КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОФОЛЛИКУЛИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Нарзикулов Рустам Мардонович
Доцент кафедры дерматовенерологи и косметологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан, г. Самарканд, ул.Амира Темура 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Утаев Акбар Журакулович
Главный врач Самаркандского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии. Узбекистан, г. Самарканд, ул. Панжикент 404

https://doi.org/10.5281/zenodo.18225485

Аннотация: Актуальность. Остеофолликулит относится к наиболее распространённым поверхностным пиодермиям и занимает значимое место в структуре обращаемости пациентов в амбулаторной дерматологической практике. Несмотря на относительно благоприятное течение, заболевание нередко приобретает рецидивирующий характер, что обусловливает необходимость детального клинико-эпидемиологического анализа и поиска факторов риска повторных эпизодов. Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности остеофолликулита в амбулаторной дерматологической практике и определить факторы, ассоциированные с рецидивирующим течением заболевания. Материалы и методы. Проведено наблюдательное клинико-эпидемиологическое исследование с участием 56 пациентов с клинически подтверждённым остеофолликулитом, находившихся на амбулаторном лечении в 2024–2025 гг. Оценивались демографические показатели, сезонность, клинические проявления, локализация и распространённость высыпаний, провоцирующие факторы, наличие сопутствующих заболеваний. У пациентов с рецидивирующим течением выполнялось бактериологическое исследование с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Результаты. Установлено, что остеофолликулит преимущественно встречается у лиц трудоспособного возраста (средний возраст 34,8 ± 9,6 года) и достоверно чаще диагностируется у мужчин (64,3 %). Отмечена сезонная зависимость с увеличением числа случаев в весенне-летний период. В 75,0 % наблюдений выявлялись локализованные поверхностные формы заболевания. Рецидивирующее течение зарегистрировано у 32,1 % пациентов и ассоциировалось с наличием сахарного диабета, ожирения, атопического дерматита и воздействием экзогенных факторов. Ведущим этиологическим агентом являлся Staphylococcus aureus. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значимой роли клинико-эпидемиологических и коморбидных факторов в формировании течения остеофолликулита и обосновывают необходимость персонализированного подхода к диагностике, лечению и профилактике рецидивов в амбулаторной дерматологической практике.

Ключевые слова: остеофолликулит, пиодермии, Staphylococcus aureus, клинико-эпидемиологические особенности, амбулаторная дерматология, рецидивы.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF OSTEOPHOLLYCULITIS IN AMBULATORY DERMATOLOGICAL PRACTICE

Narzikulov Rustam Mardonovich
Associate Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand city, Amir Temur street 18, Tel.: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Utaev Akbar Zhurakulovich
Chief physician of the Samarkand Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenereology and Cosmetology. Uzbekistan, Samarkand, Panjikent St., 404

Abstract: Relevance. Osteofolliculitis belongs to the most common superficial pyoderma and occupies a significant place in the structure of patients' referrals in outpatient dermatological practice. Despite a relatively favorable course, the disease often acquires a recurrent character, which necessitates a thorough clinical and epidemiological analysis and the search for risk factors for recurrent episodes. Purpose of the research. Study the clinical and epidemiological features of osteofolliculitis in outpatient dermatological practice and identify factors associated with the recurrent course of the disease. Materials and methods. An observational clinical and epidemiological study was conducted with 56 patients with clinically confirmed osteofolliculitis who were undergoing outpatient treatment in 2024-2025. Demographic indicators, seasonality, clinical manifestations, localization and prevalence of rashes, provoking factors, and the presence of concomitant diseases were assessed. Patients with recurrent course underwent bacteriological examination to determine the microflora's sensitivity to antibacterial drugs. Statistical processing of data was carried out using descriptive statistics methods. Results. It has been established that osteofolliculitis predominantly occurs in individuals of working age (average age 34.8 ± 9.6 years) and is significantly more frequently diagnosed in men (64.3%). Seasonal dependence was noted with an increase in cases during the spring-summer period. In 75.0% of observations, localized superficial forms of the disease were identified. The recurrent course was registered in 32.1% of patients and was associated with the presence of diabetes mellitus, obesity, atopic dermatitis, and the influence of exogenous factors. The leading etiological agent was Staphylococcus aureus. Conclusions. The obtained data indicate a significant role of clinical-epidemiological and comorbid factors in the formation of the course of osteofolliculitis and justify the need for a personalized approach to the diagnosis, treatment, and prevention of relapses in outpatient dermatological practice.

Keywords: osteofolliculitis, pyoderma, Staphylococcus aureus, clinical and epidemiological features, outpatient dermatology, relapses.

