

Оригинальная статья / Original article

Хроническая глубокая рецидивирующая пиодермия в амбулаторной практике хирурга

А.Д. Тараско, <https://orcid.org/0000-0002-2440-9535>, anta19562008@yandex.ru

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 654005, Россия, Кемеровская область, Новокузнецк, проспект Строителей, д. 5

Резюме

Введение. Хронические глубокие пиодермии в практике амбулаторного хирурга встречаются относительно редко, и поэтому их диагностика представляет трудности, что связано со слабым знанием этой патологии хирургами. Неправильная диагностика приводит к ошибочной лечебной тактике. К хроническим глубоким рецидивирующим пиодермиям, которые встречаются в амбулаторной практике хирурга, относятся абсцедирующий подрывающий перифолликулит головы (Гоффмана) (АППГ), подмышечный и пахово-промежностный суппуративный гидраденит, пилонидальная киста крестцово-копчиковой области. Перечисленные заболевания развиваются по единому патогенезу.

Цель. Ознакомить хирургов с диагностикой и лечением частного вида хронической глубокой рецидивирующей пиодермии – АППГ Гоффмана в условиях хирургического кабинета поликлиники, поскольку в специальной литературе этот вопрос отражен недостаточно подробно.

Материал и методы. С 2007 по 2020 г. мы наблюдали 20 случаев глубокой хронической рецидивирующей пиодермии (15 мужчин и 5 женщин), из них правильный диагноз до начала лечения был поставлен лишь в двух случаях, в остальных – ретроспективно. Метод исследования – анализ клинических наблюдений и лабораторных результатов.

Результаты. АППГ наблюдали у 9 мужчин. Приведены особенности клиники данного заболевания, клиническая классификация заболевания, описаны 3 клинических случая.

Выводы. Диагностика и лечение АППГ остаются нерешенной проблемой и включают несколько направлений: режимно-гигиенические мероприятия, хирургическое лечение, консервативное лечение. Хирургическое лечение должно носить по возможности первично-радикальный характер.

Ключевые слова: хроническая глубокая рецидивирующая пиодермия, абсцедирующий подрывающий перифолликулит головы, болезнь Гоффмана, диагностика, лечебная тактика

Для цитирования: Тараско А.Д. Хроническая глубокая рецидивирующая пиодермия в амбулаторной практике хирурга. *Амбулаторная хирургия.* 2021;18(2):144–150. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-144-150>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Chronic deep recurrent pyoderma in the outpatient practice of the surgeon

Andrey D. Tarasko, <https://orcid.org/0000-0002-2440-9535>, anta19562008@yandex.ru

Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians – a branch of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 5, Stroiteley Ave., Novokuznetsk, Kemerovo Region, 654005, Russia

Abstract

Introduction. Chronic deep pyoderma occurs relatively rare in the surgeon practice and, due to the poor knowledge of this pathology, its diagnosis is difficult by surgeons. Misdiagnosis leads to erroneous treatment tactics. Chronic deep recurrent pyoderma includes: abscessing and disrupting perifolliculitis of the head (Hoffmann) (ADPH), axillary and inguinal-perineal suppurative hydradenitis, pilonidal cyst of the sacrococcygeal area. The diseases listed follow the same pathogenesis.

The purpose of the publication: to acquaint surgeons with the diagnosis and treatment of a particular type of chronic deep recurrent pyoderma – abscessing and disrupting head perifolliculitis (Hoffmann) in the conditions of the surgery room, since this problem is purely issued in the literature of the subject.

Material and methods. Since 2007 until to 2020, we had observed 20 cases of deep chronic recurrent pyoderma (15 men and 5 women), but only two cases were correctly detected before treatment, in other cases – retrospectively. Research method: analyzing of clinical observation data and laboratory tests.

Results. In our practice, nine men suffered from abscessing and disrupting perifolliculitis of the head. We had described and classified the features of this disease, focused on three clinical cases.

