

## ПСЕВДОПЕЛАДА БРОКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**А. Л. Бакулев** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук; **С. С. Кравченко** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **Е. Е. Тальникова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии; **Е. М. Галкина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии; **М. В. Яндутова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.

## PSEUDOPELADE OF BROCC (A CLINICAL CASE)

**A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc; **S. S. Kravchenya** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD; **E. E. Talnikova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology; **E. M. Galkina** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology; **M. V. Yandutova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology.

Дата поступления — 03.08.2020 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

**Бакулев А. Л., Кравченко С. С., Тальникова Е. Е., Галкина Е. М., Яндутова М. В.** Псевдопелада Брока (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 862–866.

Освещены основные аспекты классификации и клинических проявлений рубцовых алопеций с акцентом на редкую клиническую форму — псевдопеладу Брока. Представлен клинический случай этого редкого заболевания, изложенного с точки зрения дифференциальной диагностики в группе рубцовых алопеций.

**Ключевые слова:** рубцовые алопеции, псевдопелада Брока, трихоскопия.

**Bakulev AL, Kravchenya SS, Talnikova EE, Galkina EM, Yandutova MV.** Pseudopelade of Brocc (a clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 862–866.

The main aspects of the classification and clinical manifestations of cicatricial alopecia are highlighted with an emphasis on a rare clinical form — pseudopelade of Brocc. A clinical case of this rare disease presented from the point of view of differential diagnosis in the group of cicatricial alopecia is presented.

**Key words:** cicatricial alopecia, pseudopelade of Brocc, trichoscopy.

**Введение.** Рубцовые алопеции (РА) — патологические состояния, приводящие к полному разрушению волосяных фолликулов в результате замещения их фиброзными структурами. Клиническим исходом данного процесса является исчезновение пилосебацейного юнита.

Рубцовые алопеции подразделяются на первичные (ПРА) и вторичные (ВРА). Первичные РА включают в себя различные воспалительные заболевания с характерными клиническими и гистопатологическими особенностями, которые в первую очередь влияют на сально-волосяной фолликул. К заболеваниям, классифицируемым как ПРА, относятся также неопластические процессы и травмы, поражающие дерму и вызывающие вторичную фолликулярную деструкцию [1, 2].

По версии Североамериканского общества исследования волос (NAHRS), ПРА классифицируются на три группы в зависимости от преобладания различных вариантов воспалительных клеток, инфильтрирующих волосяной фолликул: на лимфоцитарный, нейтрофильный или смешанный подтипы [3, 4].

Для проведения дифференциальной диагностики РА в настоящее время активно используют трихоскопию, которая позволяет осуществлять динамическое наблюдение за состоянием волосяных фолликулов и кожи волосистой части головы. Кроме того, для подтверждения окончательного диагноза и оценки активности патологического процесса применяют гистологическое исследование, при проведении которого важную роль играет место, выбранное для гистологического среза [4]. Трихоскопия в данном случае является вспомогательным инструментом для опре-

деления наилучшей точки проведения биопсии кожи, так как при ПРА наиболее репрезентативной областью является край рубцовой зоны, где фолликулярные отверстия еще присутствуют и воспалительные признаки менее выражены [5–7]. Дерматоскопически направленная биопсия кожи волосистой части головы актуальна не только для верификации диагноза, но и для прогнозирования течения патологического процесса и оценки влияния проводимого лечения на состояние сохранившихся волосяных фолликулов [8–11].