АМБУЛАТОР ДЕРМАТОЛОГИК АМАЛИЁТДА ОСТЕОФОЛЛИКУЛИТНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Нарзиқулов Рустам Мардонович
Самарқанд давлат тиббиёт университети Дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти. Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

Ўтаев Акбар Жўракулович

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд вилояти филиали бош шифокори. Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, Панжикент кўчаси, 404-уй

Аннотация: Долзарблиги. Остеофолликулит энг кенг тарқалган юзаки пиодермитлар қаторига киради ва амбулатор дерматология амалиётида беморларнинг мурожаат қилиш тузилмасида муҳим ўрин тутади. Нисбатан ижобий кечишига қарамай, касаллик кўпинча қайталанувчи хусусиятга эга бўлади, бу эса батафсил клиник-эпидемиологик таҳлил ва такрорий эпизодлар учун хавф омилларини излаш зарурлигини тақозо этади. Тадқиқотнинг мақсади. Амбулатор дерматология амалиётида остеофолликулитнинг клиник-эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва касалликнинг қайталанувчи кечиши билан боғлиқ омилларни аниқлаш. Материалы и методы. 2024-2025 йилларда амбулатор даволанган 56 нафар клиник тасдиқланган остеофолликулит билан касалланган беморлар иштирокида кузатув клиник-эпидемиологик тадқиқот ўтказилди. Демографик кўрсаткичлар, мавсумийлик, клиник кўринишлар, тошмаларнинг жойлашуви ва тарқалиши, қўзғатувчи омиллар, ёндош касалликларнинг мавжудлиги баҳоланди. Рецидивланувчи кечиш билан оғриган беморларда микрофлоранинг антибактериал препаратларга сезгирлигини аниқлаш билан бактериологик текширув ўтказилди. Маълумотларни статистик қайта ишлаш тавсифий статистика усулларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Натижалар. Остеофолликулит асосан меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахсларда (ўртача ёш 34,8±9,6 ёш) учраши ва эркакларда (64,3%) ишончли кўпроқ ташхисланиши аниқланди. Баҳорги-ёзги даврда касалланишлар сонининг кўпайиши билан мавсумий боғлиқлик қайд этилди. Кузатувларнинг 75,0% да касалликнинг чегараланган юзаки шакллари аниқланди. Қайталанувчи кечиш 32,1% беморларда қайд этилган ва қандли диабет, семизлик, атопик дерматит мавжудлиги ва экзоген омиллар таъсири билан боғлиқ бўлган. Етакчи этиологик агент Стапҳилососсус ауреус эди. Хулосалар. Олинган маълумотлар остеофолликулит кечишининг шаклланишида клиник-эпидемиологик ва коморбид омилларнинг муҳим ролини кўрсатади ва амбулатор дерматология амалиётида ташхис қўйиш, даволаш ва қайталанишнинг олдини олишга индивидуал ёндашув зарурлигини асослайди.

Калит сўзлар: остеофолликулит, пиодермия, Staphylococcus aureus, клиник-эпидемиологик хусусиятлар, амбулатория дерматологияси, қайталанишлар.

Введение: Остеофолликулит относится к группе поверхностных пиодермий и представляет собой воспалительное поражение устья волосяного фолликула, чаще всего обусловленное бактериальной инфекцией, преимущественно Staphylococcus aureus [1,2]. Клинически заболевание характеризуется появлением одиночных или множественных поверхностных фолликулярных пустул, окружённых узким венчиком гиперемии, с минимальной инфильтрацией и склонностью к быстрому разрешению без рубцевания [3]. Несмотря на кажущуюся лёгкость течения, остеофолликулит имеет существенное значение в амбулаторной дерматологической практике в связи с высокой частотой рецидивов, косметическим дискомфортом и возможностью трансформации в более глубокие формы стафилодермий [4].

По данным различных авторов, пиодермии занимают одно из ведущих мест в структуре дерматологических заболеваний, составляя от 20 до 40 % всех обращений к врачу-дерматологу,

при этом поверхностные формы, включая остеофолликулит, встречаются наиболее часто [5,6]. Заболевание регистрируется во всех возрастных группах, однако чаще выявляется у лиц трудоспособного возраста, особенно у мужчин, что связывают с регулярным бритьём, микротравматизацией кожи и профессиональными факторами [7]. Определённую роль в развитии остеофолликулита играют повышенная потливость, мацерация кожи, трение одежды, несоблюдение гигиенических норм, а также наличие сопутствующих дерматозов и соматических заболеваний, нарушающих барьерную функцию кожи [8,9].