Conclusions. Abscessing and disrupting perifolliculitis of the head is still purely diagnosable and curable disease, the treatment as follows: regimen and hygienic measures, surgical treatment, conservative treatment. Surgical treatment should be as radical as possible.

Keywords: chronic deep recurrent pyoderma, abscessing subversive perifolliculitis of the head, Hoffmann's disease, diagnosis, treatment tactics

For citation: Tarasko A.D. Chronic deep recurrent pyoderma in the outpatient practice of the surgeon. *Ambulatornaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2021;18(2):144–150. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-144-150>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Острые гнойные поражения кожи и ее придатков (фурункул, карбункул, гидраденит) часто встречаются в амбулаторной практике хирурга. Их диагностика и лечение обычно не вызывают затруднений.

Хронические глубокие пиодермии диагностируются реже, что связано со слабым знанием этой патологии хирургами. Такие заболевания имеют длительное подострое течение с периодическими обострениями, обычно не сопровождаются угрожающими жизни осложнениями, хотя существует опасность развития плоскоклеточного рака кожи [1]. Больным с поверхностными формами хронической пиодермии лечение проводится в условиях дерматологического кабинета или стационара. Больные с глубокими формами нередко наблюдаются и проходят лечение в хирургическом кабинете и представляют определенную проблему в плане диагностики и лечения.

К хроническим глубоким рецидивирующим пиодермиям, которые встречаются в амбулаторной практике хирурга, относятся абсцедирующий подрывающий перифолликулит головы (Гоффмана) (АППГ), подмышечный и пахово-промежностный суппуративный гидраденит, пилонидальная киста крестцово-копчиковой области. При этом сразу следует оговориться, что на основании физикальных данных последнее заболевание трудно отличить от эпителиально-копчиковых ходов и кист, поэтому дерматологи ими не занимаются, направляя пациентов для лечения к проктологам, которые для лечения используют преимущественно хирургическое вмешательство.

Перечисленные заболевания развиваются по единому патогенезу: возникают ретенционный гиперкератоз воронки волосяного фолликула, образование комедоноподобных масс, руптурация фолликулярной стенки, выход содержимого фолликула (погибших корнеоцитов, бактерий, жирных кислот, волос) в дерму, образование воспалительного перифолликулярного инфильтрата (гранулоциты, гигантские клетки инородных тел), присоединение вторичной инфекции, формирование абсцесса и фистульных ходов, образование гранулемы, инкапсулирование очага, рубцевание [2].

Несмотря на то что перечисленные заболевания относятся к группе инфекционных дерматозов, роль инфекционного фактора считается вторичной. В отделяемом из гнойных фистул или при вскрытии

гнойников выявляется как кокковая флора (стафилококки золотистый, эпидермальный, белый, энтерококк), так и палочковидная (кишечная, синегнойная палочки). О каком-то характерном преобладании одного из видов над другим говорить нельзя. Кроме того, каждое заболевание имеет свои особенности морфологии и патогенеза [3].

АППГ – хроническое, редко встречающееся гнойное заболевание волосистой области головы (код по МКБ-10 L66.3 – перифолликулит головы абсцедирующий) [2]. Е. Hoffmann (1868–1959) дал клиническое описание этого заболевания в 1907 г., хотя оно описывалось и раньше другими авторами, в т.ч. и из России, но под другими названиями [4]. Заболевание относится к кожным заболеваниям и хирургами диагностируется редко. В то же время основные симптомы заболевания (боль, припухлость, наличие гнойного экссудата, отсутствие эффекта от наружного лечения) нередко мотивируют больных обратиться за помощью к хирургу. АППГ обычно встречается у лиц зрелого возраста (18–40 лет) с преобладанием у мужчин по сравнению с женщинами в отношении 5 : 1. Его частота среди населения на сегодняшний день неизвестна. В настоящее время считается, что аналогичные по патогенезу АППГ патологические очаги могут локализоваться в любом месте, где имеется выраженный волосяной покров. У мужчин характерной и наиболее частой локализацией являются волосистая часть головы, реже подмышечные ямки и пахово-бедренные или промежностно-бедренные складки, межъягодичная складка. У женщин патологические очаги, как правило, локализуются в пахово-бедренных, межъягодичных или промежностно-бедренных складках. Не зная патогенеза, клинической картины, течения и принципов лечения АППГ, хирурги ставят такие диагнозы, как абсцесс, атерома, атероматоз, гидраденит, эпителиально-копчиковая киста, парапроктит, и проводят соответствующее для данных диагнозов лечение, которое не всегда является адекватным и не приводит к выздоровлению, а чаще заканчивается хронизацией процесса. Консервативное лечение, которое проводится в дерматологических стационарах и кабинетах, чаще всего также не является эффективным, поскольку не обеспечивает устранения действующих патогенетических факторов, и процесс чаще всего хронизируется.