**Первичные лимфоцитарные рубцовые алопеции.** Эта группа заболеваний обычно характеризуется медленным началом и скудной клинической симптоматикой. Пациент обращается за трихологической консультацией, лишь когда очаг алопеции четко визуализируется, однако активного выпадения волос на видимо благополучных участках волосистой части головы не наблюдается. При первичной лимфоцитарной рубцовой алопеции (ПЛРУ) пораженный фолликул находится в фазе анагена, несмотря на активное лимфоцитарное воздействие. Разрушение волосяных фолликулов происходит по двум основным механизмам. Первый — полное разрушение сальных желез и волосяной луковицы при отсутствии повреждения волосяного матрикса. Такой тип фолликулярного повреждения приводит к появлению волосяных стержней, проникающих глубоко в дерму и окружающих гранулематозным инфильтратом. Этот патогистологический путь наиболее распространен при ПЛРУ. Второй механизм повреждения волосяных фолликулов при ПЛРУ связан с селективным разрушением мультипотентных стволовых клеток СК15 зоны bulge (бугорка), базирующихся в области волосяных сосочков и на наружной оболочке корня волоса в месте прикрепления мышцы, поднимающей волос. Эти стволовые клетки морфологически

**Ответственный автор** — Тальникова Екатерина Евгеньевна  
Тел.: +7 (927) 1391984  
E-mail: mina\_tlt@mail.ru

не дифференцированы и при нормальных условиях ответственны за непрерывный жизненный цикл волосных фолликулов. В фазе телогена дермальный сосочек посылает сигналы стволовым клеткам, которые, в свою очередь, активизируются и начинают пролиферировать, стимулируя новую фазу анагена. Соответственно, наличие неповрежденных стволовых клеток обеспечивает нормальный цикл роста волос. Снижение экспрессии СК15 при ПЛРУ формирует воспалительный инфильтрат, разрушающий оболочку первичной рубцовой алопеции. ПЛВ встречается у женщин среднего возраста, этиология данного заболевания недостаточно изучена. Клинически ПЛВ характеризуется появлением участков атрофии, преобладающих в теменной области. При этом РА сочетается с фолликулярным гиперкератозом и перифолликулярной эритемой, выраженной непосредственно по периферии очагов. В прогрессирующую стадию заболевания пациентов беспокоят зуд и жжение. В центральной части участков алопеции визуализируется атрофия эпидермиса и отсутствие устьев волосных фолликулов. Как правило, ПЛВ ограничивается поражением только кожи волосистой части головы, однако в редких случаях возможно появление очагов выпадения волос на других участках кожного покрова. В 10% случаев в процесс вовлекаются ногтевые пластинки [12].

#### **Плоский волосной лишай (Lichen planopilaris).**

Плоский волосной лишай (ПВЛ), впервые описанный Принглом в 1985 г., является распространенной формой первичной рубцовой алопеции. ПВЛ встречается у женщин среднего возраста, этиология данного заболевания недостаточно изучена. Клинически ПВЛ характеризуется появлением участков атрофии, преобладающих в теменной области. При этом РА сочетается с фолликулярным гиперкератозом и перифолликулярной эритемой, выраженной непосредственно по периферии очагов. В прогрессирующую стадию заболевания пациентов беспокоят зуд и жжение. В центральной части участков алопеции визуализируется атрофия эпидермиса и отсутствие устьев волосных фолликулов. Как правило, ПВЛ ограничивается поражением только кожи волосистой части головы, однако в редких случаях возможно появление очагов выпадения волос на других участках кожного покрова. В 10% случаев в процесс вовлекаются ногтевые пластинки [13].

**Трихоскопия.** Трихоскопия ПВЛ выявляет отсутствие фолликулярных отверстий в виде белых точек, соответствующих фиброзу. Наиболее часто наблюдаемыми дерматоскопическими находками являются перипиллярные муфты, представляющие собой перифолликулярные концентрические слои чешуек, которые окружают стержень волоса. Эти признаки наиболее выражены по периферии очагов поражения. Может визуализироваться также перифолликулярная эритема [4–6].

