

СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ И ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

А. Гаджигороева, кандидат медицинских наук
Московский научно-практический центр
дерматологии и венерологии
E-mail: aida2010@mail.ru

К особенностям течения большинства заболеваний волос относится однородность их клинических проявлений в виде локального или диффузного облысения на коже головы. При отсутствии четкой картины заболевания, минимальной клинической симптоматики, а также при сочетанной патологии поставить правильный диагноз помогает использование инструментальных и морфологических методов исследования.

Ключевые слова: гнездная алопеция, андрогенетическая алопеция, трихотилломания, рубцовая алопеция, дерматоскопия, ошибки диагностики.

Гнездная алопеция (ГА) — хроническое заболевание волосяных фолликулов (ВФ) с предполагаемым аутоиммунным генезом. В основе заболевания лежит нарушение иммунной толерантности ВФ, что приводит к прекращению роста волос и формированию локальных очагов облысения в любой зоне роста волос на коже с преимущественным поражением волос на голове. За исключением тотальной и универсальной форм ГА потеря волос на голове носит очаговый характер, локализуясь в любой зоне скальпа либо по краевой зоне роста волос (над ушами, в области затылка); иногда потеря волос может носить диффузный характер, равномерно распределяясь по всей поверхности головы.

Под нашим наблюдением находились 145 пациентов с диагнозом ГА. Диагноз ставили в случае обнаружения у пациента 1 или нескольких из перечисленных признаков:

- наличие на скальпе или на лице ограниченных участков облысения без признаков шелушения кожи;
- наличие по краю очага пеньков обломанных волос в виде восклицательного знака, кадаверизованных (трупообразных) волос;
- наличие желтых точек вокруг устьев ВФ при дерматоскопии;
- полное отсутствие роста волос на коже головы, туловище и конечностях.

Клиническая картина дополнялась данными инструментально-диагностического обследования, в ходе которого выявляли специфические дерматоскопические признаки ГА: желто-коричневые точки на поверхности кожи скальпа вокруг ВФ, пеньки обломанных волос (в виде восклицательного знака), кадаверизованные волосы [1].

У 129 пациентов (38 мужчин и 91 женщина в возрасте от 16 до 60 лет) был клинический фенотип ГА в виде локальных или диффузных очагов облысения. В ряде случаев при постановке диагноза возникли затруднения, некоторые пациенты были направлены к трихологу с ошибочным диагнозом. Приведем несколько подобных наблюдений.

Наблюдение 1. Пациентка Н., 51 года. Жалобы на выпадение волос и облысение в области макушки (рис. 1а). Выпадение волос началось остро, около 3 мес назад, в последние 2–3 нед его интенсивность значительно снизилась. Возможной причиной потери волос считает хронический стресс. Анамнез без особенностей. Месячные регулярные, расстройств цикла или вегетососудистых признаков менопаузы не выявлено.

При осмотре волосистой части головы отмечены умеренное уменьшение количества волос и диффузное их поредение, которое особенно выражено в области макушки, напоминая андрогенетическую алопецию (АГА). Кожа в очаге слегка гиперемирована.

В ходе диагностического исследования кожи и волос в зоне их поредения с помощью видеодерматоскопического оборудования вокруг волосяных стержней выявлены точки интенсивного желто-коричневого цвета и пеньки волос в виде восклицательного знака, пустые устья ВФ (см. рис. 1б). На основании данных клинического осмотра и дерматоскопии поставлен диагноз ГА.

Данное наблюдение интересно тем, что нетипичное поредение у больной волос на макушке могло склонить мнение врача в пользу АГА (см. рис. 1а). Но обнаруженные при прицельной дерматоскопии пустые устья ВФ в сочетании с желто-коричневыми точками, а также специфические дистрофичные пеньки волос в виде восклицательного знака позволили поставить диагноз ГА.

Наблюдение 2. Пациентка А., 24 лет. Жалобы на умеренное выпадение волос и прогрессирующее облысение волосистой части головы. Поредение волос беспокоит в течение 4 лет. Диагноз при направлении: АГА, I стадия по Ludvig. Однако лечение вазоактивными препаратами, в том числе миноксидилом оказалось безуспешным, волосы продолжали выпадать, и пациентка была направлена на консультативный прием к трихологу. Из анамнеза: месячные с 13-летнего возраста, регулярные; хронические болезни отрицает, аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре волосистой части головы наблюдаются выраженное облысение на скальпе, симметричные глубокие лобно-височные залысины, высокая граница ро-

