

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТОДЕСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ВОЛОС

Ю. Романова

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Клиника эстетической медицины «Институт красивых волос»,
Москва

E-mail: u.u.egorova@gmail.com

Выявление патологии волос аутодеструктивного спектра часто вызывает сложности у специалистов. Приведены ключевые опорные клинические, дерматоскопические диагностические признаки и описаны 3 неклассических клинических случая аутодеструктивной патологии волос, включая редкий вариант – трихотейроманию.

Ключевые слова: дерматология, трихотилломания, трихотейромания, трихоскопия, дерматоскопия, депигментация волос, поседение, аутодеструкция волос.

Расстройства с аутодеструктивными действиями в отношении волос относятся к первично-психическим нарушениям. В их лечении требуется участие врача-психиатра (психотерапевта) [1, 2]. Однако первично пациенты с такой патологией, как правило, обращаются к дерматологам (трихологам).

Наиболее распространена привычная патологическая деструкция волос путем их аутоэкстракции (вырывания) – трихотилломания (ТТМ). Реже встречаются другие варианты навязчивого самотравмирования волос: разрушение в ходе сбривания и состригания (трихотемномания), расчесов и растирания (трихотейромания), кусания (триходаганомания/триходакномания) [3]. Описаны случаи сочетания у одного пациента разных вариантов аутодеструктивных действий в отношении волос, например их экстракции и состригания (ТТМ и трихотемномании) [4].

Аутодеструктивное поведение пациента может не ограничиваться действиями в отношении волос, а сочетаться с самотравматизацией кожи (как в пределах участков деструкции волос, так и на других участках тела) и ногтей. На их возможные клинические проявления (невротические эксфолиации, эксфолиированные акне, онихотилломания, онихофагия, хейлофагия и др.) стоит обращать внимание при осмотре и исключать анамнестически.

ТТМ изучена более подробно, чем другие варианты самотравмирования волос. Первое ее описание было представлено французским дерматологом Франсуа Анри Аллопо еще в 1889 г. Патология больше распространена среди детей. Средний возраст дебюта заболевания – 9–13 лет [5, 6].

Экстракция волос при ТТМ чаще ограничивается одним или несколькими участками в лобно-теменной и макушечной областях [5]. Макушечная область – одно из типичных для ТТМ мест экстракции волос, в результате которой может формироваться округлый очаг облысения, напоминающий тонзуру (выстриженное или выбритое место на макушке у

католического духовенства, или «*Friar Tucksign*») [7, 8]. В тяжелых случаях возможно формирование полного облысения кожи волосистой части головы. В патологический процесс могут вовлекаться ресницы и брови, реже – волосы на лобке и других участках тела [5, 6]. В зонах деструкции волос формируются очаги нерубцового облысения или поредения волос фигурных и причудливых очертаний (округлые, линейные, в виде языков пламени). В очагах часто обнаруживаются волосы разной длины (обломанные, отрастающие), что делает их заметными в сравнении с окружающими интактными волосами.

Экстракция волос может сопровождаться последующими манипуляциями с ними, включая откусывание проксимального конца волоса с остатками оболочек фолликула (трихоризофагия), проглатывание волос (трихофагия), что может приводить к формированию трихобезоара желудка (неперевариваемого конгломерата из волос), нарушающего прохождение и переваривание пищи [3]. В редких случаях волосы могут достигать кишечника и провоцировать состояния, когда требуется хирургическое вмешательство (кишечная непроходимость) – патология получила название синдрома Рапунцель [9].