Современные исследования подчёркивают ключевую роль Staphylococcus aureus в патогенезе остеофолликулита, а также значение его факторов вирулентности и способности к формированию биоплёнок, что способствует персистированию инфекции и развитию рецидивирующих форм заболевания [10,11]. В последние годы особое внимание уделяется проблеме антибиотикорезистентности стафилококков, включая метициллин-резистентные штаммы, что существенно осложняет выбор рациональной терапии даже при поверхностных кожных инфекциях [12]. В этой связи возрастает значение клинико-эпидемиологического анализа остеофолликулита с учётом условий амбулаторного звена здравоохранения.

Несмотря на наличие клинических рекомендаций и обобщающих обзоров, данные о клинико-эпидемиологических особенностях остеофолликулита в условиях амбулаторной дерматологической практики остаются фрагментарными и зачастую не учитывают региональные, сезонные и социально-поведенческие факторы [13,14]. Недостаточная систематизация таких показателей затрудняет разработку эффективных профилактических мероприятий и алгоритмов ведения пациентов с рецидивирующим течением заболевания.

В связи с изложенным, представляется актуальным комплексное изучение клинико-эпидемиологических характеристик остеофолликулита в амбулаторной дерматологической практике, что позволит оптимизировать диагностический подход, повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов данного дерматоза.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности остеофолликулита в амбулаторной дерматологической практике и определить факторы, ассоциированные с рецидивирующим течением.

Материалы и методы исследования: Исследование выполнено на базе амбулаторного дерматологического приёма и носило наблюдательный клинико-эпидемиологический характер. В исследование были включены 56 пациентов с клинически установленным диагнозом остеофолликулита, обратившихся за специализированной дерматологической помощью в период 2024–2025 гг.

Контингент обследованных пациентов. Среди обследованных пациентов было 36 мужчин (64,3 %) и 20 женщин (35,7 %). Возраст пациентов варьировал от 18 до 62 лет, средний возраст составил 34,8 ± 9,6 года. Большинство обследованных относилось к трудоспособному возрасту, что отражает социальную значимость данного дерматоза в амбулаторной практике.

Критерии включения. В исследование включались пациенты, соответствующие следующим критериям: возраст 18 лет и старше, наличие клинической картины, характерной для остеофолликулита (поверхностные фолликулярные пустулы, ограниченные устьем волосяного фолликула, без признаков глубокого инфильтрата), отсутствие системных проявлений воспаления, информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения. Из исследования исключались пациенты: с глубокими формами пиодермий (фурункул, карбункул, гидраденит), с подозрением на грибковую или вирусную природу фолликулита, получавшие системную антибактериальную терапию менее чем за 7 суток до обращения, с тяжёлыми иммунодефицитными состояниями.

Методы исследования. Всем пациентам проводилось клиническое дерматологическое обследование, включавшее сбор анамнеза заболевания и жизни, оценку длительности и частоты рецидивов, выявление возможных провоцирующих факторов (бритьё, микротравматизация кожи, повышенная потливость, трение одежды, профессиональные вредности).

При объективном осмотре оценивали: локализацию и распространённость высыпаний, количество и морфологию элементов, наличие субъективных симптомов (зуд, болезненность), признаки осложнённого или рецидивирующего течения.

С целью эпидемиологического анализа учитывались пол, возраст, сезон обращения, профессиональные и бытовые факторы, а также наличие сопутствующих соматических и дерматологических заболеваний (сахарный диабет, ожирение, атопический дерматит и др.).

Микробиологическое исследование. У 18 (32,1 %) пациентов с рецидивирующим течением или отсутствием эффекта от стартовой терапии проводилось бактериологическое исследование содержимого пустул с определением видового состава микрофлоры и чувствительности к антибактериальным препаратам по стандартным методикам.

Статистическая обработка. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ SPSS / Excel. Применялись методы описательной статистики с расчётом абсолютных и относительных величин (%). Достоверность различий оценивали с использованием χ^2-критерия, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Этические аспекты. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Все персональные данные пациентов были обезличены, информированное согласие на участие в исследовании получено у каждого пациента.

Результаты исследования: В результате проведённого клинико-эпидемиологического анализа установлено, что остеофолликулит в условиях амбулаторного дерматологического приёма преимущественно выявлялся у лиц трудоспособного возраста, что подтверждается средним возрастом обследованных пациентов 34,8 ± 9,6 года. Заболевание достоверно чаще диагностировалось у мужчин — 36 (64,3 %), по сравнению с женщинами — 20 (35,7 %), что, вероятно, связано с более частой микротравматизацией кожи при бритье и воздействием профессиональных факторов.

