

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ

Садиев Шамсиддин Фазлитдин ўғли

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

shams.341farm@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Автор подробно изложили данные отечественной и зарубежной литературы, касающейся вопросов обследования пациентов с алопецией. Анализ информации, а также собственные наблюдения авторов позволили достаточно полно описать клиническую картину и дифференциальную диагностику различных алопеций.

Ключевые слова: *очаговая алопеция, андрогенная алопеция, дискоидная красная волчанка, телогеновая алопеция, пучки волос.*

ABSTRACT

The author presented in detail the data of domestic and foreign literature concerning the issues of examination of patients with alopecia. Analysis of the information, as well as the author own observations made it possible to adequately describe the clinical picture and differential diagnosis of various alopecia.

Keywords: *alopecia areata; androgenetic alopecia; discoid lupus erythematosus; telogen effluvium; hair card; tufts of hairs.*

ВВЕДЕНИЕ

Проблема очаговой алопеции (ОА) остается одной из актуальных проблем дерматологии. В развитии заболевания показана роль нервной системы, нейроэндокринных факторов, роль локальных и системных иммунных нарушений, аутоиммунного компонента, фагоцитоза, сосудистых изменений, а также наследственная и инфекционная теории и др.

Дифференциальная диагностика включает в себя как рубцовые, так и нерубцовые алопеции. К тому же, повышенная ломкость волос, приводящая к алопеции, сопровождается различными заболеваниями стержня волоса. Таким образом, для правильной оценки жалоб пациента и установления корректного диагноза необходимо прибегнуть к хорошо организованному, систематичному обследованию. Первая часть данного обучающего обзора, посвященного проблеме потери волос, специализируется на сборе анамнеза и клиническом осмотре у пациентов с алопецией. Также, читателю предлагается

алгоритмический подход к диагностике алопеций, основанный на данных последних исследований в области потери волос.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Сбор анамнеза

1. Потеря волос – основной источник психологического дискомфорта для пациента, страдающего алопецией.

2. Определенные виды алопеций более характерны для отдельных возрастных групп.

Пациенты, страдающие потерей волос, как правило, испытывают значительный психологический дискомфорт. Для установления доверительных отношений и снижения тревожности пациента необходимо внимательно, не прерывая, выслушать жалобы пациента в начале консультации. Важно обращать внимание на возраст пациента. Некоторые заболевания чаще встречаются у детей, чем у взрослых. К наиболее типичным причинам потери волос у детей относятся очаговая алопеция и микоз волосистой части головы. Трихотилломания часто возникает в предпубертатном периоде, а также у молодых взрослых. Тракционная алопеция может начинаться в детском возрасте, однако, преобладает среди молодых женщин. Андрогенная алопеция возникает, как правило, в постпубертатном периоде. Фронтальная фиброзирующая алопеция наиболее часто наблюдается у женщин в постменопаузе.

Алгоритм сбора анамнеза при алопеции:

1. Продолжительность заболевания
2. Истончение волосяного стержня
3. Интенсивность выпадения волос
4. Распространенность выпадения волос: а. Ограниченное выпадение
б. Диффузное выпадение
5. Симптомы, ассоциированные с выпадением волос: Зуд, Боль, Жжение
6. Наличие сопутствующих заболеваний
7. Прием лекарственных препаратов
8. Характер питания
9. Психосоциальный анамнез
10. Какие процедуры по уходу за волосами и какая косметика использовались ранее?

11. Семейный анамнез заболевания
12. Симптомы гиперандрогении (у женщин)

Жалобы пациента.

- Снижение густоты и избыточное выпадение волос являются двумя основными жалобами, с которыми пациент изначально обращается к дерматологу.

- Выпадение волос становится заметным невооруженным глазом после потери более 50% волос.

- Ключевым моментом в постановке диагноза может служить информация о продолжительности заболевания, также, длительность выпадения волос позволяет определить прогноз заболевания.

К двум наиболее частым жалобам, с которыми пациент приходит на прием к дерматологу, относят прогрессирующее уменьшение густоты волос и избыточное их выпадение. Вначале пациенты отмечают, что волосы не скрывают кожу волосистой части головы полностью, как раньше. Затем отмечают, что волос недостаточно для поддержания прежней прически. Например, женщины замечают, что толщина «конского хвоста» значительно уменьшилась. Как правило, потеря волос становится заметной для пациента при снижении густоты волос более чем на 50%. Прогессирующее истончение и поредение волос характерно для андрогенной алопеции. К более редким причинам снижения густоты волос относят первичные рубцовые алопеции, такие как красный плоский лишай, псевдопеллада Брока, фронтальная фиброзирующая алопеция. Также, к прогрессирующему поредению волос приводят различные воспалительные заболевания кожи волосистой части головы, такие как псориаз и себорейной дерматит.

