КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФОЛЛИКУЛИТА (СИКОЗА) ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЧИСТКИ ЛИЦА

Аслонова Зебинисо Анваровна – Ph.D., доцент
Акбаева Асаль Абдуллаевна – студентка
Эрматова Гулшаной Мамиржоновна – студентка
Холмирзаева Наргиза Бекмуродовна – студентка
Ташкентский международный университет Кимё (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Известно, что гнойничковая инфекция является следствием внедрения и развития микробов в кожу, подкожную клетчатку, раневую область и др. очаги с последующим развитием микробного процесса и комплекса микробиологических реакций [3,6]. Появление широкого ассортимента антибиотиков различного спектра действия в клинической практике позволяет добиться высоких результатов в лечении гнойных заболеваний [1, 2, 4]. Однако, вместе с тем, значительно изменилась и клиническая картина заболеваний, и частота рецидивов гнойничкового процесса [1, 2,5]. Чаще всего гнойничковые заболевания кожи обусловлены стрептококками и стафилококками. Стафилококки обитают в устьях волосяных фолликулов, протоках сальных и потовых желез, соответственно вызывая их воспаление. Стрептококки обитают на гладкой коже и в складках (кожи). Большую роль в возникновении пиодермий играет патогенность и вирулентность возбудителя. Вирулентность стафилококков и стрептококков обусловлена их токсинами и энзимами (ферментами). Здоровая кожа с ее высоким иммунитетом является барьером для многих микроорганизмов, даже вирулентных и патогенных и их токсинов [6,7].*

Ключевые слова: *фолликулит, стафилококк, инфекция, косметологическая чистка.*

CLINICAL CASE OF DEVELOPMENT OF FOLLICULITIS (SYCOSIS) AFTER COSMETIC FACIAL CLEANSING (FACIAL EXTRACTION)

Aslonova Zebiniso Anvarovna – Ph.D., associate professor
Akbayeva Asal Abdullayevna – student
Ermatova Gulshanoy Mamirjonovna – student
Kholmirzayeva Nargiza Bekmurodovna – student
Kimyo international university in Tashkent (Tashkent, Uzbekistan)

Annotation. *It is known that purulent infection develops as a result of the penetration and proliferation of microorganisms into the skin, subcutaneous fat layer, wound area, and other foci. This is followed by the development of a complex of microbial processes and microbiological reactions [3,6].*

In clinical practice, the widespread use of antibiotics with various spectra of activity has made it possible to achieve high results in the treatment of purulent diseases [1,2,4]. However, at the same time, the clinical presentation of these diseases, as well as the frequency of recurrence of purulent processes, has significantly changed [1,2,5].

Most often, purulent skin diseases are caused by streptococci and staphylococci. Staphylococci reside in the openings of hair follicles and in the ducts of sebaceous and sweat glands, causing their inflammation. Streptococci are mainly found on smooth skin and in skin folds.

In the development of pyodermas, the pathogenicity and virulence of the causative agent play an important role. The virulence of staphylococci and streptococci is associated with the toxins and enzymes they produce. Healthy skin, due to its high immune resistance, serves as a natural barrier against many microorganisms, including virulent and pathogenic microbes and their toxins [6,7].

Key words: *folliculitis, staphylococcus, infection, cosmetic cleaning.*

YUZNI KOSMETOLOGIK TOZALASHDAN KEYIN FOLIKULIT (SIKOZ) RIVOJLANISHINING KLINIK HOLATI

Aslonova Zebiniso Anvarovna – Ph.D., dotsent
Akbayeva Asal Abdullayevna – talaba
Ermatova Gulshanoy Mamirjonovna – talaba
Xolmirzayeva Nargiza Bekmurodovna – talaba
Toshkent Kimyo xalqaro universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Ma'lumki, yiringli infeksiya mikroblarning teri, teri osti yog' qavati, yara sohasi va boshqa o'choqlarga kirib borishi hamda rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Buning ortidan mikrob jarayoni va mikrobiologik reaksiyalar kompleksi rivojlanadi [3,6].*

Klinik amaliyotda turli ta'sir doirasiga ega antibiotiklarning keng qo'llanilishi yiringli kasalliklarni davolashda yuqori natijalarga erishish imkonini bermoqda [1,2,4]. Biroq, shu bilan birga, kasalliklarning klinik ko'rinishi hamda yiringli jarayonlarning qaytalanish (retsidiv) chastotasi sezilarli darajada o'zgargan [1,2,5].

Ko'pincha terining yiringli kasalliklari streptokokklar va stafilokokklar sababli yuzaga keladi. Stafilokokklar soch follikulalari og'izlarida, yog' va ter bezlari chiqaruv yo'llarida yashaydi va ularning yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Streptokokklar esa asosan silliq terida va teri burmalarida uchraydi.

