

Е.Н. Ефанова, Ю.Э. Русак, А.В. Горшкова, Е.А. Васильева

Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация

# Трихотилломания и трихобезоар у подростка: клинический случай

## Контактная информация:

Ефанова Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры многопрофильной клинической подготовки Сургутского государственного университета (медицинского института)

Адрес: 628412, Сургут, пр-т Ленина, д. 1, тел.: +7 (3462) 52-74-83, e-mail: el.efanova2011@yandex.ru

Статья поступила: 01.04.2019 г., принята к печати: 26.04.2019 г.

**Обоснование.** Трихотилломания является одной из актуальных проблем в дерматовенерологии. Ежегодно число людей, обращающихся к дерматологам с проблемой выпадения волос, неуклонно растет и составляет 8–10% в структуре дерматологической заболеваемости. **Описание клинического случая.** В практике врача-дерматолога встречаются пациенты с первичными психопатологическими состояниями, сопровождающимися аутоагрессивным поведением и возникающими при этом вторичными изменениями кожи и/или ее придатков. Приводится клиническое наблюдение трихотилломании волосистой части головы, онихофагии, трихофагии с последующим формированием трихобезоара у девочки-подростка, для удаления которого потребовалось оперативное вмешательство. В последующем ребенку проведена комплексная медикаментозная и немедикаментозная терапия при участии детского психиатра, психотерапевта и дерматолога. Оценены прогноз и перспективы развития патологического процесса. Обсуждены возможные причины заболевания, клинические проявления, дерматологические аспекты диагностики и тактики ведения пациентов. **Заключение.** Описанный случай имеет целью привлечение внимания врачей дерматовенерологов, педиатров, психиатров к проблеме самоиндуцированных дерматозов.

**Ключевые слова:** дети, клинический случай, трихотилломания, онихофагия, трихофагия, трихобезоар, расстройство привычек, психические расстройства, волосистая часть головы, ногтевые пластины.

(Для цитирования: Ефанова Е. Н., Русак Ю. Э., Горшкова А. В., Васильева Е. А. Трихотилломания и трихобезоар у подростка: клинический случай. *Вопросы современной педиатрии*. 2019; 18 (2): 134–137. doi: 10.15690/vsp.v18i2.2016)

## ОБОСНОВАНИЕ

В практике дерматологов встречаются заболевания кожи, коморбидные с психическими расстройствами. Среди дерматозов, сочетающихся с психической патологией, малознакомой врачам многих специальностей нозологической единицей является трихотилломания (греч. trich — волосы, tillo — вырывание, выдергивание, mania — патологическое влечение). Термин «трихотилломания» ввел в 1889 г. французский дерматолог Francois Henri Hallopeau [1–3]. По мнению F. Mannino и R. Delgado, главной причиной заболевания являются дисгармоничные отношения между матерью и ребен-

ком в раннем детстве [2]. Ранее ошибочно считалось, что трихотилломания — крайне необычное и редкое заболевание [2, 4]. Однако проведенные эпидемиологические исследования показали, что трихотилломанией страдают 1–5% населения планеты [5, 6]. Среди пациентов преобладают лица женского пола в возрасте 11–16 лет [4, 7]. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2,5 [1].

Трихотилломания чаще всего встречается как синдром в рамках невроза навязчивых состояний (обсессивно-компульсивного расстройства) и депрессии [1], посттравматического стрессового расстройства, шизо-

Elena N. Efanova, Yuriy E. Rusak, Alena V. Gorshkova, Ekaterina A. Vasilyeva

Surgut State University, Surgut, Russian Federation

## Trichotillomania and Trichobezoar in Teenager: a Clinical Case

**Background.** Trichotillomania is one of the topical problems in dermatovenerology. Annually the number of people who visit dermatologists with hair loss problem is increasing and makes up to 8–10% in structure of dermatologic illnesses. **Clinical Case Description.** There are patients with primary psychiatric disorders in practice of dermatologist. This disorders are accompanied by self-injurious behavior and secondary skin changes and/or its appendages. We are performing clinical survey of trichotillomania of hairy part of the head, onychophagy, trichophagy with following developing of trichobezoar in teenage girl. To treat this girl we have carried out surgical operation. Later we have performed complex drug and non-drug treatment under control of pediatric psychiatrist, psychotherapist and dermatologist. The prognosis and perspectives of pathologic process development have been estimated. Possible etiology, clinical signs and dermatological aspects of diagnosis and treatment of disease were discussed. **Conclusion.** This clinical case has to draw attention of dermatovenerologists, paediatricians, psychiatrists to the problem of factitial dermatitis.