Пациенты могут предъявлять жалобы на интенсивное выпадение волос при мытье волос или использовании фена для сушки волос. Важными моментами в оценке интенсивности выпадения волос является обнаружение их на подушке после ночного сна, в пище и на кухонном столе. В норме возможна потеря до 100 телогеновых волос в сутки. Избыточное выпадение волос, как правило, свидетельствует о телогеновой алопеции. Тем не менее, такая картина может наблюдаться и при очаговой алопеции, либо в активную стадию различных вариантов рубцовой алопеции.

Нередко возникают жалобы на изменение типа волос, при этом волосы могут стать вьющимися или курчавыми. Подобные изменения наблюдаются при андрогенной алопеции. Также, в конечной стадии рубцовой алопеции

обнаруживаются характерные пучки волос (tufts of hairs), которые могут быть вьющимися. К неспецифическим жалобам относят замедление роста волос или невозможность отрастить длинные волосы. В то время как первая жалоба может возникать при андрогенной алопеции и отражать нарушения цикла роста волоса – укорочение фазы анагена и удлинение фазы телогена, последняя чаще встречается при заболеваниях, сопровождающихся повышенной ломкостью волос или при синдроме короткого анагена. Врожденную патологию стержня волоса у детей подозревают при выраженной курчавости и невозможности отрастить длинные волосы. Важно различать потерю волос при выпадении их с корнем и при обламывании, так как каждое из этих состояний имеет свой круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

Дифференциальная диагностика при потере волос:

1. Выпадение волос
2. Телогеновая алопеция
3. Очаговая алопеция
4. Андрогенная алопеция
5. Действие лекарственных препаратов
6. Синдром короткого анагена
7. Ломкость волос
8. Микоз волосистой части головы
9. Трихотилломания
10. Неправильно подобранный уход за волосами
11. Заболевания, связанные с изменением стержня волоса
12. Анагеновая алопеция

Необходимо выяснить у пациента, наблюдалось ли спонтанное возобновление роста волос. Восстановление роста волос возможно при нерубцовых алопециях. Однако, в редких случаях, это может произойти при раннем начале терапии рубцовой алопеции.



Для диагностики заболевания важно знать продолжительность потери волос, также, это помогает определить прогноз для пациента. Длительность острой телогеновой алопеции обычно не превышает 6 месяцев. Заболевания, связанные с поражением стержня волоса, а также большинство рубцующих алопеций, напротив, являются хроническими. Очаговая алопеция имеет непредсказуемое течение. Спонтанное восстановление роста в течение года отмечается до 55% случаев. Длительно сохраняющаяся очаговая алопеция обычно имеет неблагоприятный прогноз.

Варианты потери волос:

1. Диффузное поредение волос характерно для телогеновой алопеции и крайне редко встречается при очаговой алопеции.
2. Поредение волос, ограниченное лобной и теменной зонами характерно для андрогенной алопеции.
3. Очаговое выпадение волос – классическое проявление гнездовой алопеции.

Для успешной диагностики алопеции важно определить характерные клинические черты выпадения волос. Диффузная потеря волос наиболее часто встречается при телогеновой алопеции. Поредение волос, ограниченное лобной и теменной зонами характерно для андрогенной алопеции. Фронтальная фиброзирующая алопеция практически исключительно поражает лобную область и лобно-височную линию роста волос. При тракционной алопеции

поредение волос отмечается преимущественно по краю волосистой части головы. Центральная центробежная рубцующая алопеция, как правило, возникает в области темени и распространяется к периферии. При очаговой алопеции возможны различные варианты облысения. Наиболее характерно наличие ограниченного очага облысения, в более редких случаях наблюдается диффузное поредение волос. При универсальной очаговой алопеции возможно генерализованное выпадение волос, в том числе на лице и туловище. При трихотилломании обычно наблюдается очаги причудливой формы, локализующиеся на волосистой части головы, туловище. При различных вариантах рубцовых и нерубцовых алопеций возможно распространение процесса за пределы волосистой части головы. Синдром Литтла-Лассюэра-Пикарди – заболевание, при котором красный плоский лишай кожи волосистой части головы сочетается с нерубцовой алопецией подмышечной и паховой области, а также фолликулярными остроконечными папулами на коже туловища, волосистой части головы.

Клиническое обследование:

В начале осмотра необходимо удобно усадить пациента на стул, а также удалить все аксессуары для волос из прически.

Необходимо тщательно и последовательно осматривать все участки волосистой части головы.

Для точного осмотра волос и кожи волосистой части головы пациент должен располагаться сидя на стуле, а не лежа на кушетке. Необходимо произвести осмотр всей окружности головы, последовательно оценивая затылочную, лобную, теменную и височные области. Для проведения осмотра необходимо иметь хороший источник света, а также увеличительную линзу, либо дерматоскоп. Обязательно удаление всех аксессуаров для волос из прически.

