

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

И.М. Сербина

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. Проведена оценка степени тяжести больных гнездной алопецией с использованием международной стандартизированной системы SBN, которая позволяет объективизировать оценку потери волос на скальпе, других участках кожи, а также поражения ногтевых пластинок. При этом использован показатель тяжести алопеции SALT (Severity of Alopecia Tool), выражающий официальный математический подход к определению площади облысения. Изучены особенности клинического течения гнездной алопеции и показано, что для оценки тяжести заболевания принципиальны не только количество и размер очагов на скальпе, но и общий характер потери волос на коже, наличие дистрофически измененных ногтевых пластинок. Унифицированная и объективная шкала позволяет повысить точность клинических оценок, определить терапевтическую тактику и прогнозировать течение ГА.

Ключевые слова: гнездная алопеция, клиническая характеристика, степень тяжести, оценочная шкала.

ВВЕДЕНИЕ

Гнездная алопеция (ГА) в настоящее время рассматривается как тканеспецифическое аутоиммунное заболевание, опосредованное аутоактивированными Т-лимфоцитами в условиях нарушения иммунной толерантности волосяными фолликулами в стадии анагена. Условиями манифестации, клинического разнообразия ГА является сложное сочетание внешнесредовых и генетических факторов [2,7,11].

Течение болезни носит непредсказуемый характер, может затрагивать волосистую часть головы и/или волосы на других участках, проявляясь, как обособленные очаги облысения или масштабная стремительная полная потеря волос. Восстановление волос может произойти спонтанно через несколько месяцев или лет после начала заболевания, либо облысение сохраняется постоянно, несмотря на терапевтические вмешательства [4,8]. У 60% больных ГА первый эпизод облы-

сения возникает до 20-летнего возраста, а пик заболеваемости приходится в период от 20 до 40 лет. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости, особенно у лиц молодого возраста, высокая частота тяжелых форм, сочетающихся с различными психоэмоциональными нарушениями (астеническая симптоматика, расстройства сна и аппетита, депрессия и др.) со значительным снижением качества жизни больных. В связи с чем, разработка эффективных методов лечения ГА продолжает оставаться предметом активных исследований многих ученых [2,7].

Известно, что одним из основных критериев выбора тактики терапии больного ГА является степень тяжести дерматоза [1,8]. Сегодня дерматологи всего мира используют большое количество различных индексов и шкал для характеристики тяжести состояния дерматологических больных. Это позволяет повысить точность клинических оценок и проанализировать эффективность терапии. Использование объективной и унифициро-

ванной шкалы оценки степени тяжести при ГА является актуальным [6,9].

Большинство врачей в нашей стране для оценки степени тяжести потери волос при ГА используют классификацию И.В. Шуцкого [5], в которой выделяют 4 степени тяжести: I степень – единичные очаги поражения диаметром 3–5 см; II степень – очаги поражения диаметром 5–10 см; III степень – субтотальная алопеция; IV степень – тотальная алопеция (ТА) и универсальная алопеция (УА).

Анализ клинической картины ГА на современном этапе показывает, что поражение волосистой части головы часто сочетается с потерей волос на других участках кожного покрова и отмечается не только при УА, когда это считается закономерным [7,12]. Дистрофии ногтей – частый симптом, наличие которого расценивается как прогностически неблагоприятный признак течения ГА [9]. Существующая классификация не учитывает данные факторы.

Международная группа экспертов в области исследований волос, действующая по поручению Национального фонда помощи больным ГА, разработала специальную стандартизованную систему SBN, которая позволяет объективизировать оценку потери волос на скальпе – S (Scalp), теле – B (Body), поражения ногтей – N (Nail), а также осуществлять контроль эффективности лечения [3,6].

Степень потери волос на волосистой части головы (S_0-S_5):

- S_0 – отсутствие потери волос;
- S_1 – потеря <25% волос;
- S_2 – потеря от 25 до 49% волос;
- S_3 – потеря от 50 до 74% волос;
- S_4 – потеря 75–99% волос с уточнением:
 - S_{4a} – потеря от 75 до 95% волос;
 - S_{4b} – потеря 96–99% волос;
- S_5 – потеря 100% волос на голове.

Степень потери волос на других участках тела (B_0-B_2):

- B_0 – волосы сохранены;
- B_1 – частичное выпадение волос;
- B_2 – 100% выпадение волос.