Часто пациенты скрывают и настойчиво отрицают факт аутодеструктивного поведения в отношении волос, что надо учитывать дерматологам при обследовании пациентов с очаговыми формами потери волос. Наибольшую сложность представляет **дифференциальная диагностика** ТТМ с гнездой алопецией (ГНА)¹, для которой типичны клинические проявления, схожие с таковыми при ТТМ: одиночные и множественные округлые и неправильной формы очаги нерубцового облысения [10–12]. При этом заболевании в патологический процесс могут вовлекаться волосы бровей, ресниц, а также ногти. Типичны для ГНА дистрофические изменения ногтей в виде точечных вдавлений по типу наперстка (при ТТМ возможно сочетание с онихофагией, онихотилломанией). В активной стадии заболевания на границе очага могут наблюдаться короткие обломанные волосы; другая характерная черта – наличие зоны расшатанных волос по периферии очага, волосы легко выпадают при потягивании [10, 11]. Следует также учитывать возможность сочетания аутодеструктивной (первично-психической) с другими видами патологии волос. Наибольшую диагностическую сложность представляет комбинация ТТМ и ГНА [13].

Большую помощь в определении вида потери волос оказывает **трихоскопия** (дерматоскопия волос и кожи головы) – неинвазивный оптический метод диагностики. Вследствие повторяющихся экстракций волос в очагах ТТМ можно обнаружить следующие явления: снижение плотности роста волос; обломанные волосы разной длины, в том числе с перекрученными и расщепленными (трихоптилоз) концами; приуроченные к устьям фолликулов черные точки (остатки стержней волос) и немногочисленные желтые точки (пустующие фолликулы с остатками оболочек волоса). Описаны редкие дерматоскопические находки, специфичные, по данным исследователей, для ТТМ (V-знак, волосаяная пудра и др.), обнаружение которых может помочь поставить диагноз [12]. В качестве дополнительного признака травматической природы патологии на коже в очагах ТТМ можно увидеть микрогеморрагии в виде произвольно расположенных экс-

травазаций и приуроченных к устьям фолликулов красных точек (микросгусток крови, как следствие экстракции волоса) [8, 14].

Усложняет диагностику ТТМ то, что при патогенетически разных заболеваниях (действие физической силы в случае ТТМ и аутоиммунный воспалительный процесс при ГНА) возможно формирование похожих дерматоскопических признаков [10–12, 15]. Так, наличие черных, желтых точек, обломанных волос характерно для ГНА. Специфично для ГНА обнаружение волос в виде восклицательного знака в острой стадии заболевания и беспигментных vellusных волос на стадии восстановления их роста. При анализе дерматоскопического изображения важно не только обнаружить патологический признак, но и оценить его параметры (интенсивность окраски, равномерность распределения, единичность/множественность в поле зрения). Так, наличие множественных перипиллярных точек интенсивного желто-коричневого цвета специфично для ГНА [10]. При ТТМ желтые точки встречаются редко, немногочисленны, характерно неравномерное их распределение в поле зрения. Множественность черных точек может встречаться в очагах ТТМ и ГНА. А. Rakowska и соавт. (2014) обращают внимание на то, что ГНА более свойственны схожие по форме и размеру черные точки, при ТТМ же они разного диаметра и формы (круглой, овальной, неправильной) [12]. Следует учитывать, что перечисленные дерматоскопические признаки могут встречаться и при других заболеваниях кожи и волос (например, обломанные волосы – при дерматофитии) [15].

Поскольку клинически и дерматоскопически диагноз ТТМ может быть не очевиден, а сами пациенты в ряде случаев отрицают факт аутоотравматизации волос, для уточнения диагноза может потребоваться диагностическая биопсия. В некоторых случаях полезным для выявления аутодеструктивной патологии волос может быть временное наложение защитной повязки на вызывающий сомнения очаг (симптом «пластыря», или *Band-Aidsign*) [16].

Лечение пациентов с аутодеструктивным поведением в отношении волос представляет собой междисциплинарную задачу, успех решения которой определяет совместное ведение пациента психиатром и дерматологом (трихологом) [17].

