

Смирнов Константин Сергеевич

студент

Волкова Виктория Дмитриевна

студентка

Черкасова Юлия Игоревна

ассистент

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России
г. Оренбург, Оренбургская область

АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ПОДРЫВАЮЩИЙ Фолликулит Гоффмана

***Аннотация:** в статье описывается редкое хроническое заболевание, вариант инверсных атипичных акне волосистой части головы – абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана, исходом которого является рубцовая атрофия и алопеция. Актуальность темы состоит в том, что при обращении таких больных как к врачам дерматовенерологам, так и к хирургам и терапевтам, это заболевание часто принимают за пиодермию и, соответственно, назначаемое лечение оказывается неэффективным.*

***Ключевые слова:** абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана, перифолликулит Гоффмана, инверсные акне, изотретиноин, акнекутан.*

Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана – это редкое тяжелое хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся гнойным поражением волосяных фолликулов кожи головы, реже – паховой, перианальной и подмышечной областей. Чаще встречается у мужчин в возрасте 18–40 лет. Этиология абсцедирующего подрывающего фолликулита Гоффмана до конца не выяснена. По современным представлениям данный дерматоз относят к конглобатным формам акне.

Патогенез. Чаще всего первично поражаются волосяные фолликулы теменно-затылочной области головы. Происходит гиперкератоз фолликула с образованием комедоноподобных масс, далее появляются узлы размером около

0,5 см, цвета кожи, располагающиеся глубоко в дерме. Образуется воспалительный перифолликулярный инфильтрат, возникает острое и хроническое воспаление на месте контакта фолликулярного содержимого с окружающей тканью. Некоторые авторы связывают это с результатами исследований, в которых сделаны выводы о том, что цитокератин 17, имеющийся в норме в протоках сальных желез, отсутствует в эпителии протоков сальных желез пациентов с инверсными акне, что является причиной хрупкости эпителия и разрыва стенки фолликулярного протока. Узлы краснеют, увеличиваются до 1–2 см. После присоединения вторичной инфекции (чаще всего золотистого стафилококка) узлы размягчаются и сливаются, формируются абсцессы и фистульные ходы. Через фистулы на поверхность кожи одновременно в нескольких участках под давлением выделяется гнойно-геморрагическое содержимое абсцессов. В области поражения происходит необратимое выпадение волос и образование грубых келоидоподобных рубцов. Данный процесс протекает длительно, рецидивирует в течение многих лет. Начало и острая фаза заболевания могут сопровождаться увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов, субфебрилитетом. В клинических анализах выявляется лейкоцитоз, повышение СОЭ, изменение клеточного иммунитета, снижением уровня сывороточного альбумина, повышением содержания глобулинов.

У абсцедирующего подрывающего фолликулита Гоффмана нет специфического возбудителя. При бактериологическом исследовании содержимого возможно обнаружение различных представителей бактериальной микрофлоры кожи человека: *Staphylococcus albus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus group A*, *Pseudomonas aeruginosa*. Реже возбудитель не обнаруживается вовсе.

Дифференциальную диагностику абсцедирующего подрывающего фолликулита необходимо проводить с пустулезными дерматозами, инфильтративно-нагноительной трихофитией, глубокими микозами, туберкулезом кожи, третичными сифилидами, стероидными, йодистыми и бромистыми угрями.

Ранее, когда возникновение подрывающего фолликулита Гоффмана связывали с бактериальным инфицированием, то есть относили к гнойно-воспалительным заболеваниям, лечение проводилось исключительно антибактериальными препаратами. Однако, не всегда удавалось достичь полного излечения пациентов или клинический эффект был непродолжителен (1–2 месяца). Учитывая современные данные об этиологии и патогенезе заболевания, широкое применение нашла комбинированная терапия. Стало ясно, что роль инфекционного агента вторична, поэтому антибактериальная терапия должна использоваться в сочетании с препаратами против акне. Наиболее эффективным препаратом этой группы является «Акнекутан». Он позволяет уменьшить образование кожного сала, устранить гиперкератоз протоков сальных желез, оказывает противовоспалительное действие. По сравнению с другими препаратами, биодоступность изотретиноина в «Акнекутане» достигает высоких цифр благодаря увеличению растворенной фракции в капсуле. Исследования показали, что применение препарата «Акнекутан» в суточной дозе 32 мг (по 16 мг 2 раза в день) в течение 6 месяцев позволяют добиться регрессирования субъективных ощущений и всех морфологических элементов, то есть достичь стойкой клинической ремиссии.

В ряде публикаций положительно зарекомендовал себя хирургический метод лечения, применяющийся при торпидном и осложненном течении подрывающего фолликулита Гоффмана. Заключается он в резекции пораженных участков скальпа с последующей трансплантацией кожи. У таких пациентов в течение года не наблюдалось рецидивов заболевания, что говорит об эффективности данного метода.

Список литературы

1. Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана и синдром фолликулярной окклюзии / А.А. Кубанов, Ю.А. Галлямова, Т.А. Сысоева // Лечащий врач. – 2017.
2. Акнекутан в терапии абсцедирующего фолликулита Гоффмана / В.Ю. Дядькин, Б.А. Шамоу // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2011.

3. Клинический случай абсцедирующего подрывающего перифолликулита Гоффмана / Я.А. Юцковская, А.Д. Юцковский, М.Г. Таран, Т.А. Малова // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2012.

4. Междисциплинарное ведение пациентов с абсцедирующим подрывающим фолликулитом и перифолликулитом Гоффмана / А.С. Шубина, М.А. Уфимцева, С.А. Чернядьев, А.А. Ушаков, Ю.М. Бочкарев // Уральский медицинский журнал. – 2018.