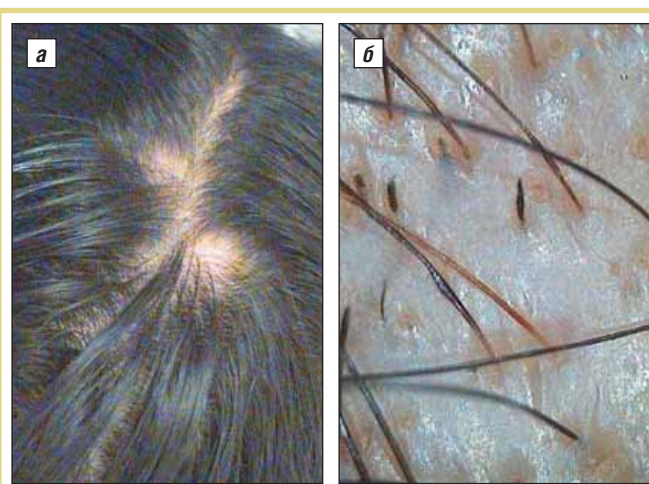


Рис. 1. Данные исследования больной Н., 51 года: а – нетипичное поредение волос на макушке затрудняет диагностику ГА; б – данные дерматоскопии подтверждают диагноз ГА

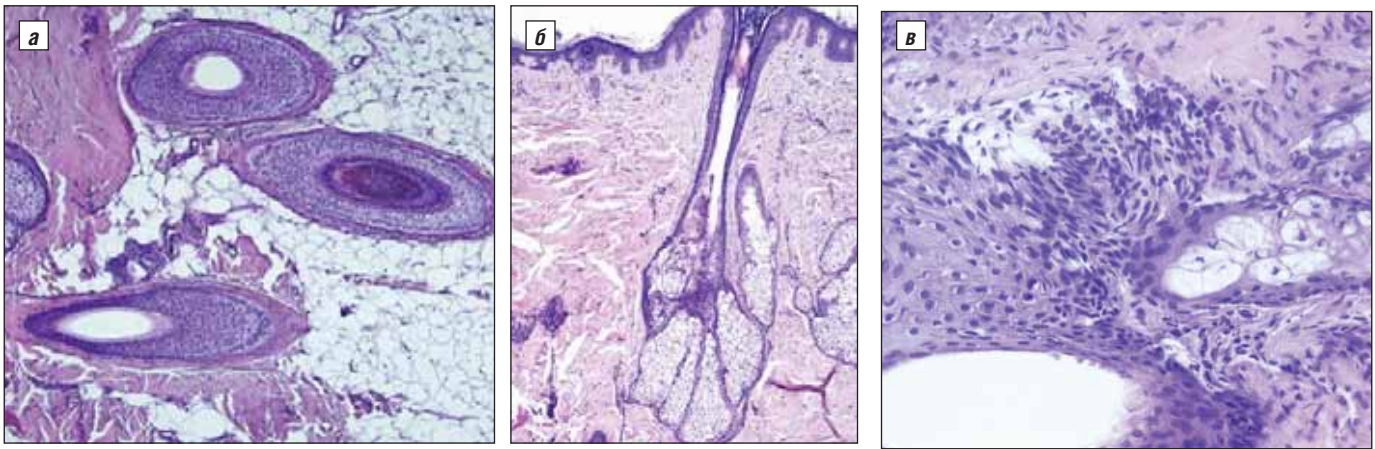


Рис. 2. Результаты гистологического исследования больной А., 24 лет: а – ВФ; поперечный срез. Видны 1 анагеновый и 2 телогеновых волоса; $\times 200$; б – воспалительный инфильтрат, перифолликулярный склероз, гипертрофия сальных желез; $\times 400$; в – признаки ГА на фоне АГА: воспалительный лимфогистиоцитарный инфильтрат проникает в эндоэпителиальный слой волосяного влагалища; очевидны склероз перифолликулярной ткани и гиперплазированная сальная железа; $\times 400$; окраска гематоксилином и эозином.

ста волос на лбу, выраженное диффузное поредение волос в заушных и затылочной зонах роста.

В ходе диагностического исследования волосистой части головы (дерматоскопия) обнаружены выраженный анизотрихоз (разный диаметр волос), фолликулярный признак в виде множественных пустых фолликулов, а также васкулярный признак в виде хорошо просматриваемых капиллярных петель, которые характерны для АГА [1, 2]. С целью уточнения диагноза из очага облысения взята биопсия кожи со скальпа.

При окрашивании гематоксилином и эозином в образце ткани выявлены: повышенное количество фолликулов в стадии телогена; наличие терминальных и миниатюризированных ВФ, умеренная гипертрофия сально-железистого аппарата ВФ; умеренно выраженные очаговые перифолликулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты и склероз ткани; атрофия эпидермиса, васкулиты мелких сосудов (рис. 2 а–в). Гистологическое заключение: ГА на фоне АГА.

