

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АЛОПЕЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Е.В. Маслова, О.Н. Позднякова

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Изучена структура заболеваемости алопецией у 160-ти пациентов. Ведущее место у взрослых пациентов занимает диффузная алопеция, при этом растет количество детей раннего возраста, страдающих гнездным облысением.

Ключевые слова: гнездная алопеция, диффузная алопеция, особенности течения.

Маслова Екатерина Вячеславовна — заочный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-дерматовенеролог, e-mail: katerina2003@gmail.com

Позднякова Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 363-06-60

Актуальность исследования. На протяжении многих лет остаются актуальными вопросы клинического течения и терапии алопеции как у детей, так и у взрослых. Об этом свидетельствуют многочисленные публикации отечественных и зарубежных ученых. По данным литературы, ежегодно число людей, обращающихся к дерматологам с проблемой выпадения волос, неуклонно растет и составляет 8–10 % , что занимает достаточно большую долю в общей заболеваемости кожными болезнями [1]. Истинная же распространенность заболеваний волос гораздо выше, так как значительное число больных не обращается за медицинской помощью, считая усиленное выпадение волос нормальным состоянием. Пациенты посещают врача при выраженном эстетическом изменении, когда становится заметным расширение пробора и кожа головы более ощутимо (т. е. видимо) просвечивает через волосы. Ежедневная потеря волос (до 100) равномерная по всей поверхности волосистой части головы является нормальным физиологическим процессом. Однако под влиянием различных внешних и внутренних факторов синхронность волосяных циклов нарушается, и возникает избыточное выпадение волос (до 1000 волос в день), что и приводит к алопеции [2]. Как выраженный косметический недостаток, облысение часто приводит к психоэмоциональному дискомфорту, снижающему качество жизни, и вызывает как социальные проблемы, обусловленные ограничением в выборе профессии, трудоустройстве и социальной перспективе, так и экономические в связи с длительностью лечения и его высокой стоимостью.

В развитии заболевания играют роль многие факторы: аутоиммунные, эндокринные, перенесенные острые инфекции, очаги хронической инфекции, нарушения периферической сосудистой системы и церебральных сосудов, функциональные нарушения нервной системы, дисбаланс микроэлементов, изменения реологических свойств крови [3]. До 25 % пациентов имеют алопецию в личном или семейном анамнезе [4]. Следует отметить, что облысение у детей имеет специфические черты, это связано с особенностями иммунитета, обменных процессов, пищеварения, дыхания и защитных реакций в детском возрасте.

Единой классификации заболевания не существует. Различают рубцовую и нерубцовую алопеции. Рубцовая характеризуется разрушением волосяных фолликулов. Причиной данного процесса может быть воспаление, атрофия кожи, рубцевание. Нерубцовая протекает без предшествующего поражения кожи. К последней относят гнездную, андрогенетическую и диффузную алопеции [5].

Гнездная алопеция — хроническое заболевание волосяных фолликулов, проявляющееся в виде круговидного нерубцового выпадения волос на голове, лице и других участках кожного покрова. Заболевание встречается в любом возрасте одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, и не имеет предпочтительного распределения по расовому признаку. 97 % больных гнездной алопецией являются лицами трудоспособного возраста [6]. Гнездная алопеция чаще диагностируется у детей и молодых людей в возрасте до 25 лет, причем в возрастном отношении женщины заболевают раньше и с единичными очагами поражения обращаются быстрее, чем мужчины. В последнее время увеличилось количество случаев данной патологии у детей раннего возраста, при этом многие аспекты течения и терапии заболевания остаются невыясненными до сих пор.

Диффузная алопеция (син. диффузное выпадение волос) является наиболее частой проблемой, с которой сталкиваются врачи-дерматологи [7]. Согласно современным публикациям, в последние годы отмечается тенденция к увеличению количества пациентов с диффузной потерей волос. Жалобы на выпадение волос часто предъявляют женщины среднего возраста. Если следовать систематизации диффузной алопеции по клинико-морфологической характеристике выпадения волос, то ее можно разделить на тело- и анагеновую. Часто к диффузной алопеции относят и андрогенетическую алопецию. Андрогенетическая алопеция принципиально отличается от двух предыдущих. Данная потеря волос имеет типичное разрежение волос или облысение в лобной и теменной областях, основными звеньями патогенеза являются избыточное содержание андрогенов в тканях организма или повышенная чувствительность к ним специфических рецепторов, а также локальное нарушение метаболизма андрогенов [9]. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, можно выделить отдельно андрогенетическую алопецию и нерубцующуюся потерю волос, которая включает их тело- и анагеновое выпадения [8].

Цель исследования. Оценить долю пациентов, страдающих алопецией, в структуре поликлинического дерматологического приема, провести анализ амбулаторных карт с целью выяснения особенностей клинического течения заболеваний.

Материалы и методы. Было проанализировано 160 амбулаторных карт пациентов с диагнозами: гнездная, диффузная и андрогенетическая алопеции, обратившихся на прием к дерматологу в МБУЗ Консультативно-диагностический центр «Ювентус» г. Новосибирска за 2010 год. Возраст больных варьировал от 2 до 55 лет. Пациенты были разделены на 6 групп по возрасту: 2–7, 8–14, 15–18, 18–25, 25–35, 35–55 лет.

