



Библиотека  
врача-специалиста

Дерматология

Р.А. Раводин, Е.А. Денисова

# РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ в практике врача-дерматовенеролога

Руководство для врачей



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2021

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	4
Введение . . . . .	5
Обследование пациентов в трихологической практике . . . . .	6
Рубцовые алопеции . . . . .	14
Первичные рубцовые алопеции с лимфоцитарно-опосредованным инфильтратом . . . . .	23
Фолликулярная форма красного плоского лишая . . . . .	23
Дискоидная красная волчанка . . . . .	37
Псевдопеллада Брока . . . . .	45
Центральная центробежная рубцовая алопеция . . . . .	48
Муцинозная алопеция . . . . .	48
Кератоз фолликулярный декальвирующий шиповидный . . . . .	51
Первичные рубцовые алопеции с нейтрофильно-опосредованным инфильтратом . . . . .	52
Декальвирующий фолликулит . . . . .	52
Подрывающий фолликулит . . . . .	56
Первичные рубцовые алопеции со смешанным воспалительным инфильтратом . . . . .	61
Эрозивный пустулезный дерматоз . . . . .	61
Акне келоидные задней части шеи . . . . .	62
Некротические угри . . . . .	65
Вторичные рубцовые алопеции . . . . .	68
Фавус волосистой части головы . . . . .	68
Инфильтративно-нагноительная трихофития и нагноительная микроспория волосистой части головы . . . . .	69
Эктима волосистой части головы . . . . .	72
Линейная склеродермия по типу «удара саблей» . . . . .	76
Рубцовая алопеция вследствие физических и химических повреждений . . . . .	84
Тракционная алопеция . . . . .	86
Базалиома . . . . .	88
Гангренозная форма опоясывающего лишая . . . . .	91
Люповидный туберкулез кожи . . . . .	94
Саркоидоз . . . . .	96
Хирургическая коррекция рубцовых алопеций . . . . .	100
Трансплантация волос при первичных рубцовых алопециях . . . . .	101
Пересадка волос при вторичных рубцовых алопециях . . . . .	102
Список литературы . . . . .	104

# Обследование пациентов в трихологической практике

---

**Методы обследования:** общие (неспециализированные) и специализированные (трихологические). Кроме общих (неспециализированных) диагностических методов, включающих сбор анамнеза, результаты инструментальных и лабораторных исследований, у трихологических пациентов используются специфические методики оценки трихологического статуса, которые помогают в постановке диагноза и назначении соответствующей терапии, а также могут применяться с целью контроля и оценки эффективности проводимой терапии.

**Трихологические (специализированные) методы:**

- сбор трихологического анамнеза;
- визуальный осмотр;
- тест натяжения;
- тест оценки выпадения волос при мытье головы;
- трихоскопическая диагностика;
- обзорная фотосъемка;
- фототрихограмма;
- микроскопия;
- гистологическое исследование (биопсия).

**Сбор трихологического анамнеза.** Опрос пациента о количестве и характере выпадения волос, включая даты начала выпадения; расспрос о нарушении структуры волос, о состоянии кожи головы, особенностях мытья и ухода за волосами, использовании средств, воздействующих на стержень волоса. Оценивают факторы, которые могли быть вероятной причиной выпадения волос вследствие неблагоприятного воздействия на волосяной фолликул (обострение хронических заболеваний, перенесение вирусных, бактериальных, грибковых инфекций, хирургических вмешательств, наличие диет и изменения массы тела, прививки, беременность, лактация, применение комбинированных оральных контрацептивов, гормонозаместительная терапия, стресс, прием медикаментов) за последние полгода до момента обращения к трихологу.



**Рис. 1.** Тест натяжения волос (hair pull test)

Отдельное внимание уделяют психологической нагрузке, а также влиянию проблемы выпадения волос на другие аспекты жизни. Уточняют, с какой области волосистой части головы началось заболевание и как развивалось (волосы выпали одновременно или постепенно).

