

Н.В.ЦИСКАРИШВИЛИ, А.Г.КАЦИТАДЗЕ, Н.Б.КОРСАНТИЯ, Ц.И.ЦИСКАРИШВИЛИ
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОФЛЛИКУЛИТА ВОЛОС БОРОДЫ
ТГМУ, Департамент дерматовенерологии, Тбилиси, Грузия

N.TSISKARISHVILI, A.KATSITADZE, NATO KORSANTIA, TS.TSISKARISHVILI
CLINICAL CASE OF PSEUDOFOLLICULITIS
TSMU Department of dermatology and venereology; Tbilisi, Georgia

SUMMARY

A clinical case of pseudofolliculitis is presented. Pseudofolliculitis is a common chronic inflammatory condition that causes papules and pustules in the beard growth area, especially in men with dark skin and curly hair. However, ingrown hair or pseudofolliculitis can occur on any skin that is shaved regularly, regardless of its photo type. In women, pseudofolliculitis is most often found in the armpit region and in the pubic area.

When shaving, hair grows spirally, becomes sharp, penetrates the skin surrounding the hair follicle, and grows into the dermis, causing an inflammatory response. As a result of ingrowths of hair into the dermis, invagination of the epidermis is observed, which is facilitated by the formation of micro abscesses and mixed inflammatory infiltrate and a reaction to a foreign body in the region of the apex of the ingrowing hair. Fibrosis of the dermis may occur. Follicular papules, pustules and post-inflammatory hyperpigmentation are clinically observed in the beard growth area, on the anterior and lateral surface of the neck in men; in the armpit and bikini area in women. Possible degeneration of papules into cysts, scarring.

The aim of the treatment is to prevent the formation of papules, pustules, rubs and post-inflammatory hyperpigmentation. To achieve the goal, the simplest, cheapest and most effective way to stop shaving, changing the shaving technique (thoroughly moisturizing the skin before applying the shaving cream, using a very sharp razor, shaving along the hair growth in only one direction. Cutting hair twice a day with nippers - tweezers (clippers) prevents their ingrowths into the skin; effective local application of antibiotics, the appointment of tretinoin, benzoyl peroxide and glycolic acid; most effective is laser hair removal.

Вросший волос или псевдофолликулит волос бороды - папулезно - пустулезная воспалительная реакция на инородное тело, встречающаяся у любого человека с вьющимися волосами, который тщательно и постоянно бреется. Это состояние является особой проблемой для лиц латино-афроамериканского происхождения. Заболевание часто носит хронический характер и может обезображивать лицо. Псевдофолликулит волос бороды является значительной проблемой для предрасположенных к нему лиц, которым необходимо тщательно бриться. Он наблюдается у 50-75% лиц афроамериканского происхождения и 3-5% лиц белой расы, которые регулярно бреются. Заболевание встречается как у мужчин, так и у женщин. Наиболее сильно поражается область шеи. Проблема является хронической пока не прекращают бритье.

Клиническая картина. Псевдофолликулит волос бороды поражает людей с вьющимися волосами или тех, у которых волосяной фолликул направлен под углом к поверхности кожи. Острый сбритый волос с конусовидным кончиком врастает в кожу и вызывает реакцию на инородное тело, образуя микроабсцесс. Обычно на пораженной коже появляются перифолликулярные красные папулы или пустулы, чаще всего на подбородке и шее. Очаги могут зудеть и/или причинять боль. Это состояние может иметь место на любом участке, где бреют волосы (на волосистой части головы, задней поверхности шеи, в паховой области, на ногах). В результате этого хронического состояния могут образовываться рубцы и гиперпигментация. На пораженной коже часто наблюдается образование келоидов, особенно у лиц афро - американского происхождения.

Наиболее типичные очаги представляют собой стерильные воспалительные папулы. Диагноз ставят клинически на основании локализации очагов и их внешнего вида. В культуре из очагов можно обнаружить вторичную стафилококковую инфекцию, поскольку нормальная флора может замещаться патогенными микроорганизмами.

