

Є.М. Міхньова¹, О.В. Гаврилюк¹, М.В. Пацеля¹, Ю.В. Щербакова^{1,2}¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ²ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Київ

Декальвуючий фолікуліт: особливості діагностики

Мета роботи — проаналізувати джерела сучасної спеціальної літератури з питань діагностики декальвуючого фолікуліту (ДФ). Визначити клінічні та трихоскопічні вияви в пацієнтки з ДФ і вибрати оптимальну тактику лікування.

Представлено власне клінічне спостереження пацієнтки з ДФ, діагноз якого було встановлено на підставі клінічних і трихоскопічних виявів, після чого було призначено відповідне лікування.

Пацієнтка Д., 26 років, звернулась зі скаргами на випадіння волосся, незначний біль, свербіж та печіння в ділянці маківки, які виникли 3–4 міс тому. Випадіння волосся ні з чим не пов'язує.

Дані огляду: на волосистій частині голови в ділянці верхівки виявлено зону випадіння волосся, фолікулярний пустульоз, лусочки жовто-сірого кольору, геморагічні кірки навколо фолікулів, поодинокі пучки волосся від 5 волосин з одного збільшеного отвору, гіпертрофічні вогнища алопеції кольору слонової кістки, фолікулярний гіперкератоз. Ділянка мала неправильну форму, під час її пальпації пацієнтка відчувала незначний біль.

За результатами трихоскопії патологічної ділянки виявлено пучки з п'яти волосин з одного фолікулярного отвору, фолікулярні пустули, трубочасте лущення, скручені судини з подовженими петлями, молочні зони без фолікулярних отворів. Пацієнтці було призначено системний антибіотик, місцево — кортикостероїд та лікувальний шампунь.

Через 2 тиж від початку лікування випадіння волосся припинилось, свербіж і больові відчуття зникли. Ділянка випадіння не збільшилась, нових ділянок не виникло. Протягом наступних 4 тиж відзначено позитивну клінічну динаміку.

Висновки. ДФ є нейтрофільною первинною рубцевою алопецією, яка може призводити до невідворотних рубцевих змін на волосистій частині голови, але завдяки ранній діагностиці та своєчасному лікуванню вдається запобігти поширенню рубцевої атрофії.

Ключові слова

Декальвуючий фолікуліт, рубцева алопеція, трихоскопічна діагностика.

Декальвуючий фолікуліт (ДФ) — це нейтрофільна первинна рубцева алопеція. Термін походить від латинського слова *decalvare*, що означає «видалення волосся» [6]. ДФ виявляють у представників обох статей здебільшого у віці 30–60 років із незначним переважанням у чоловіків, але захворювання може виникати також у підлітків і людей літнього віку. Приблизно у 10,7–11,2 % усіх хворих з первинною рубцевою алопецією встановлюють діагноз ДФ, який має хронічний перебіг з періодами загострення та ремісій. Рецидиви можуть виникати навіть після проведення ефективної терапії.

Причину ДФ остаточно не визначено, хоча у розвитку захворювання певну роль відіграє *Sta-*

phylococcus aureus, оскільки цей мікроорганізм виявляють у мазках, отриманих з пустул. Це складна комбінація бактеріальної інфекції золотистого стафілокока, реакцій гіперчутливості до «суперагентів» і порушення клітинного імунітету. У розвитку захворювання можуть мати значення аномальна мікробіота, втрата цілості епідермального бар'єра, травма шкіри голови, вроджені аномалії фолікулярних отворів, порушення місцевого імунітету.