Анализ сезонности обращаемости показал увеличение числа случаев в весенне-летний период, что может быть обусловлено повышенной потливостью, мацерацией кожи и усилением бактериальной колонизации кожных покровов в тёплое время года. В осенне-зимний период заболеваемость имела тенденцию к снижению.

При клиническом обследовании у большинства пациентов отмечалось ограниченное поражение кожи, представленное единичными или множественными поверхностными фолликулярными пустулами без выраженной инфильтрации окружающих тканей. Наиболее частыми зонами локализации патологического процесса являлись лицо и шея, особенно область

бороды и усов у мужчин, а также верхние и нижние конечности. Реже элементы высыпаний располагались на коже туловища.

Субъективные симптомы были выражены умеренно. Зуд различной интенсивности отмечали большинство пациентов, тогда как болезненность элементов носила кратковременный и слабовыраженный характер. Общие симптомы интоксикации и повышение температуры тела не выявлялись ни в одном случае, что соответствовало поверхностному характеру воспалительного процесса.

При анализе анамнестических данных установлено, что ведущими провоцирующими факторами развития остеофолликулита являлись: регулярное бритьё и микротравматизация кожи, повышенная потливость и мацерация кожных покровов, трение одежды и профессиональные вредности, наличие сопутствующих дерматологических заболеваний, сопровождающихся нарушением кожного барьера.

У части пациентов выявлялись сопутствующие соматические заболевания, в том числе ожирение, сахарный диабет и атопический дерматит, которые ассоциировались с более затяжным и рецидивирующим течением остеофолликулита.

Рецидивирующее течение заболевания зарегистрировано у 18 (32,1 %) пациентов. Именно у данной группы больных отмечалась большая длительность заболевания и менее выраженный эффект от стандартной стартовой терапии.

По результатам бактериологического исследования, проведённого у пациентов с рецидивирующим течением или отсутствием клинического улучшения, в большинстве случаев была выделена стафилококковая микрофлора, преимущественно Staphylococcus aureus. Полученные данные подтверждают ведущую роль стафилококковой инфекции в развитии остеофолликулита и обосновывают необходимость микробиологической верификации при хронических и рецидивирующих формах заболевания.

Дополнительный анализ клинического течения остеофолликулита показал, что длительность заболевания до момента обращения к врачу у большинства пациентов составляла от 3 до 10 суток, что свидетельствует о сравнительно раннем обращении за медицинской помощью. Вместе с тем у пациентов с рецидивирующим течением отмечалась более продолжительная история заболевания, с периодическими обострениями на протяжении нескольких месяцев, что указывает на недостаточную эффективность ранее проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

При оценке распространённости патологического процесса установлено, что у 42 (75,0 %) пациентов наблюдалось локализованное поражение кожи (до 10 элементов), тогда как у 14 (25,0 %) пациентов выявлялись множественные высыпания, затрагивающие несколько анатомических областей. Распространённые формы заболевания преимущественно встречались у пациентов с сопутствующими соматическими и дерматологическими заболеваниями.

Анализ клинических форм остеофолликулита показал, что в подавляющем большинстве случаев воспалительный процесс ограничивался устьем волосяного фолликула, без признаков перехода в глубокие формы пиодермий. Однако у 6 (10,7 %) пациентов отмечалась тенденция к более выраженной воспалительной реакции с формированием плотного инфильтрата вокруг пустул, что рассматривалось как неблагоприятный прогностический признак и требовало коррекции лечебной тактики.

При изучении взаимосвязи клинического течения заболевания с полом и возрастом выявлено, что у мужчин остеофолликулит чаще имел рецидивирующий характер, тогда как у женщин заболевание, как правило, протекало в виде единичных эпизодов. У пациентов старше 40 лет отмечалась тенденция к более длительному разрешению элементов и сохранению поствоспалительных изменений кожи.

Статистический анализ показал, что наличие сахарного диабета, ожирения и атопического дерматита достоверно ассоциировалось с развитием рецидивов ($p < 0,05$). Кроме того, у пациентов, не соблюдавших рекомендации по уходу за кожей и профилактике микротравматизации, риск повторных эпизодов остеофолликулита был значительно выше.

Оценка эффективности проводимой терапии в амбулаторных условиях продемонстрировала, что у большинства пациентов с первичным эпизодом заболевания отмечалось полное клиническое разрешение высыпаний в течение 7–10 дней при применении стандартных схем местного лечения. В то же время у пациентов с рецидивирующим течением сроки клинического выздоровления были более продолжительными и в ряде случаев требовали изменения терапевтической тактики с учётом результатов бактериологического исследования.

