, покраснение, жжение, зуд, боль и триходиния. Также этот синдром может сопровождаться диффузным поредением

волос. Один из наиболее значимых триггерных факторов – воздействие ультрафиолетового излучения. При дерматоскопии у пациентов с синдромом «пламенеющего скальпа» наблюдаются эритема, телеангиэктазии, фолликулярные папулы и пустулы, при гистологическом исследовании выявляются венулы и периваскулярный инфильтрат [21].

В 2000 году 22. R. Grimalt и соавт. провели исследование с участием 18 пациентов с «пламенеющим скальпом» и сопутствующим выпадением волос, но без диагностированных кожных заболеваний [22]. Покраснение кожи головы связывалось с андрогенетической алопецией у 13 из 18 пациентов. Было высказано предположение о роли хронического воздействия ультрафиолетового излучения на участки кожи головы, лишенные волос: при проведении трихоскопии в фотоповрежденной коже выявлялись извитые и расширенные сосуды. Также некоторые пациенты сообщали о дискомфорте на коже головы или о триходинии (патологическом состоянии, при котором в момент касания участков кожи, покрытых волосами, возникает некое неприятное ощущение, скорее классифицируемое как боль).

Дифференциальную диагностику «пламенеющего скальпа» следует проводить со следующими кожными заболеваниями: контактный дерматит, себорейный дерматит, псориаз, красный плоский лишай, розацеа, экзема, красная волчанка и дерматомиозит. Еще одним значимым объектом для дифференциального диагноза может быть дизестезия скальпа (*Scalp dysesthesia*) – сугубо субъективное, аномальное ощущение в проекции кожи головы при отсутствии каки бы то ни было интегументных проявлений. Дизестезия характеризуется жжением и зудом и также может быть связана с различными нейрогенными и/или психогенными причинами [23]. На наш взгляд, согласно природе и клинике состояний, понятия «пламенеющего скальпа» и «дизестезии скальпа» тождественны.

На сегодняшний день нет единых доказательных рекомендаций по лечению чувствительной кожи ВЧГ и «пламенеющего скальпа». Тем не менее, предложены различные методы лечения чувствительной кожи ВЧГ с выделением трех необходимых этапов: ухода за чувствительной кожей ВЧГ, местного и системного лечения, представленные в таблице 1 [24].

Важно отметить, что пациенты с синдромом «пламенеющего скальпа» весьма резистентны к терапии, в том числе сильнодействующими топическими стероидами и сугубо

Таблица 1

Этап 1. Уход	Этап 2. Топическое лечение	Этап 3. Системное лечение
Избегать/исключить раздражающей косметики	Ботулинический токсин	Амитриптилин 25–150 мг/день
Исключить использование выпрямителей для волос	Капсаицин 0,025–1%	Кортикостероиды 0,5 мг/кг/день
Уменьшить воздействие триггерных факторов	Мезотерапия с обогащенной аутоплазмой	Доксепин 25–150 мг/день
Использовать увлажняющие продукты с гиалуроновой кислотой, маслами или церамидами	Пимекролимус (крем)	Габапентин 300–2400 мг/день
Использовать нераздражающие шампуни	Топические анестезирующие средства	Налтрексон 1–5 мг/день
	Топические противозудные препараты (включая полидоканол)	Прегабалин 150–300 мг/день
	Топические ГКС (рекомендовано использовать только коротким курсом)	Пропранолол 10 мг/день
		Венлафаксин 37,5–300 мг/день

антисеборейными средствами. В качестве вариантов лечения «пламенеющего скальпа» и дизестезии используются пимекролимус и мезотерапия с обогащенной аутоплазмой [25], ботулинотерапия (вероятно, действует за счет ингибирования высвобождения нейропептидов, что приводит к уменьшению нейропатического компонента боли) [26]. Также было описано успешное лечение пламенеющего скальпа тетрациклином *per os* [27] и лечение дизестезии низкими дозами прегабалина внутрь, амитриптилина, лидокаина и кетамина местно [28]. Очевидно, эффективное лечение синдрома «пламенеющего скальпа» должно включать в себя комплексный подход, направленный как на устранение сенсорных ощущений и провоцирующих факторов, так и на коррекцию психокоморбидности, что приведет к улучшению качества жизни пациента. Базовый принцип лечения включает устранениеотячающих, триггерных факторов и адекватное лечение сопутствующих соматических заболеваний. Местные препараты являются основой лечения [29].

