

ФГБОУ ВО « Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.
Проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:
д.м.н., проф. Карачева Юлия
Викторовна



Реферат

Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гофмана

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
Боброва Вера Сергеевна

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева
Юлия Викторовна

Красноярск, 2019г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования « Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф В.И. Прохоренкова

Рецензия < проф., Д.М.Н. кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология < Бобровой Веры Сергеевны> по теме: < Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гофмана >

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ Отрицательный
1. Структурированность	пол
2. Наличие орфографических ошибок	пол
3. Соответствие текста реферата по его теме	пол
4. Владение терминологией	пол
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	пол
6. Логичность доказательной базы	пол
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	пол
8. Круг использования известных научных источников	пол
9. Умение сделать общий вывод	пол

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 17.04.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: Боброва

Содержание:

1. Причины возникновения
2. Факторы риска
3. Симптоматические признаки заболевания
4. Диагностика
5. Лечение
6. Профилактика

Абсцедирующий (подрывающий) фолликулит Гофмана относится к ряду дерматологических заболеваний гнойного характера. Поражает кожу, которая богата волосными фолликулами. Провоцирующим фактором формирования болезни считается бактериальное инфицирование кожи, тех участков тела, которые покрыты волосами. Характеризуется медленным развитием и возможностью перехода в хроническую форму. Диагностируется фолликулит чаще всего у представителей сильной половины человечества в возрасте от 17 до 40 лет. Для предупреждения развития рецидивов рекомендуется проводить своевременное лечение.

Причины:

Фолликулит – заболевание, которое вызывают стафилококки. Эти микроорганизмы постоянно присутствуют на коже большинства людей. Они распространены и в окружающей среде – почве, пыли, воздухе. Большинство из видов стафилококков, живущих на коже, не вызывают заболевание. Лишь у 10% людей встречаются патогенные штаммы. Однако после перенесенного фолликулита или другой стафилококковой инфекции частота встречаемости болезнетворных стафилококков на коже увеличивается до 90%, что способствует рецидивам и хроническому течению заболевания.

Стафилококки представлены тремя видами: золотистый эпидермальный и сапрофитный (безопасен для человека). Золотистый стафилококк выделяет фермент коагулазу, которая вызывает коагуляцию (свертывание) сыворотки, входящей в состав крови и лимфы. Поэтому при попадании стафилококка в кожу происходит раннее ограничение воспаления вследствие свертывания плазмы в окружающих лимфатических сосудах. Образуется ограниченный гнойный очаг. Стафилококк продуцирует и другие ферменты, в частности, гиалуронидазу, которая разрушает соединительную ткань, способствуя проникновению инфекции вглубь кожи.

Помимо стафилококков, вызвать заболевание могут псевдомонады, грамотрицательные бактерии, вирусы, грибки. Однако такие случаи встречаются значительно реже и возникают преимущественно на фоне иммунодефицитных состояний.

Для развития болезни необходимо, чтобы у человека имелись не только стафилококки на поверхности кожи, но и другие причины, провоцирующие

фолликулит. Предрасполагающие факторы делятся на внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные).

К эндогенным причинам фолликулита относятся:

1. сахарный диабет и гипергликемия;
2. гиперандрогения (например, при нарушении функции надпочечников или яичников у женщин);
3. болезни щитовидной железы;
4. вегето-сосудистая дистония;
5. недостаток в питании белка;
6. гиповитаминоз А и С;
7. острые инфекционные заболевания, в частности, респираторные инфекции и грипп;
8. тяжелые хронические болезни (туберкулез, злокачественные опухоли, болезни пищеварительной системы);
9. иммунодефицит со снижением числа CD4, в частности, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
10. длительное лечение антибиотиками.

Экзогенные факторы, способные спровоцировать стафилококковый фолликулит:

1. травмы: ссадины, расчесы, царапины животных, ожоги;
2. загрязнение кожного покрова на производстве;
3. плохой уход за кожей новорожденных;
4. несоблюдение рекомендаций врача после лазерной эпиляции и других инвазивных косметических процедур;
5. переохлаждение и перегревание.

Отягощает течение СПИДа эозинофильный фолликулит. Внешние проявления его обычны, особенностью является эозинофильная инфильтрация в очаге воспаления, что косвенно свидетельствует об аутоиммунном механизме болезни. При СПИДе развивается также герпетический фолликулит – признак тяжелого угнетения иммунитета. Его проявления разнообразны от простого воспаления волосяных луковиц до образования обширных гнойных очагов и кожных язв. На фоне иммунодефицита возникает и грибковый фолликулит, вызванный представителями родов *фироспорум* или *кандида*.

Клиническая картина:

Как уже отмечалось, фолликулит Гофмана поражает мужчин 20-35 лет, любимыми участками локализации являются участки тела с развитым волосяным покровом.

На начальных этапах развития заболевания появляется зуд и жжение. Участков поражения несколько, они становятся гиперемизированными. В редких случаях подрывающий фолликулит занимает большую часть головы, здоровые участки при этом имеют вид узких полосок. С прогрессированием заболевания наблюдается формирование узлов продолговатой или полушаровидной формы, они окружены участками выпадения волос.