Степень изменения ногтевых пластинок (N_0-N_{1a}):

- N_0 – без поражений;
- N_1 – частичное поражение;
- N_{1a} – дистрофия 20 ногтей.

Е. Olsn и J. Canfield ввели показатель тяжести алопеции SALT (Severity of Alopecia Tool), выражающий официальный математический подход к определению облысения и возобновления роста волос [3,6,8]. В качестве визуального вспомогательного средства оценки степени потери волос на скальпе используется рис. 1.

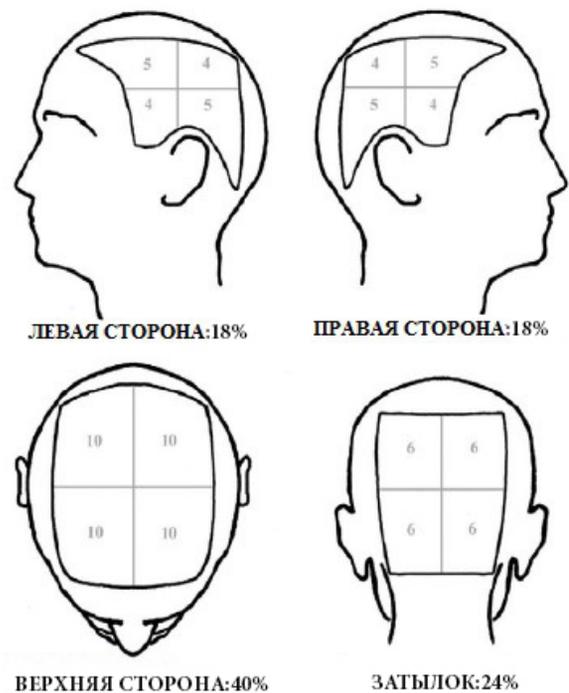


Рисунок 1. Схематические изображения скальпа и площадь его поверхности, % (E. Olsen).

Вся поверхность скальпа принимается за 100% и условно делится на 4 квадранта, которые соответствуют левой, правой, задней и верхней сторонам волосистой части головы. Площадь левой и правой стороны – по 18%; площадь верхней стороны (париетальная и макушечная области) – 40%; задняя сторона (область затылка) – 24%. Каждый квадрант также поделен на 4 части, цифры в которых обозначают, сколько % составляет потеря волос на том или ином

участке. Степень выпадения волос у пациента с ГА оценивается визуально по всем 4 сторонам скальпа в соответствующей зоне квадранта, полученные результаты суммируют, т.е. вычисляют общий % потери волос скальпа. Эти данные позволяют более точно определить степень потери волос на голове в соответствии со стандартами S_0-S_5 шкалы оценки тяжести ГА.

Используя шкалу системы SBN клинический вариант пациента ГА с многоочаговой формой и площадью поражения волосистой части головы 65%, выпадением ресниц, но без облысения других участков тела и без повреждений ногтей представлен в виде $S_3V_1N_0$.

Целью нашего исследования стало изучение особенностей клиники и определение степени тяжести больных ГА, используя стандартизованную систему оценки SBN.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 60 пациентов с ГА. По половому признаку представленные больные были распределены следующим образом: 22 мужчины (36,6%) и 38 (63,3%) женщин. Средний возраст больных составил 30,4 года в диапазоне 18-49 лет. Из представленных данных видно, что все пациенты находились в активном трудоспособном возрасте, преобладали женщины.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины и данных инструментально-диагностического обследования. Методы клинико-лабораторной диагностики соответствовали единому плану, который предусматривал общий осмотр больного, общепринятые лабораторные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), по показаниям – исследование щитовидной железы, консультация смежных специалистов, дерматотрихоскопия, биопсия кожи скальпа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Дебют ГА варьировал в широких возрастных пределах – от 5 до 45 лет. Средний возраст начала патологического процесса - $19,2 \pm 5,4$ года. У 29,4% пациентов с площадью поражения волос на скальпе более 25%, а также выпадением волос на других участках тела и изменениями ногтевых пластинок начало ГА зафиксировано до 10 лет. Анализ дебюта заболевания у больных с площадью поражения волос на скальпе менее 25% показал, что только у 3,2% пациентов данной группы ГА начиналась в том же возрастном периоде.

