

Трудности дифференциальной диагностики алопеций в практике врача-дерматолога: клинические случаи

П.С. Осмоловская[✉], Н.Л. Сычёва, Ф.А. Псавок

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. им. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, 350063, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Выделяют две основные категории алопеций: рубцовые и нерубцовые. Среди них есть те, которые часто представляют проблему при дифференциальной диагностике, поскольку могут иметь схожие клинические проявления, требующие определенных методов исследования для подтверждения диагноза. Так, например, под маской гнездовой алопеции может протекать трихотилломания. **Описание клинических случаев.** В статье приведены три клинических наблюдения больных с рубцовыми и нерубцовыми алопециями. Продемонстрированы трудности постановки окончательного диагноза из-за схожести клинической картины. Отражена важность подробного обследования и пристального внимания к больным с длительно существующими очагами поредения волос, а также тщательного дифференциально-диагностического поиска при данной патологии; весомость патоморфологического исследования, которое является незаменимым инструментом для оценки большинства схожих случаев рубцовых и нерубцовых алопеций. **Заключение.** Ранняя верификация диагноза и своевременно начатая терапия при болезнях волос крайне важны как для возможного восстановления их роста, так и для профилактики дальнейшей их потери.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гнездовая алопеция, фронтальная фиброзирующая алопеция, псевдопелада Брока

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Осмоловская П.С., Сычёва Н.Л., Псавок Ф.А. Трудности дифференциальной диагностики алопеций в практике врача-дерматолога: клинические случаи. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2024;31 (5):88–99. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-5-88-99>

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ: авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ДЕКЛАРАЦИЯ О НАЛИЧИИ ДАННЫХ: данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить у корреспондирующего автора по обоснованному запросу.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ: от пациентов получено письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании, публикацию описания клинического случая и публикацию фотоматериалов в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания в клиническом примере № 1–09.03.2023, в клиническом примере № 2–21.06.2023, в клиническом примере № 3–17.05.2023).

ВКЛАД АВТОРОВ: П.С. Осмоловская, Н.Л. Сычёва, Ф.А. Псавок — разработка концепции и дизайна исследования; П.С. Осмоловская, Ф.А. Псавок — сбор данных; П.С. Осмоловская, Н.Л. Сычёва, Ф.А. Псавок — анализ и интерпретация результатов; П.С. Осмоловская — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта; Н.Л. Сычёва, Ф.А. Псавок — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного замечания интеллектуального содержания. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

✉КОРРЕСПОНДИРУЮЩИЙ АВТОР: Осмоловская Полина Сергеевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: ул. им. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, 350063, Россия. E-mail: polina_osmolovskaya@mail.ru

Получена: 20.11.2023 / Получена после доработки: 14.08.2024 / Принята к публикации: 16.09.2024

Difficulties in differential diagnosis of alopecia in the practice of dermatologists: Clinical cases

Polina S. Osmolovskaya[✉], Nataliya L. Sycheva, Fatima A. Psavok

Kuban State Medical University, Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia

ABSTRACT

Background. All types of alopecia fall into two main categories: scarring and non-scarring alopecias. Among these, certain types frequently pose challenges in differential diagnosis due to their similar clinical manifestations, thus necessitating specific examinations to be made for confirmation of the diagnosis. For instance, trichotillomania may be easily confused with alopecia areata. **Description of clinical**

cases. The paper presents three clinical observations of patients with both scarring and non-scarring alopecia and highlights the challenges in establishing a definitive diagnosis due to the similarities in clinical presentations. The study emphasized the importance of thorough examination and close attention to patients with long-standing areas of hair thinning, along with the necessity for meticulous differential diagnostic efforts. In addition, the significance of pathological examination is considered as an indispensable tool for the evaluation of most similar cases of scarring and non-scarring alopecias. **Conclusion.** Early verification of the diagnosis and timely initiation of therapy for hair disorders appear crucial, both for the potential restoration of hair growth and for the prevention of further hair loss.

KEYWORDS: alopecia areata, frontal fibrosing alopecia, pseudopelade of Brocq

FOR CITATION: Osmolovskaya P.S., Sycheva N.L., Psavok F.A. Difficulties in Differential Diagnosis of Alopecia in the Practice of Dermatologists: Clinical Cases. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2024;31(5):88–99. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-5-88-99>

FUNDING: The authors declare that no funding was received for this study.

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon request.

INFORMED CONSENT: Written informed voluntary consent was received from the patients for the participation in the study, publication of a case and publication of photographic materials in a medical journal, including its electronic version (the date of signing by patient 1 — 09.03.2023; patient 2 — 21.06.2023; patient 3 — 17.05.2023).

AUTHOR CONTRIBUTIONS: P.S. Osmolovskaya, N.L. Sycheva, F.A. Psavok — concept statement and contribution to the scientific layout; P.S. Osmolovskaya, F.A. Psavok — data collection; P.S. Osmolovskaya, N.L. Sycheva, F.A. Psavok — analysis and interpretation of the results; P.S. Osmolovskaya — drafting the manuscript and preparing its final version; N.L. Sycheva, F.A. Psavok — critical review of the manuscript with introduction of valuable intellectual content. All authors approved the final version of the paper before publication and assume responsibility for all aspects of the work, which implies proper study and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of the work.

✉ **CORRESPONDING AUTHOR:** Polina S. Osmolovskaya, Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Dermatovenerology, Kuban State Medical University. Address: Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia. E-mail: polina_osmolovskaya@mail.ru

Received: 20.11.2023 / **Revised:** 14.08.2024 / **Accepted:** 16.09.2024

ВВЕДЕНИЕ

Алопеция является одной из распространенных клинических жалоб на приеме врача-дерматолога. Это заболевание характеризуется полной или частичной потерей волос на голове, а иногда и на теле, возникающее вследствие повреждения волосяного фолликула [1].

Потеря волос негативно влияет на качество жизни больных. По некоторым данным, 75% пациентов, страдающих алопецией, демонстрируют низкую самооценку, 50% — испытывают социальные проблемы [2]. Заболевание встречается как у мужчин, так и у женщин, независимо от расовой и этнической принадлежности [2]. Спровоцировать выпадение волос могут различные факторы: генетика, гормональный дисбаланс, заболевания внутренних органов, аутоиммунные нарушения, побочные эффекты лекарственных средств, стрессовые ситуации, дефицит питательных веществ и т. д. [3].

