

Рубцовые алопеции (псевдопелада Брока, дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай)

Е. Н. Михнева

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

Резюме

В работе приведены данные относительно классификации рубцовых алопеций, клинические особенности псевдопелады Брока, дискоидной красной волчанки, красного плоского лишая, критерии дерматоскопической диагностики, лечение.

Ключевые слова: рубцовые алопеции, классификация, клинические особенности, лечение.

Рубцовые алопеции представляют группу заболеваний, для которых характерно необратимое повреждение волосяных фолликулов и замещение их соединительной тканью. Термин «рубцовая алопеция» используют для определения процесса необратимой утраты волос, обусловленной гибелью волосяных фолликулов [12, 13]. Наблюдается неуклонное и необратимое уничтожение волосяных фолликулов, поэтому нужна быстрая, точная постановка диагноза и проведение полноценного лечения, целью которого будет сохранение как можно большего количества волос. Лечебные мероприятия будут направлены на замедление или приостановку прогрессирования выпадения волос.

Рубцовые алопеции делятся на первичные – процесс, первично действующий на волосяной фолликул, и вторичные – внефолликулярные процессы, которые воздействуют на волосяной фолликул.

Первичные рубцовые алопеции по современной классификации, принятой Северо-Американской ассоциацией по исследованию волос в 2001 г., патогистологически подразделяются с учетом воспалительного инфильтрата на нейтрофильную, лимфоцитарную, смешанную.

К лимфоцитарным рубцовым алопециям относят: красный плоский лишай (классический вариант, фронтальная фиброзирующая алопеция, синдром

Грэма Литтла); хроническую дискоидную красную волчанку (ДКВ); муцинозную алопецию; псевдопеладу Брока; центральную центробежную рубцовую алопецию.

Нейтрофильные рубцовые алопеции: декальвирующий фолликулит волосистой части головы; абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана.

Смешанно-клеточные рубцовые алопеции: фолликулит шиповатый декальвирующий; дерматит папулезный волосистой части головы; фолликулит (акне) некротический; эрозивный пустулезный дерматоз волосистой части головы. Этиология этих заболеваний в большинстве случаев не установлена.

Вторичные рубцовые алопеции, при которых патологический процесс развивается вторично после перенесенных травм, заболеваний и приводит к разрушению фолликулярного аппарата кожи, отмечаются при инфекциях – микозах волосистой части головы (фавус, инфильтративно-нагноительная трихофития); бактериальных процессах (фурункул, карбункул, туберкулезная волчанка); вирусных состояниях (некротизирующий опоясывающий лишай). Наблюдаются при гранулематозных инфильтрациях – саркоидозе и липоидном некробиозе [13]; при неопластических инфильтрациях – первичных кожных неоплазиях (базальноклеточный рак кожи,

плоскоклеточный рак кожи, опухоли придатков, злокачественная меланома, злокачественные лимфомы), вторичных кожных неоплазиях (метастазы в кожу волосистой части головы, неопластическая алопеция); также отмечаются при аутоиммунных заболеваниях – очаговой склеродермии (склеродермия в форме рубца от удара сабли) и рубцующем буллезном пемфигоиде [7].

Постановка точного диагноза рубцовой алопеции часто затруднена. Большую роль в постановке диагноза, вызывающего рубцовую алопецию, играет биопсия кожи, тщательный сбор анамнеза, визуальный осмотр, дерматоскопия (трихоскопия). В статье будут рассмотрены наиболее часто встречающиеся в практике врача-дерматовенеролога клинические разновидности рубцовой алопеции: псевдопелада Брока, дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай.

