

Современные подходы к лечению рубцовых алопеций

М.В. Воронкова, О.Л. Иванов, И.В. Кошелева, Е.Б. Мареева

Кафедра и клиника кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Описаны результаты дерматоскопии очагов рубцовой алопеции при дискоидной красной волчанке с поражением волосистой части головы, красном плоском лишае, фронтальной фиброзирующей алопеции и псевдопелладе Брока у 19 пациентов.

Ключевые слова: дерматоскопия, рубцовая алопеция, дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай, фронтальная фиброзирующая алопеция, псевдопеллада Брока

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF CICATRICIAL ALOPECIA

M.V.Voronkova, I.V.Kosheleva, O.L.Ivanov, E.B.Mareyeva

The authors present the results of dermatoscopy of the cicatricial alopecia foci in 19 patients with discoid lupus erythematosus with involvement of the hairy part of the head, lichen planus, frontal fibrosing alopecia, and Broca's pseudopelade.

Key words: dermatoscopy, cicatricial alopecia, discoid lupus erythematosus, lichen planus, frontal fibrosing alopecia, Broca's pseudopelade

Волосы играют важную роль в жизни человека. С давних пор они являются частью культуры разных народов, отражая ее самобытность. Волосы — важный показатель индивидуальных особенностей, способ самовыражения, передачи душевного состояния, показатель социального положения. Таким образом, неудивительно, что болезни, которые приводят к потере волос, могут вызывать расстройства, связанные с самооценкой и психосоциальным взаимодействием. При такой патологии, как рубцовые алопеции, это особенно актуально, так как при прогрессировании процесса происходит необратимая потеря волос. Чем раньше в такой ситуации начато адекватное лечение, тем выше вероятность сохранения как можно большего количества волос, следовательно своевременность диагностики и терапевтического вмешательства имеет большое значение для прогноза у пациентов с данной патологией.

Первичные рубцовые алопеции — это большая группа заболеваний, при которых происходит постоянное разрушение волосяного фолликула. Согласно последним данным научных исследований, это является результатом необратимых повреждений стволовых клеток, находящихся в области луковицы волоса, где к наружному корневому влагалищу прикрепляется мышца, поднимающая волос (в области так называемой выпуклости), которые требуются для циклической регенерации нижней части фолликула [1, 2].

Постановка точного диагноза того или иного заболевания волос и (или) волосистой части головы, а особенно рубцовой алопеции, часто затруднена. Решающую роль в правильной диагностике дерматоза, вызывающего рубцовую алопецию, играет биопсия кожи головы. Однако тщательный сбор анамнеза, визуальный осмотр — это универсальные методы диагностики, имеющие на прак-

тике более важное значение, так как биопсия — инвазивный метод диагностики, травматичный, пусть минимально, для пациента. Кроме того, между взятием биопсии и получением результатов гистологического исследования проходит достаточно много времени. Бывает и так, что гистопатологические результаты обманывают ожидания клиницистов и не являются достаточно информативными для постановки диагноза. Здесь на помощь врачу может прийти метод дерматоскопии (трихоскопия).

Дерматоскопия (дермоскопия, эпилюминесцентная микроскопия, поверхностная микроскопия кожи, микроскопия в отраженном свете, цифровая дерматоскопия) — это современный неинвазивный метод визуальной диагностики различных заболеваний кожи, который позволяет рассматривать под увеличением строение эпидермиса, границы дермы и эпидермиса, сосочковый слой дермы, внутрикожные пигментные, сосудистые и гиперкератотические изменения. Впервые этот метод применил J. Kolhaus в 1663 г. для исследования мелких сосудов ногтевого ложа при помощи микроскопа. В 1879 г. вновь методика была применена С. Hueter для исследования капилляров в области нижней губы. Термин «дерматоскопия» ввел в 1920 г. I. Saphier, который начал разрабатывать технику микроскопии кожи. Результаты своих трудов он изложил в четырех работах под названием «Die Dermatoscopie. I—IV. Mitteilung». В 1990 г. J. Kreush и G. Rassner разработали портативный бинокулярный стереомикроскоп с 10-40-кратным увеличением для исследования кожи *in vivo*. Однако из-за высокой стоимости, большого веса и сложностей при практическом использовании прибор не получил широкого распространения. В 2000 г. O. Braun-Falco удалось усовершенствовать ручной микроскоп, что позволило внедрить дерматоскопию в повседневную клиническую практику. В 2001 г. в Риме