Основным патогистологическим признаком ПВЛ является полосовидный лимфоцитарный инфильтрат, окружающий фолликулярный эпителий преимущественно в инфундибулуме и зоне перешейка. В области эпидермодермального сочленения могут обнаруживаться кератиноциты в стадии некроза. Воспалительные клетки могут также присутствовать в нижней части волосного фолликула. Сальные железы обычно полностью разрушаются, даже при ранних стадиях поражения. На более поздних стадиях воспаление может быть минимальным, преобладает перифолликулярный фиброз. Разрушенные волосные фолликулы замещаются соединительнотканными структурами. Фолликулы в фазе катагена и телогена отсутствуют. При выполнении прямой иммунофлюоресценции выявляется отложение IgM вблизи фолликулярного эпителия [13, 14].

#### **Фронтальная фиброзирующая алопеция.**

Фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА), впервые описанная Коссардом в 1994 г., является вариантом ПЛРУ, при котором основным контингентом пациентов выступают женщины в период постменопаузы (в возрасте 55–65 лет), в редких случаях выявляется у женщин в молодом возрасте, а также у мужчин [15]. Несмотря на рост заболеваемости данной патологией с момента ее описания, этиология и па-

тогенез ФФА до сих пор остаются неизвестными. Некоторые авторы отводят роль в развитии данного заболевания дисбалансу половых гормонов [16].

Наиболее частым клиническим проявлением ФФА являются симметричные очаги выпадения волос в виде «полос» в лобно-височных областях, которые характеризуются менее интенсивной окраской кожи в отличие от окружающих областей, в которых доминируют признаки хронического актинического повреждения. Также обращает на себя внимание отсутствие фолликулярных отверстий. Единичный терминальный волос, окруженный соединительной тканью, является типичным клиническим признаком ФФА («одионочные» волосы) [17]. Как правило, ФФА протекает бессимптомно, однако в 20–30% случаев отмечается зуд и боль в очагах поражения. Несмотря на то что фронтально-височная регрессия волосного покрова является наиболее частым клиническим проявлением, некоторые исследования подтвердили вовлечение затылочной области волосистой части головы в патологический процесс у 7–14% пациентов. Больше чем в половине случаев лобно-височная алопеция сочетается с поредением бровей, вплоть до полного их отсутствия. Выпадение волос на коже туловища отмечается у 25% пациентов с ФФА, с преимущественным поражением области подмышечных впадин, лобка и конечностей. Видимая стабилизация процесса может произойти как на фоне проводимой терапии, так и спонтанно, однако ФФА имеет тенденцию к прогрессированию патологического процесса, формируя так называемую «клоунскую» алопецию, с захватом значительной площади кожи волосистой части головы. Гистологические особенности ФФА аналогичны тем, которые наблюдаются при ПВЛ, нередко они более выражены. Сальные железы в пораженном участке отсутствуют. Как и при ПВЛ, количество катаген-телогенных волосных фолликулов снижено.

**Трихоскопия.** Отсутствие фолликулярных отверстий в лобно-височной области, ассоциированных с неяркой эритемой и перифолликулярным выпадением волос по периферии очагов, является основным дерматоскопическим признаком ФФА [18].

**Дискоидная красная волчанка.** Дискоидная красная волчанка (ДКВ) представляет собой хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание кожи неясной этиологии, ведущим пусковым механизмом развития которого является воздействие ультрафиолетового облучения. Исходом патологического процесса при локализации очагов ДКВ на коже волосистой части головы является фокальная рубцовая алопеция. Чаще заболевание встречается у лиц женского пола, причем манифестация клинических проявлений приходится на возраст 20–40 лет. Примерно у 5–10% пациентов кожный процесс может трансформироваться в системное поражение и менее чем у 5% в подострую красную волчанку.

Клиническая картина ДКВ волосистой части головы дебютирует с появления четко отграниченной эритематозной, незначительно инфильтрированной бляшки, на поверхности которой локализируются плотно сидящие гиперкератотические чешуйки с неравномерно расположенными фолликулярными роговыми пробками. Попытка насильственного удаления чешуек с поверхности болезненна, чешуйки с трудом отделяются от поверхности. По периферии очагов эритематозный венчик выражен не всегда отчетливо и может отсутствовать. Процесс носит стадийный характер: эритема приобретает характерный

синюшный оттенок, в центральной части очага развивается атрофия, кожа становится гладкой, блестящей, истонченной, происходит деструкция сально-волосяных фолликулов, клинически проявляющаяся формированием очагов алопеции. Нередко пациенты отмечают жжение и болезненность в области высыпаний [19, 20].