Алгоритм осмотра волос:

1. Правильное положение пациента
2. Общий осмотр волосистой части головы
3. Характер поражения
4. Распространенность
5. Лобная линия роста волос: плотность, целостность
6. Цвет волос
7. Длина волос
8. Брови и ресницы

9. Осмотр очагов поражения
10. Наличие рубцевания
11. Изменения эпидермиса: Эритема, Гипо/гиперпигментация, Шелушение/корочки.
12. Тест на выдергивание волос (Hair pull test)
13. Осмотр волос с использованием карточки (Hair card)
14. Тест натяжения волос (Tug test)

Общий осмотр волосистой части головы:

Определение характера распределения и распространенности выпадения волос помогает установить верный диагноз.

Необходима оценка волосяного покрова не только волосистой части головы, но и лица, туловища.

В первую очередь при осмотре необходимо оценить состояние волос в теменной области, затем височную и затылочную область. Если при осмотре определяется кожа скальпа, которую не прикрывают полностью поредевшие волосы, можно говорить о снижении густоты волос как минимум на 50% от нормальной. Необходимо визуально сравнить плотность волос на различных участках скальпа. При помощи кончиков пальцев или деревянного кончика ватной палочки разделите волосы на проборы, формируя прямую линию – вначале от лобной линии роста волос к темени, затем от затылка к темени. Оцените характер и локализацию потери волос. Как правило, определенный вариант алопеции имеет свои характерные клинические черты.

Диффузный характер потери волос наблюдается при телогеновой алопеции, например, в случае лекарственно-индуцированной алопеции. Ограниченный участок поредения волос, локализованный в лобной и теменной зоне типичен для андрогенной алопеции. Участки потери волос, располагающиеся преимущественно периферически – в лобной, височной, затылочной зоне – клинически наиболее соответствует тракционной алопеции. С другой стороны, беспорядочно расположенные ассиметричные очаги могут встречаться при очаговой алопеции, трихотилломании, различных вариантах рубцовой алопеции. Необходимо оценить фронтальную линию роста волос. Уменьшение густоты по линии роста волос, образование высоких залысин может наблюдаться при андрогенной алопеции, фронтальной фиброзирующей алопеции. Возможно сочетание нескольких вариантов потери волос, что значительно затрудняет постановку диагноза. Телогеновая алопеция может

клинически напоминать другие алопеции, например андрогенную. Также, при осмотре важно оценить цвет и длину волос.

Необходимо осмотреть брови, ресницы, волосы на лице(при наличии). Поражение бровей возможно при очаговой алопеции, фронтальной фиброзирующей алопеции, врожденных дефектах стержня волоса. Также, при осмотре необходимо обратить внимание на наличие сопутствующих симптомов, у женщин – оценить признаки гиперандрогении: акне, гирсутизма, фолликулярных папул. (рисунок 3)

Осмотр очагов поражения. Проведение дифференциальной диагностики между рубцовой и нерубцовой алопецией

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между рубцовой и нерубцовой алопецией.

Важно отмечать наличие в очаге поражения покраснения, шелушения, депигментации, атрофии, телеангиэктазий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данного этапа осмотра является проведение дифференциальной диагностики между рубцовой и нерубцовой алопецией. Для более детального осмотра необходимо воспользоваться дерматоскопом или увеличительной линзой. Важно обращать внимание на наличие или отсутствие устьев волосяных фолликулов. При рубцовой алопеции отверстия волосяных фолликулов, как правило, не обнаруживаются. При нерубцовой алопеции они сохранены. Обратите внимание на наличие покраснения, шелушения, депигментации, атрофии, папул, пустул, корочек, телеангиэктазий, перифолликулярной эритемы и шелушения, пучковых волос. Ведущими симптомами себорейного дерматита являются диффузная сухость и шелушение кожи скальпа. Ассиметричные, четко ограниченные эритематозные бляшки с серебристо-белым шелушением характерны для псориаза волосистой части головы. Оцените состояние стержня волоса. Оцените толщину, форму и длину. Также, необходимо дифференцировать вновь отросшие волосы и обломанные. Для этого необходимо использовать тест с карточкой волоса (hair card).

REFERENCES

1. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция (гнездная, андрогенетическая, диффузная). – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 192 с.

2. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н, Мошкалова И.А, Соколовский Е.В. Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии. Серия «Библиотека врача-дерматовенеролога» Вып 7/Под ред. Е.В.Соколовского-СПб.: СОТИС, 2003.-176с.
3. Гаджигороева А.Г. Лечение пациентов с телогеновым выпадением волос// Вестник дерматологии и венерологии – 2004, №4. – С.43-46. 9. Гаджигороева А.Г., Нечаева Н.П. Применение трихограммы для оценки эффективности лечения выпадения волос// II Всероссийский конгресс дерматовенерологов, 2007. – С.52
4. Рук А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы. Пер. с англ.– М: Медицина, – 1985. – С.264
5. Hajheydari Z., Akbari J., Saeedi M., Shokoohi L. Comparing the therapeutic effects of finasteride gel and tablet in treatment of the androgenetic alopecia. Indian J Dermatol Venereol Leprol. – 2009; 47–51