

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 больших 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.