Сведения об авторах:

Воронкова М. В. — аспирант (voronkovam@gmail.com); Иванов О. Л. — д-р мед. наук, проф.; Кошелева И. В. — канд. мед. наук, доц., зав. отделением физиотерапии; Мареева Е. Б. — канд. мед. наук, доц.

прошел I Всемирный конгресс по дерматоскопии [3, 4]. Метод дерматоскопии с успехом используют в дерматологии, онкологии, ревматологии и ряде других областей медицины, он является важным инструментом для диагностики доброкачественных и злокачественных меланокитарных заболеваний, обнаружения и дифференциации нескольких типов рака кожи и других воспалительных, инфекционных и паразитарных дерматозов. Увеличенное изображение патологических изменений облегчает диагностику и дифференциальную диагностику, делая ее более точной, более ранней и своевременной, позволяет эффективнее осуществлять контроль лечения. Методика является неинвазивной, она абсолютно безопасна и безболезненна. Дерматоскопические приборы доступны, удобны и просты в использовании. Современные технологии позволяют сохранять фотографии объектов исследования, создавать архивы, дополнять ими истории болезни, научную литературу.

Относительно недавно дерматоскопия получила развитие в такой области дерматологии, как трихология. С 2006 г. L. Rudnicka и M. Olszewska [5] ввели термин «Трихоскопия» для дерматоскопической диагностики заболеваний волос и кожи волосистой части головы. Трихоскопию осуществляют при помощи трихоскопа — аппарата, оборудованного линзами с разным увеличением (от 10- до 1000-кратного), выводящего на экран компьютера данные исследуемого участка. Такое диагностическое оборудование может помочь в оценке состояния волосных фолликулов, кожи головы и различных ее структур, дифференцировать рубцовое облысение от нерубцового. Определенные дерматоскопические признаки могут помочь в определении заболевания, вызвавшего рубцовую алопецию.

Так, например, при дискоидной красной волчанке (ДКВ) в очагах на волосистой части головы можно увидеть эритему, шелушение, фолликулярный гиперкератоз, атрофию кожи и телеангиэктазии. При дерматоскопии таких очагов атрофия представлена диффузным белым цветом кожи головы. Может также определяться пигментированная сеть, напоминающая соты, с бляшками на периферии. Внутри бляшки хорошо видны ветвящиеся и извилистые сосуды. Наблюдается уменьшение количества отверстий волосных фолликулов [3, 6—8]. Также характерным (но не обязательным) для дерматоскопической картины ДКВ волосистой части головы является наличие фолликулярных красных точек, эритематозных

полициклических или концентрических структур диаметром от 0,6 до 0,47 мм, равномерно распределенных внутри и вокруг устьев фолликулов (гистологически эти структуры соответствовали расширенным воронкам, заполненным кератиновыми массами, которые были окружены расширенными сосудами и экстравазальными эритроцитами). Явления фолликулярного гиперкератоза и роговые пробки также выявляют в устьях волосных фолликулов достаточно четко [8, 9]. На поздних стадиях заболевания, когда имеется сплошная атрофия, по периферии очагов роговые пробки остаются хорошо визуализируемыми и являются патогномоничным признаком для данного дерматоза [6].

При красном плоском лишае (КПЛ) в очаге поражения также отсутствуют фолликулярные отверстия. Перифолликулярная эритема характеризуется наличием ветвящихся сосудов вокруг устьев фолликулов и часто ассоциирована с частичным отложением пигмента в виде сети [3, 7, 9]. О перипиллярных бледнобелых точках, расположенных внутри пигментированной сети, сообщили S. Kossard и S. Zagarella [10], которые наблюдали их у темнокожего пациента и расценивали как признаки вымерших волосных фолликулов (перифолликулярный фиброз).

