

ing to this, modern approaches to the treatment of type 2 diabetes mellitus are aimed not only at achieving optimal glycemic control, but also at reducing cardiovascular risk.

The aim of our study was to analyze the existing scientific data on the effects of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonists on the cardiovascular system and to outline perspectives for further research.

GLP-1 agonists occupy an important place in the modern therapy of type 2 diabetes mellitus due to effective glycemic control and weight reduction. However, as the existing scientific data show, the positive effect of these drugs goes beyond diabetology.

In recently conducted randomized clinical trials, the cardioprotective effects of GLP-1 agonists were revealed, namely their ability to reduce the risk of cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, as well as their ability to influence the course of heart failure and the frequency of its exacerbations. According to experts, the positive effect of some GLP-1 agonists is realized through the improvement of endothelial function, suppression of intravascular inflammation, and not only through the effect on body weight and glycemic level.

Clinical studies have demonstrated the enormous potential of GLP-1 agonists not only as antidiabetic drugs, but also as an independent class of cardioprotective agents. With this in mind, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) of Great Britain has included semaglutide in the treatment regimen of overweight patients (body mass index  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>) who have had myocardial infarction, stroke or have peripheral atherosclerosis.

Given that clinical studies of the role of GLP-1 agonists in the primary and secondary prevention of cardiovascular diseases are ongoing, we expect the expansion of indications for the use of these drugs in cardiology practice.

Taking into account the existing scientific data on the cardioprotective effects of GLP-1 agonists, it should be expected that in the near future they can become an important component of cardiometabolic therapy, capable of affecting not only the key links of pathogenesis, but also cardiovascular risk.

**Key words:** glucagon-like peptide-1 agonists, cardioprotective effects, randomized clinical trials, cardiovascular risk.

### ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Zaikina T. S.: <https://orcid.org/0000-0003-1587-2146> <sup>ADF</sup>

Rynchak P. I.: <https://orcid.org/0000-0002-7413-0970> <sup>BE</sup>

Tytova G. Yu.: <https://orcid.org/0000-0001-6876-083X> <sup>BE</sup>

### Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

### Адреса для кореспонденції

Заїкіна Тетяна Сергіївна

Харківський національний медичний університет

Україна, 61022, Харків, проспект Науки 4

Тел.: 0508127688

E-mail: [zaikina\\_tatyana@ukr.net](mailto:zaikina_tatyana@ukr.net)

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 03.02.2026 року  
Стаття прийнята до друку 04.05.2026 року  
Опубліковано 27.05.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-2-181-67-72

УДК 616.594.1-002.156:611.91

Захаров С. В., Макаренко О. В.

### ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АБСЦЕДУЮЧОГО ПЕРИФОЛІКУЛІТУ ГОЛОВИ

Дніпровський державний медичний університет (м. Дніпро, Україна)

[olgamakarenko977@gmail.com](mailto:olgamakarenko977@gmail.com)

*Абсцедуючий перифолікуліт голови (дисектуючий целюліт шкіри голови) є рідкісною та тяжкою формою синдрому фолікулярної оклюзії, що характеризується хронічним рецидивуючим перебігом, формуванням глибоких абсцесів, сполучних ходів, рубцевої алопеції та виражених деструктивних змін шкіри голови. Незважаючи на прогрес сучасної дерматології, лікування даної патології залишається складним через недостатню кількість стандартизованих клінічних рекомендацій та обмежену доказову базу. Метою дослідження стало визначення сучасних напрямів фармакоterapiї абсцедуючого перифолікуліту голови з аналізом основних фармакологічних груп лікарських засобів та можливостей їх комбінованого*

застосування. Дослідження виконано у форматі системного аналізу сучасних клінічних і наукових даних із використанням порівняльного підходу та критичного узагальнення результатів досліджень високого рівня доказовості. Встановлено, що місцева терапія має допоміжне значення та є найбільш ефективною на ранніх етапах захворювання або у складі комбінованого лікування. Провідне місце в терапії займають системні антибіотики, ефективність яких пов'язана з протизапальною та антибактеріальною дією. Значну клінічну результативність продемонстрували ретиноїди, зокрема ізотретиноїн, який забезпечує зменшення запального процесу та сприяє відновленню фолікулярної функції. У резистентних випадках перспективними є біологічні препарати та інгібітори JAK, здатні впливати на ключові механізми хронічного запалення. Сучасна терапевтична тактика при абсцедуючому перифолікуліті голови базується на персоналізованому підході із поєднанням системної фармакотерапії, біологічного лікування та хірургічних методів у випадках тяжкого або рецидивуючого перебігу.