Единой классификации алопеций на сегодняшний день не существует. Выделяют две основные формы заболевания: рубцовые и нерубцовые. Рубцовые характеризуются полным разрушением пилосебацейных юнитов (волос, волосяных фолликулов, мышц поднимающих волос, сальных желез), что приводит к необратимому выпадению волос, исчезновению фолликулярного рисунка кожи волосистой части головы¹ [4]. В клинической практике их делят на первичные (результат фолликулоцентрического воспалительного процесса) и вторичные (результат внешнего воздействия на фолликул, например физические и химические повреждения, инфекционные и аутоиммунные заболевания, неопластические процессы) [4]. В зави-

симости от типа преобладающих клеток в составе воспалительного инфильтрата первичные рубцовые алопеции подразделяют на лимфоцитарные, нейтрофильные и смешанные. К лимфоцитарным относят дискоидную красную волчанку; красный плоский фолликулярный лишай и его три разновидности: классический lichen planopilaris, фронтальная фиброзирующая алопеция и синдром Грэхма — Литгла; фиброзную алопецию, сочетающую в себе признаки плоского волосяного лишая и андрогенетической алопеции, центральную центробежную рубцовую алопецию, классическую псевдопелладу Брока и др., к нейтрофильным — декальвирующий фолликулит, абсцедирующий подрывающий фолликулит, к смешанным — акне келоидные задней части шеи, некротизирующие акне, эрозивный пустулезный дерматоз [4–6].

Нерубцовые характеризуются сохранностью волосяных фолликулов, что позволяет волосам расти снова. Клинически они протекают без предшествующего воспаления кожи. Среди них лидирующее значение занимают телогеновый эффувиум, андрогенетическая, гнездная алопеции, трихотилломания, тракционная алопеция [7]. По данным ряда авторов, из всех видов алопеций приблизительно 3–7% приходится на первичные рубцовые и 40% — на нерубцовые [4, 8].

Среди вышеперечисленных заболеваний волос есть те, которые часто представляют проблему при дифференциальной диагностике, поскольку могут иметь схожие клинические проявления, которые требуют определенных методов исследования для подтверждения диагноза. Так, под маской гнездной алопеции может протекать

¹ Раводин Р. А., Денисова Е. А. *Рубцовые алопеции в практике врача-дерматовенеролога: руководство для врачей*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 112 с. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462898.html>

трихотилломания. В таких случаях необходимо выстроить доверительные взаимоотношения между врачом и больным, что поможет выявить отягощенный психоэмоциональный фон пациента для подтверждения или исключения трихотилломании. Верификация диагноза рубцовых и нерубцовых алопеций основывается на совокупности диагностических методов. Помимо общих методов, включающих сбор анамнеза, результаты инструментальных и лабораторных исследований, используются специализированные. Последние подразделяются на неинвазивные (тест оценки выпадения волос при мытье головы, трихоскопическая диагностика, микроскопия, визуальный осмотр, обзорная фотосъемка), полуинвазивные (тест натяжения волос, трихограмма), инвазивные (гистологическое исследование) [9]. При сопоставлении с клинической картиной каждый из перечисленных методов может дать ценную информацию и помочь специалисту в постановке верного диагноза. Однако «золотым стандартом» диагностики остается гистологическое исследование, которое является незаменимым инструментом для оценки большинства схожих случаев рубцовых и нерубцовых алопеций [4, 9].

Ниже рассматриваются примеры дифференциальной диагностики некоторых похожих между собой алопеций, вызывающих затруднение при постановке диагноза, основанные на собственных клинических данных.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

Информация о пациенте

Больная К. 52 лет консультирована на кафедре дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России), расположенной на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ККВД), в марте 2023 г. На момент осмотра предъявляла жалобы на поредение волос в лобно-височных областях, затрагивающих линию роста волос, а также поредение бровей.

Анамнез заболевания. Пациентка больна с февраля 2021 г. Выпадение волос началось после серьезной стрессовой ситуации (потеря жилья). Врачом-дерматологом в частной клинике был выставлен диагноз «Андрогенная алопеция, тяжелое течение», назначена наружная терапия: лосьон миноксидил 5%, крем пимекролимус 1%, 2 раза в день, длительно. На протяжении двух последующих месяцев эффекта от назначенного лечения не отмечалось, клиническая картина прогрессировала. Пациентка самостоятельно прекратила использование назначенной терапии. За медицинской помощью к врачу-дерматологу не обращалась до марта 2023 г. В 2022 г. установлен диагноз — первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Диффузный зоб 1 ст.

Аллергический анамнез: со слов больной не отягощен.

Наследственный анамнез: со слов больной не отягощен.

Физикальная диагностика

Status specialis: на момент осмотра кожный патологический процесс носил ограниченный характер, располагался на волосистой части головы, преимущественно в лобно-височных зонах, а также в области бровей. В очаге поражения волосистой части головы визуализировалась лентовидная рецессия лобной границы роста волос, поредение волос в височных областях (рис. 1). Кожа в зоне облысения и поредения блестящая на вид, бледная. Зона рецессии хорошо отделялась от загорелой кожи лба. Местами просматривался фолликулярный гиперкератоз. Также отмечалось поредение бровей, преимущественно в латеральной зоне.

Предварительный диагноз

Фронтальная фиброзирующая алопеция? Гнездная алопеция, лентовидная форма? Андрогенетическая алопеция?

Временная шкала

Хронология развития болезни у пациентки К. представлена на рисунке 2.

Диагностические процедуры

Лабораторные исследования (выполнены на базе лаборатории компании «ИНВИТРО» (г. Краснодар) от 10.03.2023)

В клиническом анализе крови, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи патологически значимых отклонений от референтных значений не выявлено.

Иммуноферментные анализы (ИФА) крови: анализ крови на сифилис — отрицательный, ИФА крови на вирусные гепатиты В и С HbSAg — не обнаружен, HCV — не обнаружен; ИФА крови на ВИЧ — антиген/антитело — не обнаружены.

Микроскопическое исследование: соскоб на грибы с волосистой части головы — грибы не обнаружены.

С целью проведения дифференциальной диагностики и установления окончательного клинического диагноза больная была направлена на биопсию кожи.

Гистологическое исследование (выполнено на базе ООО «СЛ МедикалГруп» (г. Краснодар) от 10.03.2023)

Биоптат № 1673/1, 1673/2 (с лобной области волосистой части головы). В обоих биоптатах картина практически идентичная. Сетчатый гиперкератоз. Эпидермис нормальной толщины. Очаговый гранулез в устьях расширенных волосяных фолликулов. Под эпидермисом — участки базофилии коллагеновых волокон, эластоз. Стенки сосудов утолщены, просветы спазмированы, некоторые расширены, скудные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов, тучных клеток, фибробластов и меланофагов. Волосяные фолликулы отсутствуют на большом протяжении. Вокруг оставшихся сально-волосяных фолликулов, преимущественно в средней трети, умеренно выраженные лимфогистиоцитарные инфильтраты (рис. 3) с примесью нейтрофилов и перифолликулярный фиброз. В средней трети дермы умеренно выраженные склеротические изменения и фиброзные тяжи, замещающие волосяные фолликулы (рис. 4).

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных в большей степени соответствует фронтальной фиброзирующей алопеции.