Piodermiyalarning rivojlanishida qo'zg'atuvchining patogenligi va virulentligi muhim rol o'ynaydi. Stafilokokklar va streptokokklarning virulentligi ularning ajratadigan toksinlari va fermentlari (enzimlari) bilan bog'liq. Sog'lom teri esa yuqori immuniteti tufayli ko'plab mikroorganizmlar, hatto virulent va patogen mikroblar hamda ularning toksinlari uchun tabiiy to'siq vazifasini bajaradi [6,7].

Kalit so'zlar*: follikulit, stafilokokk, infektsiya, kosmetik tozalash.*

Бактериальные инфекции на лице чаще всего вызываются поражением волосяных фолликулов. Там, где обнаружены волосяные фолликулы, может развиться фолликулит, наиболее частой причиной которого является Staphylococcus aureus. [1,2,9].

Известно, что гнойничковая инфекция является следствием внедрения и развития микробов в кожу, подкожную клетчатку, раневую область и др. очаги с последующим развитием микробного процесса и комплекса микробиологических реакций [3,6]. Появление широкого ассортимента антибиотиков различного спектра действия в клинической практике позволяет добиться высоких результатов в лечении гнойных заболеваний [1, 2, 4]. Однако, вместе с тем, значительно изменилась и клиническая картина заболеваний, и частота рецидивов гнойничкового процесса [1, 2,5]. Чаще всего гнойничковые заболевания кожи обусловлены стрептококками и стафилококками. Стафилококки обитают в устьях волосяных фолликулов, протоках сальных и потовых желез, соответственно вызывая их воспаление. Стрептококки обитают на гладкой коже и в складках (кожи). Большую роль в возникновении пиодермий играет патогенность и вирулентность возбудителя. Вирулентность стафилококков и стрептококков обусловлена их токсинами и энзимами (ферментами). Здоровая кожа с ее высоким иммунитетом является барьером для многих микроорганизмов, даже вирулентных и патогенных и их токсинов [6,7].

Практически у всех здоровых людей на поверхности кожи можно обнаружить

стафилококки и стрептококки, которые обладают способностью приобрести патогенность при определенных условиях. Состояние макроорганизма и наличие сопутствующей патологии играет большую роль в развитии гнойничковой патологии. Заболевания центральной и вегетативной нервной системы; умственное или физическое перенапряжения; «истощающие заболевания» – алкоголизм, неполноценное питание, авитаминозы; эндокринопатии (ожирение, сахарный диабет) др. способствуют снижению механизмов иммунологической защиты организма. Гнойничковые заболевания кожи проявляются разнообразно: на коже возникают либо мелкие нагнаивающиеся узелки, пронизанные волосом, либо крупные болезненные конусовидные узлы с гнойным расплавлением ткани и так называемым стержнем, могут возникать пузыри с гнойным содержимым, ссыхающиеся в гнойные корки — так называемое импетиго, которым чаще болеют дети. При бактериальных инфекциях кожи степень повреждения волосяных фолликулов варьируется от поверхностного покраснения и появления пустул (гнойничков) в результате воспаления единичных фолликулов до глубоких абсцессов (карбункулов), возникающих, когда воспалительный процесс распространяется на несколько фолликулов. Гнойничковые заболевания кожи могут протекать в виде длительно не заживающих язв с подрытыми краями и неровным дном, покрытых гнойным отделяемым, и др. Поражение кожи может быть ограниченным, без нарушения общего состояния больного, но может быть и распространенным, сопровождающимся повышением температуры тела, увеличением близлежащих лимфатических узлов, изменениями в крови, в тяжелых случаях может развиться общее заражение организма – сепсис. Патологический процесс в коже может проходить через несколько дней или недель или длиться в течение месяцев и даже лет, затихая и возобновляясь (хроническое рецидивирующее течение болезни). Хроническое течение пиодермии чаще является следствием ослабления защитных сил организма при нарушении обмена веществ, функции желез внутренней секреции, при злоупотреблении алкоголем [8,9].

Цель исследования: провести клинико-анамнестический анализ случая возникновения сикоза после косметологической чистки лица, выявить этиологические факторы осложнения и оценить эффективность примененной терапевтической тактики.

Материалы и методы: Больная А.А. (2005 г.р., 20 лет) обратилась с жалобами на зуд, жжение, покраснение, раздражение, боли в области

лица, гнойные высыпания. Анамнестические данные указывают на повышенную реактивность (чувствительность) дермы в сочетании с признаками андрогензависимой дерматопатии: избыточным оволосением и стойкой склонностью к формированию акнеформных высыпаний на фоне нарушения липидного обмена кожи. В анамнезе отмечается длительная алиментарная дезадаптация: систематическое употребление нутритивно несбалансированной пищи (фаст-фуда) и продуктов с высоким содержанием агрессивных вкусовых добавок и ирритантов (острые специи, горький перец). Режим диетотерапии игнорировался.