**Трихоскопия.** Трихоскопические признаки длительно протекающей неактивной ДКВ не отличаются от наблюдаемых при других рубцовых алопециях: бесструктурные, молочно-красные или белые участки кожи с отсутствующими отверстиями волосяных фолликулов. Однако обнаружение крупных желтых точек (фолликулярный гиперкератоз) при проведении трихоскопии является специфическим признаком ДКВ. В эритематозную стадию определяются фолликулярные красные точки, что считается благоприятным прогностическим признаком в отношении возобновления роста волос. В случае длительного течения ДКВ на фоне желтых точек появляются древовидно ветвящиеся кровеносные сосуды («красные пауки на желтых точках»), как правило локализирующиеся по периферии очага [21, 22].

**Синдром Грэхема–Литтла.** Синдром Грэхема–Литтла, описанный Пиккарди в 1913 г., представляет собой редкую форму лимфоцитатной рубцовой алопеции волосистой части головы и нерубцовой алопеции в проекции подмышечных впадин и лобка. Для данного синдрома также характерны высыпания в виде фолликулярных папул на туловище и конечностях, дистрофические изменения ногтей. Алопеция волосистой части головы развивается у половины пациентов и обычно предшествует другим признакам заболевания. Чаще всего страдают женщины среднего возраста, хотя известны случаи и у лиц мужского пола и в детском возрасте. В основе дерматоза лежит Т-клеточно-опосредованный иммунологический механизм, позволяющий отнести его к особой форме красного плоского лишая.

**Трихоскопия.** При обследовании участков облысения в центральной зоне очагов визуализируются очаги атрофии фолликулярного аппарата — фиброзные белые точки. Кроме того, возможно сохранение единичных стержней волос по периферии очагов, перифолликулярное шелушение [4, 14].

**Центральная центробежная рубцовая алопеция.** Центральная центробежная рубцовая алопеция (ЦЦРА) является наиболее распространенной рубцовой алопецией среди афроамериканских женщин. Дебют заболевания приходится на второе или третье десятилетие жизни. Иницирующий фактор заболевания не установлен; имеет место генетический дефект волосяного фолликула под влиянием экзогенных причин (химическое, термическое или механическое воздействие вследствие натяжения и т. д.). Классическое проявление ЦЦРА — это очаг облысения округлой формы в теменной области, цвета здоровой кожи, который в перспективе центробежно увеличивается и в дальнейшем подвергается фиброзированию. В пределах очага могут наблюдаться единичные неповрежденные волосы. В зоне атрофии цвет кожного покрова не изменен. Может наблюдаться перифолликулярная гиперпигментация и политрихия. Некоторые пациенты предъявляют жалобы на зуд и боль в очагах поражения [23, 24].

**Трихоскопия.** Трихоскопия ЦЦРА позволяет выявить снижение плотности волос, варибельность диаметров волосяных стержней (миниатюризация фолликулов). Белые точки, представляющие собой

разрушенные волосяные фолликулы, замещенные соединительной тканью, и наличие двух или более волосков, выходящих из одного и того же устья, являются неспецифическими проявлениями ЦЦРА. Видны также точечные белые и звездчатые пигментные межфолликулярные пятна, эритема, пери- и интрафолликулярные чешуйки, обломанные стержни волос [4, 14, 24].

