

Лашова К.В.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЛИМФОЦИТАРОГО ФОЛЛИКУЛИТА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Барцевич И.Г.

Кафедра дерматовенерологии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Некротизирующий лимфоцитарный фолликулит, обычно ассоциируемый с клиническим диагнозом некротическое акне, представляет собой редкую, но социально значимую форму рубцовой алопеции. В отличие от большинства инфекционных фолликулитов, первичным звеном здесь выступает не гнойное воспаление, а клеточно-опосредованная реакция. Заболевание встречается крайне редко. Этиопатогенез заболевания неизвестен, но у некоторых пациентов из очагов поражения выделяют *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter calcoaceticum* и допускают, что они могут участвовать в патогенезе данного заболевания.

Цель: изучить особенности патогенеза некротизирующего лимфоцитарного фолликулита кожи головы и его лечения.

Материалы и методы. В основу легли данные исследования клинического случая пациента с подозрением на рубцовый процесс, которые включают анамнез, клинический осмотр и трихоскопию. Дополнительно был проведен анализ литературных источников.

Результаты и их обсуждение. Пациент мужчина, 28 лет, живёт в городе, обратился с жалобами на выраженный зуд, жжение на голове вдоль роста волос. На коже височных и центральной теменной области наблюдаются на гиперемизованном фоне мелкие фолликулярные пустулы, атрофичные рубцы, серозно-кровянистые корочки, устья фолликулов отсутствуют. Также имеют место экстравазации крови, телеангиоэктазии, изменения стержня волоса, увеличение количеств одиночных юнитов.

В исследованном клиническом случае на трихоскопии наблюдались типичные признаки некротизирующего лимфоцитарного фолликулита: желтые точки и поредение волос в лобно-теменной области, рецессия волос битемпорально 4 см.

На приёме назначено: изотретиноин 16 мг в сутки (на 1 мес); наружно: 5% р-р миноксидила 2 раза в день ежедневно длительно. На высыпания – крем бетаметазон с гентамицином 2 недели, затем 2 раза в неделю; триамцинолон 4 мг/мл внутриочаговые микропапульные инъекции 1 раз в 1-1,5 месяца 2-3 процедуры; продолжить уход за кожей головы по назначенной схеме (шампуни).

Выводы. Данная патология характеризуется высокой частотой диагностических ошибок: её часто могут спутать с бактериальным фолликулитом или эксфолиированным акне. Несмотря на то, что все эти состояния приводят к рубцеванию, они имеют различную локализацию и патогенез, что критически важно учитывать при дифференциальной диагностике. Отсутствие своевременной терапии влечет за собой необратимую деструкцию волосяных фолликулов и формирование рубцовой ткани, вызывая у пациентов выраженный психоэмоциональный и физический дискомфорт.