**Ключові слова:** абсцедуючий підривний фолікуліт, дисектуючий целюліт, епідеміологія, тактика лікування, фармакотерапія, місцева терапія.

### **Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.**

Наукова робота виконана згідно плану кафедри шкірних та венеричних захворювань Дніпровського державного медичного університету на тему: «Порушення адаптаційних механізмів при дерматозах і інфекціях, що передаються статевим шляхом, і методи їх корекції», номер державної реєстрації 0100U000395.

#### **Вступ.**

Абсцедуючий підривний фолікуліт та перифолікуліт Гоффмана (дисектуючий целюліт) є найменш поширеною формою синдрому фолікулярної оклюзії (СФО). Як представник групи первинних нейтрофільних рубцевих алопецій, він характеризується глибоким ураженням волосяних фолікулів. Патологічний процес супроводжується формуванням підшкірних гнійників, сполучних ходів та подальшою атрофією шкірного покриву [1, 2].

Через часті помилки в діагнозах та подібність до інших гнійних уражень шкіри, статистика щодо дисектуючого целюліту голови є неповною. Національний інститут здоров'я США (NIH) офіційно відносить цю хворобу до категорії рідкісних, що підкреслює складність її вивчення [3].

Для порівняння, рецидивний гідраденіт, який належить до того ж патогенетичного спектра хвороб фолікулярної оклюзії, має поширеність від 0,3% до 4% у загальній популяції [4]. Оскільки дисектуючий целюліт шкіри голови зустрічається суттєво рідше за рецидивний гідраденіт, вважається, що його реальна поширеність перебуває на нижній межі цього діапазону та становить приблизно 0,7% [5]. Водночас експерти зазначають, що цей показник може бути заниженим через часті діагностичні помилки, пізнє звернення пацієнтів за медичною допомогою та недостатню обізнаність лікарів щодо специфічних клінічних ознак захворювання.

На сучасному етапі, абсцедуючий перифолікуліт голови є стійким до терапії з рецидивуючим гнійно-запальним ураженням волосяних фолікулів, що викликає утворення глибоких абсцесів, рубцевої алопеції і значних змін шкіри голови [6].

Не зважаючи на те, що кількість пацієнтів з абсцедуючим перифолікулітом голови невисока від загальної кількості пацієнтів із гнійничковими ураженнями шкіри, через часті рецидиви та неефективність стандартної антибактеріальної терапії випадки з абсцедуючим перифолікулітом голови залишаються неправильно діагностованими або недобстеженими [7].

З огляду на хронічний, часто рецидивуючий характер захворювання, його резистентність до терапії та значний вплив на психоемоційний стан пацієнтів, подальше вивчення ефективних методів діагностики та лікування є актуальною проблемою сучасної дерматології.

Відсутність стандартизованих рекомендацій щодо лікування перифолікуліту голови зумовлена малою кількістю клінічних досліджень. Складний патогенез та індивідуальна варіабельність перебігу хвороби роблять персоналізований підхід критично важливим, особливо при тяжких формах із системними запальними проявами.

#### **Мета дослідження.**

Визначити напрям фармакотерапії абсцедуючого перифолікуліту голови з визначенням основних фармакологічних груп лікарських засобів та їх комбінацій.

#### **Об'єкт і методи дослідження.**

Дане дослідження є системним аналізом сучасних фармакотерапевтичних стратегій лікування перифолікуліту Гоффмана. Використана методологія базується на критичному узагальненні епідеміологічних та клінічних даних із застосуванням порівняльного аналізу. Обґрунтованість висновків гарантується ретельним відбором публікацій високого рівня доказовості (рівні А та В згідно з класифікацією Oxford Centre for Evidence-Based Medicine) та даних ретроспективних досліджень лікування перифолікуліту голови [8, 9].

#### **Основна частина.**

Терапія перифолікуліту голови залишається дискусійною через брак стандартизованих рекомендацій та великих епідеміологічних досліджень. Оскільки більшість даних має ретроспективний характер, лікування пацієнтів із ускладненим перебігом (вузлуваті висипи, системне запалення) потребує суто індивідуального підходу, що базується на принципах доказової медицини.