Результаты исследования. Доля пациентов, страдающих различными видами алопеции, в структуре поликлинического приема дерматолога в МУЗ КДЦ «Ювентус» г. Новосибирска за 2010 год составила 5,03 % (160 чел.). Среди них с диагнозом гнездная алопеция — 43 (26,9 %), андрогенетическая алопеция — 40 (25 %), диффузная алопеция 77 (48,1 %); мужчин — 67 (41,9 %), женщин — 93 (58,1 %). Из первой возрастной группы с диагнозом гнездная алопеция обратилось 20 человек, из них 18 человек с локальной формой, 2 с субтотальной формой. Из второй возрастной группы с диагнозом гнездная алопеция наблюдались 10 человек, у всех локальная форма заболевания. В третьей и четвертой группах с диагнозом гнездная алопеция локальная форма наблюдалось 5 и 4 человека соответственно. В пятой возрастной группе диагноз гнездной алопеции был поставлен четырем пациентам (локальная форма). Диагноз андрогенетическая алопеция был выставлен 40 пациентам, преимущественно пятой и шестой возрастными группами. Диагноз диффузная алопеция преобладал в пятой и шестой возрастных группах, всего 77 человек, из них мужчин — 12, женщин — 65. Наибольшее количество пациенток с диагнозом диффузная алопеция зарегистрировано в шестой возрастной группе — 55 человек, их средний возраст составил 39 ± 12 лет. Телогеновая алопеция была выявлена в 48-ми случаях, аногеновая — в семи. Из 48-ми пациентов с диффузной телогеновой алопецией у семи (14,6 %) она была следствием различных инфекций, у трех (6,25 %) — медикаментозно-индуцированной, у 25-ти (52 %) — результатом дефицитных состояний, у пяти (10,4 %) — хронических заболеваний, в том числе гипер- и гипотиреоза, у восьми (16,6 %) имела психосоматический характер.

Выводы. Количество пациентов с различными нерубцующимися видами алопеции в структуре дерматологического приема составляет более 5 %. Наиболее часто это диффузная форма телогеновой алопеции. Увеличилось количество случаев локальной формы гнездной алопеции у детей раннего возраста.

Список литературы

1. Фицпатрик Т. Дерматология : атлас-справочник : пер.с англ. / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд. — М. : Практика, 2007. — 1262 с.
2. Хэбиф Т. Кожные болезни. Диагностика и лечение : пер. с англ. / Т. Хебиф. — М. : Медпрессинформ, 2008. — 672 с.
3. Иванов О. Л. Кожные и венерические болезни / О. Л. Иванов. — М. : Медицина, 1997. — С. 13–16.
4. Кубанова А. А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передающихся половым путем / А. А. Кубанова, В. И. Кисина, Л. А. Блатун. — М. : Литерра, 2005. — С. 881.
5. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцева. — М. : Медицина, 1999. — Т. II. — С. 374–390.
6. Адаскевич В. П. Алопеция / В. П. Адаскевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская. — М. : Медицинская книга, 2000. — С. 187.
7. Гаджигороева А. Г. Лечение пациентов с телогеновым выпадением волос / А. Г. Гаджигороева // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2004. — № 4. — С. 43–46.
8. Колюжная Л. Д. Клинические и патогенетические особенности диффузной и андрогенетической алопеции / Л. Д. Колюжная, Е. Н. Михнева // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2003. — № 1. — С. 25–27.
9. Headington J. T. Telogen effluvium. New concept and review / J. T. Headington // Arch. dermatol. — 1993. — Mar, N 129 (3). — P. 356–63.

STRUCTURE AND CLINICAL VARIANTS OF ALOPECIA IN PRACTICE OF DERMATOVENEROLOGIST

E.V. Maslova, O.N. Pozdnyakova

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

The structure of case rate of alopecia at 160 patients is investigated. Diffusive alopecia takes the leading place among adult patients. At that the quantity of children of the early age suffering from circumscribed baldness increases.

Keywords: circumscribed alopecia, diffusive alopecia, features of state.

About authors:

Maslova Ekaterina Vyacheslavovna — dermatovenerologist, correspondence PG student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: katerina2003@gmail.com

Pozdnyakova Olga Nikolaevna — doctor of medical sciences, the professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office phone: 8(383) 363-06-60

List of the Literature:

1. Fitzpatrick T. Dermatology: atlas-directory: trans. from English / T. Fitzpatrick, R. Johnson, K. Woolf, M. Polano, D. Surmond. — M.: Practice, 2007. — 1262 P.
2. Hebif T. Dermatoses. Diagnostics and treatment: trans. from English / T. Hebif. — M: Medpressinform, 2008. — 672 P.
3. Ivanov O. L. Dermal and venereal illnesses / O. L. Ivanov. — M: Medicine, 1997. — P. 13–16.
4. Kubanova A. A. Rational pharmacotherapy of skin diseases and infections, sexually transmitted / A. A. Kubanova, V. I. Kisina, L. A. Blatun. — M: Littera, 2005. — P. 881.
5. Skripkin Y. K. Skin and venereal illnesses / Y. K. Skripkin, V. N. Mordovtseva. — M: Medicine, 1999. — V. II. — P. 374–390.
6. Adaskevich V. P. Alopecia / V. P. Adaskevich, O. D. Myadelets, I. V. Tikhonovskaya. — M: Medical book, 2000. — P. 187.
7. Gadzhigoroeva A. G. Treatment of patients with telogen loss of hair / A. G. Gadzhigoroeva // Bull. of dermatologies and venerologies. — 2004. — № 4. — P. 43–46.
8. Kolyuzhnaya L. D. Clinical and pathogenetic features of diffusive and androgenic alopecias / L. D. Kolyuzhnaya, E. N. Mikhneva // Bull. of Dermatologies and venerologies. — 2003. — № 1. — P. 25–27.
9. Headington J. T. Telogen effluvium. New concept and review / J. T. Headington // Arch. dermatol. — 1993. — Mar, N 129 (3). — P. 356–63.