Первоочередная задача дерматолога (трихолога) – выявление патологии волос аутодеструктивного спектра. Ниже приведено описание 3 непростых для диагностики клинических случаев, описание которых представлено в последовательности, отражающей этапность диагностического поиска.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

Мужчина, 46 лет, обратился за консультацией к дерматологу с жалобами на выпадение волос. Пациента беспокоит прогрессирующее с течением времени истончение и поредение волос в области темени и макушки. За медицинской помощью по этому поводу обратился впервые, самостоятельных мер по восстановлению волос не предпринимал. Аллергоanamnez и наследственность по алопециям, со слов пациента, неотягощены. Наличие патологии других систем и органов отрицает.

При осмотре наблюдаются поредение, истончение волос в области темени и макушки, углубление лобно-височных углов. При проведении pull-теста (тест на вытягивание волос) в руках остается 2–3 волоса в стадии телогена. При осмотре обнаружены так-

¹Гнездовая алопеция – органоспецифическое аутоиммунное заболевание с поражением волосяного фолликула [10].

же 2 очага облысения (в области затылка и темени, рис. 1, а–в) округлых очертаний без четких границ около 1,5 см в диаметре. В очагах наблюдаются выраженная лихенификация кожи, а также короткие обломанные волосы до 5 мм длиной. Волосы по периферии очагов при потягивании не выпадают (зона расшатанных волос отсутствует). Ресницы, брови, волосы на коже туловища и конечностей сохранены. Ногтевые пластины не изменены.

Для уточнения характера потери волос в обнаруженных при осмотре очагах облысения проведено дерматоскопическое обследование ($\times 60$, без иммерсии, рис. 2, а–в). Выявлены множественные короткие обломанные волосы: с выраженным трихоптилозом, некоторые – со светлой структурой на свободном конце и изломанные в 1–2–3 местах в виде проявлений узлового трихорексиса (*trichorrhexis nodosa*). Обнаружены также соответствующие лихенификации кожи: усиление кожного рисунка, диффузная застойная эритема, незначительное мелкопластинчатое шелушение.

Вне очага облысения в области темени и макушки дерматоскопическая картина соответствует проявлениям андрогенетической алопеции: снижение плотности роста волос, анизотрихоз, повышение процента vellusных волос.

В связи с обнаруженными при осмотре очагами облысения пациент опрошен дополнительно. Он признался, что длительное время (около 6 лет) регулярно несколько раз в день почесывает кожу в этих местах. Свои действия не скрывает, считает их «плохой при-

вычкой», которая мало его беспокоит. Наличие субъективных ощущений зуда, побуждающих к расчесыванию кожи, отрицает. Начало подобных действий ни с чем не связывает. Со слов пациента, расчесывает голову в привычных местах непроизвольно в моменты нервного напряжения или занятий, требующих внимания и сосредоточенности (решение рабочих задач, просмотр телепередач, чтение). По словам пациента, убирает руку, когда осознает, что чешет кожу.

На основании клинической картины, данных анамнеза и соответствующих данных трихоскопии поставлены диагнозы: трихотейромания, андрогенетическая алопеция.

Для классификации психопатологической основы аутодеструктивного поведения в отношении волос пациенту рекомендованы консультация психиатра, а также дерматотропное лечение, направленное на восстановление волос в зонах поредения: наружное использование стимулятора роста волос – нанесение раствора с 5% миноксидилом – по 1 мл 2 раза в день в течение 3 мес в область темени, макушки, а также локально в очаги аутодеструкции волос. С целью уменьшения инфильтрации кожи в очаги трихотейромании полипозиционно внутрикожно однократно введен раствор триамцинолона ацетонида.

Пациент консультирован врачом-психиатром. Рекомендованное специалистом лечение проводить отказался ввиду недостаточной мотивации.