Вопреки общепринятому мнению об инфекционном генезе, АППГ начинается с развития окклюзии и разрушения сальных желез и волосяных фолликулов, образованием кератина в дерме, на который организм отвечает перифокальной гранулематозной реакцией [4]. При гистологическом исследовании нередко выявляются аномалии волосяных фолликулов, сопровождающиеся горизонтальным ростом волос в коже и закручиванием их в кольца на уровне гиподермы. Встречаются аномалии апокриновых потовых желез в виде распространенной дилатации с нарушением их дренажной функции (гидраденоз). Ранее отмечалось, что инфекционная теория в настоящее время оспаривается. В то же время из патологических очагов часто выделяются грамположительные микроорганизмы, в частности гемолитические стрептококки, золотистый и пиогенный стафилококки, ацинетобактер, различные штаммы некоторых других патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, демонстрирующие резистентность к целому ряду антибиотиков. Фактом, позволяющим выступать против точки зрения инфекционного происхождения АППГ, является то обстоятельство, что перифолликулит Гоффмана – относительно редкое заболевание, тогда как другие формы воспалительного поражения кожи стафилококками (например, стафилодермии, фурункулы) встречаются часто. В настоящее время удалось выяснить, что в развитии заболевания играют роль не только инфицирование микроорганизмами, но и физиологические особенности кожи человека, сопровождающиеся иммунными (приобретенный или врожденный иммунодефицит, иммуносупрессивная терапия после трансплантации органов) и эндокринными нарушениями (ожирение, гипоталамический синдром пубертатного периода, сахарный диабет). При этих заболеваниях бактерии способны колонизировать ткани дермы вокруг корней волос, тем самым провоцируя развитие перифолликулита Гоффмана.

Цель данной публикации – ознакомить хирургов с диагностикой и лечением частного вида хронической глубокой рецидивирующей пиодермии – АППГ Гоффмана в условиях хирургического кабинета поликлиники, поскольку в специальной литературе этот вопрос отражен недостаточно подробно, а в литературе, посвященной хирургическим болезням, он не рассматривается вообще.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2007 по 2020 г. мы наблюдали 20 случаев глубокой хронической рецидивирующей пиодермии (15 мужчин и 5 женщин), из них правильный диагноз до начала лечения был поставлен лишь в двух случаях, в остальных – ретроспективно. Нередко эти больные направлялись в хирургический кабинет после длительного

и безуспешного лечения у дерматолога, при этом диагноз хронической глубокой рецидивирующей пиодермии не выставлялся. В хирургическом кабинете пациентам назначалось общеклиническое обследование (общий анализ крови и мочи), при этом патологических изменений в лабораторных показателях выявлено не было. У трех больных исследованы иммунограммы, но патологических изменений факторов клеточного и гуморального иммунитета не было обнаружено. При исследовании биохимического анализа крови в 10 случаях из 19 отмечалась незначительная гипергликемия (6–7,5 ммоль/л), что указывает на нарушения углеводного обмена.

У мужчин в 9 случаях пиодермический процесс локализовался на волосистой части головы, в 2 случаях – одновременно в подмышечных и паховых областях, в 3 случаях – в подмышечных областях, в 1 случае – в подмышечных ямках, пахово-промежностных складках, межъягодичной складке. У женщин мы ни разу не наблюдали АППГ: во всех случаях патологический процесс у них локализовался в пахово-бедренных и пахово-промежностных складках.