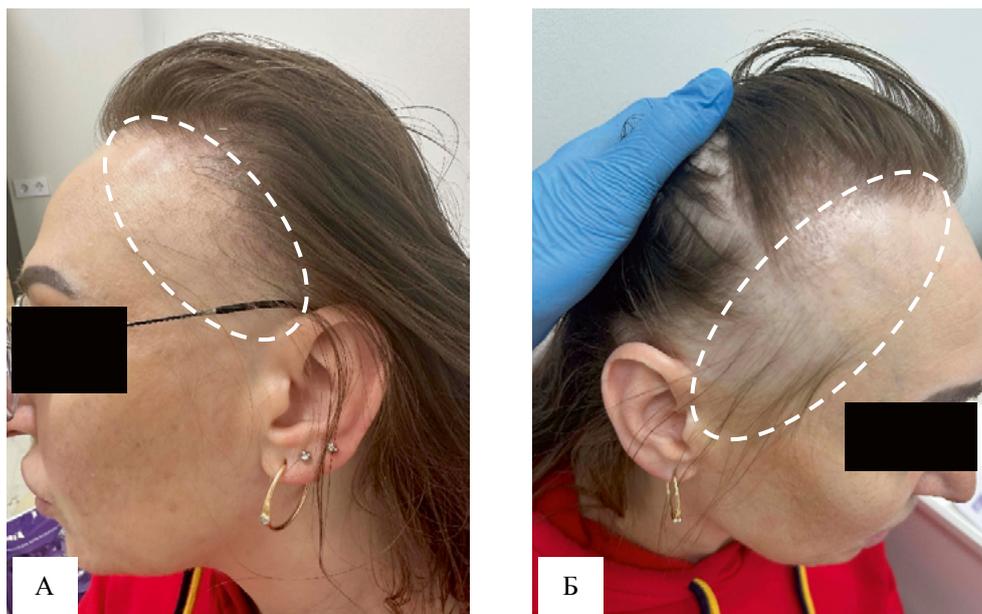


Рис. 1. Больная К., лентовидная рецессия лобно-височной границы роста волос слева (выделено фигурой) (А); лентовидная рецессия лобной границы роста волос справа (выделено фигурой) (Б)

Примечание: фотографии выполнены авторами.

Fig. 1. Patient K. Linear recession of the frontal-temporal hairline on the left (figure) (A); linear recession of the frontal hairline on the right (figure) (B)

Note: the photos were taken by the authors.



Рис. 2. Хронология развития болезни у пациентки К.: ключевые события и прогноз

Примечание: блок-схема временной шкалы выполнена авторами (согласно рекомендациям CARE). Сокращение: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Fig. 2. Patient K.: history of the disease, key events and prognosis

Note: the timeline flowchart was created by the authors (in accordance with CARE recommendations). Abbreviation: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России — Kuban State Medical University.

Учитывая наличие коморбидной патологии у больной (первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Диффузный зоб 1 ст.), с целью определения дальнейшей тактики ведения и исключения рисков для назначения системных глюкокортикостероидов была рекомендована консультация эндокринолога.

Консультация специалистов

Эндокринолог (ООО «Клиника Екатерининская» (г. Краснодар) от 17.03.2023) — первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Диффузный зоб 1 ст. Рекомендовано: левотироксин 50 мкг/сут длительно; противопоказаний для назначения системных глюкокортикостероидов нет.

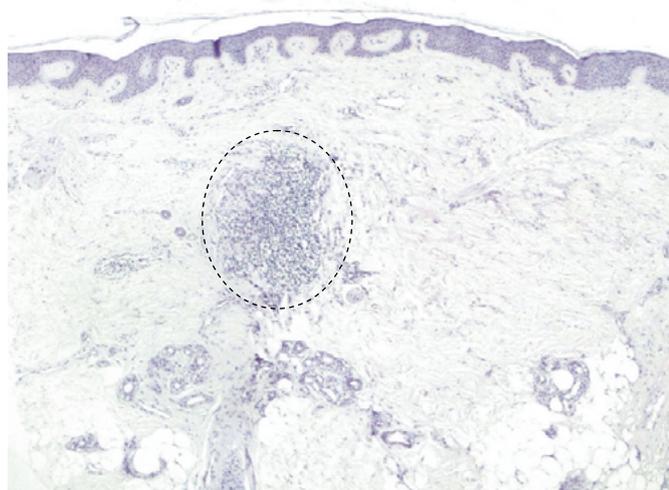


Рис. 3. Больная К. Патоморфологические проявления фронтальной фиброзирующей алопеции. Волосные фолликулы отсутствуют на большом протяжении. В средней трети дермы перифолликулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат (выделено фигурой). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 40$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 3. Patient K. Pathomorphological manifestations of frontal fibrosing alopecia. Hair follicles are absent over a considerable extent. A perifollicular lymphohistiocytic infiltrate is noted in the mid-dermis (figure). Staining with hematoxylin-eosin, $\times 40$

Note: the photo was taken by the authors.

Клинический диагноз

На основании клинической картины и гистологического исследования больной был выставлен окончательный диагноз: Фронтальная фиброзирующая алопеция.

Сопутствующий диагноз: Первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Диффузный зоб 1 ст.

Дифференциальная диагностика

Анализируя представленный клинический случай, следует отметить, что развитие заболевания изначально имело типичную клиническую картину для фронтальной фиброзирующей алопеции: больная женского пола; заболевание имело длительное прогрессирующее течение; типичные места локализации на коже волосистой части головы (лобно-височные области), билатеральное поредение бровей, смещение линии роста волос назад, наличие фолликулярного гиперкератоза, патология ассоциирована с заболеваниями щитовидной железы. Тем не менее при фронтальной фиброзирующей алопеции атрофия кожи в очагах поражения, как правило, малозаметна, что в некоторой степени может наблюдаться и при длительно текущей андрогенетической алопеции со значительной потерей волос [4, 10]. Также на определенном этапе прогрессирования болезни может обратить на себя внимание формирование залысин по мужскому типу [10, 11]. В свою очередь, поражение лобно-теменной области в зоне роста волос может

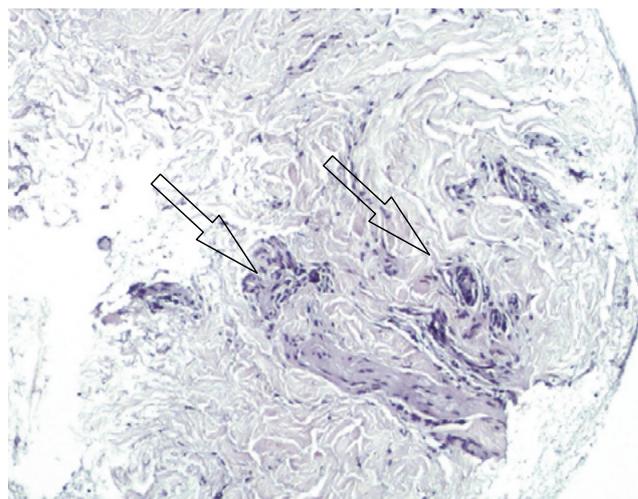


Рис. 4. Больная К. Патоморфологические проявления фронтальной фиброзирующей алопеции. В средней трети дермы склеротические изменения и фиброзные тяжи (отмечено стрелками), замещающие волосные фолликулы. Окраска гематоксилин-эозином; увеличение $\times 100$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 4. Patient K. Pathomorphological manifestations of frontal fibrosing alopecia. Sclerotic changes and fibrous strands are noted in the mid-dermis (arrows) replacing the hair follicles. Staining with hematoxylin-eosin, $\times 100$

Note: the photos were taken by the authors.