На сьогодні є 2 основні підходи щодо лікування перифолікуліту, а саме, місцеве лікування та системна антибіотикотерапія.

Так, топічна фармакотерапія ПГА має обмежене значення, оскільки підшкірні абсцеси та глибоке ураження фолікулярного апарату блокують доставку діючих речовин безпосередньо до зони запалення. Водночас клінічні дані підтверджують, що місцеві препарати є корисними на етапі маніфестації хвороби або як супровідна терапія при призначенні системних ліків.

У ретроспективному когортному дослідженні M. Gamissans та співавт. (2022) часткову клінічну відповідь було досягнуто у 3 з 11 пацієнтів, які отримували місцеві антибіотики; свербіж та еритему спостерігали у 4 хворих [10]. Описано також окремі випадки позитивної динаміки при комбінованому використанні гелю ізотретиноїну та кліндаміцину у 20-річного чоловіка [11], а також при застосуванні 15% розчину резорцину двічі на день, що спричинило значне покращення стану у 14-річного пацієнта [12].

Незважаючи на окремі успіхи, більшість авторів дотримуються думки, що місцеве лікування має переважно допоміжний характер і не може забезпечити стійкої ремісії при глибоких формах ПГА.

В свою чергу застосування системних антибіотиків залишається пріоритетною стратегією, що базується на їхній подвійній – санаційній та протизапальній – активності. Емпіричний аналіз підтверджує високу результативність цього підходу: позитивний відгук на терапію реєструється у 97,8% випадків [13].

У різних дослідженнях застосовувалися доксицилін (n=18), дапсон (n=4), азитроміцин (n=3), ципрофлоксацин і триметоприм (по n=2), а також лімецилін, окситетрациклін, рифампіцин, кліндаміцин, тераміцин, хлорамфенікол, цефалексин і гентаміцин (по n=1). Комбінації антибіотиків, зокрема кліндаміцин із рифампіцином, демонстрували синергічний ефект (n=7). Час до клінічної відповіді коливався від 6 днів до 18 місяців, що свідчить про значну індивідуальну варіабельність реакції на лікування.

Аналіз публікацій підтверджує нестабільність результатів монотерапії тетрациклінами. У дослідженні [14] за участю 7 пацієнтів тримісячний прийом доксициліну викликав покращення, але не забезпечив санації вогнищ. Помірний ефект із високою частотою рецидивів після завершення терапії у 40 пацієнтів описують A. Vadaoui та співавт. [15]. У роботі M. Gamissans та співавт. (2022) повне відновлення волосяних фолікулів зафіксовано лише у 3 із 14 хворих на тлі переважання часткової відповіді; у 4 випадках лікування ускладнилося диспепсичними явищами

Клінічне покращення також зафіксовано D.F. Melo та співавт. (2020) у 9 з 10 пацієнтів, які приймали лімецилін 300 мг/добу протягом 3 місяців [16]. Таким чином, антибіотики є ефективним варіантом першої лінії, однак стійкість результатів їх застосування часто обмежена.

Ретиноїди вважаються золотим стандартом лікування хронічних форм ПГА. Вони чинять комплексну дію – протизапальну, антипроліферативну та нормалізуючу процеси кератинізації, що сприяє відновленню фолікулярної функції та зменшенню оклюзії [17].

Препаратом із найкращою доказовою базою залишається ізотретиноїн. У дослідженні R. Masson зі співавт. (2023) сумарний показник клінічної відповіді на нього склав 91% (142/156 випадків) [6]. Схеми призначення передбачали добове дозування від 0,3 до 1 мг/кг маси тіла протягом 1–12 місяців.

Ретроспективні дані доводять високу результативність ретиноїдів у купіруванні симптомів. Зниження запальної активності у 90,3% хворих (n=72) продемонстровано у праці D.F. Melo (2020) [18]. У когорті A. Vadaoui (2016) позитивний відгук мали 33 з 35 осіб, хоча більшість випадків супроводжувалися рецидивами [15]. Зі свого боку, M. Gamissans (2022) підтвер-

дили високу частоту ремісій (12 з 16 та 3 з 4 відповідно), проте акцентували, що недостатня кумулятивна доза або припинення прийому системного препарату часто призводять до відновлення клінічних проявів [10].