У некоторых пациентов, особенно с темным цветом кожи, могут быть найдены серо-голубые точки. Гистопатологически причиной появления этих точек будет являться потеря меланина, мелкие частицы меланина или меланиновая «пыль», находящаяся в меланофагах или свободно в сосочковом и ретикулярном слоях дермы. Серо-голубые точки образуют своеобразный узор, картина которого связана с наличием меланофагов, располагающихся преимущественно вокруг волосных фолликулов, не затрагивая интрафолликулярный эпидермис [7]. При фронтальной фиброзирующей алопеции, клиническом варианте КПЛ, основными дерматоскопическими признаками считают отсутствие фолликулярных отверстий, перифолликулярный фиброз и перифолликулярную эритему, а также наличие ветвящихся капилляров [7, 11, 12].

Цель данного исследования — описать дерматоскопические характеристики очагов поражения на волосистой части головы у пациентов с клиническими и гистопатологическими признаками рубцовой алопеции при ДКВ, КПЛ, фронтальной фиброзирующей алопеции (ФФА) и псевдопеладе Брока (ППБ), для того чтобы установить диагностические критерии для дифференциального диагноза этих дерматозов.

Дерматоскопические характеристики при ДКВ, КПЛ, ФФА и ППБ

Дерматоскопический критерий	ДКВ (n = 4)	КПЛ (n = 6)	ФФА (n = 3)	ППБ (n = 6)
Уменьшение количества волосных фолликулов	4	6	3	6
Перифолликулярная эритема	0	4	3	4
Перифолликулярный фиброз	0	3	2	1
Роговые пробки	3	0	0	0
Перифолликулярное шелушение	4	6	2	4
Ветвящиеся капилляры	4	6	3	5
Скрученные капилляры	1	1	0	3
Пигментная сеть	0	3	1	1
Серо-голубые точки	0	1	0	0

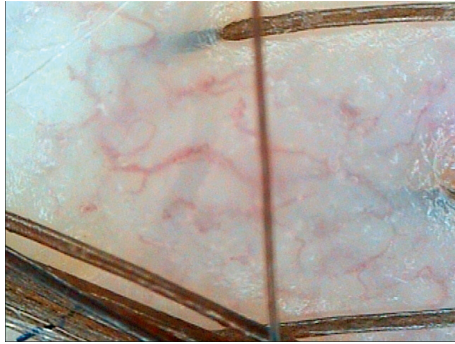


Рис. 1. Ветвящиеся капилляры в очаге алопеции при дискоидной красной волчанке.

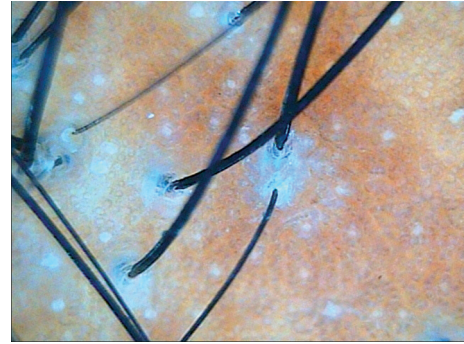


Рис. 3. Рубцовая алопеция при красном плоском лишае у темнокожей пациентки. Хорошо видны серо-голубые точки.



Рис. 2. Красный плоский лишай. Видны очаги перифолликулярного фиброза («белые точки»), пигментная сеть, перифолликулярное шелушение.

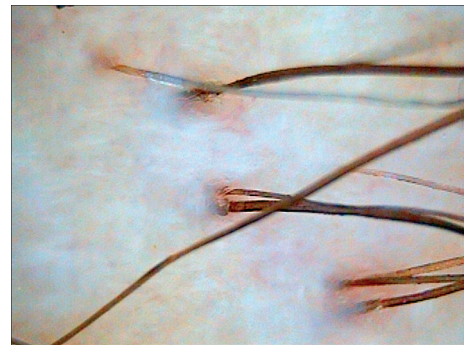


Рис. 4. Перифолликулярная эритема при псевдопеладе Брока.