В связи с небольшим числом наблюдений статистическая обработка не проводилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз АППГ ставится на основании физикальных данных. Параклиническая диагностика в настоящее время не разработана. Наш опыт представлен 9 наблюдениями АППГ.

При возникновении процесса на волосистой области головы больные жалуются на появление одного или нескольких болезненных узлов. Дебют заболевания манифестирует возникновение солитарного узла. При этом диагностика АППГ возможна, если хирург уже сталкивался с таким заболеванием. Обычно же в этом случае ставится диагноз «абсцесс». В некоторых случаях ставится диагноз «инфицированная атерома». Характерным признаком при АППГ является мягко-эластичная консистенция узла, тогда как при атероме консистенция туго-эластичная. Если узел при АППГ спонтанно вскрывается, то из фистулезного хода отмечается скудное выделение гнойно-геморрагического экссудата (рис. 1).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Пациент И., 39 лет, обратился за помощью к хирургу кабинета хирургической инфекции отделения амбулаторной хирургии городской клинической больницы № 2 Новокузнецка 15 ноября 2016 г. с жалобами на наличие в теменной области справа болезненного узла. Болен в течение двух дней. Анамнез в отношении хронических инфекций,

РИСУНОК 1. Солитарно-узловая форма при абсцедирующем подрывающем перифолликулите головы у пациента И., 39 лет
FIGURE 1. The patient I., 39 age. Solitary-nodal form in ADPH



РИСУНОК 2. Хроническая полинодозная форма абсцедирующего подрывающего перифолликулита головы с явлениями фистулизации и рубцевания у пациента Ж., 23 года
FIGURE 2. The patient G., 23 age. Chronic polynodose the form of ADPH with the phenomena of fistulization and scarring



обменных заболеваний, аллергических состояний и лекарственной непереносимости неотягощен. Работает менеджером на металлургическом производстве.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, повышенного питания, индекс массы тела – 31 кг/м². Функции органов жизнеобеспечения компенсированы.

Локальный статус: в теменной области справа определяется узел, возвышающийся над кожей, спаянный с ней, 1,5 см в диаметре, мягко-эластичной консистенции, болезненный при пальпации, на поверхности кожи вокруг него множественные гнойничковые отсевы.

Общий анализ крови от 15 ноября 2016 г.: эритроциты – $5,28 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, гемоглобин – 146 г/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 38, моноциты – 8, эозинофилы – 2%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 2 мм/ч.

Глюкоза крови от 16 ноября 2016 г.: 6,7 ммоль/л.

Диагноз: АППГ Гоффмана, узловая форма.

Посев экссудата: *Enterococcus faecalis*, чувствительный к оксацилину, амоксиклаву, цефтазидиму, ванкомицину, устойчивый к левофлоксацину и азитромицину.

В связи с наличием гнойничковых отсевов на коже от первично-радикального иссечения гнойного очага решили отказаться. В экстренном порядке после подготовки операционного поля (удаление волосяного покрова) под местной инфильтрационной анестезией 0,5%-м раствором новокаина 5,0 мл узел вскрыт. В его полости гнойный экссудат и внутрикожные сегменты волос, их луковицы в качестве включений в экссудате. Полость санирована антисептиком (мирамистин), в нее введен гемостатический тампон. В дальнейшем перевязки в соответствии с фазой раневого процесса, внутрь

амоксилав по 625 мг 3 раза в день. Через 12 дней выздоровление. Осмотр через 1 год: рецидива нет.

Диагноз АППГ становится относительно простым, когда заболевание имеет хроническое течение: в этом случае оно приобретает типичную и характерную картину (рис. 2).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Пациент Ж., 23 года, фельдшер скорой помощи. Обратился за помощью к хирургу кабинета хирургической инфекции отделения амбулаторной хирургии городской клинической больницы № 2 Новокузнецка 11 июля 2008 г. по направлению из Новокузнецкого кожно-венерологического диспансера, где ему в течение 2 мес. проводилось лечение по поводу множественных инфильтратов на волосистой части головы с фистулезными отверстиями и гнойным отделяемым из них.