В приведенном клиническом наблюдении патология с аутодеструктивным поведением в отношении волос – трихотейромания – выявлена случайно во время осмотра



Рис. 1. Трихотейромания: очаги облысения в области темени (а) и затылка (б, в)



Рис. 2. При дерматоскопии в очагах облысения: множественные обломанные волосы с явлениями трихоптилоза и признаки, соответствующие лихенификации кожи; объяснения – в тексте

пациента с жалобами на потерю волос по мужскому типу. Особенностью данного заболевания является характер травматизации волос — в ходе расчесывания кожи в привычных местах. Это обуславливает особенности клинических и дерматоскопических проявлений: лихенификацию кожи и характерные повреждения стержней волос в патологических очагах.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

Мужчина, 19 лет, обратился к дерматологу с жалобами на выпадение ресниц, бровей (рис. 3, а). Считает себя больным 4 мес. Начало заболевания связывает с перенесенным конъюнктивитом. В процессе его лечения наносил жирную мазь на область век, при снятии которой замечал выпавшие ресницы. Через 1 мес отметил выпадение бровей. За медицинской помощью по поводу выпадения бровей и ресниц обратился впервые. Аллергоанамнез и наследственность по алопециям, со слов пациента, не отягощены. Соматические заболевания: хронический тонзиллит в стадии ремиссии.

При осмотре наблюдается отсутствие бровей, части ресниц в области правого глаза. Волосы на коже туловища и конечностей сохранены. Ногтевые пластины не изменены.

Для уточнения характера потери волос и верификации диагноза проведена дерматоскопия (рис. 4, а–в). При осмотре дерматоскопом (×60, без иммерсии) в разных полях зрения выявляются множественные черные точки, отрастающие пигментированные волосы, обломанные волосы

на разной высоте волосы, в том числе — с явлениями трихоптилоза, короткие отрастающие пигментированные волосы. Обнаружение этих дерматоскопических находок при отсутствии характерных для ГнА признаков (желто-коричневые точки, волосы в виде восклицательного знака, короткие беспигментные волосы) потребовало исключения травматической природы их формирования.

При более детальном опросе пациент признался, что регулярно несколько раз в день осматривает в зеркале состояние волос в области ресниц и бровей, перепроверяет его на ощупь и тягает отдельные волоски для оценки их «готовности к выпадению». Волоски при этом остаются в руках у пациента.

Дерматологический диагноз: ТТМ. В дальнейшем наблюдение за характером восстановления волос на фоне лечения подтвердило диагноз (см. рис. 3, б).

Пациент наблюдался у психотерапевта; на фоне проводимого лечения отмечал редукцию навязчивой привычки к «перепроверке», вытягиванию волос (см. рис. 3, б).

Подобный клинический случай может вызвать сложности при постановке диагноза, особенно у врача с небольшим клиническим опытом. Заподозрить аутодеструктивную патологию волос позволила оценка суммы дерматоскопических признаков, а последующее признание пациента в факте деструкции облегчило постановку диагноза. В случае отрицания пациентом самоповреждения волос может потребоваться применение дополнительных методов диагностики (гистологическое исследование).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №3

Пациентка, 35 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на изменение структуры волос в области макушки за последние 3 года. За медицинской помощью по этому поводу обращается впервые.

Аллергоанамнез и наследственность, со слов пациентки, не отягощены. Страдает хроническим гастритом в стадии ремиссии.

При визуальном осмотре (рис. 5, а, б) в области макушки выявлен округлый участок без четких границ 6–7 см в диаметре, неравномерно покрытый



Рис. 3. ТТМ: отсутствие большей части бровей, ресниц (а); б — тот же пациент, восстановление волос на фоне лечения; объяснения — в тексте



Рис. 4. При дерматоскопии в области бровей: множественные черные точки, отрастающие пигментированные волосы, обломанные волосы (объяснения в тексте)

волосами разной длины. Волосы в области макушки отличаются от окружающих их волос не только длиной: обращают на себя внимание большее количество седых волос, а также неровность структуры и жесткость их стержней. Pull-тест дал отрицательный результат. Ресницы, брови, волосы на коже туловища и конечностей сохранены. Ногтевые пластины не изменены.

