



Д.С. Поліщук, С.Й. Поліщук, С.А. Бондар
Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Оптимізація комплексного лікування хворих з абсцедуючим підривним фолікулітом та перифолікулітом Гофмана

Ключові слова

Абсцедуючий підривний фолікуліт та перифолікуліт Гофмана, комплексне лікування.

Абсцедуючий підривний фолікуліт та перифолікуліт Гофмана (АПФПГ) — це хронічне запальне захворювання волосної частини голови нез'ясованої етіології, наслідком якого є рубцева алопеція.

Перше повідомлення про цю патологію належить А.Н. Черногубову (1892) та С.О. Живульгу (1894), які описали клінічні випадки хвороби під назвою «супуротивний конглобатний перифолікуліт». Проте сам термін «абсцедуючий підривний перифолікуліт голови» запропонував лише в 1907 році на засіданні Берлінського дерматологічного товариства німецький дерматолог Ерік Гофман [8, 13, 16].

У зарубіжній літературі хворобу описують під назвою *dissecting cellulites of the scalps* («розкритий целюліт скальпа»), що започаткував Varney [21]. Інфекційна теорія виникнення цієї хвороби сьогодні продовжують обговорювати [3, 8].

Попри те, що з піогених елементів висівають граммпозитивні мікроорганізми (бета-гемолітичні стрептококи, стафілококи), резистентні до цілої низки антибіотиків: пеніциліну (у 57,7 % випадків), еритроміцину (25 %), тетрацикліну (25,5 %), гентаміцину (15,3 %), найефективнішим препаратом вважають комбінований антибіотик — банеоцин [3, 6].

АПФПГ вважали атипичною формою вугрової хвороби. Сумніви виникли після проведення патогістологічних досліджень. Varney виявив у фолікулярному каналі комедоноподібне утворення, розриви стінки фолікула, гостре і хронічне запалення на місці контакту фолікулярно-

го вмісту з навколишньою тканиною (гранулоцитарний інфільтрат стінки фолікула, гігантські клітини іноридних тіл, гранульоматозну реакцію), картину, характерну для тяжких форм перебігу акне [3, 5, 8].

Клінічна картина розвивається на тлі імунних та ендокринних порушень, супутніх хронічних захворювань. Шкіра волосної частини голови на тім'яній та потиличній ділянках вкрита болючими, запальними, абсцедуючими, жовтуватобілого кольору флюктуючими та роками персистуючими вузлами, які утворюють хвилясті тяжівалики. Вони спонтанно або від натискування «підриваються», і з численних фістульних отворів та зі з'єднаних між собою ходів виділяється гнійна чи гнійно-геморогічна рідина. Внаслідок розростається грубоволокниста сполучна тканина, формуються атрофічні або келоїдоподібні рубці, що призводить до незворотної рубцевої алопеції. Крім запальних вузлів, утворюються також незапальні шароподібні вузли (кісти) пружноеластичної консистенції.

Хвороба за перебігом хронічна, іноді процес може спонтанно припинитися з утворенням рубців, зокрема і келоїдних.

У стадії загострення АПФПГ можливі збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, підвищення температури тіла, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, зниження рівня сироваткового альбуміну, підвищення вмісту глобулінів, зміни показників клітинного імунітету.

За захворювання потрібно диференціювати з інфільтративно-нагноювальною трихофітією, бо-

родавчастим туберкульозом шкіри, третинним сифілідом, глибоким мікозом, стероїдними вуграми.

Основним методом лікування є системна та місцева антибіотикотерапія (цефалоспорини, фторхінолони, напівсинтетичні пеніциліни, комбіновані сульфаміаїди) в комбінації з ароматичними ретиноїдами, кортикостероїдами, анаболіками.

Застосовують також специфічні імуномодулятори, стафілококовий анатоксин, антифагін та бактеріофаг, антистафілококовий гамаглобулін.

Сьогодні при АПФПГ найчастіше застосовують препарати ретиноїдного ряду, зокрема ізотретиноїн, який призначають у дозі 0,75–1,5 мг/кг маси тіла на добу. Тривалість лікування становить не менш ніж 3 місяці, після чого добову дозу поступово знижують [1, 2, 5, 10].

