

*НИНО ЦИСКАРИШВИЛИ, АЛЕКСАНДР КАЦИТАДЗЕ, НАТО КОРСАНТИЯ,
НИНО И. ЦИСКАРИШВИЛИ, ЦИСКАРИ ЦИСКАРИШВИЛИ, НИНО АДАМАШВИЛИ*
ДЕКАЛЬВИРУЮЩИЙ ФОЛЛИКУЛИТ КЭНКО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ТГМУ Департамент Дерматовенерологии, Грузия

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.06.05>

*NINO TSISKARISHVILI, ALEXANDER KATSITADZE, NATO KORSANTIA,
NINO I. TSISKARISHVILI, TSISKARI TSISKARISHVILI, NINO ADAMASHVILI*

QUINQUAND'S DISEASE: CASE STUDY

TSMU Department of Dermatology and Venerology, Georgia

SUMMARY

Here we report a case of a 25 -year-old patient with Quinquard's disease of the scalp. This rare dermatosis is characterized by flaccid chronic course followed by the development of pseudopelade. The diagnosis was based on clinical presentation and the results of bacteriological and histological studies of the scalp biopate. This clinical case is interesting to practicing dermatologists and cosmetologists.

Keywords: Quinquard disease, bacterial folliculitis, pseudopelade

Декальвирующий фолликулит (син. сикозиформный атрофирующий фолликулит головы) был впервые описан Кэнко в 1889 г. Этот редкий дерматоз представляет собой хронически протекающий бактериальный фолликулит кожи волосистой части головы, который завершается атрофическим облысением (состоянием псевдопелады, decalvo (лат.) - «делать лысым»); могут поражаться и другие участки кожи, особенно покрытые щетинистыми и длинными волосами.

Этиология заболевания неизвестна. Предрасполагать к дерматозу могут себорея, сниженная резистентность, обусловленная заболеваниями внутренних органов и систем, приводящими к подавлению иммунитета. Описаны случаи спонтанного излечения декальвирующего фолликулита после удаления кариозных зубов. Это подтверждает доминирующую роль макроорганизма, изменения его реактивности и снижения иммунной защиты. Колонизация бактериями волосяных фолликулов является, по всей вероятности, только патогенетическим звеном. До сих пор остается неясной причины, по которой хронический фолликулит завершается атрофией кожи и стойким облысением. Декальвирующий фолликулит обычно возникает изолированно на волосистой части головы, преимущественно в теменной, лобной и височных областях. Очаги поражения располагаются на границе роста волос и напоминают офаиз. В начале на фоне гиперемии на одном и том же участке возникают группирующиеся воспалительные фолликулярные узелки и пустулы, а также мелкие фолликулярно расположенные светло-желтые корочки и сероватые чешуйки, которые легко снимаются при поскабливании. Характерно крайне медленное развитие фолликулитов, они длительно существуют без заметной динамики и часто не завершаются формированием пустулы. Высыпания воспалительных фолликулярных узелков, реже пустул, обычно не вызывают субъективных ощущений и поэтому часто просматриваются. Затем эти элементы сливаются и образуют четко отграниченную круглую или овальную воспалительную бляшку, винно-красного цвета с плоским безболезненным инфильтратом в основании. Постепенно в ее центральной части кожа бледнеет, истончается, становится гладкой, лишенной волос слегка западает; развивается центральная атрофия.

При гистологическом исследовании в эпидермисе определяется небольшой очаговый гиперкератоз, выраженный акантоз. Клетки шиповатого слоя резко изменены, в особенности в нижних рядах, где имеются признаки выраженной вакуольной дистрофии. Устья волосяных фолликулов значительно расширены, заполнены роговыми массами. В дерме густой периваскулярный и перифолликулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат, реже встречаются плазматические тучные клетки и нейтрофилы.

При декальвирующем фолликулите применяют антибактериальные средства системного действия. Чаще всего препаратами выбора являются эритромицин, цефалоспорины или препараты

тетрациклинового ряда. Кроме того, больным декальвирующим фолликулитом могут быть назначены короткие курсы приема комбинированных топических стероидов, а также антисептические, дезинфицирующие противомикробные средства: 0,1% раствор хлоргексидина биглюконата, 0,01% раствор мирамистина, раствор фукоцина. Эти препараты в сочетании с антибиотикотерапией позволяют быстро снять признаки воспаления и добиться ремиссии, хотя после окончания терапии заболевание часто дает рецидивы. Назначение изотретиноина для лечения декальвирующего фолликулита сегодня не актуально, так как у многих больных этот препарат только ухудшает состояние кожи головы. Профилактикой развития декальвирующего фолликулита является своевременное лечение заболеваний, которые снижают иммунный статус организма. Прогноз на полное восстановление кожи при декальвирующем фолликулите неблагоприятный. Заболевание протекает годами, давая частые рецидивы. Однако грамотное лечение позволяет добиться длительной ремиссии.