При обращении: в теменно-затылочной области имеются инфильтраты округлой и неправильной вытянутой формы, имеющие тестоватую консистенцию, покрытые бледной или багрово-синюшной кожей. В области инфильтратов имеется несколько фистулезных отверстий, из которых при надавливании выделяется гной, засыхающий гнойно-кровянистыми корками. В центральной части инфильтратов участки размягчения. Между инфильтратами имеются рубцы неправильной формы с келоидным компонентом.

Диагноз при обращении: атероматоз волосистой части головы с нагноением отдельных атером.

Под местной анестезией 0,5%-м раствором новокаина 10,0 мл выполнено рассечение инфильтратов в местах размягчения. Выделился гнойно-геморрагический

экссудат. Кистозные капсулы отсутствуют. В гнойных полостях имеются скопления слизисто-некротического детрита. Произведена санация полостей с горизонтальным подрезанием дермы по Войно-Ясенецкому. Гладкий послеоперационный период. Применялся пероральный антибиотик из группы фторхинолонов в терапевтической дозе. Раны зажили.

После короткого периода благополучия больной дважды обращался по поводу возникновения болезненных узлов в теменной области справа. Ставился диагноз «атеромы волосистой области головы с нагноением». Было выполнено первично-радикальное иссечение узлов, узлы имели полости, содержащие слизисто-некротический детрит. Характерная для атером капсула и творожистое содержимое отсутствовали. Раны зажили первичным натяжением.

Через 6 мес. больной обратился с жалобами на появление болезненных узлов и гнойных свищей в области рубцовых элементов в теменно-затылочной области слева. Диагноз: АППГ. Экссудат из фистул взят для исследования на актиномицеты: результат отрицательный. Произведен забор материала для бактериологического исследования и изготовления аутовакцины. Под местной анестезией 0,5%-м раствором новокаина 10 мл произведена хирургическая санация с рассечением и частичным иссечением фистул и инфильтратов. Перевязки в соответствии с фазами раневого процесса. Результат бактериологического исследования: выделена культура кишечной палочки, чувствительная к фторхинолонам, карбапему и ванкомицину. Применялись пероральные антибиотики из группы фторхинолонов в течение 7 дней. После готовности аутовакцины проведен курс аутовакцинотерапии. Рекомендованы короткая стрижка, частое мытье головы с использованием шампуней с антисептическими свойствами. Отмечено стойкое выздоровление. В течение 10 лет рецидива заболевания нет.

◆ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Пациент И., 27 лет, предприниматель. Обратился за помощью к хирургу кабинета хирургической инфекции отделения амбулаторной хирургии городской клинической больницы № 2 Новокузнецка 5 мая 2020 г. с жалобами на наличие двух болезненных инфильтратов на волосистой части головы. Болен около 6 мес., когда впервые стали возникать болезненные инфильтраты с последующим нагноением на волосистой части головы. Обращался за лечением в частный медицинский центр, гнойные очаги вскрывались, санировались, но через некоторое время процесс рецидивировал. Обратился к дерматологу, который рекомендовал лечение в НИИ фундаментальной и клинической иммунологии Новосибирска. В феврале