Ізотретиноїн безпосередньо впливає на патологічну фолікулярну кератинізацію, а також пригнічує функцію сальних залоз та зменшує їхні розміри на 90 %. Крім того, цей препарат є потужним комедолітиком, а також запобігає утворенню мікро- та макрокомедонів. Ізотретиноїн чинить антигемотоксичну та протизапальну дію. Продукція шкірного сала внаслідок дії ізотретиноїну зменшується доволі швидко, через 2 тижні терапії суттєво зменшуються кількість і розміри запальних елементів (папулопустульозних, нодульокістозних). Препарат рекомендують вживати 1 раз/добу після їди [3, 8, 16]. С.Н. Ахтямов запропонував лікування ізотретиноїном за схемою пульс-терапії по 40 мг/добу один тиждень з подальшою перервою протягом одного місяця. Хворим призначають від 4 до 12 курсів пульс-терапії [3, 7, 10, 20].

У клінічній практиці немає достатньо ефективних засобів впливу, що діють на гранульоматозно-фіброзні, рубцювальні, спайкові процеси.

Попри широкий спектр застосовуваних лікарських засобів (антибіотики, ретиноїди, антиандрогенні та імунотропні препарати) ефективність терапії лишається низькою.

Лікування має бути комплексним із застосуванням системних препаратів та адекватної зовнішньої терапії, спрямованої на усунення активного гальмування розвитку мікроорганізмів у сальній залозі, а також боротьбу з гіпертрофічними мри рубцями.

Серед базисних препаратів для лікування пацієнтів з АПФПГ, що супроводжується патологічним ростом сполучної тканини, насамперед потрібно вказати ті, що містять фермент гіалуронідазу.

Гіалуронідаза, як субстрат сполучної тканини, збільшує проникнення тканинних бар'єрів, полегшує рух рідини в міжклітинному просторі,

зменшує набряк тканин, сприяє розсмоктуванню запального ексудату, підвищує еластичність рубцевої та склеротичної тканин.

Препарати гіалуронідази мають низку недоліків, наприклад, реактогенність, термолабільність, швидку інактивацію у крові, викликають алергійну реакцію.

Лонгідаза є кон'югатом високоочищеного ферменту гіалуронідази та високомолекулярного імуномодулятора поліоксидонію, має принципово нові терапевтичні властивості [18].

В Україні цей препарат використовують у клінічній практиці з 2006 року.

Гіалуронідаза, що входить до її складу, перешкоджає утворенню колагенових волокон та розщеплює цементуючий компонент сполучної тканини гіалуронової кислоти.

Препарат має ферментативну протеолітичну (гіалуронідазну) активність пролонгованої дії, а також імуномодуляторні, антиоксидантні й протизапальні властивості.

Пролонгована дія ферменту досягається ковалентним зв'язуванням ферменту з фізіологічно активним високомолекулярним носієм (активним похідним N-оксиду полі-1,4-етиленпіперазину, аналогом поліоксидонію), що має власну фармакологічну активність.

Препарат має не лише здатність деполімеризувати матрикс сполучної тканини у фіброзно-гранульоматозних утвореннях, а й пригнічувати зворотну регуляторну реакцію, спрямовану на синтез компонентів сполучної тканини.

Препарат сповільнює перебіг гострої фази запалення, регулює (підвищує, або знижує залежно від початкового рівня) синтез медіаторів запалення (інтерлейкіну-1 і фактора некрозу пухлини), підвищує резистентність організму до інфекції та гуморальну імунну відповідь.

Препарат не має антигенних властивостей, мітогенної, поліклональної активності, не спричинює алергізуючої, мутагенної, ембріотоксичної, тератогенної та канцерогенної дії.

Після парентерального введення препарат швидко всмоктується в системний кровотік і досягає максимальної концентрації в крові через 20–25 хвилин, характеризується високою швидкістю розподілу в організмі.

Препарат проникає в усі органи й тканини, зокрема проходить через гематоенцефалічний і гематоофтальмічний бар'єри, не акумулюється та виводиться нирками.

Препарат застосовують підшкірно (поблизу місця ураження або під рубцево-зміненої тканини) або внутрішньом'язово в дозі 3000 МО курсом від 5 до 15 введення з інтервалом між ін'єкціями від 3 до 10 днів.

При тяжкому продуктивному процесі у сполучній тканині після стандартного курсу терапії призначають підтримувальну терапію лонгідазою 3000 МО 5–10 ін'єкцій з інтервалом 10–14 днів.

Для внутрішньом'язового шкірного введення вміст ампули розчиняють у 1,5–2,0мл 0,25 або 0,5 % розчину прокаїну.

З огляду на рідкісність патології наводимо наші спостереження хронічного абсцедуючого підривного фолікуліту та перифолікуліту Гофмана.

