

Научная статья

УДК 616.5-002.33-07/-08

<https://doi.org/10.35266/2949-3447-2026-2-6>

АБСЦЕДИРУЮЩИЙ И ПОДРЫВАЮЩИЙ ФОЛЛИКУЛИТ И ПЕРИФОЛЛИКУЛИТ ГОФФМАННА: ВОЗМОЖНА ЛИ ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕМИССИЯ?

Евгения Викторовна Павлова^{1✉}, Елена Николаевна Ефанова^{1,2},
Ирина Владимировна Улитина¹

¹Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер, Сургут, Россия

²Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Аннотация. Статья посвящена описанию клинического случая фолликулита Гоффманна, успешно пролеченного системными ретиноидами. Приведенный клинический пример представляет интерес, так как встречается редко, может возникать внезапно, отличается выраженной тяжестью, торпидностью течения, резистентностью к терапии, склонностью к рецидивированию и формированию рубцовой атрофии на месте длительно протекающего воспалительного процесса, зачастую достаточно глубокого, что значительно снижает качество жизни пациентов. Это требует систематизации накопленных знаний и научных исследований об этой редкой нозологии, а также утверждения регламентирующих документов по ведению пациентов с фолликулитом Гоффманна.

Ключевые слова: подрывающий фолликулит, инверсные акне, фолликулит Гоффманна, рубцовая атрофия, системные ретиноиды, изотретиноин

Шифр специальности: 3.1.23. Дерматовенерология.

Для цитирования: Павлова Е. В., Ефанова Е. Н., Улитина И. В. Абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна: возможна ли длительная ремиссия? // Вестник СурГУ. Медицина. 2026. Т. 19, № 2. С. 48–53. <https://doi.org/10.35266/2949-3447-2026-2-6>.

Original article

PERIFOLLICULITIS CAPITIS ABSCEDENS ET SUFFODIENS: IS LONG-TERM REMISSION POSSIBLE?

Evgeniya V. Pavlova^{1✉}, Elena N. Efanova^{1,2}, Irina V. Ulitina¹

¹Surgut Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Surgut, Russia

²Surgut State University, Surgut, Russia

Abstract. The paper describes a clinical case of perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, or Hoffmann's dissecting cellulitis, successfully treated via systemic retinoids. The case is of interest due to the rareness, sudden onset, severity, torpid course, and treatment resistance of the specified medical condition. The study's relevance also lies in the disease's tendency to relapse and develop ulerythema on the prolonged and frequently profound inflammation spots, which significantly reduce the patients' quality of life. Therefore, it is necessary to organize the current scientific information concerning this uncommon medical condition and establish clinical protocols for the management of dissecting cellulitis.

Keywords: dissecting folliculitis, acne inversa, Hoffmann's dissecting cellulitis, ulerythema, systemic retinoids, isotretinoin

Code: 3.1.23. Dermatovenerology.

For citation: Pavlova E. V., Efanova E. N., Ulitina I. V. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens: Is long-term remission possible? *Vestnik SurGU. Meditsina.* 2026;19(2):48–53. <https://doi.org/10.35266/2949-3447-2026-2-6>.

ВВЕДЕНИЕ

АППГ (абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит волосистой части головы Гоффманна) – это заболевание из группы пустулезных дерматозов. Современная медицина трактует его как атипичную форму акне (acne inversa), а не как

вариант пиодермии, как считалось прежде. Представляет собой воспалительное рецидивирующее заболевание кожи волосистой части головы неясной этиологии, характеризующееся образованием абсцессов с последующим формированием рубцовой атрофии [1, 2]. Исторически заболевание впервые

описано в отечественной литературе А. Н. Черногубовым (1892) под термином «суппуративный конглобатный перифолликулит», а позднее – С. О. Живультом (1894) в «Больничной газете Боткина». Зарубежные исследователи E. Lang, L. Spitzer и G. Nob ввели термин *dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata*, отражающий морфологическую сущность заболевания [3].

Согласно классификации, разработанной экспертами Североамериканского общества исследования волос (NAHRs) на симпозиуме по рубцовой алопеции, фолликулит Гоффманна относится к нейтрофильным формам первичной рубцовой алопеции. Заболевание входит в состав фолликулярной окклюзионной триады (или тетрады), включающей конглобатные акне, гнойный гидраденит (*hidradenitis suppurativa*) и пилонидальную кисту, что указывает на сходные патогенетические механизмы этих состояний [4, 5].