явиться результатом очаговой алопеции, а именно ее лентовидной формы (офиазис Цельса) [10, 11].

Медицинские вмешательства

Больной было назначено лечение, включающее системные глюкокортикостероиды (преднизолон 30 мг в сутки в течение месяца) в комбинации с антималярийными препаратами (гидроксихлорохин 200 мг/сутки 2 р/д в течение двух месяцев). Наружно: ингибиторы кальциневрина (пимекролимус 1% крем тонким слоем наносить на очаги поражения 2 р/сутки в течение месяца), 5% миноксидил (длительно).

Динамика и исходы

Через три месяца на фоне проведенного лечения отмечена положительная динамика со стороны кожного процесса, выявлена стабилизация имеющихся очагов рубцовой алопеции, разрешение фолликулярного гиперкератоза.

Прогноз

Для здоровья и жизни благоприятный при соблюдении рекомендаций. Длительное течение болезни может привести к обширной рецессии волос на волосистой части головы, что способствует снижению качества жизни пациента. Основной целью терапии фронтальной фиброзирующей алопеции является остановка прогрессирования заболевания, в связи с чем важна ранняя диагностика и правильная терапия.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2**Информация о пациенте**

Больная М. 53 лет обратилась в июне 2023 г. на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с жалобами на поредение волос в височных областях.

Анамнез заболевания. Из анамнеза болезни известно, что в ноябре 2020 г. впервые заметила поредение волос в височной области справа. Развитие заболевания ни с чем не связывает. Лечилась самостоятельно — поливитамины с микроэлементами, наружно применяла настойку стручкового перца. Улучшения не отмечала. Зона поредения волос постепенно увеличилась в размере. В височной области слева появился новый участок поредения волос. За медицинской помощью не обращалась

до июня 2023 г. Сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ 1. Риск 1 (низкий). ХСН 0 стадии. Холецистэктомия в марте 2022 г.

Аллергический анамнез: со слов больной не отягощен.

Наследственный анамнез: со слов больной не отягощен.

Физикальная диагностика

Status specialis: на момент осмотра кожный патологический процесс носил ограниченный характер, располагался симметрично в височных областях. Участки поражения имели неправильно-округлую форму, нечеткие границы (рис. 5). Цвет кожи в очагах поредения бледный, местами глянцевый на вид. В очагах просматривались единичные длинные и обломанные волосы. Тест натяжения волос был отрицательным, зона «расшатанных волос» не определялась. Выявлен симптом политрихии.

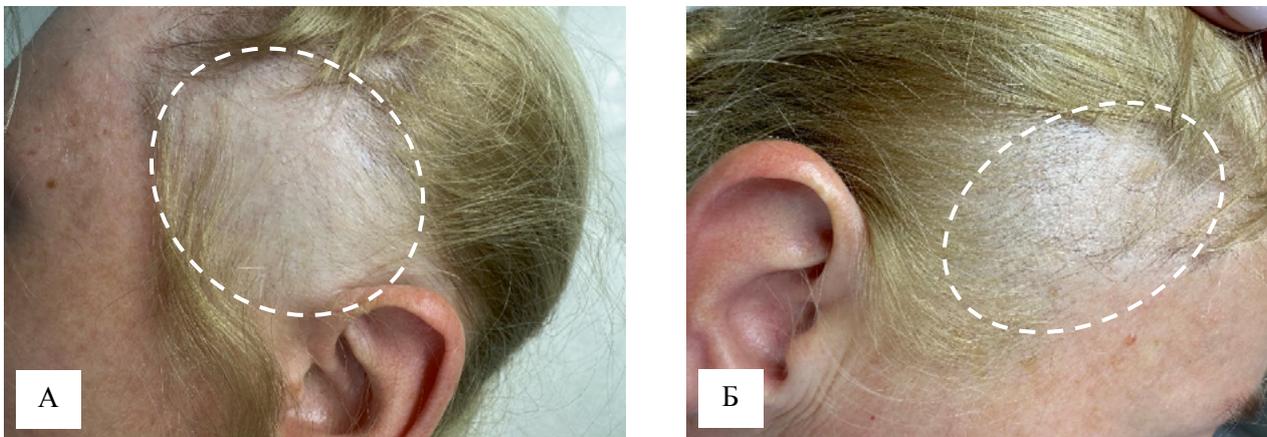


Рис. 5. Больная М. Участки поредения волос в височной области слева (выделено фигурой) (А); участки поредения волос в височной области справа (выделено фигурой) (Б)

Примечание: фотографии выполнены авторами.

Fig. 5. Patient M. Areas of hair thinning in the left temporal region (figure) (А); areas of hair thinning in the right temporal region (figure) (Б)

Note: the photos were taken by the authors.



Рис. 6. Хронология развития болезни у пациентки М.: ключевые события и прогноз

Примечание: блок-схема временной шкалы выполнена авторами (согласно рекомендациям CARE). Сокращение: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Fig. 6. Patient M. History of the disease, key events and prognosis

Note: the timeline flowchart was created by the authors (in accordance with CARE recommendations). Abbreviation: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России — Kuban State Medical University.

Брови и ресницы сохранены, пушковые волосы присутствовали на всем кожном покрове. Ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений.

Предварительный диагноз

Очаговая склеродермия? Очаговая алопеция?

Временная шкала

Хронология развития болезни у пациентки М. представлена на рисунке 6.

Диагностические процедуры

Лабораторные исследования (выполнены на базе ООО «СЛ МедикалГруп» (г. Краснодар) от 21.06.2023)

В клиническом анализе крови, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи патологически значимых отклонений от физиологических значений не выявлено. Гормональных нарушений со стороны щитовидной железы и органов репродуктивной системы не выявлено.

Иммуноферментные анализы (ИФА) крови: анализ крови на сифилис — отрицательный; ИФА крови на вирусные гепатиты В и С HBsAg — не обнаружен, HCV — не обнаружен; ИФА крови на ВИЧ — антиген/антитело — не обнаружены.