Типова локалізація ДФ — ділянки маківки та потилиці. У гострий період захворювання виявляють рецидивний фолікулярний пустульоз, еритему, лусочки жовто-сірого кольору, фолікулярний гіперкератоз, ерозії, геморагічні кірки, які

є найбільш помітними навколо фолікулів. Запальний процес супроводжується утворенням незначно гіпертрофованих вогнищ алопеції кольору слонової кістки. Характерною рисою ДФ є поодинокі пучки волосся, що виходять з одного збільшеного фолікулярного отвору (від 5 до 15 або більше волосин) [1, 7], які утворюються у разі об'єднання сусідніх фолікулярних одиниць, залучених до процесу внаслідок фіброзу та фіксації в них телогенового волосся. Пустули зазвичай виникають на краю вогнища разом з пучками волосся, що виходять з одного фолікула. Вогнища рубцевої алопеції, що утворилися, мають неправильну форму та різні розміри — від малих до великих. У разі прогресування процесу вони можуть зливатися, утворюючи великі ділянки рубців. На ділянках ураження, що виникли пізніше, гнійничкові елементи можуть бути відсутніми, але процес рубцювання при цьому триває. Ділянки поширюються периферією впродовж кількох місяців або років. Хворі скаржаться на біль, свербіж та печіння в ділянці ураження [1, 2, 7]. Перебіг хвороби тривалий.

За результатами гістологічного дослідження виявляють фолікулярний нейтрофільний інфільтрат у верхніх шарах з утворенням гранулом навколо фрагментів волосяних стрижнів. На ранніх стадіях патологічного процесу сальні залози руйнуються. Інфільтрат старих вогнищ складають нейтрофільні гранулоцити, лімфоцити та плазматичні клітини, він може проникати в дерму.

Трихоскопічна діагностика

В активній стадії виявляють пучки з п'яти і більше волосин з одного фолікулярного отвору, фолікулярні пустули, трубчасте лущення, яке утворює комірець навколо волосяного стрижня або пучка волосся, що спостерігають у 60 % пацієнтів з ДФ. Лусочки скочуються волосяним стрижнем на дистальному краї трубки і утворюють структуру, що нагадує комірець. У 66 % хворих на ДФ навколо отворів волосяних фолікулів виявляють ознаки «вибуху зірки», який є поєднанням епідермальної гіперплазії та гіперкератозу на тлі пандермального фіброзу, а також подовжені петлі та скручені судини з концентричним перифолікулярним розташуванням [3–5].

Для неактивної стадії захворювання характерні складки епідермальної гіперплазії та зони молочно-червоного кольору без фолікулярних отворів [4].

Пацієнтка Д., 26 років, звернулась зі скаргами на випадіння волосся, незначний біль, свербіж та печіння в ділянці маківки, які виникли 3–4 місяці тому. Випадіння волосся ні з чим не пов'язує.

Спочатку відчувала незначний біль та легке лущення, потім почалось випадіння волосся. Надалі розмір зони випадіння волосся збільшився, виникли гнійнички, кірочки, посилились болючість та свербіж.

Результати огляду: на волосистій частині голови в ділянці верхівки виявлено зону випадіння волосся (рис. 5), фолікулярний пустульоз, лусочки жовто-сірого кольору, геморагічні кірки навколо фолікулів, поодинокі пучки від 5 волосин з одного збільшеного отвору (рис. 1), гіпертрофічні вогнища алопеції кольору слонової кістки, фолікулярний гіперкератоз (рис. 2). Ділянка мала неправильну форму, під час її пальпації пацієнтка відчувала незначний біль.

За результатами трихоскопії патологічної ділянки виявлено пучки з п'яти волосин з одного фолікулярного отвору, фолікулярні пустули, трубчасте лущення (рис. 3), скручені судини (рис. 4) з подовженими петлями, молочні зони без фолікулярних отворів.

Загальний та біохімічний аналізи крові: відхилень від норми не виявлено, рівень глюкози в крові — 4,4 ммоль/л. Загальний аналіз сечі — в нормі.

За результатами мікроскопічного дослідження лусочок шкіри та волосся паразитарних грибів не виявлено.

Проведено бактеріологічне дослідження на визначення чутливості до антибіотиків, взято матеріал із пустульозних елементів.