Хворий Б. 34 роки, будівельник, звернувся зі скаргами на гнійні вогнища на волосяній частині голови, болючість їх та виділення гнійної рідини з вузлів, утворення рубцевих кіст, вважає себе хворим протягом 6 років. Неодноразово звертався до дерматологів, хірургів, було встановлено діагноз піодермії. Призначені раніше курси лікування виявились малоефективними.

На тім'яній та потиличній ділянках спостерігаються запальні вузли 0,5–2,5 см в діаметрі, напівкульової, заокругленої та овальної форм, різко відмежовані від навколишньої тканини.

Колір вузлів синюшно-червоний, місцями жовтуватий, поверхня гладенька, болюча під час пальпації, місцями визначається флюктуація. Виявлено також келоїдоподібні рубці та вогнища алопеції.

Пацієнт психоемоційно пригнічений у зв'язку з тривалим перебігом хвороби та неефективністю лікування.

Супутні хвороби: хронічний холецистит, панкреатит.

Дані лабораторних обстежень:

– загальний аналіз крові: еритроцити 5,1–10¹²/л, гемоглобін 132 г/л, кольоровий показник – 1, лейкоцити – 9–109/л, паличок – 4 %, сегментів – 55 %, еозинофілів – 3 %, лімфоцитів – 32 %, моноцитів – 6 %, ШОЕ – 22 мм/год.

– біохімічний аналіз крові: загальний білок 82 г/л, креатинин – 98 мкмоль/л, С-реактивний білок – 21 мг/л, холестерин – 7,0 ммоль/л.

– загальний аналіз сечі в нормі.

– бактеріологічне дослідження: виявлено *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, які високочутливі до цефтріаксону, азитроміцину, офлоксацину.

На підставі даних клінічних та лабораторних досліджень у хворого діагностовано абсцедуючий підривний фолікуліт та перифолікуліт Гофмана.

Призначено лікування: цефтріаксон 1,0 г № 14, затрин 0,5 г 1 раз на добу протягом 12 днів. Лонгідаза 3000 од. 2 рази на тиждень № 10, «Ліволін форте» 1 капс. 3 рази/добу, флуконазол 0,2 г 1 раз на тиждень, цинк активний 1 табл./добу, «Оргіл» 0,5 г 1 раз увечері, «Лактофільтрум» по 1 табл. 3 рази/добу, «Епадол» 2 капс. 2 рази/добу.

Місцево: розчин за прописом Н.С. Потекаєва (*Laevomycetini* 2,0, *Kenalogi* 0,4, *Lidasi* 64 од., *Dimexidi* 70 %, *Sp. aethylici* 700 a-a 6,0).

На тлі лікування простежувалася позитивна динаміка у вигляді значного зменшення запальної інфільтрації, розсмоктування вузлів та келоїдних рубців.

Хворий В. 32 роки, спортсмен, хворіє 4 роки. Звернувся зі скаргами на болючі, вузлуваті утворення на волосяній частині голови. Під час огляду в тім'яно-потиличній ділянці – запальні вузли 0,5–1,0 см у діаметрі, округлої форми, різко відмежованої від здорової шкіри. Колір вузлів червоно-синюшний, тенденція до злиття вузлів у конгломерати. У місцях колишніх запальних елементів – плоскі рубці.

Суб'єктивно пацієнта непокоїть свербіж, болючість у місцях висипу.

Супутніх захворювань не виявлено. Лабораторні дослідження крові та сечі без відхилень від норми.

У посіві гною виявлено ріст *Staphylococcus epidermidis*.

Призначено лікування: цефтріаксон 2,0 г № 14, «Фромлід» 0,5 г 2 рази/добу протягом 14 днів. Лонгідаза 3000 од. 2 рази на тиждень № 10, «Мікосист» 100 мг через день № 10, «Епадол» 2 капс. 1 раз/добу, «Лактофільтрум» 1 табл. 3 рази/добу, цинк активний 1 табл./добу.

Місцево: розчин димексиду, гепаринострептоциду, лідази, гентаміцину.

В обох випадках досягнуто позитивної динаміки.

Висновок

Лонгідаза в комплексній терапії хворих на абсцедуючий підривний фолікуліт та перифолікуліт Гофмана призупиняє ріст сполучної тканини, сприяє розсмоктуванню рубцевої тканини, особливо у стадії її формування, що підвищує ефективність лікування.