Найпоширенішими побічними ефектами системного ізотретиноїну є сухість шкіри та слизових, свербіж, носові кровотечі, ерозивні ураження і гіперліпідемія. Ці прояви, як правило, зникають після корекції дози або припинення терапії.

Окрему увагу привертає аліретиноїн, який у клінічному випадку 15-річного пацієнта в дозі 10–20 мг/добу протягом 5 місяців призвів до суттєвого покращення, хоча підвищення дози до 20 мг/добу супроводжувалося появою ерозивних змін шкіри [19]. Це свідчить про перспективність подальшого вивчення альтернативних ретиноїдів у лікуванні резистентних форм ПГА.

Резистентні та деструктивні варіанти перифолікуліту Гоффмана потребують перегляду стандартних схем на користь індивідуалізованої біологічної терапії. Сучасні таргетні ліки патогенетично блокують провідні молекулярні мішені – фактор некрозу пухлин альфа (TNF- $\alpha$ ) та інтерлейкіни 12/23. Модуляція цього цитокінового профілю дозволяє перервати механізми оклюзії фолікулів, нівелювати гнійно-гранулематозні зміни та запобігти фіброзу тканин [20, 21].

Найбільш вивченими серед біологічних агентів є адалімумаб і інфліксімаб – препарати, які вже зарекомендували себе при гідраденіті, хворобі Крона та псоріазі [22]. Їх ефективність доведено і при АПФГ, що свідчить про спільність патогенетичних механізмів між цими нозологіями.

У більшості опублікованих досліджень (70%, 14 із 20), проведених переважно за останнє десятиліття, застосування адалімумабу показало високу клінічну ефективність – 94,1% (16 із 17 пацієнтів) продемонстрували позитивну відповідь на лікування. Середні дози препарату становили 40–80 мг кожні 1–2 тижні. При цьому спостерігалось зменшення болючості, гнійних елементів та поступове відновлення росту волосся.

Інфліксімаб (5 мг/кг кожні 4–8 тижнів) також продемонстрував добрі результати – клінічне покращення у 85,7% (12 із 14) хворих. Однак при його застосуванні описано окремі побічні ефекти, зокрема інфузійні реакції, псоріазоподібний дерматит і ретробульбарний неврит зорового нерва, що потребує ретельного клінічного моніторингу [6, 23].

У контексті резистентних до стандартної терапії форм ПГА перспективними є препарати, що блокують інтерлейкіни IL-23 або IL-17, оскільки саме вони залучені у формування патологічної Th17-відповіді та продукцію IL-17 у вогнищах ураження.

Досвід персоналізованого застосування моноклональних антитіл вказує на їхню терапевтичну спроможність у складних клінічних випадках. Так, на тлі прийому тильдракізумабу у пацієнта 28 років спостерігалось очищення шкіри від пустул, згасання алгії та стимуляція фолікулярної активності [24]. Інший клінічний протокол із використанням різанкізумабу (150 мг з 12-тижневим кроком) продемонстрував значну ефективність на 7-му місяці спостереження [25]. Особливу увагу привертає гузелькумаб (100 мг з інтервалом 8 тижнів), який за пів року забезпечив

глибоку ремісію у разі неефективності попереднього лікування адалімумабом.

Інший препарат цієї групи – секукінумаб (інгібітор ІЛ-17А) – продемонстрував виражений терапевтичний ефект у 63-річного пацієнта, який досяг повної ремісії на 1 рік після курсу 150 мг щотижня протягом 6 тижнів і далі щомісяця протягом 2 місяців [26]. Єдиним зареєстрованим побічним ефектом був екзематозний висип, який успішно усунули місцевими засобами.

Перспективним напрямком у терапії деструктивних дерматозів голови стало впровадження інгібіторів JAK. Відомо, що сигнальні молекули JAK та фактори транскрипції STAT інтегрально залучені в процеси передачі сигналів, які керують поведінкою лімфоцитів та підтримують хронічне запалення [27]. Фармакологічний антогонізм до JAK-кіназ блокує цей патогенетичний ланцюг, що веде до згасання цитокінового каскаду, зниження показників С-реактивного білка та стабілізації імунного статусу

Одним із найперспективніших представників цього класу є барицитиніб – пероральний селективний і зворотний інгібітор JAK1 та JAK2, який пригнічує активацію JAK-ензимів у відповідь на дію цитокінів та факторів росту, впливаючи на гемопоез і функцію імунних клітин [28].