На российском рынке появились новые инновационные средства серии «Себолепт» для лечения себорейного дерматита, а также для состояний кожи головы, сопровождающиеся зудом. Себолепт в составе содержит два противогрибковых компонента, пироктон оламин и климбазол, а также местный противозудный компонент полидоканол. Имеет физиологический pH 5,5, для поддержания баланса pH кожи головы.

Использование шампуня с оптимальным pH (4,5–6,0) снижает секрецию сериновых протеаз, которые могут вызывать зуд кожи головы [30]. Ряд статей подтверждают эффективной снятие зуда кожи головы за счет средств, содержащих полидоканол, подобный шампунь, может временно уменьшить зуд кожи головы. Полидоканол, антагонист рецептора-2, активируемого протеазой,



Рисунок 1. Трихоскопическая картина у пациентки Н., 28 лет.. Обращает на себя внимание пери- и межфолликулярное шелушение, без признаков выраженного воспаления.

представляет собой неионогенное поверхностно-активное вещество с местным противозудным действием. [31, 32, 33]

В ряде исследований продемонстрировал противозудную эффективность и пироктон оламин, обладающий, прежде всего, противомикробной и противовоспалительной активностью. [34, 35, 36]. Также показано уменьшение выпадения волос и увеличение их количества на коже головы после применения шампуня с пироктон оламином [37].

Таким образом, Себолепт обладает двойным противозудным действием: прямое противозудное действие развивается уже через 5 минут благодаря полидоканолу, опосредованный противозудный эффект за счет пироктон оламина, а также климбазола осуществляется за счет этиотропного действия и элиминации *Malassezia*.

Шампуни серии Себолепт подтвердили свою противогрибковую эффективность в исследовании *in vitro* на тест-культурах грибов рода *Malassezia furfur*, *Malassezia globosa* и *Malassezia restricta*. Результаты исследования показали высокую эффективность исследуемых образцов шампуней при их использовании в медицинской практике для лечения заболеваний кожи волосистой части головы [38].

Приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Н., 28 лет, обратилась с жалобами постоянного монотонного зуда в области волосистой части головы.

Считает себя больной с 2017 года, когда впервые отметила повышенную жирность кожи волосистой части головы и зуд. К врачам по этому поводу не обращалась. Самостоятельно подбирала домашний уход без видимой положительной динамики.

С 2020 года стала ощущать ярко выраженный зуд и заметила выпадение волос после родов и стрессовой ситуации. Обратилась к дерматологу. Был выставлен диагноз «себорейный дерматит» и назначено противосеборейное лечение без эффекта. Также использовала различные уходовые средства и антигистаминные препараты для уменьшения симптомов в области волосистой части головы, но также без результата. Со слов пациентки, выпадение волос прекратилось, но зуд сохранялся.

При обращении был проведен детальный опрос, в процессе которого было выявлено, что пациентка любит загорать и находится на солнце без головного убора. Последний раз на отдыхе летом 2023 года пациентка обгорела, обнаружила, что тон кожи головы по проборам приобрел розоватый оттенок, который сохранялся в течение полугода, отметила, что зуд на коже головы все это время не прекращался. Также с конца осени 2023 года во время сушки волос феном пациентка периодически стала отмечать пароксизмальные ощущения жара, жжения и боли на коже головы.

На момент осмотра: слегка эритематозная кожа волосистой части головы по проборам. Тест натяжения (pull-test): отрицательный.