2020 г. лечился в хирургическом кабинете поликлиники указанного института, дважды хирургом вскрывались гнойники на волосистой части головы. Было проведено общеклиническое и иммунопатологическое обследования: патологических изменений в лабораторных показателях не обнаружено. При исследовании морфологического материала, взятого во время операции, получено заключение: нагноившаяся эпидермальная киста, хотя эпителиальной выстилки «киста» не имела. При посеве гнойного содержимого выделена культура фекального энтерококка. Проводилась антибиотикотерапия в соответствии с антибиотикограммой, и был назначен курс лечения изотретиноином. На фоне лечения изотретиноином и вторым антибиотиком возникло два новых инфильтрата в теменной и затылочной областях. Больной обратился в кабинет хирургической инфекции отделения амбулаторной хирургии городской клинической больницы № 2 Новокузнецка, где ему был поставлен диагноз «болезнь Гоффмана» и предложено хирургическое лечение. Под местной анестезией 0,2%-м раствором лидокаина 10,0 мл произведено первично-радикальное иссечение гнойных очагов с наложением первичных швов. Заживление первичным натяжением. Больному рекомендованы: короткая стрижка, мытье головы с мылами или шампунями, содержащими антисептические субстраты, продолжение лечения изотретиноином. Осмотр через 3 мес.: рецидива нет. Через 6 мес. активное обращение с жалобами на болезненный инфильтрат в затылочной области. Под местной анестезией 0,2%-м раствором лидокаина 10,0 мл воспалительный очаг иссечен. В гиподерме небольшая полость с гнойным экссудатом, в окружении – аномальный горизонтальный рост волос. Наложены швы на рану, заживление первичным натяжением. Продолжено динамическое наблюдение.

◆ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика и лечение глубокой рецидивирующей пиодермии в дерматологических кабинетах наружными средствами в связи с глубоким расположением патологического процесса чаще всего оказываются неэффективными, а системная терапия (изотретиноин) недостаточно разработана и является длительной (до 6 мес., а при рецидивах – еще дольше), дорогостоящей и сопровождающейся побочными явлениями.

Этиология и патогенез этой группы заболеваний разработаны недостаточно, роль микрофлоры хотя и не отрицается, но считается вторичной, что не позволяет ожидать надежного терапевтического результата от применения антибиотиков в качестве метода лечения, хотя никто не отрицает целесообразность их использования. Хирургические методы лечения привлекают быстротой

получения эффекта и большей степенью радикализма, дают надежду на излечение заболевания.

Больные с глубокой рецидивирующей пиодермией и АППГ в частности в амбулаторной практике хирурга встречаются редко и вызывают определенные трудности при диагностике и лечении. Это связано с тем, что хроническая глубокая рецидивирующая пиодермия относится к смежной специальности, в которой знания хирургов могут быть недостаточно основательными. Поэтому диагностика в хирургическом кабинете обычно идет по известному шаблону.

Складывается впечатление, что патологический процесс при АППГ имеет острый дебют, но недостаточно энергичное и полноценное лечение приводит к его хронизации. Дебют проявляется появлением одного или нескольких болезненных узлов мягко-эластичной консистенции на коже волосистой части головы с последующим абсцедированием [5, с. 419–420].

Заболевание тянется годами. При обострении больные предъявляют жалобы на выраженный зуд и жжение, а при осмотре кожных покровов выявляются очаги покраснения, слегка болезненные узлы фолликулитов и перифолликулитов, которые быстро трансформируются в глубокие абсцессы. Эти абсцессы сливаются своими основаниями, вскрываются, образуя многочисленные фистулезные ходы не только на поверхности, но и в глубине кожи. В результате возникают инфильтраты округлой или неправильной вытянутой формы, имеющие тестоватую консистенцию, покрытые бледной или багрово-синюшной кожей. В области инфильтратов имеется различное количество фистулезных отверстий, из которых при надавливании выделяется гной, засыхающий гнойно-кровянистыми корками, большинство волос выпадает. Со временем инфильтраты замещаются соединительной тканью, становятся плотными, но при обострении часть их вновь может размягчаться с выделением гноя. Постепенно центральная часть очагов поражения заживает с образованием рубцов неправильной формы, иногда келоидных. По периферии могут появляться свежие инфильтраты. Волосы в местах гнойного воспаления погибают, развивается стойкая алопеция [6, с. 84–85]. Несмотря на наличие такой характерной клинической картины, в хирургическом кабинете поликлиники очень часто выставляется диагноз «атероматоз волосистой части головы».