Диагноз (ГА в сочетании с АГА) поставлен на основании данных клинической картины заболевания и результатов гистологического исследования. ГА соответствовала клиническому фенотипу офиазиса и скрытой алопеции [3].

Пациентке проведено лечение (рис. 3 а, б).

При подозрении на сочетанную патологию требуется тщательная диагностика; в случае сложных дерматозов «золотым стандартом» остается исследование биопсийного материала.

Иногда затруднения возникают при диагностике заболеваний, протекающих с рубцеванием ВФ. Отсутствие специфических признаков при рубцовой алопеции не позволяет правильно поставить диа-

гноз и, следовательно, назначить этиологическую и патогенетическую терапию. В то же время особенности клинической картины заболевания, наряду со специфическими дерматоскопическими признаками, облегчают постановку правильного диагноза.

Наблюдение 3. Пациентка Л., 62 лет, обратилась с жалобами на прогрессирующее облысение. Потеря волос длится около 5 лет. Неоднократно обращалась к врачам, на одной из последних консультаций поставлен диагноз ГА и назначены сосудистые препараты для усиления микроциркуляции, наружно – настойка перца (с целью стимуляции роста волос). Из особенностей анамнеза: пациентка в состоянии менопаузы около 15 лет. Наличие хронических заболеваний отрицает.

При осмотре волосистой части головы обращают на себя внимание частичная потеря волос в области фронтальной зоны лба, высокая граница роста волос на лбу, при этом новая граница роста (выше на темени) с неровным краем с переменной шириной (4–7 см) и глянцево-бледной поверхностью. В зоне потери волос кожа однородного цвета, который контрастирует с загорелой кожей лба ниже естественной (прежней) линии границы роста волос.



Рис. 3. То же наблюдение: а – вид до лечения, б – после лечения

При дерматоскопии устья ВФ не выявляются, кожный рисунок в зоне облысения сглажен. Сохранившиеся на границе с ростом волос устья ВФ имеют признаки перифолликулярной эритемы и гиперкератоза. Брови истончены, без признаков эритематоза, латеральная часть бровей отсутствует, в связи с чем на брови нанесен косметический татуаж коричневого цвета.

На основании данных объективного исследования и результатов дерматоскопии пациентке был поставлен диагноз: фронтальная фиброзная алопеция (ФФА).

В данном случае поставить правильный диагноз позволила типичная картина ФФА, которую Североамериканское общество исследования волос определяет как одну из форм красного плоского лишая [4], что диктует соответствующую тактику лечения. Основными диагностическими признаками всех форм рубцового облысения являются такие признаки, как видимая потеря устья фолликула при дерматоскопии, белые точки фолликулярной деструкции вокруг сохранившихся волос (рис. 4) и разрушение ВФ при гистопатологическом исследовании [5].

В связи с наличием у пациентки классической картины ФФА мы не стали проводить гистологическое исследование. Для лечения были применены внутрикожные инъекции бетаметазона дипропионата/бетаметазона натрия



Рис. 4. Данные дерматоскопического исследования больной Л. Рубцовая алопеция, белые перипиллярные точки, отсутствие устьев ВФ, глянцева кожа, отсутствие кожного рисунка

фосфата 1 раз в месяц; спустя 4 мес удалось добиться не только стабилизации воспалительного процесса, но и роста волос из сохранившихся в результате лечения фолликулов (рис. 5, а, б).

Наблюдение 4. Пациентка М., 42 лет, обратилась на амбулаторный прием в МНПЦДиК с жалобами на очаговое выпадение волос, которое заметила 3 мес назад. Наряду с основной жалобой пациентку беспокоят общая тревожность, расстройство сна.

Развитие патологического процесса связывает со стрессовой ситуацией на работе, которая предшествовала появлению очага и продолжает сохраняться на момент консультации у трихолога.

Во время предыдущих консультаций дерматолога пациентке ставили диагнозы ГА, позже — трихомикоза, хотя в нативных соскобах кожи и образцах волос патогенные грибы обнаружены не были. Лечилась противогрибковым препаратом ламизил 1% в виде крема 1 раз в день в течение 2 нед, без эффекта.

Из анамнеза: месячные с 13-летнего возраста, регулярные; есть ребенок 14 лет. Хронические болезни отрицает, аллергологический анамнез не отягощен. Домашних животных не имеет.