Продолжительность заболевания составила в среднем 10,2 месяцев с диапазоном от 2 недель до 6 лет. При этом число рецидивов отмечалось от 1 до 8. Более 2 рецидивов встречалось у 64,5% пациентов с площадью поражения волос на скальпе более 25% и только в 12,4% случаев при очаговой форме ГА.

При наружном осмотре у больных с ГА определяли характер выпадения волос. Диагностировали следующие клинические формы: очаговую (18 пациентов), ленто-видную (офиазис, инверсный офиазис) (12 пациентов), многоочаговую (17 пациентов), тотальную и универсальную (13 пациентов).

Очаговая форма была представлена нуммулярными очагами в области волосистой части головы или бороды у мужчин. Ленто-видная форма (офиазис) характеризовалась появлением очагов облысения в области затылка, которые, сливаясь, в виде ленты распространяются в сторону ушных раковин, достигая висков. Инверсный офиазис (sisapho) - вид выпадения волос в направлении, обратном офиазису (лобно-височной области) встречался у 2 пациентов. Многоочаговая форма характеризовалась обширными зонами поражения, появившимися в результате слияния более мелких очагов. Для ГА характерно было полное отсутствие волос на скальпе. При УА отсут-

ствовали уже и щетинистые волосы (брови и ресницы), а также отмечалась частичная или полная утрата пушковых волос на теле.

Согласно шкалы SBN состояния потери волос S_1 клинически соответствовало очаговой алопеции, S_2 – S_4 – офиказисной, многоочаговой алопециям, S_5 – ТА и УА.

Проводили полный осмотр волосяного покрова на лице, туловище, конечностях, области половых органов и аксиллярных зонах при всех формах ГА. Отмечена частичная или полная потеря волос на этих участках у 38% больных с S_2 – S_3 и у 67% с S_4 – S_5 кли-

ническими формами. При осмотре больного с ГА оценивали состояние ногтевых пластин. Выявили различные изменения по типу точечных вдавлений, продольной исчерченности, ониходекса, лейконихии и трахионихии у 19% пациентов с S_2 – S_3 и у 48% с S_4 – S_5 . Сочетание разной степени выпадения волос на теле и дистрофии ногтевых пластинок у обследуемых больных ГА отмечено в 26% случаев.

Распределение больных ГА в соответствии со шкалой SBN в нашем исследовании показано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных гнездой алопеции

Клиническая форма ГА (SBN)	Кол-во пациентов
$S_1B_0N_0$	18
$S_2B_0N_0$	6
$S_2B_0N_1$	1
$S_2B_1N_0$	2
$S_2B_2N_0$	1
$S_2B_1N_1$	1
$S_3B_0N_0$	6
$S_3B_1N_0$	2
$S_3B_1N_1$	2
$S_{4a}B_0N_0$	1
$S_{4a}B_0N_1$	3
$S_{4b}B_1N_0$	2
$S_{4b}B_1N_1$	2
$S_5B_0N_0$	3
$S_5B_1N_0$	1
$S_5B_1N_1$	2
$S_5B_2N_0$	4
$S_5B_2N_1$	2
$S_5B_1N_{1a}$	1
Всего	60

Анализ полученных результатов показал, что у больных с потерей волос менее 25% (S_1) не наблюдалось никаких допол-

нительных клинических симптомов. При этом у 2 (3,3%) пациентов с потерей волос от 25-49% (S_2) выявили частичное выпадение

ние волос на теле и у 1 (1,7%) - изменение ногтевых пластинок, одновременно оба признака - у 2 (3,3%). Отмечено полное выпадение волос на теле у 1 (1,7%) больного с очаговой формой заболевания. Потеря волос на голове от 50 до 74% (S_3) сопровождалась облысением на других участках - у 2 (3,3%) и сочетанием с поражением волос на теле и ониходистрофией - у 3 (5%) обследованных. При потере волос на голове от 75 до 99% (S_4) частичное выпадение волос на теле выявлено у 2 пациентов (3,3%), изменение ногтевых пластинок - у 3 (5%), при этом у 2 (3,3%) больных с $S_{4в}$ отмечалось сочетание этих признаков. У пациентов с ТА и УА волосы на других участках отсутствовали полностью у 4 (6,6%), а сочетание данного признака с изменением ногтевых пластинок наблюдались у 2 (3,3%) пациентов. У одного больного с S_5 отмечалось поражение всех ногтей по типу трахионихии.