**Визуальный осмотр** включает осмотр всей волосистой части головы, выявление мест поредения или отсутствия волос, оценку состояния стержней волос, кожи головы на предмет наличия воспаления, рубцовых изменений. Производят осмотр бровей, ресниц, бороды, волос в области подмышек и на лобке, оценивают особенности распределения волос на теле, их толщину, длину, цвет, изменение кончиков, а также состояние ногтевых пластинок.

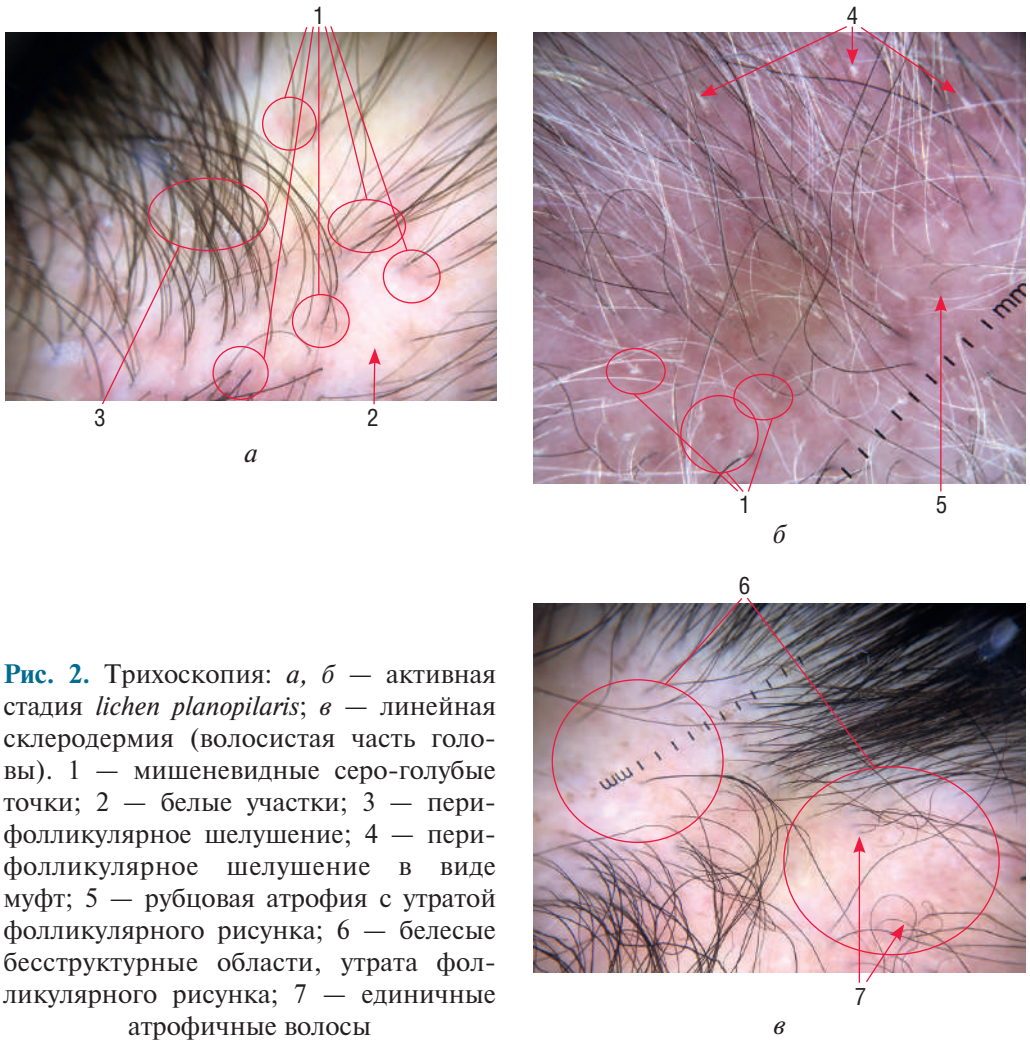
**Тест натяжения волос** (hair pull test) является полуинвазивным, достаточно простым в исполнении тестом оценки активности выпадения волос (рис. 1). Перед проведением теста пациенту не рекомендуется мыть голову в течение 5 дней. Для проведения теста рекомендуется захватить 40–60 волос между большим, указательным и средним пальцами у основания волосяных стержней около кожи головы и потянуть волосы уверенным движением. Результаты теста считаются положительными и указывают на активное выпадение волос при извлечении более 10% волос. Тест проводят на четырех участках волосистой части головы: на лбу, в правой и левой теменной областях и на затылке. Извлеченные волосы могут исследоваться под микроскопом на предмет оценки состояния корня волоса и волосяного стержня. При андрогенетической алопеции тест будет положительным в теменных областях и отрицательным — в затылочной.