Дані клінічних досліджень свідчать, що інгібітори JAK є ефективними при атопічному дерматиті, вогнищевій алопеції та псоріазі, оскільки патогенез цих станів тісно пов'язаний із JAK–STAT-залежними цитокінами [29]. У 2022 році результати двох досліджень II фази підтвердили ефективність і безпечність інгібітора JAK1 INCB054707 у пацієнтів із гідраденомом, що

дозволяє розглядати JAK1 як потенційну мішень і при ПГА.

У червні 2022 року FDA схвалило застосування барицитинібу для лікування тяжкої форми вогнищеві алопеції, яка, подібно до ПГА, має запальну природу, але без формування рубців. Це відкриває можливість використання барицитинібу при рубцевих формах алопеції, зокрема при ПГА.

Повідомлення Y. Yu та співавт. [30] є показовим у цьому контексті: комбінація барицитинібу з блокаторм TNF- $\alpha$  (адалімумабом) у пацієнта з АПФГ спричинила виражене зменшення запалення, зникнення алопеційних плям і відновлення росту волосся. Такий підхід демонструє потенційну синергічну дію біологічної терапії та інгібіторів JAK, що може стати новим стандартом лікування тяжких, резистентних форм абсцедуючого перифолікуліту голови.

#### Висновки.

Відсутність системних гайдлайнів та фрагментарність клінічних даних ускладнюють курування пацієнтів із ПГА. Сучасній літературі притаманна розрізненість критеріїв успішності лікування та мала чисельність дослідних груп. Поточний тренд у лікуванні цієї патології зміщується в бік гнучких індивідуальних програм, де поєднуються системні ліки (антибіотики-терапія), інтервенційні технології та хірургічна деструкція вогнищ у разі неефективності консервативних заходів.

#### Перспективи подальших досліджень.

Провести аналіз сучасних малоінвазивних технологій та хірургічних втручання у разі резистентного перебігу перифолікуліту голови в рамках комплексного підходу до лікування для покращення показників якості життя та естетичних змін у хворих.

### Література

1. Takahashi T, Yamasaki K, Terui H, Omori R, Tsuchiyama K, Fujimura T, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treatment with tumor necrosis factor inhibitors: A case report and review of published cases. *J Dermatol.* 2019;46(9):802-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14998>
2. Teplyuk NP, Konchina SA, Pirogova AS. The experience of follicular occlusion syndrome treatment with tumor necrosis factor inhibitors. *RJ of Skin and Venereal Diseases.* 2023;26(2):157-70.
3. Drozhkina MB, Bobro VA. Hoffman's Recalcitrant Dissecting Folliculitis – State of the Problem, Approach to Therapy, Demonstration of Clinical Cases. *Vestnik Dermatologii i Venerologii.* 2020;97(2):35-43.
4. Cuellar TA, Roh DS, Sampson CE. Dissecting Cellulitis of the Scalp: A Review and Case Studies of Surgical Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(8):e3015. DOI: <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003015>
5. Shi VY, Hsiao JL, Lowes MA, Hamzavi IH. A Comprehensive Guide to Hidradenitis Suppurativa. Amsterdam: Elsevier; 2022. Chapter 8, Comorbidities and Systemic Associations; p. 69-76.
6. Masson R, Jeong CY, Ma E, Crew AB, Fragoso NM, Shi VY, et al. Treatments for Dissecting Cellulitis of the Scalp: A Systematic Review and Treatment Algorithm. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2023;13(11):2487-2526. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13555-023-01018-7>
7. Wolff H, Fischer TW, Blume-Peytavi U. The Diagnosis and Treatment of Hair and Scalp Diseases. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(21):377-86. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0377>
8. Zapolskiy ME, Svyatenko TV, Zapolska DM. Analysis of modern methods of acne disease and its complications diagnostic and treatment. *World of Medicine and Biology.* 2025;21(91):230-237. DOI: <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2025-1-91-230-237>
9. Vasam M, Korutla S, Bohara RA. Acne vulgaris: A review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. *Biochem Biophys Rep.* 2023;36:101578. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbrep.2023.101578>
10. Gamissans M, Romaní J, López-Llunell C, Riera-Martí N, Sin M. Dissecting cellulitis of the scalp: A review on clinical characteristics and management options in a series of 14 patients. *Dermatol Ther.* 2022;35(8):e15626. DOI: <https://doi.org/10.1111/dth.15626>
11. Karpouzis A, Giatromanolaki A, Sivridis E, Kouskoukis C. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens successfully controlled with topical isotretinoin. *Eur J Dermatol.* 2003;13(2):192-5.
12. Navarro-Triviño FJ, Almazán-Fernández FM, Ródenas-Herranz T, Ruiz-Villaverde R. Dissecting cellulitis of the scalp successfully treated with topical resorcinol. *Dermatol Ther.* 2020;33(3):e13406. DOI: <https://doi.org/10.1111/dth.13406>
13. Scheinfeld N. Dissecting cellulitis (Perifolliculitis Capitis Abscedens et Suffodiens): a comprehensive review focusing on new treatments and findings of the last decade with commentary comparing the therapies and causes of dissecting cellulitis to hidradenitis suppurativa. *Dermatol Online J.* 2014;20(5):22692. DOI: <https://doi.org/10.5070/D3205022692>
14. Abdennader S, Vignon-Pennamen MD, Hatchuel J, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp (pseudocyst of the scalp): a prospective clinicopathological study of 15 cases. *Dermatology.* 2011;222(1):31-5. DOI: <https://doi.org/10.1159/000321475>
15. Badaoui A, Reygagne P, Cavalier-Balloy B, Pinquier L, Deschamps L, Crickx B, et al. Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature. *Br J Dermatol.* 2016;174(2):421-3. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.13999>
16. Melo DF, Jorge Machado C, Bordignon NL, da Silva LL, Ramos PM. Lymecycline as a treatment option for dissecting cellulitis and folliculitis decalvans. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e14051. DOI: <https://doi.org/10.1111/dth.14051>
17. Chu S, Michelle L, Ekelem C, Sung CT, Rojek N, Mesinkovska NA. Oral isotretinoin for the treatment of dermatologic conditions other than acne: a systematic review and discussion of future directions. *Arch Dermatol Res.* 2021;313(6):391-430. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02152-4>