Таким образом, потеря волос на теле и поражение ногтевых пластинок диагностировались при потере более 25% волос на скальпе, частота их проявлений увеличивалась по мере расширения площади поражения волосистой части головы. При этом ранний дебют заболевания и высокая частота рецидивов также чаще отмечались у пациентов S_2-S_5 , что расценивается, как неблагоприятные прогностические критерии.

Поскольку очаги алопеции на других участках, кроме волосистой части головы, а также дистрофические изменения ногтевых пластинок свидетельствуют о распростра-

нённости и утяжелении патологического процесса, клинический вариант $S_1B_0N_0$ рассматривается как легкая форма, $S_2B_{0-2}N_{0-1}$ - $S_3B_{0-2}N_{0-1}$ характеризует среднюю степень тяжести, а $S_4B_{0-2}N_{0-1a}$ - $S_5B_{0-2}N_{0-1a}$ - тяжёлую степень ГА. Клиническую гетерогенность ГА важно учитывать при определении тактики терапии [7,9]. Системные методы лечения могут быть применены уже при потере волос на голове 25-75% в случае выпадения волос на других участках кожного покрова и/или дистрофии ногтей. Перспективным является разработка бальной системы определения степени тяжести, сочетающую количественную оценку степени выраженности клинических проявлений и площади поражения волосистой части головы.

ВЫВОДЫ

Для оценки степени тяжести ГА принципиальны не только количество и размер очагов на скальпе, но и общий характер потери волос на коже, возможное сочетание потери волос и дистрофических изменений ногтевых пластинок, что расценивается как предвестники тяжёлого течения заболевания. Классификация степени тяжести ГА по системе SBN позволяет оценивать и описывать клинический вариант в соответствии со стандартизированной шкалой, определять терапевтическую тактику ведения пациентов с различными проявлениями, а также прогнозировать течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова О.Б. Лікування хворих на гніздову алопецію залежно від стадії та ступеня тяжкості захворювання / О.Б. Борисова // Дерматол. та венерол. - 2009. - № 3. - С.10-14.
2. Верхогляд И.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении очаговой алопеции / И.В. Верхогляд,

REFERENCES

1. Borysova O.B. Likuvannia khvorykh na hnzhdovu alopetsiiu zalezchno vid stadii ta stupenia tiazhkosti zakhvoriuvannia // Dermatol. ta venerol. - 2009. - N 3. - S.10-14.
2. Verhoglyad I.V., Olisova O.Yu., Gasterverhova I.P. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii, patogeneze i lechenii ochagovoy alopetsii / I.V. Verhoglyad, // Rossiyskiy zhurnal

О.Ю. Олисова, И.П. Гастрроверхова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – № 1. – С. 48–51.

3. Гаджигороева А.Г. Клиническая трихология / А.Г. Гаджигороева. – М. : Практическая медицина, 2014. – 184 с.

4. Исследование местных иммунных механизмов воспаления при гнездной алопеции с учётом активности заболевания / Н.Н. Потекаев, Е.А. Коган, А.Г. Гаджигороева и др. // Клини. дерматология и венерология. – 2010. – № 5. – С. 103–108.

5. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: руководство для врачей, интернов, студентов / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.

6. Alopecia areata investigational assessment guidelines. Part II / E. Olsen, M. Hordinsky, V. Price et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2004. – Vol. 51. – P. 440-447.

7. Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis / A. Alkhalifah, A. Alsantali, E. Wang et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2010. – Vol. 62. – P. 177-188.

8. Al-Salam F.A. Alopecia areata: Updates / Al-Salam F.A., A.A. Azim, H. Darwish // The Gulf Journal of Dermatology and Venereology. – 2013. – Vol. 20, No. 2. – P. 1-16.

9. Finner A.M. Alopecia areata: Clinical presentation, diagnosis, and unusual cases / A.M. Finner // Dermatol. Ther. – 2011. – Vol. 24. – P. 348-354.

10. Investigation of the inflammatory mechanisms in alopecia areata / E.D. Cetin, E. Savk, M. Uslu et al. // Am. J. Dermatopathol. – 2009. – Vol. 31, No. 1. – P. 53-60.

11. Ito T. Recent Advances in the Pathogenesis of Autoimmune Hair Loss Disease Alopecia Areata / T. Ito // Clinical and Developmental Immunology. – 2013. – Article ID 348546. – P. 1-6.