**Key words:** clinical case, trichotillomania, onychophagy, trichophagy, trichobezoar, impulse control disorder, psychiatric disorders, hairy part of the head, nail plates.

(For citation: Efanova Elena N., Rusak Yuriy E., Gorshkova Alena V., Vasilyeva Ekaterina A. Trichotillomania and Trichobezoar in Teenager: a Clinical Case. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2019; 18 (2): 134–137. doi: 10.15690/vsp.v18i2.2016)

френии, органических заболеваний головного мозга, врожденных аномалий развития (олигофрении, задержки психического развития) [2], но может выступать и как самостоятельное системное психоневрологическое расстройство [1, 2, 7]. Значительная часть пациентов с трихотилломанией первично обращается к дерматологу, отрицая аутоэкстракцию волос и желая выявить другие заболевания волос. Несмотря на наличие типичных дерматологических признаков, диагностика трихотилломании на дерматологическом приеме представляет определенные трудности. Известно, что примерно в 50% подобных случаев первоначально выставляется диагноз очаговой алопеции [4, 5]. Конечно, верифицировать окончательный диагноз и назначить лечение должен врач-психиатр. Задача дерматолога заключается в раннем выявлении самоиндуцированных дерматозов и своевременном направлении пациента к профильному специалисту [6, 7].

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

#### О пациенте

Пациентка Ю., возраст 14 лет, обратилась на прием к дерматовенерологу по настоянию и в сопровождении матери. Считает себя больной около одного года, когда впервые появились очаги поредения волос на волосистой части головы. Сама пациентка начало заболевания связывает с погрешностями в диете. Исключила из рациона питания мясные и рыбные продукты, а также яйца. Факты выдергивания волос из собственного тела отрицает. Привычкой выдергивания волос у других людей, домашних животных, игрушек, со слов пациентки и ее матери, не страдает. Отмечает привычку обкусывания ногтей в стрессовых ситуациях. В ноябре 2017 г. в возрасте 13 лет пациентка обращалась к дерматовенерологу частной клиники, где было назначено амбулаторное лечение (спрей и шампунь на основе 2% миноксидила, дарсонваль местно) с временным положительным эффектом. Самолечение отрицает.

Анамнез жизни: родилась в срок, без патологии. На диспансерном учете у других специалистов не состоит. Прививки по возрасту. Наследственность по заболеваниям кожи неотягощена. Аллергические реакции на лекарственные препараты в прошлом отрицает. С рождения проживает в регионе, по климатическим условиям приближенном к районам Крайнего Севера.

#### Физикальная диагностика

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Эмоционально лабильна, на вопросы отвечает неохотно. Со стороны внутренних органов без патологии. Пациентка камуфлирует кожный процесс длинными прядями собственных волос с теменной области. Патологический кожный процесс носит ограниченный характер. Локализуется на коже волосистой части головы в левой теменной области с переходом на затылочную зону, а также в правой височной области. Представлен очагом облысения до 15 см в диаметре неправильной округлой формы, в центре очага отмечается участок отросших волос разной длины, овальной формы до 3 см (рис. 1). Справа в височной области с переходом на теменную зону — очаг поредения волос овальной формы до 10 см в диаметре, в очаге отмечается рост пушковых волос (рис. 2).

Кожа волосистой части головы в очагах без патологических изменений, шелушения; признаков воспаления не наблюдается. Зона расшатанных волос по периферии очагов поражения не определяется. Дерматоскопически

**Рис. 1.** Пациентка Ю., возраст 14 лет: патологический кожный процесс в теменной области  
**Fig. 1.** Girl Yu., 14 years old. Pathological skin process in the parietal area



*Примечание.* На коже волосистой части головы слева в теменной области с переходом на затылочную отмечается очаг алопеции овальной формы до 15,0 см в диаметре, в центре очага — участок отросших волос до 3,0 см овальной формы.  
*Note.* On the skin of left hairy part of the head in parietal region with part of occipital region there is alopecia region of oval form up to 15 cm. In the center there is a hairy oval region with diameter of 3 cm.

