

**Абрамова Виктория Викторовна**

студентка

**Волкова Виктория Дмитриевна**

студентка

**Смирнов Константин Сергеевич**

студент

**Черкасова Юлия Игоревна**

ассистент

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный

медицинский университет»

Минздрава России

г. Оренбург, Оренбургская область

## **ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ: АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ПОДРЫВАЮЩИЙ Фолликулит Гоффмана**

***Аннотация:** в данной статье авторами описывается клинический случай редкого хронического заболевания, являющегося вариантом инверсных атипичных акне волосистой части головы – абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана. Данная тема является актуальной в связи с тем, что при обращении таких больных как к врачам дерматовенерологам, так и к хирургам и терапевтам, это заболевание часто принимается 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. Данное заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте 18–40 лет.

В развитии заболевания очень часто первичным является поражение волосяных фолликулов теменно-затылочной области головы.

Этиология абсцедирующего подрывающего фолликулита Гоффмана до конца не выяснена. По современному представлению данный дерматоз относят к конглобатным формам акне. 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.

В патогенезе абсцедирующего подрывающего фолликулита Гоффмана ключевую роль выделяют гиперкератозу фолликула с образованием комедоноподобных масс. Затем, в глубоких слоях дермы появляются узлы диаметром около 0,5 см, не отличающихся по цвету. Вокруг узлов образуется воспалительный перифолликулярный инфильтрат, протекающий по типу острого и хронического воспаления на месте контакта фолликулярного содержимого с окружающей тканью. 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 них 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. К общим проявлениям заболевания можно отнести увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, субфебрилитет. В клинических анализах выявляется лейкоцитоз, повышение СОЭ, изменение клеточного иммунитета, снижением уровня сывороточного альбумина, повышением содержания глобулинов.

Дифференциальную диагностику абсцедирующего подрывающего фолликулита необходимо проводить с пустулезными дерматозами, инфильтративно-

нагноительной трихофитией, глубокими микозами, туберкулезом кожи, третичными сифилидами, стероидными, йодистыми и бромистыми угрями.

В лечении подрывающего фолликулита Гоффмана широкое применение нашла комбинированная терапия. Ведущую роль следует выделить использованию препаратов против акне. Наиболее эффективным препаратом этой группы является «Акнекутан». Он позволяет уменьшить образование кожного сала, устранить гиперкератоз протоков сальных желез, а также оказывает противовоспалительное действие. Учитывая вторичное присоединение инфекционного агента, следует использовать антибактериальную терапию.

В лечебное учреждение обратился пациент мужского пола, 19 лет. При обращении предъявлял жалобы на появление высыпаний на волосистой части головы, а также на выпадение волос и появление участков облысения.

Со слов пациента, заболевание началось 8 месяцев назад, когда стал отмечать появление на волосистой части головы болезненных образований. Обращался за медицинской помощью по месту жительства, было назначено лечение: азитромицин курсом 7 дней, и местное применение фукорцина на корки. После проведенного лечения отмечалась положительная динамика. Болезненные образования исчезли, но на их месте остались корки и участки облысения.

Через 2 месяца от начала заболевания на старых участках облысения появились новые гнойничковые высыпания.

Локальный статус: на коже волосистой части головы, преимущественно в теменной и лобной областях визуализируются папулы красного цвета, диаметром до 0,7 см, шаровидной формы, увенчанные местами пустулами, полушаровидными узлами с округлыми очертаниями диаметром около 2 см. Кожа над ними розовая, гладкая, отмечается напряженность. Консистенция узлов мягкая, тестообразная, при надавливании из них выделяется гной. Субъективно отмечается незначительное жжение в местах высыпаний, при пальпации узлов – легкая болезненность.

Данные лабораторных исследований:

1. Общий анализ крови: Нб 141 г/л; Эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ ; Лейкоциты –  $13,5 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 21 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л; СРБ – 24 мг/л; холестерин – 6,8 ммоль/л; альбумин – 37 г/л; глобулин – 45 г/л; остальные показатели в норме.

3. Общий анализ мочи в норме.

4. Бактериологическое исследование содержимого элементов: выявлены *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*.

5. Результаты исследований на туберкулез, сифилис, трихофитию и актиномикоз отрицательные.

6. Результаты гистологического исследования: располагающийся над фолликулом эпидермис имеет признаки акантоза и гиперкератоза; в дерме – участки некроза и нагноения, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Фолликулы многочисленные, некоторые из них атрофичны.

Пациенту назначено следующее лечение:

1. «Акнекутан» по 16 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев.

2. «Ципрофлоксацин» по 250 мг 2 раза в день в течение 2-х недель.

Результаты лечения: Через 3 месяца комплексной терапии наблюдалось разрешение отдельных крупных узлов, уменьшение интенсивности окраски и уплощение остальных элементов, снижение болезненности.

Через 5 месяцев высыпания полностью регрессировали с образованием келоидных рубцов, инфильтрация разрешилась, исчезла болезненность, гнойные выделения прекратились. Показатели крови в норме.



Рис. 1. Пациент, 19 лет. Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана (исход заболевания)

### ***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. Шамов // 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.