**Тест оценки выпадения волос при мытье головы** (тест «мытья волос») помогает в дифференциальной диагностике андрогенетического и телогенового выпадения волос путем подсчета соотношения пушковых (vellусных) и терминальных (длинных) волос, выпавших одновременно при мытье волосистой части головы. При подготовке к тесту пациент не должен мыть голову в течение 5 дней, затем разрешается вымыть голову, при этом мелкой сеточкой закрывается сток, чтобы впоследствии собрать все волосы. Подсчитывается общее количество волос, количество волос длиной до 3 см (vellусных), а также количество волос от 3 до 5 см (длинных). В норме общее количество волос составляет 200–250. При андрогенетической алопеции количество vellусных волос (до 3 см) составляет более 10% общего количества волос, при телогеновом выпадении волос — менее 10%; при этом общее количество собранных волос при андрогенетической алопеции обычно не превышает 100, а при телогеновой алопеции — более 250.

Однако многие трихологи отмечают, что методика теста требует много времени и имеет низкую стандартизацию.

**Трихоскопическая диагностика.** Данный метод основан на методике дерматоскопии волос скальпа при помощи ручного дерматоскопа или видеодерматоскопа (трихоскопа). Является неинвазивным методом, впервые термин был введен польским дерматологом L. Rudnicka в 2006 г., высокоинформативен и прост в исполнении, однако требует специфических навыков распознавания трихоскопической картины. Различают трихоскопию при помощи иммерсионной среды и без иммерсии («сухую»). Иммерсионная трихоскопия позволяет лучше оценить состояние кожи скальпа и сосудов, сухая трихоскопия более информативна при наличии шелушения, проявлений себореи, перифолликулярного гиперкератоза. При трихоскопии применяют линзы с различным увеличением — от 10- до 1000-кратного, наиболее часто используют линзы с увеличением от 20 до 70. Метод позволяет оценить структуру и диаметр стержней волоса, состояние перифолликулярного эпидермиса, устьев волосяных фолликулов, сосуды кожи волосистой части головы (рис. 2). Трихоскопическая диагностика используется при дифференциальной диагностике рубцовых и нерубцовых алопеций, гнездного выпадения волос и трихотилломании, себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы. Трихоскопия дает возможность оценить структурные изменения стержней волос, позволяя диагностировать генетические заболевания волос, а также заподозрить их грибковые поражения. Диагноз, предварительно поставленный на основании трихоскопических признаков, в большинстве случаев требует дополнительной специфической диагностики при помощи фототрихограммы, микроскопических, культуральных методов, гистологического исследования.

При подозрении на поверхностный микоз волосистой части головы (вызванный *M. canis*), фолликулиты [вызванные *Malassezia (Pityrosporum)*, *Propionibacterium acne*], различные типы порфирий могут применяться трихоскопы с использованием ультрафиолетовых лучей (рис. 3).



**Рис. 2.** Трихоскопия: *а, б* — активная стадия *lichen planopilaris*; *в* — линейная склеродермия (волосистая часть головы). 1 — мишеневидные серо-голубые точки; 2 — белые участки; 3 — перифолликулярное шелушение; 4 — перифолликулярное шелушение в виде муфт; 5 — рубцовая атрофия с утратой фолликулярного рисунка; 6 — белесые бесструктурные области, утрата фолликулярного рисунка; 7 — единичные атрофичные волосы



**Рис. 3.** Прибор для выполнения трихоскопии с использованием ультрафиолетовых лучей

**Обзорную фотосъемку** производят при помощи стереотаксических устройств, позволяющих фиксировать подбородок и лоб пациента, с целью получения обзорных фотографий в стандартных условиях съемки и позициях, сходных для сравнения в процессе лечения. Стандартизированный неинвазивный метод помогает оценить изменения плотности, объема и роста волос, а также оценить размеры и очертания очагов облысения. Для точности оценки изменения состояния волос при последующих визитах пациенту рекомендуют сохранение цвета и стиля прически, фиксированного до начала лечения.