Псевдопелада Брока (син.: алопеция атрофическая, Alopecia atrophicans, pseudopelada Brocg) – заболевание, характеризующееся появлением очагов облысения с признаками атрофии кожи. Впервые это заболевание описал Brocg в 1885 г. в Париже. «Pelada» – французское слово для обозначения гнездовой алопеции, поэтому Brocg определил pseudopelade как «нечто похожее на очаговую алопецию, но в то же время не очаговая алопеция». Такое сравнение он привел в связи со своим наблюдением: при псевдопеладе волосяные фолликулы отсутствуют, тогда как при очаговой алопеции они в большинстве случаев имеются. Псевдопелада проявляется дегенерацией фолликулов, что приводит к появлению множественных очагов алопеции без признаков воспаления [2]. Данное заболевание чаще всего наблюдается у женщин старше 35 лет. Заболевание считается редким.

Этиология и патогенез данной патологии неизвестны. В последнее время псевдопелада рассматривается как процесс, вызванный иммунными нарушениями, которые происходят локально на уровне волосяного сосочка. Предполагают, что поражение при рубцовой алопеции происходит в области расположения стволовых клеток наружного корневого влагалища волосяного фолликула, который анатомически представляет собой утолщение наружного корневого влагалища и расположен на уровне присоединения *m. arrector pili*. Если эта область повреждается воспалительным инфильтратом, то происходит полное разрушение волосяного фолликула, приводящее к рубцовой алопеции [4, 11].

Дебют псевдопелады остается незамеченным из-за отсутствия субъективных ощущений. Неожиданно для больного появляются очаги облысения, чаще на темени или верхней части затылка. В начальный период заболевания они мелкие – от 5 до 10 мм, изолированные, круглые или овальные. Эти очаги могут увеличиваться, сливаться в более крупные, неправильной формы очаги. Кожа в зоне

облысения бледно-розового цвета или восковидная, гладкая, нежная, атрофичная. По периферии очагов волосы и кожа не изменены, характерным клиническим признаком для псевдопелад является рост нескольких волос из одного отверстия волосяного фолликула. На пораженных участках волосы легко удаляются по периферии очагов, при этом их корневая часть окутана стекловидной муфтой. Если волос выдернуть, то сам волос имеет вид обгорелой спички – отмечается атрофия корня волоса, волосяная луковица окаймлена бороздой.

Постепенно процесс прогрессирует, захватывает новые фолликулы. Вокруг вновь пораженных волос появляется розовая каемка, а в устье обнаруживается кератоз. По мере развития процесса волосы выпадают и образуется рубец. Образовавшиеся рубцы располагаются рассеянно или группами. На белых атрофических рубцах не бывает шелушения, корок. При боковом освещении наблюдается сглаженность и блеск поверхности. Постепенно разрозненные очаги сливаются и образуют участки облысения причудливой формы с резкими границами. Зоны облысения при псевдопеладе имеют необычное расположение, что послужило поводом для их сравнения со следами на снегу, очагами пламени, листком клевера, располагаются асимметрично, склонны к слиянию. Выпадение волос имеет длительное прогрессирующее необратимое течение, иногда на протяжении 2–3 лет может развиваться тотальная рубцовая алопеция. Интенсивность образования очагов рубцовой алопеции у больных различна, процесс со временем может самопроизвольно остановиться [1, 10].

Дерматоскопическая картина: при псевдопеладе Брока наблюдаются разветвленные сосуды и очаги фиброза, четко просматривается отсутствие как самих волосяных фолликулов, так и роговых пробок, а также сальных желез (рис. 1).

Лечение: эффективной терапии нет, процесс необратимый. При стабильном хроническом течении рекомендуется трансплантация волос [7].

ДКВ на волосистой части головы может быть одним из проявлений системной формы заболевания.



Рис. 1. Разветвленные сосуды, отсутствие волосяных фолликулов при псевдопеладе Брока

Волосистая часть головы поражается этим дерматозом редко, преимущественно у женщин. У мужчин очаги ДКВ, помимо типичных участков, – открытые участки кожи: лицо (особенно нос и щеки, где очаг может иметь форму бабочки), ушные раковины, открытая часть груди, кисти и очень редко – волосистая часть головы. В тех случаях, когда поражается только волосистая часть головы, заболевание долго не диагностируется. Без лечения долгие годы оно медленно прогрессирует и приводит к формированию крупных очагов рубцовой алопеции. Чаще поражается лобная и височная область, где образуется один, реже – несколько очагов, которые со временем увеличиваются в размерах [7, 8].