Призначено доксициклін у добовій дозі 200 мг на 2 тиж, потім по 100 мг на 6 тиж (за даними бактеріологічного дослідження на визначення чутливості до антибіотиків пацієнтка виявилась чутливою до доксицикліну). Кожних 7 днів прийому антибіотика призначали флуконазол у дозі 150 мг. Місцево: лосьйон з бетаметазону дипропіонатом та саліциловою кислотою двічі на добу протягом 2 тиж; шампунь, до складу якого входять селену дисульфід, токоферол, саліцилова кислота та кераміди, двічі на тиждень протягом 4 тиж, потім — шампунь для чутливої шкіри голови.

Через 2 тиж від початку лікування випадіння волосся припинилось, свербіж та больові відчуття зникли. Ділянка випадіння не збільшилась, нові ділянки не виникли (рис. 6). Спостерігали поодинокі пустульозні елементи, переважно по периферії ділянки, геморагічні кірки навколо фолікулів, пучки волосся від 5 волосин з одного збільшеного отвору та гіпертрофічні вогнища алопеції кольору слонової кістки. Фолікулярний гіперкератоз значно зменшився. Протягом наступних 4 тиж відзначено позитивну клінічну динаміку.

ДФ частіше диференціюють із підривним фолікулітом, на який чоловіки хворіють частіше,