Гистологическое исследование (проведено на базе ООО «СЛ МедикалГруп» (г. Краснодар) 21.06.2023)

Биоптат № 4768/1, 4768/2 (с височной области волосистой части головы). В обоих биоптатах морфологическая картина практически идентичная. Сетчатый гиперкератоз. Эпидермис нормальной толщины. Вакуольная дистрофия

клеток мальпигиева слоя. Клетки наружного и внутреннего эпителиальных влагалищ волосяных фолликулов местами вакуолизированы. Сосуды спазмированы, некоторые расширены. В дерме — скудные периваскулярные и перифолликулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов, фибробластов и тучных клеток (рис. 7). Увеличено количество телогеновых фолликулов (рис. 8). В средних и нижних отделах дермы, преимущественно перифолликулярно, умеренно выраженные склеротические изменения. Придатки кожи сохранены.

Заключение: морфологическая картина, с учетом клинических данных, в большей степени соответствует нерубцовой алопеции (гнездной).

Учитывая наличие коморбидной патологии (гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ I. Риск I (низкий). ХСН 0 стадии), с целью определения дальнейшей тактики ведения и исключения рисков для назначения системных глюкокортикостероидов больная была консультирована кардиологом.

Консультация специалистов

Кардиолог (ООО «Клиника Екатерининская» (г. Краснодар) от 03.07.2023) — выставлен диагноз: гипертоническая болезнь I стадии. Степень артериальной гипертензии (АГ) I. Риск I (низкий). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 0 стадии. Рекомендовано: метопролол 25 мг ½ табл. 1 р/сутки длительно; противопоказаний для назначения системных глюкокортикостероидов нет.

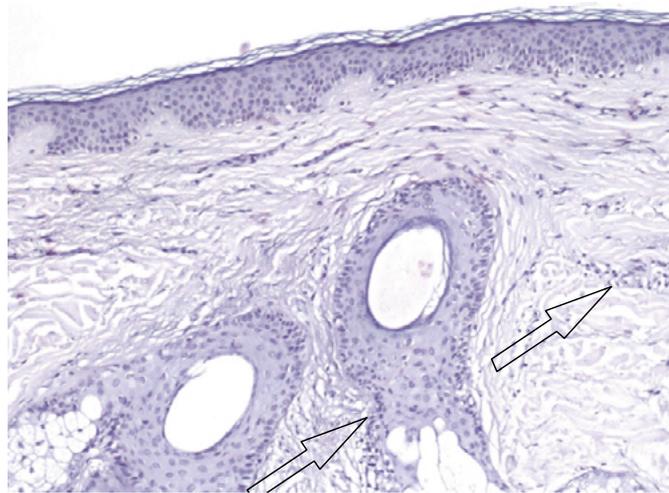


Рис. 7. Больная К. Патоморфологические проявления гнездной алопеции. Волосяные фолликулы сохранены. В дерме скудные периваскулярные и перифолликулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты (отмечено стрелками). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 100$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 7. Patient M. Pathomorphological manifestations of alopecia areata. Hair follicles are preserved. Sparse perivascular and perifollicular histiocytic-lymphocytic infiltrates are observed in the dermis (arrows). Staining with hematoxylin-eosin, $\times 100$

Note: the photo was taken by the authors.

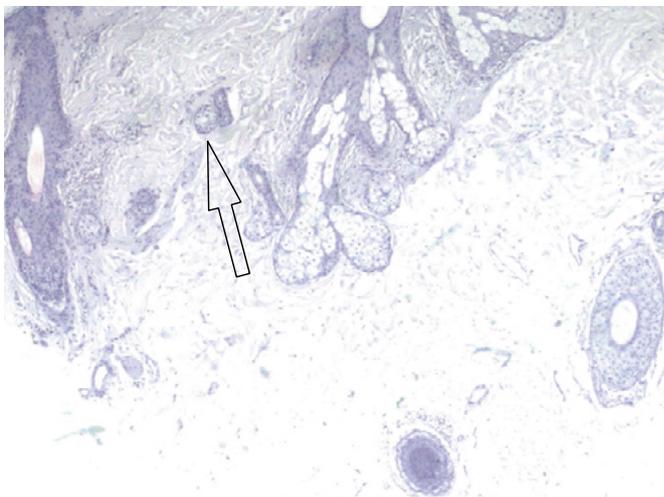


Рис. 8. Больная К. Патоморфологические проявления гнездной алопеции. Увеличено количество телогеновых фолликулов (отмечено стрелкой). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 40$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 8. Patient M. Pathomorphological manifestations of alopecia areata. Increased number of telogen follicles (arrow). Staining with hematoxylin-eosin, $\times 40$

Note: the photo was taken by the authors.

Клинический диагноз

На основании клинической картины и гистологического исследования больной был выставлен окончательный диагноз: Гнездная алопеция, ограниченная форма.

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ 1. Риск 1 (низкий). ХСН 0 стадии. Холецистэктомия в марте 2022 г.

Дифференциальная диагностика

Анализируя приведенный клинический случай, необходимо акцентировать внимание на характере течения процесса, медленном прогрессировании выпадения волос, а также на глянцевый вид кожи в некоторых участках поредения волос [4, 12]. Такая клиническая картина может наблюдаться при ранней стадии рубцовой алопеции, в том числе и при склеродермии, с локализацией на волосистой части головы, что может обусловить сложности при постановке окончательного диагноза. Однако для склеродермии по типу «удара саблей» характерно появление полосовидного «тяжа» дерматосклероза белесоватого цвета, который часто затрагивает и кожу лица. Процесс, как правило, односторонний, хотя в литературе описаны и двусторонние поражения [4]. В дальнейшем пораженный участок при склеродермии становится атрофичным, слегка западает, чего не было у данной пациентки [4].

Медицинские вмешательства

Преднизолон 30 мг в сутки (с постепенным снижением дозы) в течение шести недель, 5% раствор миноксидила (длительно), 0,1% мазь такролимус 2 раза в сутки (длительно)² [13].

Динамика и исходы

На фоне назначенной терапии отмечена положительная динамика. Через три месяца от начала лечения прекратился рост участков поредения. Отмечен рост пушковых депигментированных волос и частичный рост терминальных пигментированных волос.

Прогноз

Для здоровья и жизни благоприятный при соблюдении рекомендаций. Основной целью терапии гнездной алопеции является восстановление роста волос, но доказать эффективность лечения в долгосрочной перспективе не представляется возможным [12]. При отсутствии эффекта от лечения пациентам предлагается медицинская татуировка, парики, шиньоны, системы замещения волос, накладки [3].