**Рис. 2.** Пациентка Ю., возраст 14 лет: патологический кожный процесс в височной области  
**Fig. 2.** Girl Yu., 14 years old. Pathological skin process in the visceral area



*Примечание.* На коже волосистой части головы справа в височной области с переходом на теменную отмечается очаг поредения волос овальной формы до 10,0 см в диаметре, в очаге — рост пушковых волос.  
*Note.* On the skin of right hairy part of the head in temporal region with part of parietal region there is hair thinning region of oval form up to 15 cm. In this region there is growth of vellus hair.

волосынные луковицы визуализируются, устья волосяных фолликулов четко обозначены. Трихоскопически определялись следующие признаки: волосы, обломанные на разной длине, короткие волосы с явлениями трихоптилоза (кисточкообразного расщепления кончиков длинных волос), неравномерно перекрученные волосы, наличие коротких пушковых волос. Свечения в лучах лампы Вуда нет. Брови, ресницы, волосы в области лобка, подмышечных впадин, пушковые волосы сохранены, без патологических изменений. Ногтевые пластины пальцев кистей короткие, с неровными краями. Отмечается расслоение отдельных ногтевых пластин, легкая отечность и гиперемия околоногтевых валиков. Других высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках нет. Дермографизм смешанный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

#### Предварительный диагноз

На основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений предположен диагноз: «Трихотилломания? Онихофагия?»

#### Динамика и исходы

На момент обращения к дерматовенерологу в клиническом анализе крови, биохимическом анализе крови показатели находились в пределах нормы. Антитела к описторхам и лямблиям не обнаружены. При микроскопическом исследовании волос с волосистой части головы и ногтевых пластин дерматомицетов не обнаружено.

Пациентка направлена на консультации к педиатру, психиатру, психотерапевту. Сведения о посещении выше-

указанных специалистов и результатах обследований отсутствуют, т.к. в назначенную дату девочка на осмотр не явилась.

Спустя 1 мес пациентка в экстренном порядке была госпитализирована в детское хирургическое отделение городской клинической больницы с жалобами на приступообразную ноющую боль в животе, усиливающуюся после приема пищи. Подобные жалобы беспокоили ее около 2 нед, купировались приемом спазмолитиков и анальгетиков. Ухудшение состояния с нарастанием интенсивности боли наблюдалось в течение 2 сут. При поступлении состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома и диспепсии. Гипертермии нет. По внутренним органам и системам без особенностей. Живот не вздут, болезненный в эпигастрии, мягкий, участвует в акте дыхания.

Выполнена фиброгастродуоденоскопия. Заключение: «Трихобезоар желудка, язва желудка». Предпринята безуспешная попытка удаления инородного тела эндоскопически. В плановом порядке под общим обезболиванием выполнено оперативное вмешательство: верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, удаление инородного тела желудка (трихобезоар). Послеоперационный период протекал без осложнений.

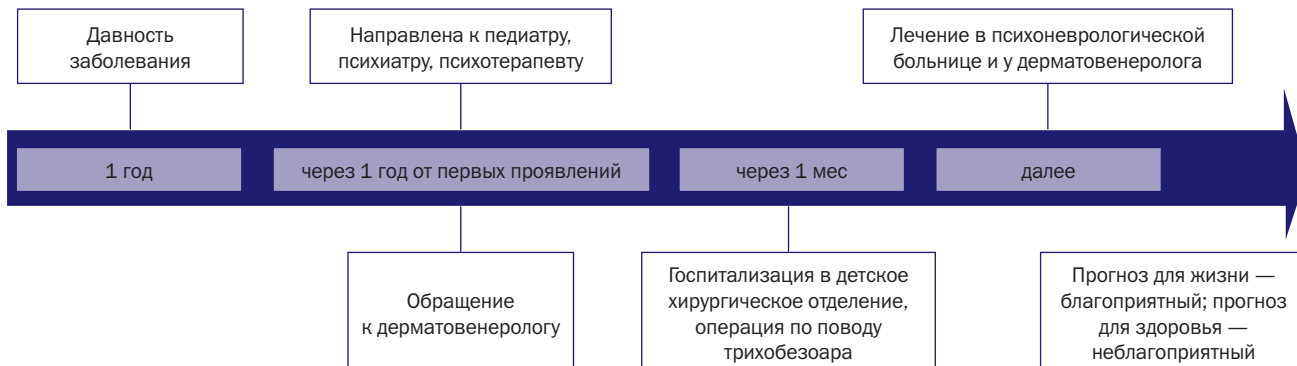
После выписки из детского хирургического отделения находилась под наблюдением врача-дерматовенеролога, детского психиатра и психотерапевта с диагнозом: «F63.3. Трихотилломания. F98.8. Онихофагия». Получала