Дифференциальный диагноз следует проводить с акне, бактериальным или грибковым фолликулитом (может помочь посев из пустулы, а в случае тяжелого резистентного или прогрессирующего состояния соскоб из перифолликулярной области или биопсия кожи могут показать наличие грибковой инфекции).

Лечение. Вросший волосяной стержень необходимо извлечь. Под волосяную петельку вставляют иглу и волос с усилием приподнимают. Можно использовать зубную щетку для аккуратного массаж круговыми движениями, что может помочь извлечь вросший волос. Следует прекратить бритье пока воспаление не будет взято под контроль. Наружный крем с азелаиновой кислотой («Финацеа») помогает уменьшить пост воспалительную гиперпигментацию, снижая при этом бактериальное обсеменение. Топические препараты с антибиотиками (克林дамицин, бензоилпероксид 5% или 10%; эритромицин) уменьшает бактериальную колонизацию и помогает некоторым пациентам. Короткий курс противостафилококковых антибиотиков может уменьшить воспаление и ускорить разрешение заболевания. Нередко в случае персистирующих папул применяют инъекции триамцинолона ацетонида 2,5 мг/мл внутрь очага. Может возникнуть временная атрофия. При разрешении очагов бритье можно возобновить. Местное применение крема с эфлорнитина гидрорхлоридом 13,9% («Vaniga») блокирует орнитин - декарбоксилазу - фермент, важный для деления клеток волоса, и замедляет рост волос. Крем применяют 2 раза в день на пораженную кожу. Большинство пациентов переносят его хорошо, хотя у некоторых может возникнуть раздражительный дерматит. Эффективной альтернативой бритью являются средства для удаления волос с сульфидом бария или тиогликолатом. Их наносят на кожу на 3 - 10 мин. а затем смывают. Эти продукты раздражают кожу, поэтому пользоваться ими можно 1-2 раза в неделю.

Как правило если ни одно из мероприятий не оказывает эффекта, бритье необходимо прекратить совсем. Единственным радикальным методом лечения является удаление волосяных фолликулов. Удаление волос с помощью лазера может быть

надежным и эффективным средством лечения в торпидных случаях. Лазерное удаление волос осуществляют диодным лазером (800 - 810нм), пульсирующим лазером на александрите (755нм), пульсирующим неодимовым ИАГ - лазером (1064 нм) и пульсирующим некогерентным источником света. Побочные эффекты включают пост воспалительную гипопигментацию у людей с темной кожей, поскольку меланин является целевым агентом при лазерном удалении волос. Необходимо строго придерживаться рекомендаций по проведению бритья

Основной целью при проведении бритья является избежать «давящего» бритья и образования при бритье тонко заостренных кончиков волос. Перед бритьем кожу необходимо увлажнить, принять душ перед бритьем, а волосы в области бритья подержать под теплой водой минимум 2 мин. Необходимо вытащить кончики волос, которые начинают проникать в кожу. Это делается круговыми движениями зубной щетки и иголкой, смоченной в спирте. Манипуляции проводят перед бритьем и перед сном. Желательно использовать гели для бритья с густой пеной, применять специальные бритвы, сбрывающие волосы над поверхностью кожи. Можно пользоваться электробритвой, но с настройкой, исключающей тесный контакт с кожей.

Представляем наше клиническое наблюдение: мужчина 39 лет обратился с жалобами на наличие высыпаний в области подбородка и задней поверхности шеи. Из субъективных ощущений больной предъявляет жалобы на чувство зуда и боли, которые периодически возникают в очагах поражения. Болен в течение 5 лет. У пациента вьющиеся волосы. Начало заболевания в области подбородка связывает с регулярным бритьем. Пациент неоднократно консультирован дерматологом, который поставил диагноз акне. Проведенный курс лечения по поводу вульгарных угрей оказался малоэффективным. Пациент на время отказался от бритья. Что дало временное улучшение кожного патологического процесса. Из анамнеза юрист. 3 года назад проведена аппендэктомия.