При ДКВ заболевание проходит три стадии: эритемы, гиперкератоза, атрофии [5, 6]. При дебюте типичной ДКВ волосистой части головы наблюдается четко отграниченная эритематозная бляшка. Бляшка слабо инфильтрирована и покрыта крепко прилегающими к поверхности гиперкератотическими чешуйками с неравномерно расположенными фолликулярными роговыми пробками. При поскабливании очага, которое сопровождается болезненностью (симптом Бенъе – Мещерского), чешуйки с трудом отделяются с поверхности. Периферический эритематозный венчик не всегда выражен отчетливо, может отсутствовать. Со временем очаг приобретает синюшный оттенок и в центральной части развивается атрофия кожи с алопецией. Кожа становится гладкой, блестящей, истонченной, без устьев волосяных фолликулов, с телеангиэктазиями. При ДКВ больные могут жаловаться на незначительный зуд и ухудшение в солнечное время [3].

Дерматоскопическая картина: при проведении дерматоскопического исследования на ранней стадии ДКВ наблюдали сосуды-шпильки (рис. 2) и роговые пробки в устьях волосяных фолликулов, а в поздней стадии – участки атрофии. На поздней стадии, когда отмечается сплошная атрофия, по периферии очагов видны четкие роговые пробки, которые являются патномоничным признаком для ДКВ волосистой части головы.

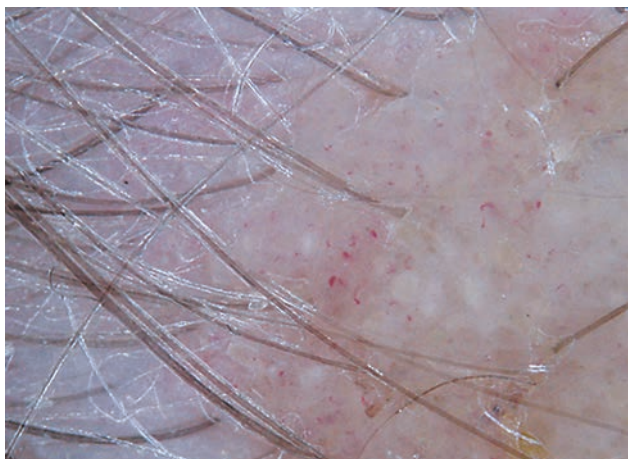


Рис. 2. Сосуды-шпильки при ДКВ

Лечение: гидроксихлорохином первые 4 нед 2 раза в сутки по 200 мг, затем – 200 мг в сутки; в очаги поражения – триамцинолон ацетонид каждые 4 нед с/без топических кортикостероидов (КС) I и II класса. Эффективны короткие курсы преднизолона. Могут применяться системные ретиноиды (изотретиноин 40 мг 2 раза в день, ацитретин 50 мг в день). В резистентных случаях – системные иммуносупрессоры (метотрексат, азатиоприн) [7].

Красный плоский лишай (КПЛ) представлен такими клиническими разновидностями: классический КПЛ; фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА); синдром Греэма Литтла [7].

Классический КПЛ наблюдается к 50 годам у женщин, поражает теменную область, субъективно – зуд, жжение, участки облысения небольшие, соединяются между собой. Типичные очаги при КПЛ характеризуются фолликулярным гиперкератозом и перифолликулярной эритемой [9].

ФФА отмечается у женщин в постменопаузе, облысение с фронтальным или круговым смещением линии роста в виде ленты шириной 1–8 см. Фолликулярный гиперкератоз и перифолликулярную эритему можно обнаружить в краевой зоне роста волос. Дополнительным типичным признаком ФФА является алопеция бровей.