Таким образом, расширенный анализ результатов исследования позволил установить, что клиническое течение остеофолликулита определяется не только локальными факторами воздействия, но и общим состоянием организма пациента. Выявленные клинико-эпидемиологические особенности подчёркивают необходимость индивидуализированного подхода к ведению пациентов, особенно при наличии факторов риска и склонности к рецидивам, что имеет важное практическое значение для амбулаторной дерматологической службы.

Выводы: Остеофолликулит в амбулаторной дерматологической практике преимущественно выявляется у лиц трудоспособного возраста (средний возраст 34,8 ± 9,6 года) и достоверно чаще встречается у мужчин (64,3 %), что обусловлено более частой микротравматизацией кожи при бритье и воздействием профессионально-бытовых факторов.

Заболевание характеризуется сезонной зависимостью с увеличением частоты обращаемости в весенне-летний период, что связано с повышенной потливостью, мацерацией кожи и усилением бактериальной колонизации кожных покровов.

В клинической картине преобладают локализованные поверхностные формы остеофолликулита (75,0 %), представленные фолликулярными пустулами без выраженной инфильтрации, с преимущественной локализацией на коже лица, шеи и конечностей.

Основными провоцирующими факторами развития остеофолликулита являются бритьё и микротравматизация кожи, повышенная потливость, трение одежды, а также наличие сопутствующих дерматологических и соматических заболеваний, сопровождающихся нарушением кожного барьера.

Рецидивирующее течение заболевания выявлено у 32,1 % пациентов и достоверно ассоциировано с наличием сахарного диабета, ожирения и атопического дерматита, а также с несоблюдением профилактических рекомендаций и неполным объёмом проводимой терапии ($p < 0,05$).

По данным бактериологического исследования, ведущая роль в развитии остеофолликулита принадлежит стафилококковой микрофлоре, преимущественно Staphylococcus aureus, что

обосновывает необходимость микробиологической верификации при рецидивирующих и торпидных формах заболевания.

Стандартные схемы местной терапии обеспечивают полное клиническое разрешение высыпаний у большинства пациентов с первичным эпизодом в течение 7–10 дней, однако при рецидивирующем течении требуется индивидуализация лечебной тактики с учётом факторов риска и результатов микробиологического исследования.

Полученные клинико-эпидемиологические данные подчёркивают необходимость комплексного и персонализированного подхода к ведению пациентов с остеофолликулитом в амбулаторной практике, направленного на коррекцию факторов риска, профилактику рецидивов и повышение эффективности лечения.

Список литературы:

1. Самцов А.В., Белоусова Т.А. Пиодермии: клиника, диагностика, лечение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 192 с.
2. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дерматовенерология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1008 с.
3. Habif T.P. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 7th ed. — Philadelphia: Elsevier, 2021. — 1024 p.
4. Тамразова О.Б., Скрипкин Ю.К. Пиодермии в практике врача-дерматолога // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2020. — №3. — С. 15–22.
5. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C. et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions // J. Invest. Dermatol. — 2014. — Vol. 134, №6. — P. 1527–1534.
6. Вольф К., Голдсмит Л., Кац С. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. В 2 т. — М.: БИНОМ, 2020. — Т. 1. — 1280 с.
7. Winters R.D., Kamath S. Folliculitis // StatPearls [Internet]. — Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
8. James W.D., Elston D.M., Treat J.R., Rosenbach M.A. Andrews’ Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 13th ed. — Philadelphia: Elsevier, 2020. — 968 p.
9. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Кожные и венерические болезни. — М.: Медицина, 2018. — 640 с.
10. Del Giudice P. Skin infections caused by Staphylococcus aureus // Acta Derm. Venereol. — 2020. — Vol. 100, Suppl. 220. — P. 1–7.
11. Otto M. Staphylococcal biofilms // Curr. Top. Microbiol. Immunol. — 2018. — Vol. 322. — P. 207–228.
12. Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections // Clin. Infect. Dis. — 2014. — Vol. 59, №2. — P. e10–e52.
13. Lynde C.W., Andriessen A. Skin barrier function and bacterial infections // J. Cutan. Med. Surg. — 2019. — Vol. 23, №3. — P. 302–308.

14. Кожевникова Г.М., Хисматуллина З.Р. Клинико-эпидемиологические особенности поверхностных пиодермий в амбулаторной практике // Вестник дерматологии и венерологии. — 2021. — №2. — С. 45–51.