Объективно в области подбородка, в кожной складке ниже красной губы на пораженной коже множественные перифолликулярные папулы и пустулы. Подобные высыпания наблюдаются на задней поверхности шеи. На периферии очагов поражения гиперпигментация и рубцы. В центре отмечаются келоиды. Пациент проконсультирован в нашей клинике. Диагноз поставлен клинически на основании локализации очагов и их внешнего вида.

Дифференциальный диагноз проведен с акне, грибковым и бактериальным фолликулитом. Соскоб из перифолликулярной области показал отсутствие грибковой инфекции.



Рекомендовано временно прекратить бритье. Местно топические препараты с антибиотиками (клиндамицин, бензоилпероксид 5% или 10%, эритромицин). Проведен короткий курс противостафилококковых антибиотиков (вильпрафен 500 мг 2 раза в день 10 дней). В очаги персистирующих папул применены инъекции триамцинолона ацетонида 2,5 мг/мл. Пациенту рекомендовано лазерное удаление волос.

ЛИТЕРАТУРА

1. Braun - Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie 6 Auflage Springer 2012
2. 2. Голдсмит, Кац, Джилкрест, Паллер, Леффель, Вольф. Дерматология Фицпатрика в клинической практике 2015
3. P. Fritsch Dermatologie und Venerologie 1998
4. Хебиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М. 2008
- 5.

ბ. ცისკარიშვილი, ა. კაციტაძე, ნატო კორსანტია, ც. ცისკარიშვილი
ფსევდოფოლიკულიტის კლინიკური შემთხვევა
თსსუ დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის დეპარტამენტი; თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

წარმოდგენილია ფსევდოფოლიკულიტის კლინიკური შემთხვევა. დაავადება ჩვეულებრივი ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობაა, რომელიც იწვევს პაპულებსა და პუსტულებს წვერის არეში, განსაკუთრებით მამაკაცებში, მუქი ფერის კანისა და ხუჭუჭა თმის დროს. ამასთან, ფსევდოფოლიკულიტი შეიძლება შეგვხვდეს ნებისმიერ კანზე, რომელიც რეგულარულად იპარსება, მიუხედავად მისი ფოტოტიპისა. ქალებში ფსევდოფოლიკულიტი ყველაზე ხშირად ილღისა და საზარდულის მიდამოში გვხვდება.

გაპარსვისას, თმა იზრდება სპირალურად, ხდება უხეში, აღწევს კანის ფოლიკულის სიღრმეში და იზრდება დერმაში, რაც იწვევს ანთებით რეაქციას. დერმაში მოხვედრის შედეგად აღინიშნება ეპიდერმისის ინვაგინაცია, რასაც ხელს

უწყობს მიკრო აბსცესების და შერეული ანთებითი ინფილტრატის წარმოქმნა და უცხო სხეულზე რეაქცია. შეიძლება მოხდეს დერმის ფიბროზი. ფოლიკულური პაპულები, პუსტულები და პოსტ ანთებითი ჰიპერპიგმენტაცია კლინიკურად აღინიშნება წვერის ზრდის არეში, მამაკაცებში კისრის წინა და გვერდით ზედაპირზე; ქალებში ილიისა და ბიკინის არეში. პაპულები შესაძლოა გადაგვარდეს კისტებად, ნაწიბურად.

მკურნალობის მიზანია პაპულების, პუსტულების, ნაწიბურისა და პოსტ ანთებითი ჰიპერპიგმენტაციის წარმოქმნის პრევენცია. მიზნის მისაღწევად, იაფი და ყველაზე ეფექტური გზაა, პარსვის ტექნიკის შეცვლა (საპარსი კრემის წასმამდე კანის სრულყოფილად დატენიანება, ძალიან ბასრი საპარსით გაპარსვა, თმის ზრდის გასწვრივ, მხოლოდ ერთი მიმართულებით. თმის შეჭრა დღეში ორჯერ საკვანეტით-პინცეტით აფერხებს მათ კანში ჩაზრდას); ანტიბიოტიკების ეფექტური ადგილობრივი გამოყენება, ტრეტინოინის, ბენზოილ პეროქსიდის და გლიკოლის მჟავის დანიშვნა; ყველაზე ეფექტურია ლაზერული ეპილაცია.