Из анамнеза известно, что за два дня до начала жалоб пациентке была проведена косметологическая чистка лица. На следующий день после данной процедуры в домашних условиях было проведено удаление нежелательных волос с помощью нитей (тридинг) над верхней губой, на подбородке и скулах. В течение дня на лице появились покраснения, а на следующий день лицо покрылось гнойными высыпаниями, появились зудящие боли.



Рис. 1. **Вид пациентки до проведения косметологической чистки лица**



Рис. 2. **Вид пациентки после проведения косметологической чистки лица**



Рис. 3. **Вид пациентки после удаления нежелательных волос с помощью нитей (тридинг) над верхней губой, на подбородке и скулах в домашних условиях (после косметологической чистки лица)**



Рис. 4. **Вид пациентки после удаления нежелательных волос с помощью нитей (тридинг) над верхней губой, на подбородке и скулах в домашних условиях (после косметологической чистки лица)**



Рис. 5. **Вид пациентки после лечения**



Рис. 6. **Вид пациентки после лечения**

Результаты и обсуждение. В клинике «Labnet» было назначено следующее лечение: «Пантенол» крем-3-4 раза в день, «Левомеколь» мазь 2 раза в день, отвар ромашки для приема внутрь 3 раза в день. Больной было рекомендовано придерживаться режима питания и сна.

В результате проведенного комплекса лечебно-диагностических мероприятий отмечена выраженная положительная динамика. Пациентка субъективно отмечает значительное улучшение самочувствия и регресс кожных проявлений. На фоне назначенной терапии (антибактериальной, противовоспалительной и десенсибилизирующей) удалось полностью устранить зуд, жжение и болевой синдром в области лица в течение 3-5 дней.

Наблюдается полная санация гнойных очагов. Пустулезные элементы подсохли с образованием корочек и последующей эпителизацией без формирования глубоких рубцовых изменений. Гиперемия (покраснение) и отек тканей значительно уменьшились. Стабилизация барьерной функции: Устранена избыточная реактивность дермы, возникшая вследствие сочетанного агрессивного воздействия (косметологическая чистка и тридинг). Кожа приобрела более здоровый вид, снизилась чувствительность к внешним раздражителям.

С пациенткой проведена подробная беседа о роли алиментарных факторов в патогенезе акнеформных высыпаний. Больная продемонстрировала высокую комплаентность: в ходе лечения начала придерживаться режима диетотерапии, исключив фастфуд и острые ирританты, что благоприятно сказалось на липидном обмене кожи.

Заключение: Состояние пациентки стабильное, острый процесс купирован. Рекомендовано дальнейшее диспансерное наблюдение у дерматолога и эндокринолога для коррекции андрогензависимых состояний и профилактики рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laureano AC, Schwartz RA, Cohen PJ. Facial bacterial infections: folliculitis. Clin Dermatol. 2014 Nov-Dec;32(6):711-4. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.009. Epub 2014 Mar 1. PMID: 25441463.

2. Linz MS, Mattappallil A, Finkel D, Parker D. Clinical Impact of Staphylococcus aureus Skin and Soft Tissue Infections. Antibiotics (Basel). 2023 Mar 11;12(3):557. doi: 10.3390/antibiotics12030557. PMID: 36978425; PMCID: PMC10044708.

3. Zanaty AA, Dishisha T, El-Sayed-Ahmed MAE, Abdel-Fattah MM, Ahmed KA, Abdelkader K. Characterization, genomic analysis and preclinical evaluation of the lytic Staphylococcus bacteriophage PSK against methicillin-resistant Staphylococcus aureus wound isolate. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2025 Feb 28;24(1):17. doi: 10.1186/s12941-025-00783-x. PMID: 40022070; PMCID: PMC11871620.

4. М.А. Иванова, А.В. Гречко, Р.Т. Ягудин «Влияние возрастных изменений кожи на иммунологическую систему кожи в рецидивировании хронической гнойничковой инфекции»// научные ведомости Серия Медицина. Фармация. 2010. № 22 (93). Выпуск 12/1//106-110 стр.

5. Кишкун, А.А. Иммунологические и серологические исследования в клинической практике / А.А. Кишкун. – М., 2006. – С. 27-33, 385.

6. Руководство для военных врачей. Хирургическая инфекция – клиника, диагностика, лечение. – М., 1993. – С. 1-46, 58-61, 137-150.

7. Стручков, В.И. Гнойная рана / В.И. Стручков, А.В. Григорян, В.К. Гостищев. – М.: Медицина, 1975. – С.3-16.

8. Стручков, В.И. Руководство по гнойной хирургии / В.И. Стручков, А.В. Григорян, В.К. Гостищев. – М.: Медицина, 1984. – С.11-55, 74-76, 122-142.

9. Савельев, В.С. Сепсис в начале века / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. – М: Литтерра, 2006. – С. 13-16, 20-22, 25-28, 49-51, 54-55, 72-81.