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 3

Информация о пациенте

Больная Р. 44 лет консультирована на кафедре дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России в мае 2023 г.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки, болеет с января 2016 г., когда впервые появился очаг поредения волос в лобной области диаметром до 1 см. Заболевание связывает с частыми стрессовыми ситуациями

на работе. Неоднократно консультирована дерматологом по месту жительства. Установленные диагнозы: Себорейный дерматит, Гнездная алопеция. Назначенное лечение указать затрудняется. Выраженного эффекта от назначаемой терапии не наблюдала. Периодически по назначению косметолога проходила курсы мезотерапии, без эффекта. Через 4 года после перенесенного эмоционального потрясения отметила появление новых участков выпадения волос. Консультирована врачом-дерматологом в частной клинике. Выставлен диагноз: Гнездная алопеция. Назначено лечение: внутривенные инъекции триамцинолона по 0,1 мл с интервалом 0,5–0,1 см каждые 4–6 недель. Без выраженного эффекта. По рекомендации косметолога проводились курсы мезотерапии (2 раза в год). Весной 2023 г. появились новые участки выпадения волос, а имеющиеся очаги поредения увеличились в размере.

Сопутствующая патология: Хронический поверхностный гастрит, ремиссия.

Аллергический анамнез: со слов больной не отягощен.

Наследственный анамнез: у мамы установлен диагноз «Себорейный дерматит», «Витилиго».

Физикальная диагностика

Status specialis: на момент осмотра кожный патологический процесс носил ограниченный характер, располагался в лобно-височной и теменной областях. Очаги выпадения волос размером от 2 до 3 см в диаметре имели неправильную форму и сливались в более крупные бляшки (рис. 9). Кожа пораженных участков имела бледно-розовый цвет, в некоторых очагах отмечалась атрофия и отсутствовали волосные фолликулы. Местами в очагах выпадения визуализировались длинные неизменные волосы. Вокруг зоны поврежденных участков определялась зона «расшатанных волос».

Слизистые оболочки полости рта, ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений. Брови и ресницы сохранены. Участков выпадения волос на других областях кожи не обнаружено.

Предварительный диагноз

Дискоидная красная волчанка? Псевдопелада Брока? Очаговая алопеция?

Временная шкала

Хронология развития болезни у пациентки Р. представлена на рисунке 10.

Диагностические процедуры

Лабораторные исследования (выполнены на базе лаборатории «Гемотест» (г. Краснодар) 17.05.2023)

При клинико-лабораторном обследовании выявлено повышение тиреотропного гормона (ТТГ) до 9,687 мкМЕ/мл (в норме до 5,33 мкМЕ/мл). Показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи — в пределах референтных значений. Гормональных нарушений со стороны органов репродуктивной системы не выявлено.

² Кубанов А. А., Галлямова Ю. А., Кондрахина И. Н., Мареева А. Н. Российское общество дерматологов и венерологов. *Гнездная алопеция. Федеральные клинические рекомендации.* М.; 2016.

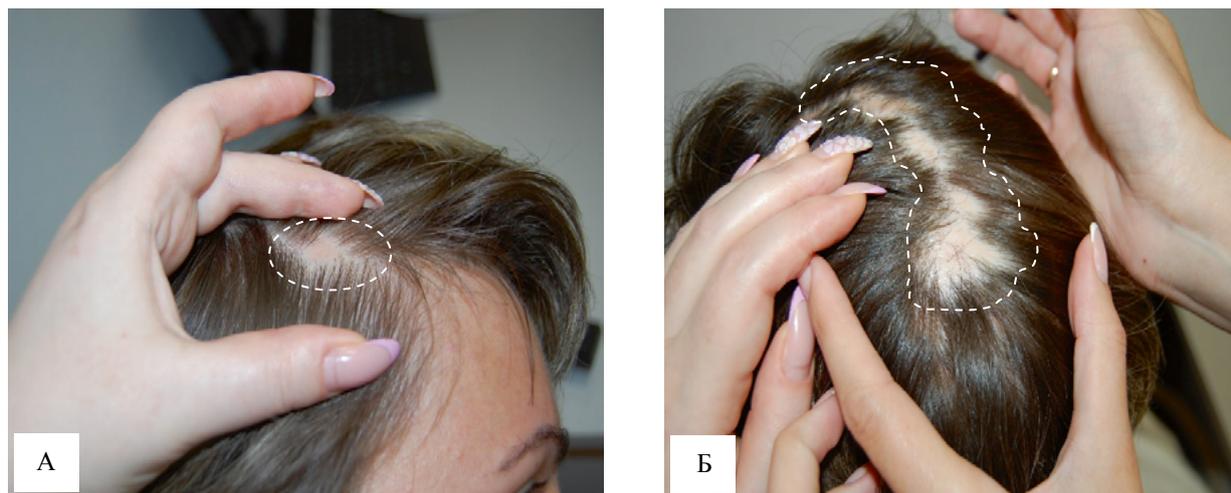


Рис. 9. Больная Р. В лобной области волосистой части головы очаг выпадения волос (выделено фигурой) (А); в лобно-теменной области множественные очаги выпадения волос (выделено фигурой) (Б)

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 9. Patient R. A patch of hair loss in the frontal region of the scalp (figure) (A); multiple patches of hair loss are observed in the frontotemporal region (figure) (B)

Note: the photo was taken by the authors.



Рис. 10. Хронология развития болезни у пациентки Р.: ключевые события и прогноз

Примечание: блок-схема временной шкалы выполнена авторами (согласно рекомендациям CARE). Сокращение: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Fig. 10. Patient R.: history of the disease, key events and prognosis

Note: the timeline flowchart was created by the authors (in accordance with CARE recommendations). Abbreviation: KubSMU — Kuban State Medical University.

Иммуноферментные анализы (ИФА) крови: анализ крови на сифилис — отрицательный; ИФА крови на вирусные гепатиты В и С HBsAg — не обнаружен, HCV — не обнаружен; ИФА крови на ВИЧ — антиген/антитело — не обнаружены.