При синдроме Греэма Литтла наблюдаются очаги КПЛ на коже головы, нерубцовая алопеция в аксиллярной и лобковой зоне, фолликулярный гиперкератоз на туловище, алопеция бровей.

При дерматоскопической картине: КПЛ – отсутствие фолликулярных отверстий, ветвящиеся сосуды вокруг устьев фолликулов (рис. 3); ФФА – отсутствие фолликулярных отверстий, прифолликулярный фиброз, перифолликулярная эритема, ветвящиеся капилляры.

Лечение: КПЛ – внутриочаговые инъекции триамцинолона ацетонида каждые 4–6 нед и топические КС I и II класса, при ФФА – более низкие внутриочаговые дозы триамцинолона ацетонида + аппликации КС и миноксидила. Назначается доксициклин по 100–200 мг в сутки в течение 3–6 мес. В острых



Рис. 3. Отсутствие фолликулярных отверстий, ветвящиеся сосуды вокруг устьев фолликулов при КПЛ

стремительно прогрессирующих случаях – системные КС. Возможно назначение противомаларийных препаратов, гризеофульвина [7, 10].

С помощью дерматоскопии при ДКВ волосистой части наблюдались характерные признаки данного дерматоза – сосуды-шпильки и роговые пробки в устьях волосяных фолликулов, при псевдопелладе Брока – очаги фиброза и разветвленные сосуды, при КПЛ – отсутствие фолликулярных отверстий, ветвящиеся сосуды вокруг устьев фолликулов.

Таким образом, дерматоскопическое исследование может оказать помощь при постановке

диагноза псевдопеллады Брока, ДКВ, КПЛ волосистой части головы. Данные заболевания важно диагностировать на ранних стадиях с целью назначения адекватного лечения, предотвращающего развитие атрофии. При помощи дерматоскопического метода можно проследить течение процесса в динамике и оценить эффективность проведенной терапии.

Рубцовые алопеции требуют тщательной диагностики, ранней постановки диагноза и начала терапии; чем дольше существует алопеция, тем труднее ее дифференциальная диагностика и лечение.

Список литературы

1. Верхогляд И.В. Рубцовая алопеция: случаи псевдопеллады Брока [Текст] / И.В. Верхогляд, И.В. Галлямова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. – № 2. – С. 84–87.
2. Елькин В.Л. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы [Текст] / В.Л. Елькин, Л.С. Митрюковский, Т.Г. Седова. – Пермь: Звезда, 2004. – 946 с.
3. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [Текст] / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
4. Мядляц О.Д. Морфофункциональная дерматология [Текст] / О.Д. Мядляц, В.П. Адашкевич. – Минск: Медлит, 2006. – 752 с.
5. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи [Текст] / М.А. Пальцев, Н. Потехаев, И.А. Казанцева и др. – Москва: Медицина, 2005. – 484 с.
6. Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии основных эритематосквамозных поражений кожи лица (клиническая лекция) [Текст] / Н.Н. Третьякова // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – № 2. – С. 115–124.
7. Трюев Р. Рубцующая алопеция [Текст] / Р. Трюев // Дерматолог. – 2016. – № 2. – С. 136–145.
8. Уилкинсон Д.Д. Дерматология [Текст] / Д.Д. Уилкинсон, С. Шоу, Д.И. Ортон. – Москва: Медлит, 2007. – 208 с.
9. Хабиф Т. Кожные болезни: Диагностика и лечение [Текст] / Т.П. Хабиф. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 672 с.
10. Mirmirani P. Lichen planopilaris treated with peroxisome proliferator-activated receptor gamma agonist [Text] / P. Mirmirani, P. Karnikk // Arch Dermatol. – 2009. – № 145. – P. 1363–1366.
11. Ross E.K. Update on primary cicatricial alopecias [Text] / E.K. Ross, E Tan, J. Shapiro // J Am Acad Dermatol. – 2005. – № 53. – С. 1–37.
12. Somani N. Cicatricial alopecia: classification and histopathology [Text] / N. Somani, W.F. Bergfeld // Dermatol Ther. – 2008. – № 21. – С. 221–237.
13. Stefanato C.M. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis [Text] / C.M. Stefanato // Histopathology. – 2010. – № 56. – С. 24–38.