Для уточнения характера патологии проведено дерматоскопическое обследование очагов ($\times 60$, без иммерсии). При осмотре определены снижение плотности роста волос и немногочисленные патологические знаки: единичные в поле зрения черные точки, бледно окрашенные желтые точки, пигментированные обломанные волосы разной длины, в том числе — с явлениями трихоптилоза, микрогемморагии (рис. 6 а, б).

Клиническая картина и обнаруженные дерматоскопические находки позволили заподозрить аутодеструктивный характер потери волос.

При дополнительном опросе пациентка призналась, что с 22-летнего возраста (около 13 лет) вырывает волосы в области макушки. Начало аутодеструкции волос связывает с психоэмоциональным стрессом во время подготовки и сдачи очередных экзаменов в институте. По словам пациентки, аутоэкстракция волос позволяет достичь расслабления, контроль же экстракции требует усилия и сопровождается чувством возрастающего напряжения (мышечного). Разрежение волос в области макушки долгие годы не беспокоило пациентку, так как этот участок прикрыт другими волосами и был незаметен окружающим. В течение последних 3 лет отмечает

ухудшение в очаге деструкции качества волос, которые стали более жесткими, имеют неровные стержни, заметно поседели, что побудило обратиться к врачу.

На основании клинической картины, данных анамнеза, анализа трихоскопии диагностирована ТТМ. Рекомендованы консультация психиатра и дерматотропное лечение, направленное на восстановление волос в очаге поредения: наружное использование 2% раствора аминоксидила 2 раза в день в течение 3 мес.

Пациентка наблюдается у психиатра; на фоне психотерапии отмечает положительный эффект: облегчение контроля над действиями в отношении волос и как результат — единичные случаи их самотравмирования.

Механизмы поседения волос продолжают оставаться предметом дискуссии исследователей. Известен феномен отрастания vellusных депигментированных волос при восстановлении роста волос в очагах ГнА (полиозис). Для ТТМ более характерно отрастание пигментированных волос на месте травмированных. В представленном клиническом случае наблюдалось более активное поседение волос в очаге ТТМ (в сравнении с интактными), что может быть следствием хронического травмирования герминативной зоны волосяных фолликулов в ходе их многолетней экстракции (13 лет). В качестве гистологического эквивалента нарушения пигментации волос при ТТМ можно рассматривать такое явление, как трихомалиция (встречается у 40% пациентов с ТТМ). Патоморфологически в участках ТТМ при этом определяются неравномерно пигментированные и деформированные стержни волос [18].

Диагностика патологии волос аутодеструктивного спектра вызывает сложности у дерматологов: пациенты не всегда готовы признаться в факте деструкции волос, а клинические проявления могут быть неоднозначными. Выявление дерматоскопических признаков, указывающих на аутоэкстракцию волос, помогает поставить диагноз и построить дальнейший эффективный диалог с пациентом. Авторами описан редкий вариант аутодеструктивной патологии волос, при которой их травмирование происходило в ходе навязчивого почесывания кожи головы (трихотейромания).

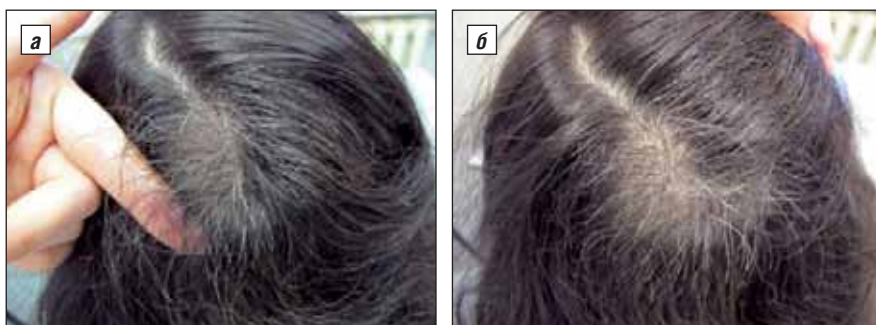


Рис. 5. ТТМ: волосы в участке поредения в области макушки заметно более короткие, жесткие, седые