Эпидемиологически заболевание встречается преимущественно у мужчин в возрасте 18–40 лет. Этиология остается окончательно невыясненной [6, 7]. Наиболее часто патологический процесс инициируется в теменно-затылочной области волосистой части головы, где первичные изменения локализуются в зоне волосяных фолликулов. В результате гиперкератоза формируются комедоноподобные массы, приводящие к закупорке фолликулярного устья. Возникают плотные узлы диаметром 0,5–1 см, располагающиеся глубоко в дерме, после чего развивается перифолликулярный инфильтрат и формируется очаг острого, а затем хронического воспаления.

Согласно ряду исследований, нарушение экспрессии цитокератина 17, характерного для протоков сальных желез, приводит к структурной нестабильности эпителия и последующему разрыву фолликулярной стенки, что запускает воспалительный каскад [6]. Доказанная вовлеченность как фолликула, так и окружающих тканей обусловила использование термина «фолликулит и перифолликулит» [8]. По мере прогрессирования воспаления узлы увеличиваются до 1–2 см, приобретают эритематозную окраску; присоединение вторичной бактериальной инфекции, чаще вызванной *Staphylococcus aureus*, приводит к их размягчению, слиянию и формированию свищевых ходов и абсцессов. Из свищей выделяется гнойно-кровянистое содержимое, нередко одновременно из нескольких отверстий. На месте поражения формируются келоидоподобные рубцы и необратимая алопеция.

Заболевание отличается хроническим, рецидивирующим течением, может сохраняться на протяжении многих лет, сопровождаясь субфебрилитетом, болезненностью регионарных лимфоузлов и выраженными воспалительными изменениями в крови (лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов, гиперглобулинемия, снижение уровня альбумина) [6].

Иммуногенетические исследования выявили связь заболевания с определенными антигенами главного комплекса гистосовместимости (HLA). Так, HLA-A3 и HLA-B35, а также внутрилокусные комбинации HLA-A2-A3 и HLA-A2-Ax рассматриваются как протективные маркеры, тогда как сочетания HLA-A2-B7, HLA-A1-B17 и HLA-A2-B12 ассоциируются с повышен-

ным риском развития тяжелых акнеформных дерматозов, включая АПФПГ [9].

Клинические проявления заболевания значительно ухудшают качество жизни пациентов, особенно в период обострений, сопровождающихся образованием абсцессов и спонтанным вскрытием очагов с выделением гнойного содержимого [10].

На сегодня отсутствуют стандарты и клинические рекомендации, регламентирующие ведение пациентов с этой редкой кожной патологией. Не найдено единого гайдлайна и в зарубежной дерматологической практике. Согласно данным литературы, для лечения дерматоза могут применяться системные антибактериальные препараты, системные ретиноиды, биологическая терапия, а также хирургическое лечение [11]. Назначение антибактериальных препаратов обосновано лишь при наличии признаков общей инфекционной интоксикации. Биологическая терапия проводится ингибиторами фактора некроза опухоли α и ингибиторами интерлейкина-23 [12].

Учитывая ведущие патогенетические механизмы, терапевтические подходы должны быть направлены на снижение активности сальных желез, нормализацию процессов фолликулярной кератинизации и купирование воспаления [10, 13, 14]. Эти эффекты обеспечивают системные ретиноиды, в частности изотретиноин, который зарекомендовал себя как высокоэффективное средство в лечении данной патологии.

Цель – описание клинического случая пациента с хроническим рецидивирующим течением абсцедирующего и подрывающего фолликулита и перифолликулита волосистой части головы Гоффманна и анализа достижения стойкой ремиссии на фоне терапии системным изотретиноином.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ случая абсцедирующего и подрывающего фолликулита и перифолликулита волосистой части головы Гоффманна. Получено информированное согласие пациента на оказание медицинской помощи и публикацию анонимных данных.

В статье приведено клиническое наблюдение пациента, находившегося под наблюдением в Сургутском клиническом кожно-венерологическом диспансере. Пациент – мужчина 38 лет, страдающий абсцедирующим и подрывающим фолликулитом и перифолликулитом волосистой части головы Гоффманна на протяжении шести лет. Ранее проводившиеся курсы антибактериальной терапии давали временное улучшение без стойкого клинического эффекта, что значительно снижало качество жизни и привело к формированию необратимых последствий на коже волосистой части головы. Лечение изотретиноином проводилось под динамическим контролем клинических и лабораторных показателей.

