

Абрамова В.А.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Кафедра предметов терапевтического направления № 1 Ташкентского государственного
стоматологического института, 100047, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Красный плоский лишай (КПЛ) является часто встречающимся дерматозом, характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Этиология красного плоского лишая до конца не выяснена. Принято выделять несколько теорий возникновения КПЛ: нейрогенную, наследственную, инфекционно-токсическую, аутоиммунную, травматическую, вирусную. По данным ряда авторов, до 7% развития КПЛ на слизистые оболочки полости рта возможна трансформация в плоскоклеточный рак.

Терапия КПЛ является междисциплинарной задачей. Помимо кожных проявлений КПЛ характеризуется поражением слизистых оболочек ротовой полости, видимых слизистых оболочек гениталий – вульвовагинальный синдром, а также затрагивает аногенитальную область у мужчин. Поражение слизистых оболочек наблюдается у 50–70% больных КПЛ. В ряде случаев триггерное

значение в возникновении КПЛ отводится дентальной патологии, некачественным протезам, процессам кариеса, неадекватно подобранного пломбирочного материала. Появление патологических элементов в области гениталий вызывает опасения у врачей и пациентов в плане инфекций, передающихся половым путем. Немаловажным звеном в данной проблеме являются психосоматические проблемы, зачастую возникающие при данной нозологии вследствие наличия зуда, элементов на открытых участках тела и слизистых оболочках половых органов. Все эти аспекты должны учитывать не только дерматологи, но и стоматологи, гинекологи, невропатологи, психиатры.

Учитывая разнообразность клинических проявлений, исследование КПЛ, на наш взгляд, остается актуальной задачей и, несомненно, должно рассматриваться с точки зрения междисциплинарного подхода.

Адаскевич В.П.

ИЗВЕСТНЫЕ БЕЛОРУССКИЕ ДЕРМАТОЛОГИ – ВЫПУСКНИКИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ АКАДЕМИЙ И УНИВЕРСИТЕТОВ

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
210023, г. Витебск, Республика Беларусь

Первая кафедра кожных и венерических болезней в истории белорусской дерматологии была образована на медицинском факультете Белорусского государственного университета. С 1923 по 1931 г. кафедрой руководил выпускник Санкт-Петербургской военно-медицинской академии проф. Вильям Юльевич Мронговиус (1874–1938), известный своими публикациями о туберкулезной волчанке, бактериальных дерматозах, сифилисе, мягком шанкре. Он изучал бактериальные дерматозы, сепсис; работал над проблемами профилактики и лечения венерических заболеваний. Большое научно-практическое значение имели изданные им учебник «Кожные и венерические болезни» (1928) и руководство «Скверные и венерические хворобы (у табліцах)». С 1922 по 1930 г. проф. В.Ю. Мронговиус возглавлял также Минское общество врачей-дерматовенерологов.

В 1931 г. кафедру кожных и венерических болезней Белорусского медицинского института возглавил Андрей Яковлевич Прокопчук (1896–1970). Он окончил медицинский факультет Московского университета (1923), специализировался по дерматологии у проф. Г.И. Мещерского и проф. А.П. Иордана, а в 1928–1929 гг. проходил научную стажировку во Франции по серологии и патофизиологии кожи (Пастеровский институт, Сорбонна). В 1932 г. А.Я. Прокопчук принимал деятельное участие в организации Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института,

директором которого был до 1963 г. В 1935 г. он успешно защитил докторскую диссертацию на тему «О воспалительных изменениях кожи под влиянием физико-химических раздражителей», которая в дальнейшем создала целое направление в советской дерматологии. Андрей Яковлевич одним из первых в мире описал нарушения липидного обмена, происходящие одновременно как в организме, так и в пораженной коже при некоторых кожных болезнях. Он предложил ряд методов лечения венерических и кожных заболеваний, в том числе физическими факторами. Наибольшую известность и мировое признание получил разработанный А.Я. Прокопчуком в 1939 г. метод лечения красной волчанки акрихином, который вошел в учебники США и Англии того времени как «русский метод лечения красной волчанки». Проф. А.Я. Прокопчуку принадлежит приоритет в создании научной школы дерматовенерологов Беларуси.