При трихоскопии: состояние кожи головы – жирная, пери- и межфолликулярное шелушение, желтые чешуйки, телеангиэктазии (рис. 1).

Диагноз: «пламенеющий скальп», себорейный дерматит. Подобраны средства лечебной косметики, обладающие противозудным, противовоспалительным и себорегулирующим действием. Были назначены: Себалефт шампунь от перхоти 2 раза в неделю, Себалефт шампунь ежедневный между применениями и Себалефт бальзам-ополаскиватель после каждого применения, в течение 4-х недель с эффектом.

Пациентке также была назначена консультация у психотерапевта. Заключение психотерапевта:

Пациентка с детства отличалась выраженными демонстративными чертами личности, отмечалась склонность к соматизации симптомов. Так, на фоне выраженных психоэмоциональных переживаний отмечала у себя ощущение отчетливого «кома» в горле (*Globus Hystericus*) и «кома» в эпигастрии. Также на фоне выраженных стрессов отмечала у себя единичные панические атаки, сопровождающиеся обильной соматовегетативной симптоматикой.

После очередной серии стрессов (развод, коронавирусная инфекция, роды), стала отмечать у себя постоянный монотонный зуд волосистой части головы, который усиливался также при психоэмоциональных нагрузках и когда пациентка «обращала на него внимание». Отдельно стоит отметить, что, когда пациентка «отвлекалась» на какую-либо деятельность, интенсивность зуда снижалась. Периодически отмечала, что «зуд» сменялся ощущением «жжения», что дополнительно указывает на влияние соматизации в состоянии пациентки.

Диагноз: конверсионное расстройство у личности с демонстративной акцентуацией.

Через 4 недели использования средств серии Себалефт, субъективно зуд, боль и жжение на коже головы редуцировались. Объективно эритема, шелушение и повышенная жирность кожи головы отсутствовали.

Заключение

Синдром чувствительной кожи ВЧГ чаще встречается у женщин, а его наиболее распространенными сенсорными ощущениями являются зуд, покалывание и боль. Частный случай чувствительной кожи ВЧГ – синдром «пламенеющего скальпа», может встречаться в дерматологической, косметологической и трихологической практике, но еще недостаточно изучен. «Пламенеющий скальп» характеризуется эритемой кожи ВЧГ, зудом, покалыванием, болью и другими симптомами. Данный показательный набор симптомов может проявляться в структуре самостоятельного заболевания, так и быть в сочетании с другими кожными, висцеральными и психосоматическими расстройствами. Предполагается взаимосвязь между сенсорной чувствительностью и реактивностью сосудов кожи. Особым триггерным фактором пламенеющего скальпа является хроническое воздействие ультрафиолетового излучения. Все это оказывает влияние на психопатологическое состояние пациента, которое отражается на качестве его жизни. Для лечения синдрома «пламенеющего скальпа» важна комплексная терапия с учетом патогенетических и клинических особенностей.

Серия средств Себалефт продемонстрировала выраженный клинический эффект при зуде и гиперчувствительности волосистой кожи головы.