18. Melo DF, Trüeb RM, Dutra H, Lima MMDA, Machado CJ, Dias MFRG. Low-dose isotretinoin as a therapeutic option for dissecting cellulitis. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e14273. DOI: <https://doi.org/10.1111/dth.14273>
19. Prasad SC, Bygum A. Successful treatment with alitretinoin of dissecting cellulitis of the scalp in keratitis-ichthyosis-deafness syndrome. *Acta Derm Venereol.* 2013;93(4):473-4. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-1499>
20. Vossen ARJV, Ardon CB, Zee HH, Lubberts E, Prens EP. The anti-inflammatory potency of biologics targeting tumour necrosis factor- $\alpha$ , interleukin (IL)-17A, IL-12/23 and CD 20 in hidradenitis suppurativa: an ex vivo study. *Br J Dermatol.* 2019;181(2):314-23. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.17641>
21. Frechet L, Puzinat E, Charollais R, Dresco F, Carlet C, Gallais-Serezal I, et al. Dissecting cellulitis of the scalp treated by tumour necrosis factor inhibitors: a case series. *Eur J Dermatol.* 2021;31(1):81-5. DOI: <https://doi.org/10.1684/ejd.2021.3969>
22. Alsantali A, Almalki B, Alharbi A. Recalcitrant dissecting cellulitis of the scalp treated successfully with Adalimumab with hair regrowth: a case report. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021;14:455-8. DOI: <https://doi.org/10.2147/ccid.s301451>
23. Heidari N, Ghannadzadeh Kermani Pour R, Farshbafnadi M, Heidari A, Ghane Y. A systematic review of tumor necrosis factor- $\alpha$  blockers, anti-interleukins, and small molecule inhibitors for dissecting cellulitis of the scalp treatment. *Orphanet J Rare Dis.* 2025;20(1):236. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13023-025-03720-5>
24. Awad A, Sinclair R. Treatment of dissecting cellulitis of the scalp with Tildrakizumab. *Australas J Dermatol.* 2022;63(3):404-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajd.13860>
25. Babalola F, Chima M, Jobarteh R, Gottlieb A. Refractory dissecting cellulitis of the scalp treated with risankizumab. *J Drugs Dermatol.* 2022;21(3):313-4. DOI: <https://doi.org/10.36849/jdd.6699>
26. De Bedout V, Harper H, Miteva M, Lev-Tov H. Treatment dissecting cellulitis of the scalp with secukinumab. *J Drugs Dermatol.* 2021;20(7):776-7. DOI: <https://doi.org/10.36849/jdd.5615>
27. Nakashima C, Yanagihara S, Otsuka A. Innovation in the treatment of atopic dermatitis: Emerging topical and oral Janus kinase inhibitors. *Allergol Int.* 2022;71(1):40-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.allit.2021.10.004>
28. Mogul A, Corsi K, McAuliffe L. Baricitinib: The Second FDA-Approved JAK Inhibitor for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Ann Pharmacother.* 2019;53(9):947-53. DOI: <https://doi.org/10.1177/1060028019839650>
29. King B, Ko J, Forman S, Ohyama M, Mesinkovska N, Yu G, et al. Efficacy and safety of the oral Janus kinase inhibitor baricitinib in the treatment of adults with alopecia areata: Phase 2 results from a randomized controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85(4):847-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.05.050>
30. Yu Y, Ding X, Guo F, Ze K, Sun X, Li X. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treatment with tumor necrosis factor inhibitors and baricitinib: a case report and literature review. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1132574. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1132574>

#### ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АБСЦЕДУЮЧОГО ПЕРИФОЛІКУЛІТУ ГОЛОВИ

Захаров С. В., Макаренко О. В.

**Резюме.** Абсцедуючий перифолікуліт голови, або дисектуючий целюліт шкіри голови, належить до рідкісних деструктивних форм синдрому фолікулярної оклюзії та характеризується хронічним рецидивуючим перебігом із розвитком глибоких гнійно-запальних уражень волосяних фолікулів, утворенням підшкірних абсцесів, нориць, рубцевої alopecії та виражених косметичних дефектів. Захворювання суттєво погіршує якість життя пацієнтів, супроводжується психоемоційними порушеннями та часто демонструє резистентність до традиційної терапії. Актуальність проблеми обумовлена недостатньою кількістю масштабних клінічних досліджень, відсутністю уніфікованих протоколів лікування та складністю вибору оптимальної терапевтичної тактики.

Метою дослідження стало визначення сучасних напрямів фармакоterapiї абсцедуючого перифолікуліту голови з аналізом ефективності основних фармакологічних груп препаратів та їх комбінацій. Робота виконана у форматі системного аналізу сучасних літературних джерел, клінічних досліджень і ретроспективних спостережень із використанням методів порівняльного та критичного аналізу даних доказової медицини.

Установлено, що топічна терапія має обмежену ефективність через глибоке ураження фолікулярного апарату та формування підшкірних абсцесів, однак може застосовуватися як допоміжний компонент лікування на ранніх стадіях захворювання. Провідне місце у терапії займають системні антибіотики, які забезпечують як антибактеріальний, так і протизапальний ефекти. Високу клінічну результативність продемонстрували комбінації кліндаміцину та рифампіцину, а також препарати тетрациклінового ряду.

Ретиноїди, насамперед ізотретиноїд, розглядаються як один із найбільш ефективних методів лікування хронічних та рецидивуючих форм захворювання завдяки здатності нормалізувати процеси кератинізації та знижувати активність запалення. У тяжких резистентних випадках перспективними є біологічні препарати, спрямовані на блокування TNF- $\alpha$ , IL-17 та IL-23, а також інгібітори JAK, які впливають на ключові механізми хронічного запального процесу та сприяють досягненню тривалої ремісії.

Таким чином, сучасна терапевтична стратегія при абсцедуючому перифолікуліті голови повинна ґрунтуватися на індивідуалізованому комплексному підході з урахуванням клінічної форми, тяжкості перебігу та відповіді пацієнта на лікування.

**Ключові слова:** абсцедуючий підривний фолікуліт, дисектуючий целюліт, епідеміологія, тактика лікування, фармакоterapia, місцева терапия.

#### PHARMACOTHERAPEUTIC TACTICS OF TREATMENT OF ABSCESSING PERIFOLLICULITIS OF THE SCALP

Zakharov S. V., Makarenko O. V.