Гистологическое исследование (на базе ООО «СЛ МедикалГруп» (г. Краснодар) 17.05.2023)

Биоптат № 1913/1, № 1913/2 (с кожи височной области справа и теменной области). В обоих биоптатах морфологическая картина практически идентичная. Фолликулярный кератоз. Эпидермис нормальной толщины, местами атрофичен. Участки вакуольной дистрофии клеток мальпигиева слоя. В верхней трети дермы — участки базофилии коллагеновых волокон. Волосы

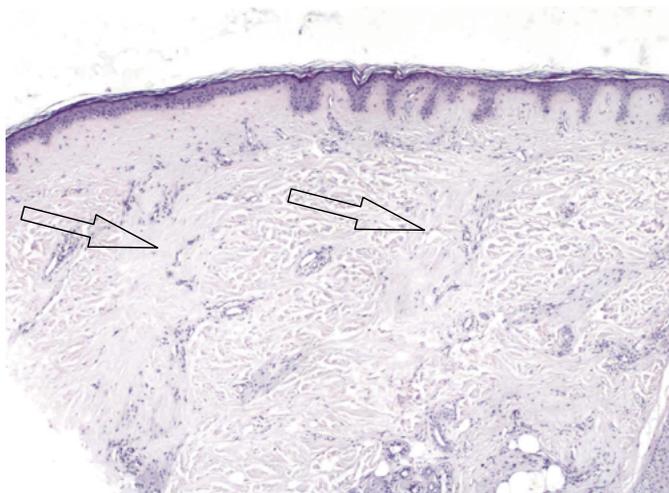


Рис. 11. Больная Р. Патоморфологические проявления псевдопелады Брока. Волосяные фолликулы отсутствуют. Фиброзные тяжи, замещающие волосяные фолликулы (отмечено стрелками). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 40$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 11. Patient R. Pathomorphological manifestations of pseudopelade of Brocq. Hair follicles are absent. Fibrous strands replace hair follicles (arrows). Staining with hematoxylin-eosin, $\times 40$

Note: the photo was taken by the authors.

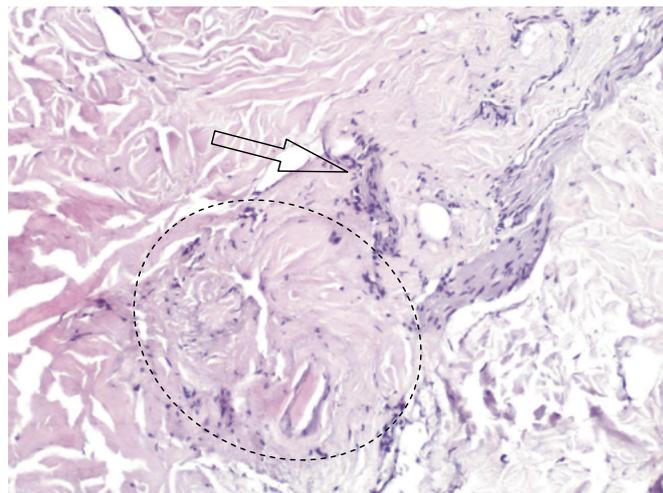


Рис. 12. Больная Р. Патоморфологические проявления псевдопелады Брока. В дерме — слабо выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты (отмечено стрелкой) и участки фиброза (выделено фигурой). Окраска гематоксилин-эозином. $\times 200$

Примечание: фотография выполнена авторами.

Fig. 12. Patient R. Pathomorphological manifestations of pseudopelade of Brocq. Poorly defined histiocytic-lymphocytic infiltrates and areas of fibrosis are observed in the dermis (arrow, figure, respectively). Staining with hematoxylin-eosin, $\times 200$

Note: the photo was taken by the authors.

фолликулы склерозированы и отсутствуют на большом расстоянии. Фиброзные тяжи, замещающие волосяные фолликулы (рис. 11). Вокруг оставшихся волосяных фолликулов и периваскулярно слабо выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами, меланофагами и фибробластами. Стенки капилляров утолщены. В нижних отделах дермы — отечный, утолщенный, местами гомогенизированный коллаген (рис. 12). Потовые железы и мышцы, поднимающие волос, сохранены.

Заключение: в биопсийном материале выявляется морфологическая картина поздней стадии рубцовой алопеции (псевдопелады Брока).

Консультация специалистов

Эндокринолог (поликлиническое отделение частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-медицина» города Краснодар» от 14.06.2023) — выставлен диагноз: Первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Рекомендовано: эутирокс (суточная доза 50 мкг) длительно; противопоказаний для назначения системных глюкокортикостероидов нет.

Клинический диагноз

На основании клинической картины и гистологического исследования больной был выставлен окончательный диагноз: Псевдопеллада Брока.

Сопутствующий диагноз: Первичный гипотиреоз средней степени тяжести.

Дифференциальная диагностика

Псевдопеллада Брока представляет собой редкое хроническое, медленно прогрессирующее заболевание, представленное участками рубцовой алопеции без признаков воспаления. Впервые болезнь описал Брок (Brocq) в 1885 году. Он охарактеризовал псевдопелладу как «нечто похожее на очаговую алопецию, но в то же время не очаговая». При псевдопелладе волосяные фолликулы отсутствуют, а при очаговой в большинстве случаев сохраняются [13]. Как правило, дебют псевдопелады остается незамеченным из-за отсутствия субъективных ощущений, что отличает ее от очаговой алопеции. В свою очередь, длительное прогрессирование болезни с формированием очагов рубцовой алопеции и локализацией патологического процесса исключительно на волосистой части головы может явиться результатом и дискоидной красной волчанки.

Медицинские вмешательства

Назначенная терапия: преднизолон 30 мг в сутки (с постепенным снижением дозы) в течение четырех недель, гидроксихлорохин 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 1 месяца, пентоксифиллин 100 мг перорально 3 раза в сутки (1 месяц). Наружно: мометазон крем 1 раз в сутки тонким слоем на очаги поражения в течение 14 дней.

Динамика и исходы

На фоне назначенного лечения границы имеющихся очагов не увеличивались в размерах. Новых очагов ало-

пеции не выявлено. При псевдопелладе Брока волосы выпадают безвозвратно. Главной задачей врача-дерматолога при назначении терапии является остановка роста имеющихся очагов алопеции и предотвращение появления новых участков поредения волос.

Прогноз

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный. Эффективного лечения псевдопеллады Брока на сегодняшний день не разработано [14].

ОБСУЖДЕНИЕ

Показана важность детального обследования и пристального внимания к больным с длительно существующими очагами выпадения волос при отсутствии эффекта от проводимого лечения. При отсутствии других клинических проявлений алопеций неясного генеза в обязательном порядке должно проводиться патоморфологическое исследование биоптатов кожи для верификации диагноза и назначения необходимой терапии.

Особенностью представленных клинических наблюдений у двух больных с фронтальной фиброзной алопецией и псевдопелладой Брока является их сочетание с патологией щитовидной железы. В этиопатогенезе алопеций значенные имеют различные экзогенные и эндогенные факторы. Некоторые исследования указывают на патологию щитовидной железы. Так, например, фронтальная фиброзная алопеция не исключительно, но чаще поражает женщин в менопаузальном периоде и ассоциируется с достаточно высокой распространенностью заболеваний щитовидной железы (до 50%). Однако такая высокая ассоциация может иметь возрастную закономерность, поскольку существует ограниченное количество исследований, подтверждающих такую связь [15, 16]. В целом данная алопеция остается очень сложным состоянием как для пациента, так и для врача. Этиопатогенез псевдопеллады Брока окончательно не установлен. Ученными рассматривается роль иммунологических нарушений, нейротрофических, эндокринных расстройств, а также уменьшение резервуара

стволовых клеток. При этом взаимосвязь с патологией щитовидной железы остается под сомнением. Нам не удалось найти работ в отечественной и зарубежной литературе, подтверждающих их ассоциацию.

