

Центральная центробежная рубцующая алопеция как редкая форма рубцового выпадения волос

А.Н. Мареева, О.Р. Катунина, Ю.Ю. Егорова

Central centrifugal scarring alopecia as a rare form of scarring alopecia

A.N. MAREYEVA, O.R. KATUNINA, YU.YU. YEGOROVA

об авторах:

А.Н. Мареева — врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического отделения ФГУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, г. Москва

О.Р. Катунина — заведующая лабораторией патоморфологии ФГУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, г. Москва, к.м.н.

Ю.Ю. Егорова — ординатор ФГУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Приведено описание редкой формы рубцовой алопеции — центральной центробежной рубцующей алопеции (син.: синдром фолликулярной дегенерации). Особенностью данного наблюдения является сочетание рубцового выпадения волос с патологией щитовидной железы. Дополнительно приведена классификация первичных рубцовых алопеций.

Ключевые слова: **центральная центробежная рубцующая алопеция, синдром фолликулярной дегенерации, рубцовые алопеции.**

The authors describe a rare form of scarring alopecia – central centrifugal scarring alopecia (synonym: follicular degeneration syndrome). A particular feature of this disorder is a combination of scarring alopecia with pathology of the thyroid gland. The authors also provide a classification of primary scarring alopecias.

Key words: **central centrifugal scarring alopecia, follicular degeneration syndrome, scarring alopecias.**

Рубцовые алопеции представляют собой группу заболеваний волос, характеризующихся необратимым повреждением волосяных фолликулов и замещением их соединительной тканью [1, 2]. Патологический процесс зачастую развивается вторично после перенесенных травм и заболеваний, опосредованно приводящих к разрушению фолликулярного аппарата кожи: инфильтративно-нагноительных форм дерматофитий и пиодермий, неопластических процессов, болезней соединительной ткани (склеродермия), гранулематозных процессов (саркоидоз, туберкулез), буллезных дерматозов [1]. В то же время существует ряд состояний, характеризующихся первичным поражением волосяной луковицы [1, 3].

Этиология этих заболеваний в большинстве случаев не установлена. Согласно современной классификации Северо-Американской ассоциации по исследованию заболеваний волос (the North American Hair Research Society), с учетом гистологических особенно-

стей воспалительного инфильтрата выделяют три группы первичных рубцовых алопеций (см. таблицу) [4].

Помимо оценки клинической картины заболевания на основании данных осмотра диагностически значимым является проведение патоморфологического исследования биоптата кожи из очага поражения.

Центральная центробежная рубцующая алопеция (ЦЦРА) (син.: синдром фолликулярной дегенерации, алопеция «горячего гребня») [5, 6] наблюдается у лиц обоих полов, любой расы, чаще у чернокожих женщин. Большинство исследователей сходятся во мнении, что ЦЦРА развивается вследствие преждевременной инволюции внутреннего корневого влагалища на уровне, локализованном ниже перешейка волосяного фолликула, причина которой до настоящего времени неизвестна. В норме инволюция внутреннего корневого влагалища происходит выше этого участка [1, 7, 8]. Предполагается аутоиммунный механизм поражения волосяных фолликулов [1, 6]. Не исключается и роль наследственной

ТАБЛИЦА

Классификации первичных рубцовых alopecий (the North American Hair Research Society, 2001)

Характеристика клеточного инфильтрата	Нозологическая форма
В воспалительном инфильтрате преобладают лимфоциты	Хроническая дискоидная красная волчанка Красный плоский лишай (классический вариант, фронтальная фиброзирующая alopecia, синдром Литтла – Лассюэра) Псевдопелада Брока Центральная центробежная рубцующая alopecia Фолликулярный муциноз Кератоз фолликулярный шиловидный подрывающий Сименса
В воспалительном инфильтрате преобладают нейтрофильные лейкоциты	Декальцирующий (эпилирующий) фолликулит Абсцедирующий и подрывающий фолликулит, перифолликулит головы Гофмана
Полиморфно-клеточный характер инфильтрации	Келоидные акне Некротические акне Эрозивный пустулезный дерматоз волосистой части головы

предрасположенности в развитии заболевания [6]. Как правило, патологический процесс локализуется в области темени и макушки с тенденцией к центробежному распространению, характеризуется медленным прогрессированием. Очаги поражения представляют собой зоны облысения неправильной, чаще линейной формы, без четких границ, при осмотре устья волосных фолликулов не визуализируются, иногда наблюдается умеренная перифолликулярная гиперемия. У многих пациентов течение основного заболевания могут сопровождать и отягощать клинические проявления себорейного дерматита. Субъективные ощущения включают наличие зуда и дизестезии [1, 2, 6, 9].