**Псевдопелада Брока.** Псевдопелада Брока (ПБ) — это идиопатическая и медленно прогрессирующая форма рубцовой алопеции, которой, как правило, страдают женщины среднего и старшего возраста. Стоит отметить, что для ПБ характерно постепенное, незаметное для самого пациента выпадение волос, что отличает ее, например, от очаговой алопеции. Клиническая картина ПБ складывается из наличия множественных очагов алопеции с последующим формированием соединительной ткани, имеющих нечеткие границы, без признаков гиперкератоза и воспалительных явлений, локализирующихся в проекции лобной и теменных областей в виде характерного рисунка, описываемого как «следы на снегу». Очаги имеют тенденцию к росту и слиянию. По периферии очагов волосы легко удаляются; при этом их корень покрыт стекловидной муфтой, напоминающей сожженную спичку, ввиду формирования атрофии. Характерным для ПБ является рост нескольких волос из одного волосяного фолликула. Выпадение волос имеет длительное прогрессирующее течение, иногда за несколько лет может развиться тотальная потеря волос [25].

**Трихоскопия.** Псевдопелада Брока является диагнозом исключения, так как в типичных случаях при проведении трихоскопии выявляют неспецифические изменения. Обнаруживаются гипопигментированные очаги рубцевания с редко расположенными отверстиями волосяных фолликулов и немногочисленные дистрофические волосы.

**Клинический случай.** Приводим отчет о собственном наблюдении пациентки с диагнозом «Псевдопелада Брока», получавшей стационарное лечение на базе клиники кожных и венерических болезней.

Пациентка 63 лет, жительница Волгоградской области, поступила с жалобами на появление очагов на коже волосистой части головы. Длительность заболевания 20 лет, после перенесенного психоэмоционального стресса. По данному поводу получала неоднократно амбулаторное лечение у дерматолога в поликлинике по месту жительства с диагнозом «Алопеция»: в рамках назначенной терапии использовала наружные средства для ухода, поливитаминовые комплексы. Эффекта от проводимой терапии не отмечала. Постепенно патологический процесс прогрессировал: очаг выпадения волос в теменной области увеличивался в размерах, отмечалось также диффузное поредение волос. Направлена на стационарное лечение в ККБ СГМУ.

Из перенесенных заболеваний: гепатит А, эпизодическое повышение уровня артериального давления, острая аллергическая реакция в виде крапивницы на введение сульфаниламидов. Венерические заболевания, туберкулез в прошлом отрицает. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Гемотрансфузий не было. Донором не была.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

При осуществлении физикального осмотра данных за патологические изменения не выявлено.

При проведении лабораторных и инструментальных методов исследования патологии не выявлено.



Рис. 1. Обзорный снимок кожного процесса

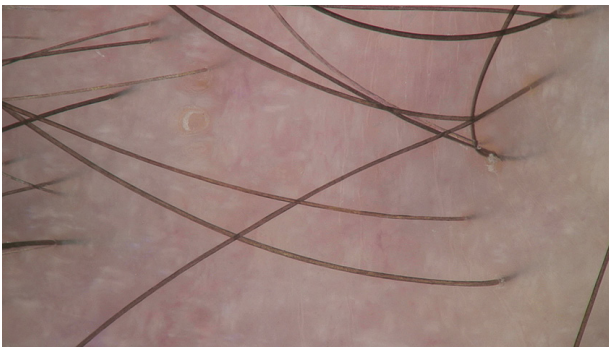


Рис. 2. Дерматоскопическая картина кожного процесса

Клиническая картина заболевания характеризуется следующими признаками: патологический процесс носит очаговый характер; локализован в проекции теменной области волосистой части головы. Представлен очагом выпадения волос, с формированием участков атрофии размером от 2 до 10 см в диаметре, при пальпации умеренной плотности, безболезненных. Кроме того, в пределах очага поражения отмечается наличие единичных стержневых визуально неизмененных волос. На других участках кожного покрова нарушение роста волос не отмечается (рис. 1).

При трихоскопии (исследование проводилось на видеодерматоскопе Mole Max) выявлены неспецифические признаки: гипопигментированные очаги атрофии, единичные устья волосяных фолликулов, немногочисленные с дистрофическими изменениями волосы.