12. Kasumagic-Halilovic E. Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation / E. Kasumagic-Halilovic, A. Prohic // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 23, No. 2. – P. 240-241.

kozhnyih i venericheskikh bolezney. – 2010. – N 1. – S. 48-51.

3. Gadzhigoroeva A.G. Klinicheskaya trihologiya. – M. : Prakticheskaya meditsina, 2014. – 184 s.

4. Potekaev N.N., Kogan E.A., Gadzhigoroeva A.G. i dr. Issledovanie mestnyih immunnyih mehanizmov vospaleniya pri gnezdnoy alopetsii s uchYotom aktivnosti zabolevaniya // Klin. dermatologiya i venerologiya. – 2010. – N 5. – S. 103-108.

5. Mavrov I.I Osnovy diagnostiki i lecheniya v dermatologii i venerologii: rukovodstvo dlya vrachey, internov, studentov – Harkov: Fakt, 2007. – 792 s.

6. Olsen E., Hordinsky M., Price V. et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines. Part II // J. Am. Acad. Dermatol. – 2004. – Vol. 51. – P. 440-447.

7. Alkhalifah A., Alsantali A., Wang E. et al. Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2010. – Vol. 62. – P. 177-188.

8. Al-Salam F.A., Azim A.A., Darwish H. Alopecia areata: Updates // The Gulf Journal of Dermatology and Venereology. – 2013. – Vol. 20, No. 2. – P. 1-16.

9. Finner A.M. Alopecia areata: Clinical presentation, diagnosis, and unusual cases // Dermatol. Ther. – 2011. – Vol. 24. – P. 348-354.

10. Cetin E.D., Savk E., Uslu M. et al. Investigation of the inflammatory mechanisms in alopecia areata // Am. J. Dermatopathol. – 2009. – Vol. 31, No. 1. – P. 53-60.

11. Ito T. Recent Advances in the Pathogenesis of Autoimmune Hair Loss Disease Alopecia Areata // Clinical and Developmental Immunology. – 2013. – Article ID 348546. – P. 1-6.

12. Kasumagic-Halilovic E., Prohic A. Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 23, No. 2. – P. 240-241.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГНІЗДОВОЇ АЛОПЕЦІЇ

Сербіна І.М.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Резюме. Проведена оцінка ступеня тяжкості хворих на гніздову алопецію з використанням міжнародної стандартизованої системи SBN, яка дозволяє об'єктивно оцінити втрату волосся на скальпі, інших ділянках шкіри, а також ураження нігтьових пластинок. Використано показник тяжкості алопеції SALT (Severity of Alopecia Tool), що виражає офіційний математичний підхід до визначення площі облісіння. Вивчено особливості клінічного перебігу гніздової алопеції і показано, що для оцінки тяжкості захворювання принципові не тільки кількість і розмір вогнищ на скальпі, але і загальний характер втрати волосся на шкірі, наявність дистрофічно змінених нігтьових пластинок. Уніфікована і об'єктивна шкала дозволяє підвищити точність клінічних оцінок, визначити терапевтичну тактику і прогнозувати перебіг гніздової алопеції.

Ключові слова: гніздова алопеція, клінічна характеристика, ступінь тяжкості, оціночна шкала.

Об авторе:

Сербіна Инесса Михайловна – кандидат мед. наук, доцент кафедри дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования;
E-mail: serbinaim@gmail.com

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF ALOPECIA AREATA

Serbina I.M.

*Kharkiv Medical Academy
of Postgraduate Education*

Abstract. Assessment of the severity of patients with alopecia areata was undertaken with the usage of international system of standards SBN which allows to objectivise the assessment of the loss of hair on scalp and body and the damage to the nail plate. The indicator of severity of alopecia SALT (Severity of Alopecia Tool), which expresses official mathematical approach to measuring area of baldness, has been used. The characteristic features of clinical course of alopecia areata have been studied. It has been shown that not only size and number of outbreaks on scalp matter for assessment of severity of disease, but also the general characteristics of the loss of hair on skin and the presence of dystrophically changed nail plates. Unificated and objective scale allows to increase the accuracy of clinical assessments, determine the therapeutic tactics and predict the course of disease.

Key words: alopecia areata, clinical characteristics, severity, assessment scale.