References

1. Verhogyad IV, Gallyamova IV. Rubtsovaya alopetsiya: sluchai psevdopelady Broka (Scarring alopecia: cases of the Brocg's pseudopelade). Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2009;2:84–87.
2. Elkin VL, Mityukovsky LS, Sedova TG. Redkiye dermatozy i dermatologicheskiye sindromy (Rare dermatoses and dermatological syndromes). Perm, Russia: The Star, 2004. 946 p.
3. Mavrov II, Bolotnaya LA, Sербina IM. Osnovy diagnostiki i lecheniya v dermatologii i venerologii (Fundamentals of diagnosis and treatment in dermatology and venereology). Kharkov: The fact, 2007. 792 p.
4. Myadlyats OD, Adaskevich VP. Morfofunktsional'naya dermatologiya (Morphofunctional dermatology). Minsk: Medlit, 2006. 752 p.
5. Pal'tsev MA, Potekaev NN, Kazantseva IA, et al. Morfofunktsional'naya dermatologiya (Clinical and morphological diagnosis of skin diseases). Moscow: Medicine, 2005. 484 p.
6. Tret'yakova NN. Differentsial'naya diagnostika i printsipy terapii osnovnykh eritematoskvamoznykh porazheniy kozhi litsa (klinicheskaya lektsiya) (Differential diagnosis and principles of therapy of the main erythematosquamous lesions of the facial skin (clinical lecture). Clinical dermatology and venereology. 2010;2:115–124.
7. Truyeb R. Rubtsuyushchaya alopetsiya (Rubbing alopecia). Dermatologist. 2016;2:136–145.
8. Wilkinson DD, Shaw S, Orton DI. Dermatologiya (Dermatology). Moscow: Medlit, 2007. 208 p.
9. Habif T. Kozhnyye bolezni: Diagnostika i lecheniye (Skin diseases: Diagnosis and treatment). Moscow: MEDPress-Inform, 2006. 672 p.
10. Mirmirani P, Karnikk P. Lichen planopilaris treated with peroxisome proliferator-activated receptor gamma agonist. Arch Dermatol. 2009;145:1363–1366.
11. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. J Am Acad Dermatol. 2005;53:1–37.
12. Somani N, Bergfeld WF. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. Dermatol Ther. 2008;21:221–237.
13. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. Histopathology. 2010;56:24–38.

РУБЦЕВІ АЛОПЕЦІЇ (ПСЕВДОПЕЛАДА БРОКА, ДИСКОЇДНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК, ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ)

Є.М. Міхньова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме

У роботі наведені дані щодо класифікації рубцевих алопецій, клінічні особливості псевдопеллади Брока, дискоїдного червоного вовчака, червоного плоского лишая, критерії дерматоскопічної діагностики, лікування.

Ключові слова: рубцеві алопеції, класифікація, клінічні особливості, лікування.

CICATRICAL ALOPECIAS (BROCG PSEUDOPELADE, DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS, LICHEN PLANUS)

Y.N. Mikhnova

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

The article contains information regarding the classification of cicatricial alopecias, the clinical features of Brocg pseudopelade, discoid lupus erythematosus, lichen planus, diagnostic dermatoscopic criteria, using treatment of cicatricial alopecias.

Key words: cicatricial alopecias, classification, clinical features, treatment.

Сведения об авторе:

Михнева Елизавета Николаевна – канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.