Дерматоскопическая картина (исследование проводилось на видеодерматоскопе Mole Max): сглаженность фолликулярного аппарата, множественные очаги фиброза, немногочисленные волосяные стержни, а кроме того, присутствие разветвленных сосудов (рис. 2).

На основании клинико-анамнестических данных, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований выставлен диагноз: «Псевдопелада Брока». В рамках стационарного лечения

проведен курс локальной фотохимиотерапии с использованием фотосенсибилизатора наружно с положительным эффектом.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на низкую распространенность данной нозологии, описанный клинический случай псевдопелады Брока демонстрирует необходимость проведения детальной дифференциальной диагностики при установлении диагноза «Алопеция» и определения ее классовой принадлежности. Такие методы позволяют повысить эффективность верификации заболевания, обеспечить назначение более ранней терапии и формирование благоприятного прогноза для пациентов с данной патологией.

**Конфликт интересов** отсутствует.

#### References (Литература)

1. Tan E, Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary Cicatricial Alopecias: Clinicopathology of 112 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 25–32.
2. Whiting DA. Cicatricial Alopecia: Clinico-Pathological Findings and Treatment. *Clin Dermatol* 2001; 19: 211–25.
3. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS) — sponsored workshop on cicatricial alopecia, duke University Medical Center. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 103–10.
4. Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary Cicatricial Alopecia: Lymphocytic primary cicatricial alopecias, including chronic cutaneous lupus erythematosus, lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, and Graham — Little syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75: 1081–99.
5. Berdardez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic Features of Alopecias: Part II: Scarring Alopecias. *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106: 260–70.
6. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al. Trichoscopy of Cicatricial Alopecia. *J Drugs Dermatol* 2012; 11: 753–8.
7. Stefanato CM. Histopathology of Alopecia: A clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010; 56: 24–38.
8. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, et al. Trichoscopy: A new method for diagnosing hair loss. *J Drugs Dermatol* 2008; 7: 651–4.
9. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 799–806.
10. Miteva M, Tosti A. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 1299–303.
11. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. The Role of Dermoscopy in the Diagnosis of Cicatricial Marginal Alopecia. *Br J Dermatol* 2009; 161: 213–5.
12. Kossard S. Lymphocytic Mediated Alopecia: Histological classification by pattern analysis. *Clin Dermatol* 2001; 19: 201–10.
13. Chiericato C, Zini A, Barba A, et al. Lichen Planopilaris: Report of 30 cases and review of the literature. *Int J Dermatol* 2003; 42: 342–5.
14. Sperling LC. Scarring Alopecia and the Dermatopathologist. *J Cutan Pathol* 2001; 28: 333–42.
15. Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal Frontal Fibrosing Alopecia: A frontal variant of lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 59–66.
16. Tosti A, Piraccini BM, Lorizzo M, Misciali C. Frontal Fibrosing Alopecia in Postmenopausal Women. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 55–60.
17. Rubegni P, Mandato F, Fimiani M. Frontal Fibrosing Alopecia: Role of dermoscopy in differential diagnosis. *Case Rep Dermatol* 2010; 2: 40–5.
18. Inui S, Nakajima T, Shono F, Itami S. Dermoscopic Findings in Frontal Fibrosing Alopecia: Report of four cases. *Int J Dermatol* 2008; 47: 796–9.
19. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on Primary Cicatricial Alopecias. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 1–37.
20. Wiseman MC, Shapiro J. Scarring Alopecia. *J Cutan Med Surg* 1999; 3 Suppl 3: 45–8.

21. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular Red Dots: A novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2009; 145: 1406–9.

22. Wilson CL, Burge SM, Dean D, Dawber RP. Scarring Alopecia in Discoid Lupus Erythematosus. *Br J Dermatol* 1992; 126: 307–14.

23. Sperling LC, Sau P. The Follicular Degeneration Syndrome in Black Patients: «Hot Comb Alopecia» revisited and revised. *Arch Dermatol* 1992; 128: 68–74.