**Abstract.** Abscessing perifolliculitis of the scalp, also known as dissecting cellulitis of the scalp, belongs to the rare destructive forms of the follicular occlusion syndrome and is characterized by a chronic recurrent course with the development of deep purulent-inflammatory lesions of the hair follicles, formation of subcutaneous abscesses, sinus tracts, scarring alopecia, and pronounced cosmetic defects. The disease significantly worsens patients' quality of life, is accompanied by psychoemotional disturbances, and often demonstrates resistance to conventional therapy. The relevance of this issue is due to the limited number of large-scale clinical studies, the absence of unified treatment protocols, and the complexity of selecting the optimal therapeutic strategy.

The aim of the study was to determine current directions of pharmacotherapy for abscessing perifolliculitis of the scalp with an analysis of the effectiveness of the main pharmacological groups of drugs and their combinations.

The study was performed in the format of a systematic analysis of contemporary literature sources, clinical studies, and retrospective observations using methods of comparative and critical analysis of evidence-based medicine data.

It was established that topical therapy has limited effectiveness due to the deep involvement of the follicular apparatus and the formation of subcutaneous abscesses; however, it may be used as an adjunctive component of treatment in the early stages of the disease. Systemic antibiotics occupy a leading role in therapy, providing both antibacterial and anti-inflammatory effects. Combinations of clindamycin and rifampicin, as well as tetracycline-class drugs, demonstrated high clinical effectiveness.

Retinoids, particularly isotretinoin, are considered among the most effective treatment options for chronic and recurrent forms of the disease due to their ability to normalize keratinization processes and reduce inflammatory activity. In severe resistant cases, biological agents targeting TNF- $\alpha$ , IL-17, and IL-23, as well as JAK inhibitors, are considered promising, as they influence the key mechanisms of the chronic inflammatory process and contribute to achieving long-term remission.

Thus, the modern therapeutic strategy for abscessing perifolliculitis of the scalp should be based on an individualized comprehensive approach taking into account the clinical form, severity of the disease course, and the patient's response to treatment.

**Key words:** abscessing subversive folliculitis, dissecting cellulitis, epidemiology, treatment tactics, pharmacotherapy, local therapy

### ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Zakharov S. V.: <https://orcid.org/0000-0002-2278-5692><sup>BCD</sup>

Makarenko O. V.: <https://orcid.org/0000-0001-8730-1081><sup>AEF</sup>

### Конфлікт інтересів:

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

### Адреса для кореспонденції

Макаренко Ольга Володимирівна

Дніпровський державний медичний університет

Україна, 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського 9

Тел.: +380975084687

E-mail: [olgamakarenko977@gmail.com](mailto:olgamakarenko977@gmail.com)

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 06.01.2026 року  
Стаття прийнята до друку 01.05.2026 року  
Опубліковано 27.05.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-2-181-72-78

УДК 616.314-002-053.2-084(4)(7/.8)

Коваль О. І., Чегертма Е. І.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФІЛАКТИКУ КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ РІЗНИХ КРАЇН СВІТУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна)

[Okoval78@ukr.net](mailto:Okoval78@ukr.net)

Попри стрімкий розвиток стоматологічної галузі загалом та наявність широкого спектра сучасних засобів профілактики стоматологічних захворювань, проблема уражень твердих тканин зубів і надалі зберігає свою актуальність. З метою оцінки ризиків і визначення можливих шляхів забезпечення стоматологічного здоров'я дитячого населення України відповідно до стратегії ВООЗ нами було здійснено аналіз чинних програм профілактики карієсу, що впроваджуються у різних країнах світу. За результатами проведеного дослідження встановлено, що найбільш ефективним підходом до профілактики, який на засадах доказової медицини може бути адаптований до умов України, є європейська модель. Програма профілактики карієсу зубів у дітей, розроблена Європейською академією дитячої стоматології (European Academy of Paediatric Dentistry – EAPD), значною мірою ґрунтується на поєднанні професійного та популяційного підходів, що узгоджується зі стратегічною метою ВООЗ «Підтримка здоров'я ротової порожнини та профілактика захворювань тканин порожнини рота» у контексті вирішення глобальних питань політики національного лідерства у сфері стоматологічного здоров'я. Разом із тим сучасні реалії, зокрема відсутність об'єктивних даних щодо стоматологічного статусу дітей у різних регіонах, недостатність достовірної інформації про масштаби епідеміологічної ситуації в окремих областях