Применение системного изотретиноина в индивидуально подобранной дозировке позволило добиться полного клинического регресса высыпаний и стойкой ремиссии заболевания, сохранявшейся на протяжении шести месяцев динамического наблюдения. Это подтверждает высокую эффективность системных ретиноидов при лечении хронических рецидивирующих форм фолликулярных дерматозов, в том числе фолликулита Гоффманна [10, 13, 14].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Описание клинического случая

Пациент А., 38 лет, отмечал шестилетний стаж заболевания, начало которого не ассоциировал с какими-либо провоцирующими факторами. Неоднократно проходил амбулаторное лечение без достижения стойкой ремиссии.

Локальный статус. Патологический процесс носил ограниченный характер на момент осмотра. Локализовался на коже волосистой части головы, преимущественно теменной, затылочной областях с частичным переходом на кожу височных областей (рис. 1).

Представлен множественными узлами от 0,4 до 1,5 см в диаметре на эритематозном фоне, пустулами с гнойным содержимым, гнойными корками желто-зеленого цвета, очагами отсутствия волос. Узлы эластической консистенции, при пальпации слегка болезненные, без признаков флюктуации. Свечения в лучах лампы Вуда нет.

Дермографизм: красный, стойкий. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Слизистые оболочки чистые, высыпания отсутствуют. Кожные покровы: кроме основного очага поражения патологических элементов не выявлено.



Рис. 1. Пациент А. до начала лечения:

- а – высыпания на коже волосистой части головы;
 б – высыпания на коже левой височной области волосистой части головы;
 в – высыпания на коже правой височной области волосистой части головы

Примечание: фото авторов.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: скорость оседания эритроцитов – 20 мм/ч (незначительное ускорение). Биохимический анализ крови: без отклонений от нормы. Общий анализ мочи: в пределах физиологической нормы. Копроцитограмма: простейшие и яйца глистов не обнаружены. Иммуноферментный анализ на антитела к вирусу иммунодефицита человека, гепатиту С, гепатиту В – не выявлены. Культуральное исследование отделяемого пустул – роста нет. Микроскопическое исследование чешуек волосистой части головы – элементов дерматомицетов не обнаружено.

На основании жалоб пациента, данных анамнеза, клинической картины и результатов обследования установлен следующий диагноз: L73.8 Абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит волосистой части головы Гоффманна, непрерывно-рецидивирующее течение.

Лечение. Местная терапия: обработка пустул раствором анилиновых красителей 2 раза в день в течение 10–14 дней. Системная терапия: изотретиноин внутрь в капсулах в дозе 0,4 мг/кг в сутки. (в данном случае 40 мг в сутки), кумулятивная доза 9 600 мг. Пациент принимал препарат после еды, разделив суточную дозу на 3 приема. Курс лечения: 8 месяцев.

Пациент получил полный курс назначенной терапии под контролем общеклинических исследований 1 раз в 2 месяца. Выраженных побочных эффектов (за исключением ретиноидного хейлита) не наблюдалось. На фоне полученной терапии через 8 месяцев отмечен полный регресс высыпаний с явлениями келоидоподобных, местами атрофических рубцов и участков рубцовой атрофии (рис. 2). Еще через 6 месяцев динамического наблюдения рецидива патологического процесса отмечено не было.



Рис. 2. Пациент А. через 8 месяцев после лечения препаратом изотретиноин:

а – высыпания на коже волосистой части головы;

б – высыпания на коже левой височной области волосистой части головы;

в – высыпания на коже правой височной области волосистой части головы

Примечание: фото авторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит волосистой части головы Гоффмана – редкий хронический нейтрофильный дерматоз, характеризующийся торпидным, рецидивирующим течением и выраженной склонностью к формированию рубцовых изменений. Особенности локализации патологического процесса, его длительность и устойчивость к терапии значительно снижают качество жизни пациентов и нередко приводят к психоэмоциональным нарушениям.

Представленный клинический случай отражает типичную клинико-анамнестическую картину АПФПГ: характерную локализацию на волосистой части головы, поражение мужчин молодого и среднего возраста, множественные воспалительные узлы, пустулы и участки рубцовой алопеции. В течение шести лет пациент не получал адекватной патогенетической терапии, что обусловило длительное сохранение воспалительной активности и развитие необратимых рубцовых изменений кожи.

Применение системного ретиноида изотретиноина в индивидуально подобранной дозировке позволило добиться полного клинического регресса высыпаний и стойкой ремиссии заболевания, сохранявшейся на протяжении шести месяцев динамического наблюдения. Это подтверждает высокую эффективность системных ретиноидов при лечении хронических рецидивирующих форм фолликуляр-

ных дерматозов, в том числе фолликулита Гоффмана [10–12].