Данные осмотра: кожные покровы чистые. Патологический процесс носит ограниченный характер, локализуясь в области макушки волосистой части головы, где представлен одиночным очагом облысения диаметром 3 см с относительно ровными границами. Кожа в очаге уплотнена, с розово-синюшным оттенком (рис. 6). В самом очаге — обломанные волосы разной длины (от 1 мм до 1–2 см), в том числе пигментированные пеньки волос с дистальными концами в виде кисточки. В устье ВФ местами виднеются черные точки. При пальпации определяется некоторая плотность кожи, ее шелушение; «муфточки» на волосах, сохранившихся в очаге, отсутствуют (рис. 7 а, б).

В ходе доверительной беседы врачу удалось выявить, что в связи с переменами на работе, начавшимися чуть более 3 мес назад, пациентка стала сильно нервничать и иногда замечала, что в момент эмоционального напряжения выдергивает на голове волосы. Незаметно для нее в этой зоне образовалось облысение. С учетом предыдущего противогрибкового лечения, которое могло исказить клиническую картину болезни, пациентке рекомендовано провести бактериологическое и культуральное исследование на патогенные грибы, выписана на-

стойка пустырника (по 20 капель жидкого экстракта 2 раза в день в течение 3 нед) с рекомендацией повторной консультации после получения результатов исследования. В указанный период в анализах рост патогенной микрофлоры не обнаружен.

Окончательный диагноз у пациентки — трихотилломания; ей даны соответствующие рекомендации по лечению и профилактике навязчивого состояния



Рис. 5. То же наблюдение: а – вид до лечения, б – после лечения

(прием седативных препаратов, следить за руками в момент эмоционального напряжения, консультация у невропатолога).

Случай с трихотилломанией не был сложным для диагностики, поскольку дерматоскопическая картина (отсутствие перипилярных патологических знаков в очаге, а также рост коротких пигментированных волос разной длины) не давала оснований сомневаться в диагнозе. Однако невнимательный врачебный осмотр на амбулаторном приеме, отсутствие дерматоскопа или лупы с увеличением, а также незнание особенностей клинической картины разных форм алопеции создают условия для врачебной ошибки.

Выпадение волос – общий универсальный симптом для различных заболеваний, сопровождающихся облысением. Неспецифический характер потери волос при диффузной алопеции часто приводит к ошибочному диагнозу, следствием чего становятся неадекватная терапия и, соответственно, отсутствие положительных результатов лечения. Дерматоскопические признаки при болезнях волос часто имеют адресный характер и помогают поставить правильный диагноз. Например, дерматоскопическими признаками ГА являются желто-коричневые точки вокруг устья фолликулов, наличие пеньков волос с «обугленным» дистальным свободным краем (волосы в виде восклицательного знака), каверизованные, а также депигментированные волосы в очаге поражения при начале ремиссии [1, 2, 6, 7]. Волосы, отрастающие в очагах с ГА спонтанно или на фоне медикаментозной ремиссии, – обесцвеченные, тонкие (в виде велюсных), внешне не соответствуют пигментированным волосам, отрастающим в очагах при трихотилломании, что значительно облегчает постановку диагноза.

При этом классическая картина ГА на коже скальпа представлена 1 или несколькими очагами облысения округлой формы без признаков инфильтрации или шелушения, с четкими границами, но возможной зоной расшатанных волос по периферии очагов [3]. Если клиническая картина ГА атипична, можно предположить алопецию иного генеза.

К основным дерматоскопическим признакам АГА можно отнести наличие волос разного диаметра [1, 8]. Вместе с тем при длительно существующей АГА на голове могут сохраниться только терминальные волосы, не чувствительные к андрогенам и, как следствие, с довольно широким диаметром в окружности. В то же время гиперплазия сальных желез, которую можно определить при гистологическом исследовании образца кожи из зоны АГА, патогномонична для данного типа потери волос: под действием мужских гормонов чувствительный к ним ВФ уменьшается в размерах, а сальная железа, наоборот, гипертрофируется в результате стимулирующего действия андрогенов на секреторные клетки сальной железы.

В то же время морфологические находки при длительно существующей АГА сходны с таковыми при хронической форме ГА, включающими повышенное число телогеновых фолликулов, умеренно выраженный перифолликуляр-

ный инфильтрат, накопление экстрацеллюлярного матрикса, включая коллагеновые волокна, фибробластические элементы и единичные склерозированные сосуды, склероз дермы [9].

Иногда сложности при постановке диагноза могут быть связаны как с нетипичной клинической картиной болезни, так и с неправильным «прочтением» патологических признаков при выраженном облысении. Это возможно в случае наличия патологического процесса на коже скальпа, протекающего abortивно, с минимальной клинической симптоматикой, либо при наличии сочетанной патологии.