При отсутствии лечения узлы превращаются в фистулы, размеры которых достигают 1-2 сантиметров, при проведении их пальпации выделяется гной, иногда с примесью крови. В осложненных случаях на месте узлов и свищей наблюдается образование язв, кожа вокруг истончается, а алопеция (участки, на которых полностью отсутствуют волосы) распространяется на 1-2 сантиметра вокруг.

Изменяется также общее состояние больного, наблюдается увеличение размеров регионарных лимфатических узлов и повышение температуры тела.

При отсутствии адекватной терапии абсцедирующий фолликулит может присутствовать несколько недель, после чего язвы заживают, формируя на своем месте рубцы. Алопеция сохраняется и сопровождается формированием новых узлов и абсцессов. Заболевание склонно к рецидивам и может присутствовать несколько лет.

Диагностика:

1. Бактериологический посев выделений из пустул. Исследование позволяет установить вид возбудителя, а в дальнейшем еще и определить его чувствительность к антибактериальным препаратам.
2. ПЦР-диагностика. Проводится с целью исключения присутствия таких заболеваний как сифилис и гонорея.
3. Исследование на присутствие грибковой флоры. Для этого проводят соскоб из зоны поражения и его изучение под микроскопом.

4. Общий анализ крови.
5. Общий анализ мочи.

Обязательно нужно проводить и дифференциальную диагностику, глубокий фолликулит необходимо дифференцировать:

1. с поверхностной формой болезни (остеофолликулитом);
2. со стрептококковым импетиго;
3. фурункулезом;
4. узловатокистозными угрями
5. медикаментозной токсикодермией.

При необходимости пациента направляют на обследование к иммунологу и аллергологу.

Лечение:

1. Антибиотики широкого спектра действия, предпочтение отдается пенициллинам полусинтетического происхождения: Уназину, Аугментину, Клавулину, Амоксиклаву, Клавентину. Могут применяться также производные цефалоспоринового ряда — Цефобид, Клафоран, Кефзол, Цефуроксим. Если проведение такой антибиотикотерапии невозможно по определенным причинам, то применяют сульфаниламиды: Септрин, Гросептол, Бактрим и Бисептол.
2. Иммуностимуляторы, такие, как Иммуноглобулин, Бактериофаг, Антифагин.
3. Витаминные и общеукрепляющие средства, препаратами выбора считаются витамины E, A, C, группы B.

Для местного применения используют:

1. антибактериальные мази;(Ихтиол, Фулевил, Левосин, Левомеколь)

После вскрытия абсцессов и свищей проводят очистку с помощью антисептических растворов, таких как: Нитрофуран, Йодоформ; Перманганат калия, Перекись водорода.

Курс лечения колеблется от 7 до 12 суток, для закрепления терапевтического эффекта его рекомендуется повторить через 10 дней.

В запущенных и осложненных случаях может появиться необходимость проведения оперативного лечения.

Аппаратные методы лечения

Высокий уровень эффективности наблюдается при сочетании медикаментозного лечения острого фолликулита с физиотерапевтическими методами. Наиболее эффективным считается применение УФО-терапии, ведь ультрафиолетовые лучи проникают в толщу тканей, оказывая противовоспалительное и общеукрепляющее воздействие. Хорошие результаты наблюдаются также при использовании:

1. карбон-диоксидного лазера;
2. низкоинтенсивной УВЧ-терапии;
3. магнитотерапии;
4. сухого тепла.

Профилактические мероприятия:

Любое заболевание гораздо легче предупредить, чем проводить его лечение. Чтобы проблем с кожей не возникало, рекомендуется:

1. С осторожностью осуществлять манипуляции личной гигиены мест с активным ростом волос.
2. Регулярно проходить диспансеризацию при наличии в анамнезе сахарного диабета.
3. Мужчинам бриться, а женщинам проводить депиляцию только с применением специальных средств, наделенных дезинфицирующими свойствами.
4. Обрабатывать повреждения или потертости кожи антисептическими растворами.
5. Проводить своевременное лечение заболеваний, которые могут спровоцировать развитие фолликулита Гофмана.
6. Тщательно следить за тем, чтобы на кожу не попадали химические растворы и соединения.
7. При появлении даже незначительных патологических симптомов, которые напоминают подрывающий фолликулит, обращаться за помощью к врачу.
8. Следить за личной гигиеной.

9. Обогащать организм витаминами А и Е.
10. Избегать сильного засаливания волос.

Список литературы:

1. Каламкарян А.А., Бухарович А.М. Хроническая стафилококковая инфекция кожи.— К.: Здоров'я, 1990.— 131 с.
2. Федоров С.М., Селицкий Г.Д., Кулагин В.И., Левин М.М. Вклад русских исследователей в учение о пиодермитах // Вестн. дерматологии.— 1995.— 6.— Р. 54—55.
3. Живульт С.О. Больничная газета Боткина.— 1894.— 11.—Р. 30—35.
4. Lang E. Jahrbuch des k. k. Allg.— Krankenhauses, 1896.
5. Lang E. Hautkrankheiten / Ed. by J.F. Bergemann.— Wiesbaden, 1902.— 504 p.
6. Spitzer L. Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata// Dermatologische Zeitschrift.— 1903.— 10.— Р. 190—199