24. Sperling LC. Central Centrifugal Scarring Alopecia. In: Sperling LC, ed. *An Atlas of Hair Pathology with Clinical Correlations*. New York: Parthenon Publishing Group, 2003; p. 91–100.

25. Sperling LC. Brocq's Alopecia (Pseudopelade of Brocq) and «Burnt Out» Scarring Alopecia. In: Sperling LC, ed. *An Atlas of Hair Pathology with Clinical Correlations*. New York: Parthenon Publishing Group, 2003; p. 115–8.

УДК 616.5/.97:613.39]:378

Авторское мнение

### ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КОНСТРУИРОВАНИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

**А. Л. Бакулев** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук; **М. Г. Еремина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **Д. А. Свицунова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии; **Ю. В. Чумаченко** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студент.

### PRACTICE-ORIENTED APPROACH IN THE DESIGN OF THE PEDAGOGICAL PROCESS IN TEACHING DERMATOVENEREOLOGY AND COSMETOLOGY

**A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc; **M. G. Eremina** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD; **D. A. Svistunova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology; **Yu. V. Chumachenko** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Student.

Дата поступления — 03.08.2020 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

**Бакулев А. Л., Еремина М. Г., Свицунова Д. А., Чумаченко Ю. В.** Практико-ориентированный подход в конструировании педагогического процесса при обучении дерматовенерологии и косметологии. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2020; 16 (3): 866–868.

Сфера высшего образования принадлежит к наиболее перспективным, интенсивно развивающимся областям деятельности современного мира. В ней всегда есть место педагогическим инновациям. Преподаватель в определенном смысле является ключевой фигурой, ему принадлежит стратегическая роль в развитии личности студента в ходе профессиональной подготовки. Основным показателем педагогического профессионализма — контактная работа с обучающимися. В настоящее время мастерство педагога заключается в балансе традиционного взгляда на методику преподавания в вузе и современных трендов в области образования.

**Ключевые слова:** педагогический процесс, здравоохранение, дерматовенерология и косметология.

**Bakulev AL, Eremina MG, Svistunova DA, Chumachenko YuV.** Practice-oriented approach in the design of the pedagogical process in teaching dermatovenereology and cosmetology. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2020; 16 (3): 866–868.

The sphere of higher education belongs to the most promising, intensively developing fields of activity in the modern world. There is always a place for pedagogical innovations in it. In a certain sense, a teacher is a key figure who plays a strategic role in the development of a student's personality during training. The main indicator of pedagogical professionalism is contact work with students. Currently, the teacher's skill lies in balancing the traditional view of teaching methods at the university and modern trends in education.

**Key words:** pedagogical process, healthcare, dermatovenereology and cosmetology.

Вызовы здравоохранения предъявляют высокие требования к уровню подготовки современного врача-специалиста. Для достижения поставленных задач в рамках клинической дисциплины используются широкие возможности преподавания. Традиционно организация процесса подготовки врача-специалиста осуществляется на клинических базах кафедр, непосредственно у постели больного, чем обеспечивается непрерывный поток практических знаний. Ресурсы симуляционного центра Саратовского государственного медицинского университета имени

В. И. Разумовского дополняют и значительно расширяют процесс формирования практических навыков и умений, необходимых обучающимся медицинского вуза в рамках аккредитации врача-специалиста.

Изучение дисциплины через предмет, создание неотделимой взаимосвязи теории и практики — залог успеха медицины будущего [1]. Современная дерматовенерология как дисциплина опирается на новейшие достижения различных теоретических и клинических дисциплин, изучаемых студентами ранее. Базовые знания фундаментальных дисциплин неизбежно выстраивают связь нарушений обмена, внутренней среды организма, генетических факторов, поражений внутренних органов и нервной системы с изменениями и заболеваниями кожных покровов.

**Ответственный автор** — Еремина Мария Геннадьевна  
Тел.: +7 (927) 2231053  
E-mail: 913693@mail.ru