курс медикаментозной терапии (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и антидепрессанты из группы трициклических соединений), когнитивную и поведенческую терапию в детском поликлиническом отделении психоневрологической больницы. Врачей посещала нерегулярно, приверженность лечению была низкой. В настоящее время наблюдение за пациенткой продолжается.

### Прогноз

В целом прогноз можно охарактеризовать как неоднозначный, учитывая нерегулярное посещение пациенткой врачей психоневрологической службы и низкую приверженность лечению. Залогом успешной терапии является желание пациента излечиться. Психологические особенности подросткового возраста, отрицание, неприятие авторитетов создают дополнительные сложности в общении с пациентами и достижении комплаенса в лечении. При неэффективности амбулаторного лечения и продолжении самоповреждающих действий целесообразно рассмотреть возможность госпитализации пациентки в профильное психоневрологическое отделение. Трихотилломания, онихофагия и трихофагия не представляют угрозы для жизни и здоровья в целом. Однако проглатывание волос чревато повторными эпизодами гастроинтестинальных расстройств. Немаловажное значение имеют также коморбидные психические состояния пациента, своевременная и комплексная терапия.

### Временная шкала



### ОБСУЖДЕНИЕ

Проблема трихотилломании и онихофагии встречается чаще, нежели подозревается или диагностируется [2, 5, 8]. При этом разработаны диагностические критерии трихотилломании (участки поредения волос различных форм и размеров с локализацией на волосяной части головы, бровях, ресницах, лобке; кожа в местах облысения нормальная или грубая на ощупь; устья волосяных фолликулов четко обозначены; волосы разной длины; отсутствие шелушения; отрицательный тест выдергивания волос по краю очагов облысения) [2], используются вспомогательные клинические методы обследования (дерматоскопия и трихоскопия) [2, 4, 5]. Однако недостаточный врачебный опыт может приводить к диагностическим ошибкам, несвоевременному распознаванию заболевания. При верной диагностике весьма деликатным моментом является убеждение пациента в необходимости консультации психиатра. Дерматологу необходимо соблюдать тактичность в общении с пациентом, уметь выстроить доверительные отношения и в то же

время не идти на поводу у больного. Положительным моментом могло бы явиться обучение врача навыкам общения с подобной группой пациентов, к примеру в рамках цикла повышения квалификации. Немаловажным фактом является комплаентность пациента, его личное желание лечиться, поскольку большая часть пациентов отрицает факты самоповреждения, тщательно скрывает их и не соглашается с диагнозом трихотилломании [2, 4].

В представленном клиническом случае обращает на себя внимание позднее обращение пациентки за медицинской помощью (с момента дебюта заболевания прошло около 1 года). При раннем диагностировании трихотилломании и своевременном лечении, вероятно, удалось бы избежать формирования трихобезоара и оперативного удаления инородного тела желудка. Учитывая этиопатогенез заболевания [1, 2, 5], не исключено наличие коморбидной связи с нарушениями импульс-контроля, тревожными и аффективными нарушениями, шизофренией. Кроме того, в формировании трихотилломании имеют значение различные расстройства личности и психологические травмы

[5]. Для благоприятного исхода в данном случае необходима заинтересованность в терапии членов семьи пациентки, т. к. глубинные причины заболевания могут заключаться в дисгармоничных внутрисемейных отношениях [2].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанное наблюдение иллюстрирует сложность ведения пациентов детского возраста с трихотилломанией. При внимательном сборе жалоб и анамнеза, кропотливом клиническом осмотре диагноз трихотилломании не представляет особых сложностей. Дерматовенерологам следует проявлять настороженность в отношении раннего выявления трихотилломании при первичном обращении пациентов. Проблема патологического выдергивания волос может усугубляться наличием у пациентов еще и трихофагии с формированием трихобезоара. Раннее выявление и терапия подобных заболеваний позволяют избежать комплекса гастроинтестинальных расстройств, грозных осложнений (желудочного кровотечения, непроходимости, прободения). Терапию трихотилломании и онихофагии необходимо проводить в тесном сотрудничестве дерматовенерологов и психиатров, при этом ведущая роль психиатрической службы несомненна.