Клинический случай. Больной 20 лет обратился с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы и болезненность. Со слов матери болен с 7-летнего возраста. Периодически получает наружное лечение с незначительным временным эффектом. Месяц назад вновь появились высыпания на коже головы с гнойным отделяемым, болезненность, в связи с чем обратился на консультацию. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Пациент обследован у смежных специалистов. Сопутствующих соматических заболеваний не выявлено.

Больной достаточного питания. Масса тела 78 кг, рост 170 см. температура 36,6°C. Положение активное, состояние удовлетворительное, сознание ясное. Периферические лимфоузлы не увеличены АД 120/80 мм. рт.ст., пульс 66 ударов в минуту Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный, Печень не увеличена Селезенка не пальпируется.

Патологический процесс носит локализованный характер. На волосистой части головы, преимущественно в теменной области, на фоне эритемы застойного характера расположены множественные фолликулярные папулезные и единичные пустулезные элементы, эрозии, корочки серозно-геморрагического и импетигиозного характера с венчиком гиперемии по периферии. Элементы в центре пронизаны неизменным волосом. Преимущественно в центральной части очага формируется рубцовая алопеция с сохранением пучков волос с серовато-желтыми чешуйками и корочками, которые легко снимаются при поскабливании.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови на функции печени в норме. Бактериологическое исследование на микрофлору отделяемого, выявлен рост *Staphylococcus aureus*. Микроскопическое исследование и посев на грибы - отрицательно. Гистологическое исследование биоптата кожи волосистой части головы соответствует псевдопелладе Брока, активной стадии.

На основании анализа жалоб, анамнеза, объективного и локального статуса, лабораторного обследования и гистологической картины больному выставлен диагноз декальвирующий фолликулит Кенко. Больному назначена комбинированная терапия. Проведена системная антибактериальная терапия доксициклина моногидрата в течение 14 дней, местная терапия антисептическими растворами; раствор мирамистина, аэрозоль полькортолона. На фоне лечения отмечена положительная динамика патологического процесса. Эрозии эпителизировались, корочки отпали, прекратилась экссудация. Фолликулярные элементы регрессировали. На коже волосистой части головы остаточные явления в виде различных очагов рубцовой алопеции с пучками сохранившихся волос в их пределах.

У больного диагностирован редкий дерматоз, характеризующийся вялым течением хронического фолликулита с периодическими рецидивами. По результатам бактериологического исследования обнаружен золотистый стафилококк, что согласуется с данными литературы. Гистологическое заключение указывает на наличие хронического воспаления, приводящего к атрофии и стойкому облысению.

Таким образом, редкий клинический случай дает возможность обратить внимание практических врачей на комплекс клинических и гистологических признаков, позволяющих диагностировать хронический дерматоз.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Николаева Т.В., Полякова В.С. Декальвирующий фолликулит: обзор литературы и описание клинического случая Клиническая дерматология и венерология 2021;20(5): 83-88.
2. Рук А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы. Под ред. Скрипкина Ю.К. М.; Медицина 1985; 528.
3. Залкинд Е.С. Болезни волос Л. 1959; 179.
4. Sperling L.C., Cowper SI, Khopp E.A. An atlas of hair pathology with clinical correlations. 2nd ed. 2012, 216.
5. Вольф К., Голдсмит Л. А., Кац С.И., и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике М. 2012; 2622.

*ნინო ცისკარიშვილი, ალექსანდრე კაციტაძე, ნატო კორსანტია,
ნინო ი. ცისკარიშვილი, ცისკარი ცისკარიშვილი, ნინო ადამაშვილი
ვენკოს მადეკალვირებელი ფოლიკულიტი (კლინიკური შემთხვევა)
თსუ კანისა და ვენერიულ სნეულებათა დეპარტამენტი*

რეზიუმე

წარმოდგენილია 25 წლის მამაკაცი, ვენკოს მადეკალვირებელი დერმატოზით. დაავადება დუნედ, ქრონიკულად მიმდინარეობს და ფსევდოპელადის განვითარებით სრულდება. დიაგნოზი კლინიკური სურათის, ბაქტერიოლოგიური კვლევის და თავის თმიანი არის კანის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური კვლევის მონაცემებით ისმევა. აღწერილი კლინიკური შემთხვევა საინტერესოა პრაქტიკოსი დერმატო-კოსმეტოლოგებისთვის, რათა დროულად გამოავლინონ იშვიათი, მძიმედ მიმდინარე დერმატოზი.