Рис. 1. Поодинокі пучки від 5 волосин з одного збільшеного отвору

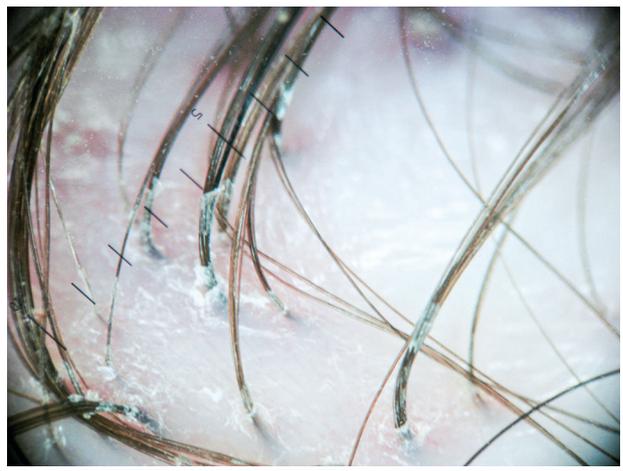


Рис. 2. Фолікулярний гіперкератоз

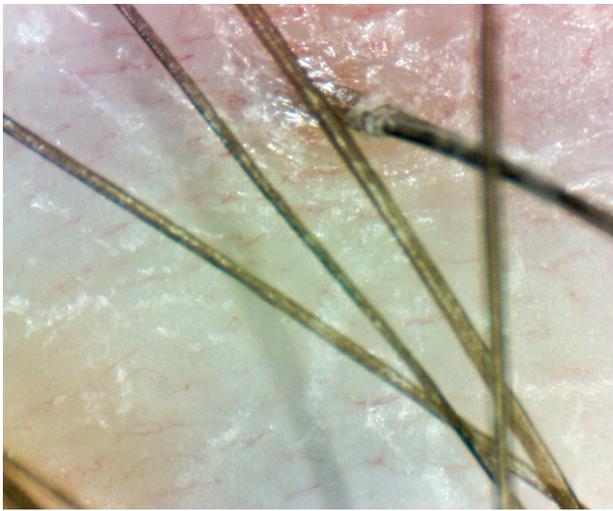


Рис. 3. Трубчасте лущення

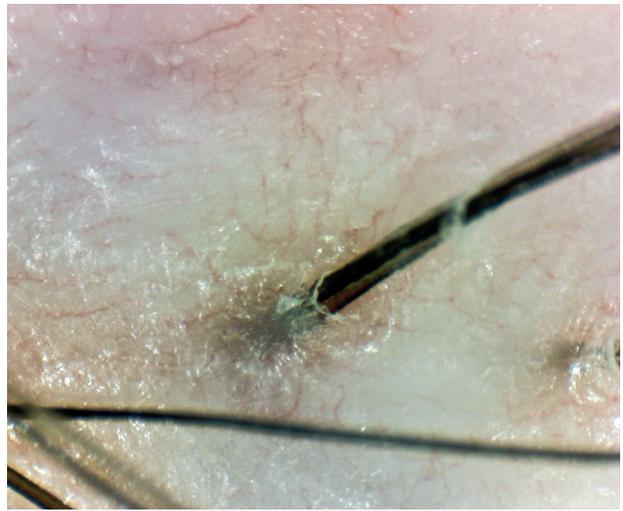


Рис. 4. Скручені судини



Рис. 5. До лікування



Рис. 6. Після лікування

ніж жінки. Підривний фолікуліт має типову локалізацію на маківці та потилиці; спостерігають фолікулярні пустули, папули та щільні вузлики; з часом утворюються абсцеси та свищі, під час натискання на які виділяється гнійний ексудат. Можлива поява пучкового волосся. Підривний фолікуліт має хронічний рецидивний перебіг і призводить до рубцевої алопеції у вигляді гіпертрофічних рубців.

ДФ також диференціюють з ерозивним пустульозним дерматозом шкіри голови. Це рідкісний дерматоз, на який хворіють переважно жінки. Він проявляється хронічними рецидивними пустулами та великими ерозіями, в подальшому виникає рубцева алопеція.

ДФ важко піддається лікуванню. Першочерговою метою терапії є елімінація золотистого стафілокока та обов'язкове бактеріологічне дослідження на визначення чутливості до антибіотиків. Призначають антибіотики широкого спектра дії (міноциклін, еритроміцин, цефалоспорини тощо). Після припинення їхнього застосування часто виникає рецидив захворювання. Для усунення гострого запалення внутрішньовогнищеву вводять кортикостероїди, які уповільнюють про-

гресування процесу і зменшують вираженість свербіжу та печіння. Місцеві антибіотики та протизапальні препарати застосовують разом із системними антибіотиками.

Для досягнення стійкої ремісії призначають поєднання тривалого прийому кількох антибіотиків. Одним з ефективних курсів лікування є поєднання рифампіцину (по 300 мг двічі на добу) та кліндаміцину (по 300 мг двічі на добу) впродовж 10 тиж, а також застосування антибіотиків тетрациклінового ряду разом з ін'єкціями кортикостероїдів у патологічні вогнища. Періоральний ізотретіноїн є альтернативою тривалому антибактеріальному лікуванню [8]. В тяжких випадках призначають фотодинамічну терапію, дапсон у дозі 100 мг на добу та короткий курс системних кортикостероїдів.

Висновки

Отже, рання діагностика ДФ, враховуючи клінічні вияви та результати трихоскопічного дослідження, може допомогти в своєчасному встановленні діагнозу. Важливо діагностувати захворювання на ранніх стадіях, щоб призначити адекватне лікування для запобігання розвитку атрофії.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: участь авторів: концепція і дизайн дослідження — Є.М. Міхньова, О.В. Гаврилюк; збір матеріалу — Є.М. Міхньова, О.В. Гаврилюк; опрацювання матеріалу та написання тексту, редагування — Є.М. Міхньова, О.В. Гаврилюк, М.В. Пацеля, Ю.В. Щербакова.