Список литературы / References

- Misery L., Ständer S., Szepletowski J.C., et al. Definition of Sensitive Skin: An Expert Position Paper from the Special Interest Group on Sensitive Skin of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol.* 2017;97:4–6. doi: 10.2340/00015555-2397.
- Misery L., Rahhali N., Ambronati M., Black D., Saint-Martory C., Schmitt A.-M., Taieb C. Evaluation of Sensitive Scalp Severity and Symptomatology by Using a New Score. *JEADV.* 2011;25(11):1295–8. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03968.x.
- Misery L., Sibaud V., Ambronati M., Macy G., Boussetta S., Taieb C. Sensitive Scalp: Does this Condition Exist? An Epidemiological Study. *Contact Dermatitis.* 2008;58(4):234–8. doi: 10.1111/j.1600-0536.2007.01288.
- Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Романова Ю.Ю., Фриго Н.В., Гаджигорова А.Г., Романов Д.В., Львов А.Н. Алопеции и сопутствующие психосоматические расстройства: диагностика и дифференцированная терапия. Москва, 2022. С. 7–8, 17.
- Potekayev N.N., Zhukova O.V., Romanova Yu. Yu., Frigo N.V., Gadzhigoroeva A.G., Romanov D.V., Lvov A.N. Alopecia and associated psychosomatic disorders: diagnosis and differentiated therapy. Moscow, 2022. pp. 7–8, 17.
- Willmann B., Trüeb R.M. Hair Pain (Trichodynia): Frequency and Relationship to Hair Loss and Patient Gender. *Karger Hospital Collection* 2002, Karger e-Journal. 2002;205(4):374–377. doi: 10.1159/000066437.
- Saint-Martory C., Roguedas-Contios A. M., Sibaud V., Degouy A., Schmitt A. M., Misery L. Sensitive Skin is Not Limited to the Face. *British Journal of Dermatology.* 2008;158(1):130–133. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.08280.x.
- Talagas M., Misery L. Role of Keratinocytes in Sensitive Skin. *Front Med (Lausanne).* 2019;6:108. doi: 10.3389/fmed.2019.00108.
- Ständer S., Schneider S.W., Weishaupt C., Luger T.A., Misery L. Putative Neuronal Mechanisms of Sensitive Skin. *Experimental Dermatology.* 2009;18(5):417–23. doi: 10.1111/j.1600-0625.2009.00861.
- Ma L., Guichard A., Cheng Y., et al. Sensitive Scalp is Associated with Excessive Sebum and Perturbed Microbiome. *Journal of Cosmetic Dermatology (JCD).* 2018;18(3):922–928. doi: 10.1111/jocd.12736.
- Abaira V., Ginty D. The Sensory Neurons of Touch. *Neuron.* 2013;79(4):618–39. doi: 10.1016/j.neuron.2013.07.051.
- Sangbum P. Hair Follicle Morphogenesis During Embryogenesis, Neogenesis, and Organogenesis. *Front Cell Dev Biol.* 2022;10:933370. doi: 10.3389/fcell.2022.933370.
- Jafferany M., Patel A. Trichopsychodermatology: The Psychiatric and Psychosocial Aspects of Hair Disorders. *Dermatol Ther.* 2020 Jan;33(1): e13168. doi: 10.1111/dth.13168. Epub 2019 Nov 25.
- Trüeb R.M. Telogen Effluvium and Trichodynia (Letter). *Dermatology.* 1998;196:374–375.
- Peier A.M., Reeve A.J., Andersson D.A., Moqrish A., Earley T.J., Hergarden A.C., Story G.M., Colley S., Hogenesch J.B., McIntyre P., Bevan S., Papadopoulos A. A Heat-Sensitive TRP Channel Expressed in Keratinocytes. *Science.* 2002;296(5575):2046–9. doi: 10.1126/science.1073140.
- Smith G.D., Gunthorpe M.J., Kelsell R.E., Hayes P.D., Reilly P., Facer P., Wright J.E., Jerman J.C., Walhin J.-P., Ooi L., Egerton J., Charles K.J., Smart D., Randall A.E., Anand P., Davis J.B. TRPV3 is a Temperature-Sensitive Vanilloid Receptor-like Protein. *Nature.* 2002;418(6894):186–90. doi: 10.1038/nature00894.
- Talagas M., Misery L. Role of Keratinocytes in Sensitive Skin. *Front Med (Lausanne).* 2019;6:108. doi: 10.3389/fmed.2019.00108.
- Ständer S., Moormann C., et al. Expression of Vanilloid Receptor Subtype 1 in Cutaneous Sensory Nerve Fibers, Mast Cells, and Epithelial Cells of Appendage Structures. *Exp Dermatol.* 2004;13(3):129–39. doi: 10.1111/j.0906-6705.2004.0178.x.
- Bodo E., Biro T., Telek A., Czifra G., et al. A Hot New Twist to Hair Biology: Involvement of Vanilloid Receptor-1 (VR1/TRPV1) Signaling in Human Hair Growth Control. *Am J Pathol.* 2005;166:985e98. doi: 10.1016/S0002-9440(10)62320-6.
- Коваленко Ю.А., Круглова А.С., Шатохина Е.А. Современные представления о механизмах развития и фармакотерапии кожного зуда. *Клиническая дерматология и венерология.* 2021. Т. 20. № 1. С. 90–96.
- Kovalenko Yu. A., Kruglova L.S., Shatokhina E.A. Modern ideas about the mechanisms of development and pharmacotherapy of skin itching. *Clinical dermatology and venereology.* 2021. T. 20. No. 1. P. 90–96.
- Thestrup-Pedersen K., Hjorth N. Rod skalp. En ikke tidligere beskrevet harbunds sygdom? *Ugeskr Laeger.* 1987;149:2141–2142.
- Oberholzer P.A., Nobbe S., Trüeb R.M., et al. Red Scalp Disease – A Rosacea-Like Dermatitis of the Scalp? Successful Therapy with Oral Tetracycline. *Karger.* 2009;219:179–181. doi: 10.1159/000228319.
- Grimm R., Lacueva L., Hasmann G., Ferrando J. Red Scalp Syndrome. *Annu Meet Eur Hair Res Soc. Barcelona, 2000. F11. P. 22.*
- Ju T., Vander Does A., Yosipovitch G. Scalp Dysesthesia: A Neuropathic Phenomenon. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(6):790–796. doi: 10.1111/jadv.17985.
- Neves Souza E., et al. Sensitive Scalp and Trichodynia: Epidemiology, Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. *Skin Appendage Disord.* 2023;9(6):407–415. doi: 10.1159/000533795.
- Guerra-Tapia A., González-Guerra E. Sensitive Scalp: Diagnosis and Practical Management. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114(2):141–146. doi: 10.1016/j.ad.2022.09.009.
- Phan K., Lin M.J. Botulinum Toxin for Scalp Dysesthesia. *J Cutan Aesthet Surg.* 2022;15(1):95–96. doi: 10.4103/JCAS.JCAS_197_20.
- Unni M. Red Scalp Disease: A Rare New Itchy Dermatitis. *25th World Congress of Dermatology.* Singapore, 2023.
- Misaki Kinoshita-Ise M., Shear N.H. Diagnostic and Therapeutic Approach to Scalp Dysesthesia: A Case Series and Published Work Review. *The Journal of Dermatology.* 2019; 46(6):526–530. doi: 10.1111/1346-8138.14901.
- Rattanakaemakorn P., Suchonwanit P. Scalp Pruritus: Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Biomed Res Int.* 2019 Jan 15;2019:1268430. doi: 10.1155/2019/1268430. PMID: 30766878; PMCID: PMC6350598