Патоморфологическая картина ЦЦРА имеет ряд характерных признаков. Наблюдается эксцентричное истончение эпителиальной выстилки наружного корневого влагалища волосного фолликула; более близкое прилегание волосного фолликула к дерме; формирование концентрической перифолликулярной пластинчатой фиброплазии; хроническая воспалительная инфильтрация окружающей зоны фиброплазии с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток; возможна миграция стержня волоса в дерме, в результате чего на поперечном срезе в просвете фолликула видно несколько волосных стержней (политрихия); в исходе воспаления наблюдается замещение фолликула вертикальным тяжом соединительной ткани с формированием «фолликулярного рубца» [1—3].

Приводим собственное клиническое наблюдение:

Пациентка Н., 30 лет, обратилась в мае 2009 г. в Центр «Здоровые волосы» ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больной в течение 2 лет, причину заболевания указать не может. Лечение не проводилось.

При осмотре на коже волосистой части головы в области темени и макушки присутствуют множественные очаги alopecии диаметром от 0,5 до 2 см,

устья волосных фолликулов не визуализируются, воспалительных изменений не отмечается. Поверхность высыпаний покрыта множественными чешуйко-корками, плотно прилегающими к поверхности кожи. Кожные покровы и слизистые оболочки без патологических изменений.

Предварительно был установлен диагноз псевдопелады Брока.

Назначенное обследование и лечение пациентка не проводила в связи с наступлением беременности.

Повторно пациентка обратилась в июле 2010 г. с жалобами на прогрессирование высыпаний, усиление зуда кожи волосистой части головы. На момент обращения пациентка находилась в периоде лактации, с планируемой отменой в течение следующих 3 мес.

При осмотре на коже волосистой части головы наблюдаются множественные очаги рубцовых изменений 1,5 x 4 см в диаметре, локализованные преимущественно в макушечной и теменной области, выраженные желтоватые чешуйко-корки. Отмечается поредение волос в области высыпаний. По периферии очагов — зона расшатанных волос (рис. 1). Субъективно беспокоит выраженный зуд кожи головы в области высыпаний.

При гистологическом исследовании биоптата из очага поражения обнаружены изменения, соответствующие картине ЦЦРА: умеренно выраженный акантоз эпидермиса, слои дифференцированы. В дерме присутствуют пилосебацейные комплексы, в фолликулах обнаруживаются волосные стержни, перифолликулярные соединительнотканые капсулы утолщены за счет умеренно выраженной концентрической фиброплазии (рис. 2). В отдельных фолликулах присутствует 3 волосных стержня (политрихия) (рис. 3). В центре биоптата обнаруживается расширенное устье фолликула, вокруг эпителиальной выстилки которого наблюдается густая инфильтрация из гистиоцитов, лимфоцитов, плазматических клеток (рис. 4).



Рис. 1. Очаг рубцовой алопеции на коже волосистой части головы. Больная Н., 30 лет

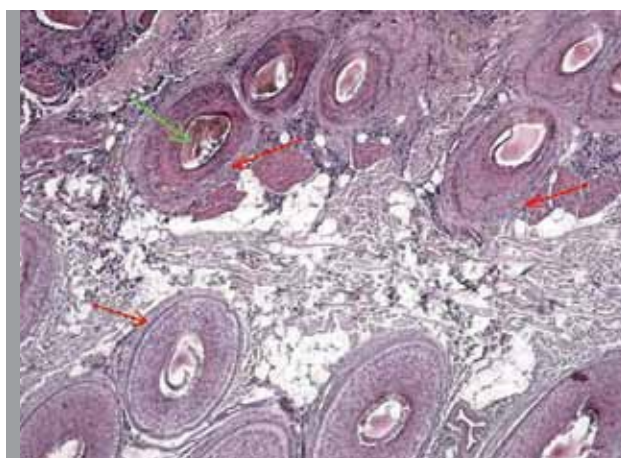


Рис. 2. Концентрическая перифолликулярная фиброплазия (→), эксцентричное истончение фолликулярного эпителия, вовлеченного в патологический процесс фолликулов (→). × 200. Здесь и на рис. 3 и 4: окраска гематоксилином и эозином