Несмотря на достижения современной дерматовенерологии, тяжелые воспалительные заболевания, поражающие сально-волосной аппарат, по-прежнему представляют значительную терапевтическую проблему. Их упорное течение, резистентность к стандартным методам лечения и выраженные воспалительные реакции приводят к структурным изменениям кожи, необратимому выпадению волос и формированию рубцов различного типа – от атрофических до келоидных. Последствия глубоких воспалительных процессов требуют длительного, комплексного и дорогостоящего лечения, которое не всегда обеспечивает полное восстановление кожного покрова. Таким образом, системные ретиноиды, обладая способностью модулировать процессы кератинизации и воспаления, должны рассматриваться как препараты первой линии при терапии торпидных, рецидивирующих форм фолликулита Гоффмана. Необходимы дальнейшие клинические и патогенетические исследования для уточнения оптимальных дозировочных режимов, длительности терапии и критериев эффективности лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Потекаев Н. Н., Аравийская Е. Р., Соколовский Е. В. и др. Акне и розацеа. М.: БИНОМ, 2007. 213 с.
2. Кубанов А. А., Галлямова Ю. А., Сысоева Т. А. Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана и синдром фолликулярной окклюзии // Лечащий врач. 2017. № 8.

REFERENCES

1. Potekaev N. N., Araviyskaya E. R., Sokolovskiy E. V. et al. Akne i rozatsea. Moscow: BINOM; 2007. 213 p. (In Russ.).
2. Kubanov A. A., Gallyamova Yu. A., Sysoeva T. A. Abstsediruyushchiy podryvayushchiy follikulit i perifollikulit Goffmana i sindrom follikulyarnoy okklyuzii. *Lechaschi Vrach*. 2017;(8). (In Russ.).