30. Ali, S., Yosipovitch, G. (2013). Skin pH: From Basic Science to Basic Skin Care. *Acta Dermato Venereologica*, 93(3), 261–267. doi: 10.2340/00015555-1531
31. Schweiger D, Baufeld C, Drescher P, Oltrogge B, Höpfner S, Mess A, Lüttke J, Rippke F, Filby A, Max H. Efficacy of a new tonic containing urea, lactate, polidocanol, and glycyrrhiza inflata root extract in the treatment of a dry, itchy, and subclinically inflamed scalp. *Skin Pharmacol Physiol*. 2013;26(2):108–18. doi: 10.1159/000348473. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23549137.
32. Misery, L. (2016). Itch in Special Skin Locations Management. *Current Problems in Dermatology*, 111–115. doi:10.1159/000446051
33. Rattanakaemakorn P, Suchonwanit P. Scalp Pruritus: Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Biomed Res Int*. 2019 Jan 15;2019:1268430. doi: 10.1155/2019/1268430. PMID: 30766878; PMCID: PMC6350598.]
34. Schmidt-Rose T, Braren S, Fölster H, Hillemann T, Oltrogge B, Philipp P, Weets G, Fey S. Efficacy of a piroctone olamine/climbazol shampoo in comparison with a zinc pyrithione shampoo in subjects with moderate to severe dandruff. *Int J Cosmet Sci*. 2011 Jun;33(3):276–82. doi: 10.1111/j.1468-2494.2010.00623.x. Epub 2011 Jan 27. PMID: 21272039.
35. Piquero-Casals J, Hexasel D, Mir-Bonafé JF, Rozas-Muñoz E. Topical Non-Pharmacological Treatment for Facial Seborrheic Dermatitis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019 Sep;9(3):469–477. doi: 10.1007/s13555-019-00319-0. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31396944; PMCID: PMC6704200
36. Piquero-Casals J, La Rotta-Higuera E, Francisco Mir-Bonafé J, Rozas-Muñoz E, Granger C. Non-Steroidal Topical Therapy for Facial Seborrheic Dermatitis. *J Drugs Dermatol*. 2020 Jun 1;19(6):658–660. doi: 10.36849/JDD.2020.10.36849/JDD.2020.5121. PMID: 32574015.
37. Davis MG, Piliang MP, Bergfeld WF, Caterino TL, Fisher BK, Sacha JP, Carr GJ, Moulton LT, Whittenbarger DJ, Punyani S, Schwartz JR. Scalp application of the antioxidant piroctone olamine reduces hair shedding in an 8-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study. *Int J Cosmet Sci*. 2021 Nov;43 Suppl 1: S26–S33. doi: 10.1111/jics.12737. PMID: 34424549.
38. Нечаева О.В., Шнайдер Д.А. Оценка противогрибковой активности шампуней себолопт в отношении основных возбудителей себореи в условиях in vitro. *Успехи медицинской микологии*. 2023. Т. 24. С. 305–308.
39. Nechaeva O.V., Schneider D.A. Evaluation of the antifungal activity of Sebolept shampoos against the main causative agents of seborrhea in vitro. *Advances in medical mycology*. 2023. Т. 24. pp. 305–308.