У представленной больной с очаговой алопецией гормональных нарушений со стороны щитовидной железы не выявлено. Однако ряд работ указывает, что патогенетическими факторами очаговой алопеции являются заболевания эндокринной системы. По некоторым данным, патология щитовидной железы у этих пациентов встречается в 18,8% случаев [16]. Dai et al. в своем исследовании выявили двунаправленную связь между очаговой алопецией и болезнями щитовидной железы в общенациональном популяционном когортном исследовании. Авторы отметили, что наличие заболеваний щитовидной железы увеличивает риск развития очаговой алопеции и наоборот [16]. По другим данным, связь между двумя приведенными нозологиями не обязательно означает причинно-следственную связь, и эта тема до сих пор остается открытой [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, алопеция представляет собой группу гетерогенных заболеваний со схожей клинической картиной, но имеющих различное происхождение, что требует дифференциального подхода к терапии. Приведенные нами клинические случаи демонстрируют необходимость проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска при постановке диагноза «Алопеция», а также подтверждают важность проведения патоморфологического исследования биоптатов кожи для верификации диагноза, так как клинические признаки не всегда являются диагностическими. На сегодняшний день биопсия кожи остается «золотым стандартом» при диагностике сложных заболеваний. Она дает возможность объективизировать имеющийся патологический процесс. Ранняя постановка правильного диагноза и назначение эффективной терапии при болезнях волос крайне важны как для возможного восстановления их роста, так и для профилактики дальнейшей необратимой их потери.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Singh R, Kumar P, Kumar D, Aggarwal N, Chopra H, Kumar V. Alopecia areata: review of epidemiology, pathophysiology, current treatments and nanoparticulate delivery system. *Ther Deliv*. 2024;15(3):193–210. <https://doi.org/10.4155/tde-2023-0071>
- De Souza B, Tovar-Garza A, Uwakwe LN, McMichael A. Bitemporal Scalp Hair Loss: Differential Diagnosis of Nonscarring and Scarring Conditions. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021;14(2):26–33.
- Thadanipon K, Suchonwanit P. Measuring Patient Quality of Life Following Treatment for Alopecia. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1601–1610. <https://doi.org/10.2147/PPA.S282399>
- Раводин Р.А., Круглова Л.С., Денисова Е.А. Рубцовые алопеции: классификация, клинико-морфологические особенности, диагностика и лечение (обзор литературы). *Фарматека*. 2023;13:19–29. <http://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2023.13.19-29>
- Ravodin RA, Kruglova LS, Denisova EA. Cicatricial alopecia: classification, clinical and morphological features, diagnosis and treatment (literature review). *Pharmateca*. 2023;13:19–29 (In Russ.). <http://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2023.13.19-29>
- Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia: Other lymphocytic primary cicatricial alopecias and neutrophilic and mixed primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(6):1101–1117. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.01.056>
- Тлиш М.М., Сычева А.В., Сычева Н.Л., Осмоловская П.С. Биопсийная диагностика кожи при клинико-морфологической верификации воспалительного дерматоза. *ПМЖ*. 2023;2:58–61. Tlish MM, Sycheva AV, Sycheva NL, Osmolovskaya PS. Skin biopsy during clinical and morphological verification of inflammatory dermatosis. *RMJ*. 2023;2:58–61 (In Russ.).
- Rambwawasvika H, Dzomba P, Gwatidzo L. Alopecia types, current and future treatment. *J Dermat Cosmetol*. 2021;5(4):93–99. <https://doi.org/10.15406/jdc.2021.05.00190>
- Праскурничий Е.А., Грачева С.А., Куган Н.В., Масленникова О.М. Алопеция в структуре клинических проявлений эндокринопатий: патогенетические и диагностические аспекты. *Архив внутренней медицины*. 2021;11(4):245–254. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-11-4-245-254>
- Praskurnichiy EA, Gracheva SA, Kugan NV, Maslennikova OM. Alopecia and Clinical Presentation of Endocrinopathies: Pathogenetic and Diagnostic Aspects. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2021;11(4):245–254. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-11-4-245-254>
- Gordon KA, Tosti A. Alopecia: evaluation and treatment. *Clin Cosmet Invest Dermatol*. 2011;4:101–106. <https://doi.org/10.2147/CCID.S10182>

10. Романова Ю.Ю., Гаджигороева А.Г., Львов А.Н. К вопросу систематики и дифференциальной диагностики фронтальной фиброзной алопеции. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;14(5):130–134. <https://doi.org/10.17116/klinderma2015145130-134>
- Romanova YuYu, Gadzhigoroeva AG, L'vov AN. On the issue of systematics and differential diagnosis of frontal fibrous alopecia. *Clinical dermatology and venereology*. 2015;14(5):130–134 (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/klinderma2015145130-134>
11. Kerkemeyer KLS, Eisman S, Bhojru B, Pinczewski J, Sinclair RD. Frontal fibrosing alopecia. *Clin Dermatol*. 2021;39(2):183–193. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2020.10.007>
12. Балтабаев А.М., Ткачев В.П., Балтабаев М.К. Дифференциально-диагностические критерии гнездовой алопеции. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016;19(6):359–364. <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-6-359-364>
Baltabaev AM, Tkachev VP, Baltabaev MK. Differential diagnostic criteria for alopecia areata. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2016;19(6):359–364 (In Russ.). <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-6-359-364>
13. Zhou C, Li X, Wang C, Zhang J. Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021;61(3):403–423. <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08883-0>
14. Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А. К вопросу о псевдопелладе Брока. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;14(3):17–21. <https://doi.org/10.17116/klinderma201514317-21>
Korsunskaya IM, Guseva SD, Nevozinskaya ZA. On the issue of Broca's pseudopelade. *Clinical dermatology and venereology*. 2015;14(3):17–21. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/klinderma201514317-21>
15. Porriño-Bustamante ML, Fernández-Pugnaire MA, Arias-Santiago S. Frontal Fibrosing Alopecia: A Review. *J Clin Med*. 2021;10(9):1805. <https://doi.org/10.3390/jcm10091805>
16. Popa A, Carsote M, Cretoiu D, Dumitrascu MC, Nistor CE, Sandru F. Study of the Thyroid Profile of Patients with Alopecia. *J Clin Med*. 2023;12(3):1115. <https://doi.org/10.3390/jcm12031115>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Осмоловская Полина Сергеевна ✉ — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0001-6490-4752>

Сычева Наталья Леонидовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>

Псавок Фатима Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-9556-1956>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Polina S. Osmolovskaya ✉ — Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0001-6490-4752>

Nataliya L. Sycheva — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>

Fatima A. Psavok — Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-9556-1956>

✉ Автор, ответственный за переписку / Corresponding author