Рис. 6. При дерматоскопии в очаге ТТМ: единичные черные точки, обломанные волосы с явлениями трихоптилоза, микрогемморагии (объяснения в тексте)

Литература

1. Смулевич А.Б., Львов А.Н. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии // Психические расстройства в общей медицине. — 2008; 1: 22–5.
2. Романов Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть 1) // Психические расстройства в общей медицине. — 2014; 1: 37–45.
3. Harth W., Blume-Peytavi U. Psychotrichology: psychosomatic aspects of hair diseases // Dtsch. Dermatol. Ges. — 2013; 11 (2): 125–35.
4. Galloway S., Rabhi S., Baybay H. et al. Trichotemnomania associated to trichotillomania: a case report with emphasis on the diagnostic value of dermoscopy // Annales de dermatologie et de vénéréologie. — 2010; 138: 140–1.

5. Ankad B., Naidu M., Beergouder S. et al. Trichoscopy in Trichotillomania: A Useful Diagnostic Tool // *Int. J. Trichol.* – 2014; 6 (4): 160–3.
6. Sah D., Koo J., Price V. Trichotillomania // *Dermatol. Ther.* – 2008; 21: 13–21.
7. Dimino-Emme L., Camisa C. Trichotillomania associated with the «Friar Tuck sign» and nail-biting // *Cutis.* – 1991; 47: 107–10.
8. Peralta L., Morais P. Photoletter to the editor: The Friar Tuck sign in trichotillomania // *J. Dermatol. Case Rep.* – 2012; 6 (2): 63–4.
9. Gockel I., Gaedertz C., Hain H. et al. The Rapunzel syndrome: rare manifestation of a trichobezoar of the upper gastrointestinal tract // *Chirurg.* – 2003; 14: 266–7.
10. Гаджигороева А.Г. Клиническая трихология / М.: Практическая медицина, 2014; с. 131–6.
11. Abraham L., Torres F., Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata // *Ann. Bras. Dermatol.* – 2010; 85 (5): 723–6.
12. Rakowska A., Slowinska M., Olszewska M. et al. New trichoscopy findings in trichotillomania: Flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs // *Acta Derm. Venereol.* – 2014; 94: 303–6.
13. Trueb R., Cavegn B. Trichotillomania in connection with alopecia areata // *Cutis.* – 1996; 58 (1): 67–70.
14. Ise M., Amagai M., Ohshima M. Follicular microhemorrhage: A unique dermoscopic sign for the detection of coexisting trichotillomania in alopecia areata // *J. Dermatol.* – 2014; 41: 518–20.
15. Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A. et al. Alopecia areata. Atlas of trichoscopydermoscopy in hair and scalp disease / London: Springer, 2012; p. 205–20.
16. Prather H., Kundu R., Mahlberg M. The band-aid sign of trichotillomania: a helpful diagnostic technique in the setting of hair loss // *Arch. Dermatol.* – 2010; 146 (9): 1052–3.
17. Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психические расстройства при алопециях (обзор литературы) // *Психические расстройства в общей медицине.* – 2017; 1–2: 31–42.
18. Sperling L., Cowper S., Knopp E. editors. Trichotillomania. In: *An Atlas of Hair Pathology with Clinical Correlation.* 2nd ed. / NewYork: CRC press, 2012; p. 60–6.

DIAGNOSTIC FEATURES OF HAIR SELF-DESTRUCTIVE DISEASES

Yu. Romanova

*Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology,
Moscow Healthcare Department
Clinic of Aesthetic Medicine, Institute of Beautiful Hair, Moscow*

The detection of hair self-destructive spectrum diseases often presents difficulties for specialists. The paper gives key clinical, dermoscopic diagnostic criteria and describes 3 non-classical clinical cases of hair self-destructive diseases, including the rare variant trichoteiromania.

Key words: dermatology, trichotillomania, trichoteiromania, trichoscopy, dermoscopy, hair depigmentation, canities, hair self-destruction.