### Информированное согласие

От матери пациентки получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию описа-

ния клинического случая, изображений ребенка в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания 01.11.2018 г.).

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

### FINANCING SOURCE

Not specified.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

### CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

### ORCID

**Е. Н. Ефанова**

<http://orcid.org/0000-0003-1355-3125>

**Ю. Э. Русак**

<http://orcid.org/0000-0002-5145-3996>

**А. В. Горшкова**

<http://orcid.org/0000-0003-3220-1889>

**Е. А. Васильева**

<http://orcid.org/0000-0001-6836-7499>

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. *Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы: ил. справ. по диагностике и лечению дерматозов.* — Изд. 2-е, испр. и доп. — Пермь: Звезда; 2004. [El'kin VD, Mityukovskij LS, Sedova TG. *Izbrannaya dermatologiya. Redkie dermatozy i dermatologicheskie sindromy: il. sprav. po diagnostike i lecheniyu dermatozov.* 2th ed. revised and updated. Permian: Zvezda; 2004. (In Russ).]
2. Альбанова В.И. Трихотилломания // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* — 2013. — № 5. — С. 50–54. [Albanova VI. *Trichotillomania. Russian journal of skin and venereal diseases.* 2013;(5):50–54. (In Russ).]
3. *Детская дерматовенерология: учеб. для студентов учреждений высш. мед. проф. образования.* / Под ред. И.А. Горланова. — М.: Издательский центр «ГЭОТАР»; 2017. — 512 с. [Detskaya dermatovenerologiya: ucheb. dlya studentov uchrezhdenij vyssh. med. prof. obrazovaniya. Ed by IA. Gorlanova. Moscow: Izdatel'skij centr «GEOTAR»; 2017. 512 p. (In Russ).]
4. Львов А.Н. *Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика: Дис. ... докт. мед. наук.* — Москва; 2006. — 174 с. [L'vov AN. *Dermatozy, komorbidnye s psihicheskimi rasstrojstvami: klassifikaciya, klinika, terapiyai profilaktika.* [dissertation] Moscow; 2006. 174 p. (In Russ).] Доступно по <https://search.rsl.ru/ru/record/01004302903>. Ссылка активна на 12.01.2019.

5. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л. *Патомии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике.* — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»; 2012. — 160 с. [Smulevich AB, L'vov AN, Ivanov OL. *Patomii: psihopatologiya autoagressii v dermatologicheskoy praktike.* Moscow: OOO «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo»; 2012. 160 p. (In Russ).]
6. Костырева (Игнатенко) И.Е., Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., и др. *Алгоритм ведения пациентов при подозрении на аутодеструктивные заболевания кожи.* — Екатеринбург; 2013. — 44 с. [Kostyreva (Ignatenko) IE, Kungurov NV, Zil'berberg NV, et al. *Algoritm vedeniya pacientov pri podozrenii na autodestruktivnye zabolevaniya kozhi.* Yekaterinburg; 2013. 44 p. (In Russ).]
7. old.medach.pro. *Трихотилломания: психодерматологические аспекты* [интернет]. [old.medach.pro. *Trihotillomaniya: psihodermatologicheskie aspekty* [internet]; 2018. (In Russ).] Доступно по: <http://medach.pro/post/859>. Ссылка активна на 09.02.2019.
8. Щербак В.А., Гаймоленко С.Г., Черданцева В.Г. Два случая трихобезоаров у девочек // *Вопросы современной педиатрии.* — 2016. — Т. 15. — № 3. — С. 311–314. [Shcherbak VA, Gamolenko SG, Cherdantseva VG. Two cases of hair balls in girls. *Current Pediatrics.* 2016;15(3): 311–314. (In Russ).] doi: 10.15690/vsp.v15i3.1570.