Список літератури

- Otberg N, Kang H, Azolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther.* 2008;21(4):238-244. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00204.x.
- Price V, Mirmirani P, editors. *Cicatricial alopecia: an approach to diagnosis and management.* New York: Springer, 2011. 102 p.
- Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al. Trichoscopy in cicatricial alopecia. *J Drugs Dermatol.* 2012;11:753-758. PMID: 22648224.
- Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Atlas of trichoscopy: dermoscopy in hair and scalp disease. Springer London, 2012. 507 p.
- Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep.* 2011;5(4):82-88. https://www.researchgate.net/publication/221694589_Trichoscopy_update_2011.
- Somani N, Bergfeld WF. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Dermatol Ther.* 2008;21(4):221-237. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00203.x.
- Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology.* 2010;56(1):24-38. doi: 10.1111/j.1365-2559.2009.03439.x.
- Tietze JK, Heppert MV, von Preußen A, et al. Oral isotretinoin as the most effective treatment in folliculitis decalvans: a retrospective comparison of different treatment regimens in 28 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(9):1816-1821. doi: 10.1111/jdv.13052.
- Yang C, Hannaford R, Kossard S. Folliculitis decalvans-like pustular plaques on the limbs sparing the scalp. *Australas J Dermatol.* 2020;61(1):54-56. doi: 10.1111/ajd.13178.

Y.M. Mikhnova¹, O.V. Havrylyk¹, M.V. Patselia¹, Y.V. Sherbakova^{1,2}

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

²State Establishment «Institute of dermatology and venereology of NAMS of Ukraine», Kyiv

Folliculitis decalvans: diagnostic features

Objective — to analyse the sources of modern specialised literature on the diagnosis of folliculitis decalvans (FD); to determine the clinical and trichoscopic manifestations in a patient with FD and to choose the optimal treatment tactics.

A clinical case of a patient with FD has been described. The diagnosis was established on the basis of clinical and trichoscopic manifestations of FD, and treatment was prescribed.

Patient D., 26 years old, complained of hair loss, minor pain, itching and burning in the crown area. She fell ill 3–4 months ago. Hair loss is not associated with anything.

Examination data: on the scalp — in the area of the apex, there is a zone of hair loss, follicular pustulosis, yellowgray scales, hemorrhagic crusts around the follicles, single hair bundles of 5 hairs from one enlarged hole, hypertrophic foci of ivory-colored alopecia, follicular hyperkeratosis. The area is irregularly shaped, on palpation the patient felt slight pain.

Trichoscopy of the pathological area showed bundles of five hairs from one follicular opening, follicular pustules, tubular peeling, twisted vessels with elongated loops, milk zones without follicular openings. The patient was prescribed a systemic antibiotic, a topical corticosteroid, and medicated shampoo.

After 2 weeks from the start of treatment, hair loss stopped, itching, pain disappeared. The area of loss did not increase, no new ones appeared. Over the next 4 weeks, there was a positive clinical dynamics.

Conclusions. Folliculitis decalvans is neutrophilic primary cicatricial alopecia, which can lead to inevitable cicatricial changes in the scalp, but early diagnosis and treatment can prevent the spread of cicatricial atrophy.

Keywords: folliculitis decalvans, scarring alopecia, trichoscopic diagnosis.

Стаття надійшла до редакції / Received 11.04.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 06.05.2025.

Стаття опублікована / Published 26.06.2025.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2025;2:66-70. doi: 10.30978/UJDVK2025-2-66.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2025;2:66-70. http://doi.org/10.30978/UJDVK2025-2-66.

Дані про авторів / Author's informations

Міхньова Єлизавета Миколаївна, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
<https://orcid.org/0009-0008-4463-1767>

04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9

E-mail: emihniova13@gmail.com

Гаврилюк Олександр Васильович, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
<https://orcid.org/0009-0003-1088-5148>

E-mail: drholik@gmail.com

Пацеля Маргарита Василівна, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
<https://orcid.org/0000-0001-8832-9019>

E-mail: doctor_alrksandr@ukr.net

Щербаківа Юлія Валеріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; ст. наук. співр. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<https://orcid.org/0000-0002-3682-7451>

E-mail: iuliiashcherbakova@gmail.com