Список літератури

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые. — М.: Мед. книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. — 160 с.
2. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. — М. Медицина, 2008. — 400 с.
3. Дворников А.С., Круглова Л.С. Инновационные медицинские технологии в лечении и реабилитации пациентов с угре-

- вой болезнью: новые возможности в терапии угревой болезни // Клин. дерматол. и венерол. — 2007. — № 6. — С. 19–23.
4. Каламкарян А.А., Бухарович А.М. Хроническая стафилококковая инфекция кожи. — К., 1990. — 136 с.
5. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Шабординна О.В., Торопова Н.П., Гришаева Е. В. Терапия воспалительных форм акне // Клин. дерматол. и венерол. — 2007. — № 5. — С. 88–95.

6. Кутасевич Я.Ф., Машгакова И.А., Багмет А.Н., Шаповалова О.В. Микробиоциноз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. — 2003. — № 1 (8). — С. 43–47.
7. Литус И.В. Опыт лечения угревой болезни роаккутаном в сочетании со скинореном // Журн. дерматол. и венерол. — 2000. — № 2 (10). — С. 76–79
8. Потекаев Н.С., Кузнецов А.В., Смирнов К.В. Абсцедирующий и подрывающий перифолликулит головы (Гоффманна), как разновидность Акне [acne inversa] // Вестн. дерматол. и венерол. — 2001. — № 2, — С. 18–23.
9. Проценко Т.В., Каплан А.В. Инновационные подходы к наружной терапии обыкновенного Акне // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. — 2007. — № 2 (29). — С. 12–14.
10. Проценко Т.В., Лебединская Л.А., Проценко О.А. Изотретинон в комплексном лечении при угревой болезни // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. — 2008. — № 3 (30). — С. 64.
11. Федотов В.П., Святенко Т.В. Акне: теория и практика // Дерматол., косметол., сексопатол. — 2006. — № 1–2 (9). — С. 80–85.
12. Федотов В.П., Ющипин Н.И., Святенко Т.В. Фолликулярные папулезные высыпания на волосистой части головы, туловища, конечностях // Дерматол., косметол., сексопатол. — 2001. — № 2–3 (4). — С. 210–212.
13. Хачикян Х.М., Бабаян К.Р. Случаи абсцедирующего подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффманна // Клин. дерматол. и венерол. — 2008. — № 3. — С. 24–26.
14. Сорокина Е.В., Курбатова Е.А., Масюкова С.А. Особенности иммунного статуса у больных пиодермией // Вестн. дерматол. и венерол. — 2005. — № 5. — С. 4–9.
15. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Руководство для врачей. Т. 1 — М.: Медицина, 1999. — 880 с.
16. Снарская Е.С., Кряжева С.С., Чепик А.С. Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна // Росс. журн. кож. и вен. бол. — 2009. — № 5. — С. 38–40.
17. Степаненко В.І., Клименко А.В. Комплексна етапна терапія хворих на Акне та Акнеподібні дерматози (розацеа, демодекоз) // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. — 2009. — № 3 (34). — С. 50–61.
18. Третьякова Е.И., Прокофьев А.А., Корнева Л.В. Лонгидаза в комплексном лечении больных с вульгарными угрями // Росс. журн. кожн. и вен. бол. — 2009. — № 6. — С. 65–67.
19. Шухтин В.В. Уровень половых гормонов у мужчин, больных угревой болезнью // Дерматол., косметол., сексопатол. — 2004. — № 3–4 (7). — С. 65–68.
20. Шупенько О.М., Степаненко В.І. Вугрова хвороба в чоловіків: сучасний стан, проблеми та актуальність визначення комплексу додаткових чинників і механізмів, що мають значення у патогенезі дерматозу. // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. — 2009. — № 4 (35). — С. 46–61.
21. Scheinfeld NS Acese of dissecting cellulites and a review of the literature // Dermatol Online. S. — 2003. — № 9 (1). — P. 8.

Д.С. Полищук, С.И. Полищук, С.А. Бондарь

Оптимизация комплексного лечения больных с абсцедирующим подрывающим фолликулитом и перифолликулитом Гоффмана

Применение комплексного лечения с использованием лонгидазы больных с абсцедирующим подрывающим фолликулитом и перифолликулитом показало хороший результат.

D.S. Polishchuk, S.I. Polishchuk, S.A. Bondar

Optimization of the complex treatment of the patients suffering from Hoffmann abscessing undermining folliculitis and perifolliculitis

The complex treatment (using longidaza) of patients with Hoffmann abscessing undermining folliculitis and perifolliculitis showed good results.