В практике есть смысл опираться на предлагаемую рабочую классификацию:

1. Острый период заболевания:

- 1) солитарно-узловая форма;
- 2) полинодозная форма;

2. Хронический период заболевания:

- а) рецидивирующая фистулезно-рубцовая форма с единичными или множественными инфильтратами, абсцессами и фистулезными ходами;
- б) перманентная фистулезно-рубцовая форма без склонности к абсцедированию;

3. Период остаточных явлений при отсутствии инфильтратов, абсцессов и фистул:

- а) келоидные и гипертрофические рубцы;
- б) алопеция.

Лечение АППГ включает несколько направлений: режимно-гигиенические мероприятия, хирургическое лечение, консервативное лечение.

Режимно-гигиенические мероприятия: короткая стрижка («под расческу» или «под 0»), в хронический период заболевания – депиляция, регулярное (2–3 раза в неделю) мытье головы горячей водой с использованием твердого или жидкого мыла, содержащего антисептические компоненты, использование настоев лекарственных трав (аптечная ромашка, календула, подорожник, мать-и-мачеха и др.). Короткая стрижка или полное удаление волос обосновываются тем, что на каждом волосе располагаются многочисленные микробные колонии, которые являются источником для быстрой, в течение нескольких часов, реинтаминации кожи в области патологического очага. Сохранение волос сводит на нет все результаты антибактериальной терапии. Мытье горячей водой с мыльцами средствами обеспечивает надежную деконтаминацию кожи за счет механического удаления биопленок и питательных субстратов, создания на поверхности кожи щелочной среды, в которой большинство патогенных микроорганизмов не развивается.

Хирургическое лечение должно носить по возможности первично-радикальный характер. При солитарно-узловой форме наиболее оптимально применение первично-радикального иссечения патологического очага с наложением первичных или первично-отсроченных швов. При наличии 2–3 узлов также можно выполнить первично-радикальное иссечение. Более распространенные и хронические фистулезные процессы требуют полноценного вскрытия каждого абсцесса и рассечения каждой фистулы с тщательной санацией, включающей в себя некрэктомию, использование приема Войно-Ясенецкого в виде подрезания и отделения кожи от инфильтрата, обработку раневой поверхности антисептиками, к которым имеют чувствительность микроорганизмы, вегетирующие в очаге, использование повязок с высокой концентрацией антибиотика.

Консервативное лечение включает системное и наружное воздействия на патологический процесс. Системное лечение включает в себя антибиотикотерапию в соответствии с антибиотикограммой. Применяются два

следующих друг за другом курса антибиотиков разных групп. Если после антибиотикотерапии из ран продолжают высеваться патогенные микроорганизмы, проводится аутовакциноterapia. Аутовакцина готовится в местной бактериологической лаборатории и вводится по рекомендуемой схеме [7]. При упорных рецидивирующих процессах можно применить препарат на основе изотретиноина, который используется длительно, не менее 6 мес.

Наружное лечение представляет собой перевязки с учетом фазы раневого процесса. В первой фазе используются преимущественно пудры, содержащие антибиотики или сульфаниламиды, гипертонические растворы, а также растворы протеолитических ферментов. Во второй применяются мазевые субстанции, содержащие стимуляторы регенерации (метиурацил, нативные соки алоэ, каланхоэ, подорожника, облепиховое, шиповниковое масла). Настойчивое и систематическое лечение, как правило, позволяет добиться стойкой ремиссии.

ВЫВОДЫ

1. Диагноз АППГ основывается на физикальных данных: в остром периоде наличие на волосистой части головы одного или нескольких болезненных узлов мягко-эластичной консистенции, в хроническом – фистулезных и рубцовых элементов. Параклиническая диагностика заболевания не разработана.

2. Наиболее эффективное и надежное лечение хронической глубокой рецидивирующей пиодермии и ее частной разновидности – АППГ обеспечивается хирургическими методами в виде первично-радикального иссечения гнойного образования или вскрытия и санации гнойной полости с дальнейшим лечением в соответствии с фазой раневого процесса.