Так, у больной А. (наблюдение 2) правильная постановка диагноза упорядочила тактику лечебных мероприятий (была учтена преимущественная тяжесть одного из выявленных заболеваний волос). Это позволило избежать терапевтических ошибок (связанных с неверным выбором очередности лечебных мероприятий), и, как следствие, возможных осложнений. На первый план выступили противовоспалительные методы лечения ГА. Обработка пораженной кожи внутривожными инъекциями бетаметазона дипропионата/бетаметазона натрия фосфата способствовала снятию воспаления, прекращению выпадения волос и возобновлению их роста; последующее назначение миноксидила привело к восстановлению большей части утраченных волос.



Рис. 6. Больная М., 42 лет. Трихотилломания. В очаге поражения кожа гиперемирована, несколько уплотнена

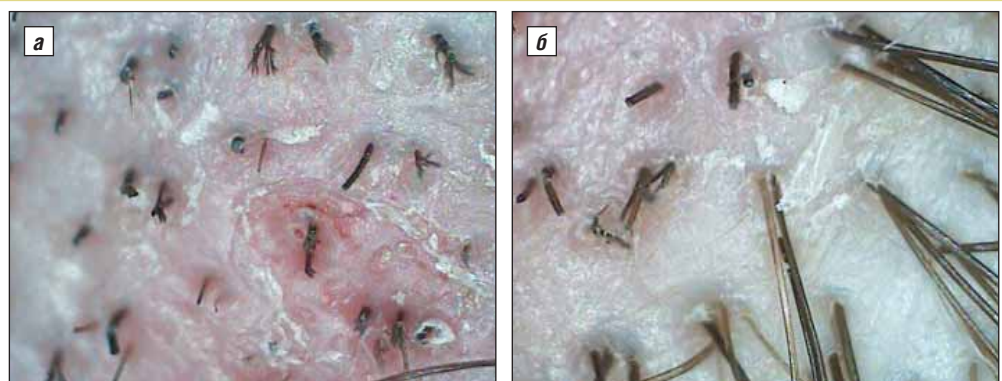


Рис. 7. То же наблюдение. Дерматоскопическая картина: *а* – в очаге поражения: обломанные пигментированные волосы, дистальные концы в виде кисточки, небольшие кровоизлияния; *б* – на границе очага со здоровой кожей: вокруг поврежденных и здоровых волос отсутствуют желтые перипилярные точки

Затруднения при постановке диагноза могут возникнуть в случае отсутствия должного клинического опыта и неадекватной оценки клинических признаков. Знание дерматоскопических признаков болезней волос в значительной степени облегчает постановку диагноза. Гистологическое исследование остается «золотым стандартом» при диагностике сложных дерматозов и позволяет скорректировать лечение с учетом патогенеза заболевания.

Литература

1. Tosti A. Dermoscopy of hair and scalp disorders with clinical and pathological correlations / Informa UK, 2007.
2. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Потекаева / М.: МДВ, 2010; 144 с.
3. Суворова К.Н., Гаджигороева А.Г. Гнездная алопеция. Ч. 2. Клиника и диагностика // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998; 6: 59–61.
4. Olsen E., Bergfeld W., Cotsarelis G. et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored workshop in cicatricial alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003; 48: 103–10.
5. Ross E., Tan E., Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005; 53: 1–37.
6. Гаджигороева А.Г. Применение дерматоскопии при гнездной алопеции // Экспер. и клин. дерматокосметол. – 2009; 2: 58–60.
7. Gujjarro J., Silvestre J., Ramon R. et al. A peculiar pattern of alopecia // Arch. Dermatol. – 2001; 137: 365–70.
8. Гаджигороева А.Г. Клиническая трихология / М.: Практ. медицина, 2014; 184.
9. Gadzhigoroeva A., Kogan E. Hair follicle homeostasis impairment in alopecia areata. Abstract of report // Inter. J. Trichology. – 2012; 4 (2): 125.

DIFFICULT CASES AND ERRORS IN THE DIAGNOSIS OF ALOPECIA AREATA

A. Gadzhigoroeva, Candidate of Medical Sciences

Moscow Research and Practical Center for Dermatology and Venereology

The specific features of most hair diseases include heterogeneity of their clinical manifestations as local or diffuse alopecia on the scalp. Instrumental and morphological studies help correctly diagnose the disease if there is no clear picture of the disease and if there are minimal clinical symptoms, as well as comorbidity.

Key words: alopecia areata, androgenetic alopecia, trichotillomania, cicatricial alopecia, dermatoscopy, diagnostic errors.