Материалы и методы

Исследование проводили на базе клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В соответствии с клиническим и гистологическим обследованиями были отобраны пациенты с ДКВ с локализацией очагов на волосистой части головы (4 женщины); классическим КПЛ с поражением волосистой части головы (5 женщин и 1 мужчина), ФФА (3 женщины); ППБ (4 женщины и 2 мужчин). Средний возраст пациентов составил 56 лет. Обследование пациентов проводили с помощью видеодерматоскопа (трихоскоп) Aramo-SG (производство Корея) и программы Trichoscience (увеличение от 20 до 1000 крат).

Результаты и обсуждение

Дерматоскопические характеристики, полученные в данном исследовании, представлены в **таблице**.

При всех патологиях наблюдали уменьшение количества волосяных фолликулов. Основные изменения при ДКВ характеризовались визуализацией явлений фолликулярного гиперкератоза в устьях волосяных фолликулов, присутствовали множественные сети ярких ветвящихся, расширенных капилляров (**рис. 1**).

При КПЛ наиболее часто отмечали такие признаки, как перифолликулярная эритема и перифолликулярный фиброз. Наблюдали менее ярко выраженные, чем в очагах ДКВ, явления фолликулярного гиперкератоза, которые можно описать как перифолликулярное шелушение. Во всех случаях визуализировали извитые капилляры, особенно по краям очагов. Пигментную сеть определяли чаще, чем при других патологиях (**рис. 2**).

У темнокожей пациентки, гражданки Индии, с диагностированным КПЛ с поражением волосистой части голо-

вы наблюдали серо-голубые точки (связанные с потерей меланина), что согласуется с данными зарубежных авторов (**рис. 3**) [7, 9, 10].

Примерно такие же изменения показали наблюдения при ФФА. Для ППБ основными дерматоскопическими признаками в нашем исследовании явились уменьшение количества волосяных фолликулов, наличие перифолликулярной эритемы, а также визуализация извитых и скрученных капилляров преимущественно по краям очагов алопеции (**рис. 4**).

Учитывая важность диагностики клинических и морфологических вариантов рубцовых алопеций, для которых порой дифференциальный диагноз бывает достаточно сложен, считаем, что описательное изучение дерматоскопических характеристик случаев рубцовой алопеции можно рассматривать как движение вперед в данной области, так как это поможет выявить возможные направления в изучении рубцовых алопеций, разработать их классификацию и адекватные схемы лечения. Дерматоскопия может помочь дерматологам в поиске наиболее удачного места для взятия биопсии или даже избежать ненужных инвазивных исследований. Путем последовательного фотографирования можно следить за динамикой процесса у пациентов при каждом визите. Несмотря на то что метод относительно новый, он завоевал популярность благодаря простоте в применении и оказался полезным в диагностике и для контроля эффективности лечения алопеций. Однако для лучшего понимания его возможностей необходимы более масштабные исследования результатов дерматоскопии с тщательным изучением и сравнением соответствующих гистологических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harries M.J., Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. *Am. J. Pathol.* 2010; 177(5): 2152—62.
2. Ohya M. Primary cicatricial alopecia: recent advances in understanding and management *J. Dermatol.* 2012; 39(1): 18—26. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01416.x.
3. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей. Потеекаев Н.Н., ред. М.: МДВ; 2010.
4. Соколов Д.В., Демидов Л.В., Бельшиева Т.С., Потеекаев Н.Н., Ворожцов Г.Н., Кузьмин С.Г. и др. История развития метода поверхностной эпифлюоресцентной микроскопии (дерматоскопии) кожи. *Клиническая дерматология и венерология* 2009; 1: 11—4.
5. Rudnicka L., Olszewska M., Majsterek M., Czuwara J., Slowinska M. *Expert Rev. Dermatol.* 2006; 1(6): 769—72.
6. Минас С., Суколин Г.И., Крипичер О.А., Азам В.В. Дифференциальная диагностика дискоидной красной волчанки волосистой части головы, псевдопеллады Брока и декальвирующего фолликулита при помощи дерматоскопии. *Российский журнал кожных и венерических болезней* 2007; 1: 31—6.
7. Duque-Estrada B., Tamler C., Sodr  C., Barcaui C., Pereira F. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *Ann. Bras. Dermatol.* 2010; 85(2): 179—83.
8. Tosti A., Torres F., Misciali C., Vincenzi C., Starace M., Miteva M., Romanelli P. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 2009; 145(12): 1406—9.
9. Tosti A., Duque-Estrada B. *Egypt Women Dermatol Soc.* 2010; 7: 1—5.
10. Kossard S., Zagarella S. Spotted cicatricial alopecia in dark skin. A dermoscopic clue to fibrous tracts *Australas J. Dermatol.* 1993; 34(2): 49—51.
11. Inui S., Nakajima T., Shono F., Itami S. Dermoscopic findings in frontal fibrosing alopecia: report of four cases *Int. J. Dermatol.* 2008; 47(8): 796—9.
12. Rubegni F., Mandato F., Fimiani M. *Case Rep. Dermatol.* 2010; 2(1): 40—5.