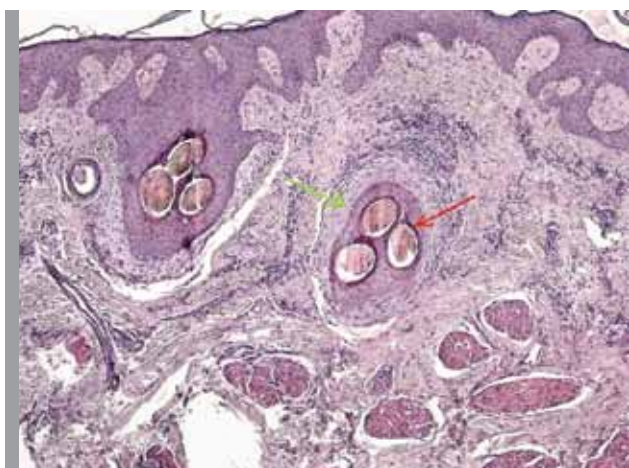


Рис. 3. Политрихия (→), перифолликулярная концентрическая фиброплазия (→). × 100

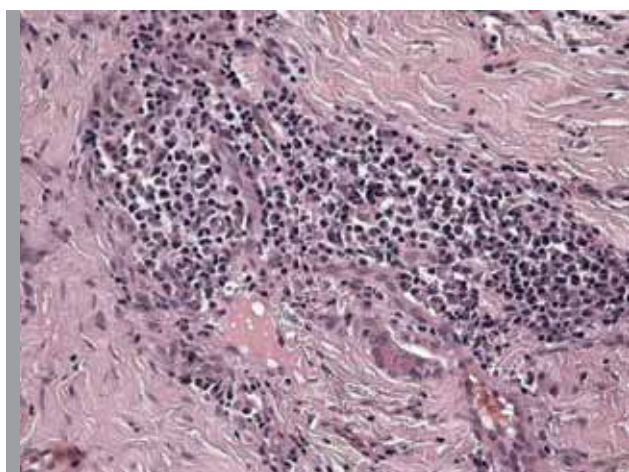


Рис. 4. Лимфогистиоцитарный инфильтрат с обилием плазматических клеток. × 400

В биохимическом анализе крови все показатели в пределах референсных значений.

Выявлено повышение уровня тиреотропного гормона до 58,4 мМЕ/л (норма 0,4–4 мМЕ/л), рекомендована консультация эндокринолога.

При микроскопическом исследовании на наличие возбудителей микозов дерматомицеты не обнаружены.

На основании клинико-анамнестических данных, результатов патоморфологического исследования биоптата кожи из очага поражения поставлен диагноз центральной центробежной рубцующей алопеции.

Назначена терапия: раствор глюконата кальция 10% 7,0 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней; фолиевая кислота по 1 таблетке (1 мг) 3 раза в день после еды в течение месяца; сульфодерм по 8 гранул 3 раза в день за 30 мин. до еды или через час после еды под язык в течение месяца; омега-3 (800 мг/сут.) по 1 капсуле в день после еды в течение 2 мес. Наружное лечение: салициловая мазь 2% ежедневно в течение 5 дней, затем через день в течение 10 дней; шампунь «Т/гель высокоэффективный от перхоти Neutrogena» 2–3 раза в неделю.

При контрольном осмотре через 2 нед. отмечалось значительное уменьшение интенсивности шелушения, однако очаги алопеции были без существенной динамики. Зона расшатанных волос не определяется.

В настоящее время пациентка продолжает лечение в Центре «Здоровые волосы» ФГУ «ГНЦДК» Минздрава России.

Приведенное клиническое наблюдение представляет интерес для практикующих дерматовенерологов, так как является редким видом рубцовой алопеции с первичным поражением волосяного фолликула. ■

Литература

1. Stefanato C.M. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010; 56, 24—38.
2. Somani N., Bergfeld W.F. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Dermatol Ther* 2008; 21; 221—237.
3. Lever's histopathology of the skin. — 9th ed./ editor — in — chief David E. Elder, 2004.
4. Olsen E.A., Bergfeld W.F., Cotsarelis G. et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. *J Am Acad. Dermatol* 2003; 48; 103—110.
5. Gathers R.C., Lim H.W. Central centrifugal cicatricial alopecia: past, present, and future. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60; 660—668.
6. Whiting D.A., Olsen E.A. Central centrifugal cicatricial alopecia. *Dermatol Ther* 2008; 21; 268—278.
7. Sperling L.C., Sau P. The follicular degeneration syndrome in black patients. 'Hot comb alopecia' revisited and revised. *Arch Dermatol* 1992; 128; 68—74.
8. Gathers R.C., Jankowski M., Eide M. et al. Hair grooming practices and central centrifugal cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60; 574—578.
9. Хабер Р.С., Стау Д.Б. (ред.); Доувер Дж. С. (ред. серии); Виссарионов В.А. (пер. с англ. под общей ред.). Трансплантация волос: пер. с англ. Москва: ООО «Рид Элсивер»; 2009.