Проф. Иван Илларионович Богданович окончил медицинский факультет Московского университета (1921), работал ординатором, ассистентом, а затем доцентом кафедры кожно-венерических болезней Минского медицинского института, а в 1935–1941 и в 1947–1958 гг. руководил кафедрой кожных и венерических болезней Витебского медицинского института, который затем возглавлял в качестве ректора (1951–1961). Им написано свыше 40 научных работ, посвященных профилактике и лечению кожных болезней.

Свой вклад в развитие белорусской дерматологии также внес выпускник Ленинградской военно-медицинской академии, заведующий кафедрой дерматовенерологии Белорусского государственного института усовершенствования врачей Ю.Ф. Королев. Проф. Юрий Федорович Королев (1923–1991) занимался разработкой методов лечения пиодермий, себореи, сифилиса, лимфом кожи.

Следует отметить еще двух известных ныне здравствующих дерматологов-долгожителей, которые учи-

лись в медицинских институтах России в прошлом веке. Проф. Леонид Иванович Богданович (1923) – ученик профессора А.И. Картамышева, окончил докторантуру на кафедре кожных и венерических болезней Центрального института усовершенствования врачей (Москва). Известный польский акад. Стефания Яблоньска (1920), уроженка белорусского города Могилева, окончила медицинский факультет Фрунзенского университета, является ученицей ленинградского академика Ольги Николаевны Подвысоцкой.

Адаскевич В.П.

ПЕРВИЧНАЯ РУБЦОВАЯ АЛОПЕЦИЯ – НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ В ТРИХОЛОГИИ

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
210023, г. Витебск, Республика Беларусь

Первичная рубцовая алопеция относится к группе идиопатических воспалительных заболеваний, для которых характерен фолликулоцентрический воспалительный процесс с разрушением волосяного фолликула, что приводит в итоге к перманентной утрате волос. Рубцовая алопеция является неотложным состоянием в дерматологии, так как снижает качество жизни пациентов, проблемное в диагностическом плане, отсутствуют методы терапии согласно принципам доказательной медицины.

Цель исследования – ретроспективный анализ больных первичной рубцовой алопецией за последние 12 лет в нашей клинике.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 42 пациента (14 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 16 до 68 лет с различными формами первичной рубцовой алопеции. Использовались клинические, параклинические, патоморфологические, дерматоскопические и, по показаниям, специальные инструментальные методы исследования.

Результаты. Подробный клинический анамнез, осмотр волосистой части головы и биопсия кожи позволили подразделить первичную рубцовую алопецию у обследованных пациентов на три формы: лимфоцитарную – 18 пациентов (дискоидная красная волчанка, плоский волосяной лишай, псевдопелада Брока), нейтрофильную – 18 пациентов (кератоз фолликулярный шиповидный де-

кальвирующий, подрывающий фолликулит, рассекающий фолликулит), смешанную – 6 пациентов (фолликулит келоидальный, фолликулит некротический, эрозивный пустулезный дерматоз). Диагноз рубцовой алопеции подтверждали изолированные участки алопеции с атрофией, отсутствие фолликулярных устьев и воспалительные изменения по типу диффузной или фолликулярной эритемы, пустулы, изменения пигментации, а также пучки волос, которые выходили из одного фолликулярного отверстия. Основным препаратом для больных плоским лишаем волосистой части головы являлся гидроксихинолин, а при красной волчанке – системный преднизолон. Пациенты с подрывающим и рассекающим фолликулитом получали комбинацию препаратов (рифампицин и клиндамицин) в течение 3 мес по 300 мг 2 раза в сутки.

Заключение. Наиболее частыми клиническими формами первичной рубцовой алопеции были подрывающий и рассекающий фолликулит, которые выявлены у 14 больных мужского пола. Каждая клиническая форма первичной рубцовой алопеции требовала индивидуального подхода и специфической многокурсовой терапии. Рубцовые алопеции с преобладанием лимфоцитарных инфильтратов необходимо лечить иммуномодулирующими препаратами, с наличием нейтрофильного инфильтрата – рекомендуются антибиотики: рифампицин и клиндамицин.