Поступила 14.05.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.527.4-006:616.594-003.84]-036.1

Случай сочетания вульгарной пузырчатки и гигантского акантолитического себорейного кератоза

В.А. Молочков¹, Е.Б. Давиденко¹, Е.В. Зенкевич¹, О.В. Карзанов¹, А.Г. Куприянова², В.А. Зайденов², М.А. Бобров³, Е.С. Черныш¹

¹Отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии (руководитель — В.А. Молочков) ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; ²лаборатория иммуногистохимии (зав. — А.Г. Куприянова) ФГБУ Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова; ³патолого-анатомическое отделение (зав. — И.А. Казанцева) ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Истинная пузырчатка относится к группе аутоиммунных буллезных дерматозов кожи и слизистых оболочек, где основная роль отводится циркулирующим аутоантителам иммуноглобулина класса G, направленным против антигенов десмосомального аппарата эпидермиса. Для диагностики заболевания используют цитологический, гистологический методы исследования, но одним из основных методов диагностики является исследование кожи методом прямой иммунофлюоресценции. Аутоиммунная пузырчатка может протекать как отдельное заболевание, а также ассоциироваться с другими кожными заболеваниями, такими как вульгарный псориаз, каплевидный псориаз, красная волчанка, синдром Лайелла, дерматомиозит, пиогенная гранулема, витилиго, подрывающий фолликулит. В статье описан случай сочетания вульгарной пузырчатки и гигантского акантолитического себорейного кератоза на коже волосистой части головы. В связи с имеющимися в литературе данными об атипичной локализации очагов вегетирующей пузырчатки и обнаружением акантолиза в очагах на коже волосистой части головы нам необходимо было провести дифференциальную диагностику между вегетирующей пузырчаткой и вульгарной пузырчаткой в сочетании с гигантским себорейным кератозом. Этот случай служит примером необходимости тщательного сбора анамнеза и проведения всех необходимых для точной постановки диагноза исследований.

Ключевые слова: истинная пузырчатка, акантолитический себорейный кератоз, сочетание заболеваний

A CASE WITH PEMPHIGUS VULGARIS PARALLELED BY GIANT ACANTHOLYTIC SEBORRHEIC KERATOSIS

V.A. Molochkov, E.B. Davidenko, E.V. Zenkevich, O.V. Karzanov, A.G. Kupriyanova, V.A. Zaidenov, M.A. Bobrov, E.S. Chernysh

True pemphigus belongs to the group of autoimmune bullous dermatoses of the skin and mucosa, in which the key role is played by circulating autoantibodies (IgG) to the epidermal desmosomal system antigens. The disease is diagnosed by cytological and histological methods, but one of the main diagnostic methods is direct immunofluorescent study of the skin. Autoimmune pemphigus can be a separate disease or be associated with