3. Усубалиев М. Б., Шакирова А. Т., Чечейбаева Ж. Ш. Фолликулит и перифолликулит абсцедирующий и подрывающий Гоффмана – современное состояние проблемы (литературный обзор) // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. 2020. № 5–6. С. 23–30.
4. Sjerobabski Masnec I., Franceschi N. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treated with anti-tumor necrosis factor-alpha – possible new treatment option // Acta Dermatovenerologica Croatica. 2018. Vol. 26, no. 3. P. 255–259.
5. Дрождина М. Б., Бобро В. А. Подрывающий фолликулит Гоффмана – состояние проблемы, подходы к терапии, демонстрация клинических случаев // Вестник дерматологии и венерологии. 2020. Т. 96, № 2. С. 35–43. <https://doi.org/10.25208/vdv1139>.
6. Смирнов К. С., Волкова В. Д. Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана // Научные исследования: векторы развития : сб. материалов III Междунар. науч.-практ. конф., 30 ноября 2018 г., г. Чебоксары. Чебоксары : Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2018. С. 32–34.
7. Дядькин В. Ю., Шамов Б. А. Акнекутан в терапии абсцедирующего фолликулита Гоффмана // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2011. № 2. С. 27.
8. Вашкевич А. А., Разнатовский К. И., Резцова П. А. и др. Подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана (ПФПФГ) // Дерматология в России. 2018. № 51. С. 167–168.
9. Bolz S., Jappe U., Hartschuh W. Successful treatment of perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens with combined isotretinoin and dapsonе // JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2008. Vol. 6, no. 1. P. 44–47.
10. Неведова А. М., Соболева К. И. Изотретиноин в лечении подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффмана (ПФПФГ) // Мечниковские чтения-2020 : материалы 93-й Всероссий. науч.-практ. студ. конф. с междунар. участием, 3 июня 2020 г., г. Санкт-Петербург. СПб. : Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, 2020. Ч. 1. С. 138–139.
11. Jerome M. A., Laub D. R. Dissecting cellulitis of the scalp: Case discussion, unique considerations, and treatment options // Eplasty. 2014. Vol. 14.
12. Nagshabandi K. N., Alsalhi A., Alahmadi D. et al. Refractory dissecting cellulitis of the scalp treated with risankizumab: 2 case reports // JAAD Case Reports. 2023. Vol. 42. P. 87–90. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2023.10.011>.
13. Ширяева А. А. Опыт применения ретиноидов при лечении подрывающего фолликулита Гоффмана // Молодежь XXI века: шаг в будущее: материалы XXIV региональной науч.-практ. конф., 18 мая 2023 г., г. Благовещенск. В 4 т. Благовещенск: Амурский государственный университет, 2023. Т. 3. С. 100–101.
14. Аравийская Е. Р. Пустулезные дерматозы волосистой части головы: о чем можно и нужно подумать? // Эффективная фармакотерапия. 2022. Т. 18, № 39. С. 18–20.
3. Usubaliev M. B., Shakirova A. T., Checheibaeva Zh. Sh. Folliculitis and perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (Hoffman's disease) – current state of the problem (Literature review). *Vestnik Kyrgyzskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii imeni I. K. Akhunbaeva*. 2020;(5–6):23–30. (In Russ.).
4. Sjerobabski Masnec I., Franceschi N. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treated with anti-tumor necrosis factor-alpha – possible new treatment option. *Acta Dermatovenerologica Croatica*. 2018;26(3):255–259.
5. Drozhkina M. B., Bobro V. A. Hoffman's recalcitrant dissecting folliculitis – state of the problem, approach to therapy, demonstration of clinical cases. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2020;96(2):35–43. <https://doi.org/10.25208/vdv1139>. (In Russ.).
6. Smirnov K. S., Volkova V. D. Abstsediruyushchiy podryvayushchiy follikulit Goffmana. In: *Proceedings of the 3rd International Research-to-Practice Conference "Nauchnye issledovaniya: vektory razvitiya"*, November 30, 2018, Cheboksary. Cheboksary: Scientific Cooperation Center "Interactive plus"; 2018. p. 32–34. (In Russ.).
7. Diadkin V. Y., Shamov B. A. Acnecutan in dissecting folliculitis therapy. *Zdorove, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov*. 2011;(2):27. (In Russ.).
8. Vashkevich A. A., Raznatovskiy K. I., Reztsova P. A. et al. Podryvayushchiy follikulit i perifollikulit Goffmana (PFPFG). *Dermatology in Russia*. 2018;(51):167–168. (In Russ.).
9. Bolz S., Jappe U., Hartschuh W. Successful treatment of perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens with combined isotretinoin and dapsonе. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2008;6(1):44–47.
10. Nefedova A. M., Soboleva K. I. Izotretinoin v lechenii podryvayushchego follikulita i perifollikulita Goffmana (PFPFG). In: *Proceedings of the 93rd All-Russian Research-to-Practice Student Conference with International Participation "Mechnikovskie chteniya-2020"*, June 3, 2020, Saint Petersburg. St. Petersburg: I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University; 2020. Pt. 1. p. 138–139. (In Russ.).
11. Jerome M. A., Laub D. R. Dissecting cellulitis of the scalp: Case discussion, unique considerations, and treatment options. *Eplasty*. 2014;14.
12. Nagshabandi K. N., Alsalhi A., Alahmadi D. et al. Refractory dissecting cellulitis of the scalp treated with risankizumab: 2 case reports. *JAAD Case Reports*. 2023;42:87–90. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2023.10.011>.
13. Shiryaeva A. A. Opyt primeneniya retinoidov pri lechenii podryvayushchego follikulita Goffmana. In: *Proceedings of the 24th Regional Research-to-Practice Conference "Molodezh XXI veka: shag v budushchee"*, May 18, 2023, Blagoveshchensk. In 4 vols. Blagoveshchensk: Amur State University; 2023. Vol. 3. p. 100–101. (In Russ.).
14. Araviyskaya E. R. Pustuleznye dermatozy volosistoy chasti golovy: o chem mozjno i nuzhno podumat? *Effective Pharmacotherapy*. 2022;18(39):18–20. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Е. В. Павлова – заместитель главного врача по медицинской части, врач-дерматовенеролог;
<https://orcid.org/0000-0001-7276-8412>,
e_v_pavlova@mail.ru

Е. Н. Ефанова – кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог;
<https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>,
efanova_en@surgu.ru

И. В. Улитина – главный врач;
<https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>,
glavr@kvdsurgut.ru

ABOUT THE AUTHORS

E. V. Pavlova – Deputy Chief Physician for the Medical Department, Dermatovenerologist;

<https://orcid.org/0000-0001-7276-8412>,

e_v_pavlova@mail.ru✉

E. N. Efanova – Doctor of Sciences (Medicine), Dermatovenerologist;

<https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>,

efanova_en@surgu.ru

I. V. Ulitina – Chief Medical Officer;

<https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>,

glavr@kvdsurgut.ru