Поступила / Received 30.05.2021

Поступила после рецензирования / Revised 20.06.2021

Принята в печать / Accepted 25.06.2021

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Curry S.S., Gaither D.H., King L.E. Jr. Squamous cell carcinoma arising in dissecting perifolliculitis of the scalp. A case report and review of secondary squamous cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol.* 1981;4(6):673–678. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(81\)70068-9](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(81)70068-9).
2. Каламкарян А.А., Архангельская Е.А., Глухенький Б.Т. Гнойничковые заболевания кожи. В: Скрипкин Ю.К. (ред.). *Кожные и венерические болезни.* М.: Медицина; 1995. Т. 1. С. 287–288.
3. Юцковская Я.А., Юцковский А.Д., Таран М.Г., Малова Т.А. Клинический случай абсцедирующего подрывающего перифолликулита Гоффмана. *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* 2012;(2):33–39.

Режим доступа: https://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/uzd45iutj2-12-08.pdf.

4. Головач Н. А, Маслевская Л.А., Шилин Р.Р., Косорукова С.А. Опыт лечения абсцедирующего подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффмана. *Дерматология в России.* 2015;4(S1):82. Режим доступа: <https://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35080>.
5. Пальцев М.А., Потехаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. *Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней.* М.: Медицина; 2006. 512 с.
6. Тишendorf Ф.В. *Диагноз по внешним признакам: атлас-справочник по клинической и дифференциальной диагностике.* М.: Медицинская литература; 2008. 312 с.
7. Тараско А.Д., Челышева Г.М. *Панникулит (редкие заболевания и синдромы в хирургии).* Новокузнецк; 2006. 14 с.

REFERENCES

1. Curry S.S., Gaither D.H., King L.E. Jr. Squamous cell carcinoma arising in dissecting perifolliculitis of the scalp. A case report and review of secondary squamous cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol.* 1981;4(6):673–678. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(81\)70068-9](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(81)70068-9).
2. Kalamkaryan A.A., Arkhangelskaya E.A., Glukhenkiy B.T. Pustular skin diseases. In: Skripkin Yu.K. (ed.). *Skin and venereal diseases.* Moscow: Meditsina; 1995. Vol. 1, pp. 287–288. (In Russ.).
3. Yutskovskaya Ya.A., Yutskovsky A.D., Taran M.G., Malova T.A. A clinical event of Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens of Hoffmann. *Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology.* 2012;(2):33–39. (In Russ.) Available at: https://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/uzd45iutj2-12-08.pdf.

4. Golovach N.A., Maslevskaya L.A., Shilin R.R., Kosorukova S.A. Experience in the treatment of abscessing subversive folliculitis and Hoffman's perifolliculitis. *Dermatologiya v Rossii = Dermatology in Russia.* 2015;4(S1):82. (In Russ.) Available at: <https://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35080>.
5. Pal'tsev M. A., Potekhaev N.N., Kazantseva I.A., Kryazheva S.S. *Clinical and morphological diagnostics and principles of treatment of skin diseases.* Moscow: Meditsina; 2006. 512 p. (In Russ.).
6. Tischendorf F.V. *Diagnosis by external signs: atlas-guide to clinical and differential diagnosis.* Moscow: Meditsinskaya literatura; 2008. 312 p. (In Russ.).
7. Tarasko A.D., Chelysheva G.M. *Panniculitis (rare diseases and syndromes in surgery).* Novokuznetsk; 2006. 14 p. (In Russ.).

Информация об авторе:

Тараско Андрей Дмитриевич, д.м.н., профессор кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 654005, Россия, Кемеровская область, Новокузнецк, проспект Строителей, д. 5; anta19562008@yandex.ru

Information about the author:

Andrey D. Tarasko, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Surgery, Urology, Endoscopy and Pediatric Surgery Department, Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians – a branch of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 5, Stroiteley Ave., Novokuznetsk, Kemerovo Region, 654005, Russia; anta19562008@yandex.ru