Статья поступила / Received 30.03.24

Получена после рецензирования / Revised 05.04.24

Принята в печать / Accepted 17.04.24

Сведения об авторах

Львов Андрей Николаевич, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, начальник отдела аспирантуры и ординатуры¹, главный научный сотрудник². E-mail: alvov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3875-4030

Левина Анна Дмитриевна, очный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: anetlevina@mail.ru. ORCID: 0009-0008-2263-676X

Скандарян Антон Арменович, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского³. E-mail: anton.skandaryan@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0043-0564

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

²Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Автор для переписки: Левина Анна Дмитриевна. E-mail: anetlevina@mail.ru

About authors

Lvov Andrey N., DM Sci (habil.), professor at Dept of Dermatovenereology, head of Dept of Postgraduate and Residency Studies¹ chief researcher². E-mail: alvov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3875-4030

Levina Anna D., postgraduate student at Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: anetlevina@mail.ru. ORCID: 0009-0008-2263-676X

Skandaryan Anton A., assistant at Dept of Psychiatry and Psychosomatics of Institute of Clinical Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky³. E-mail: anton.skandaryan@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0043-0564

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²Medical Scientific and Educational Centre at Moscow State University n.a. M. V. Lomonosov, Moscow, Russia

³First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Levina Anna D., E-mail: anetlevina@mail.ru

Для цитирования: Львов А.Н., Левина А.Д., Скандарян А.А. «Пламенеющий скальп»: актуальность, место в клинической систематике, подходы к терапии. *Медицинский алфавит*. 2024; [9]: 25–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-9-25-30>

For citation: Lvov A.N., Levina A.D., Skandaryan A.A. "Burning scalp" syndrome: relevance, place in clinical taxonomy and therapeutic approaches. *Medical alphabet*. 2024; [9]: 25–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-9-25-30>