**Фототрихограмма** относится к неинвазивным и полуинвазивным (в случае применения татуажной метки) стандартизированным методам оценки роста волос (рис. 4). Данный метод впервые был представлен М. Saitoh и соавт.

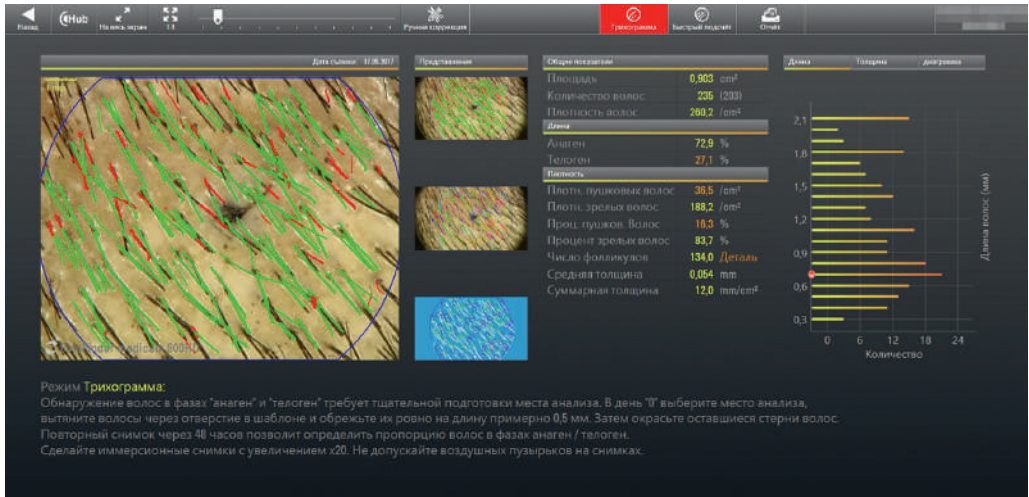


*a*



*б*

**Рис. 4.** Фототрихограмма: *a* — необходимое оборудование; *б* — татуажная метка в зоне выбритых волос



6

Рис. 4. Окончание. Фототрихограмма: в — результаты исследования

в 1970 г. Метод требует кроме трихоскопического устройства наличие дополнительного программного обеспечения в виде специализированной компьютерной программы, а также обученного квалифицированного персонала. Отличается высокой точностью и эффективностью в диагностических ситуациях и в случае наблюдения за процессом лечения. Фототрихография позволяет изучать весь цикл роста волоса, проводить измерения таких параметров, как плотность волос и их диаметр, процент волос в фазе роста (анагеновые волосы) и в фазе выпадения (телогеновые волосы), скорость роста волос, количество толстых (терминальных) и тонких (веллусных) волос.

Для проведения исследования выбираются два участка размерами около 1 см<sup>2</sup> в диаметре (один — в лобно-теменной области, другой — в затылочной), на которых волосы сбриваются триммером, при необходимости дальнейшего наблюдения ставят татуажную метку для проведения повторных процедур в том же месте. Через 2 дня пациент приходит на второй этап, отросшие волосы подкрашивают, выполняют снимки на 40–60-кратном увеличении, изображения помещают в специализированную компьютерную программу, которая подсчитывает общее количество волос на 1 см<sup>2</sup>, процент анагеновых (длина которых увеличилась на 1 мм и более), телогеновых (длина которых не изменилась) и диспластичных (истонченных) волос. Результаты, полученные в обоих исследуемых участках, сравнивают друг с другом. Программа выдает данные в виде графика с цифрами.

**Микроскопия** используется при подозрении на аномалии стержня волоса, применяется световая/поляризационная микроскопия (рис. 5). При осмотре при помощи световой микроскопии возможно изучить толщину, форму и скручивание по всему волосяному стержню. При помощи поляризационной





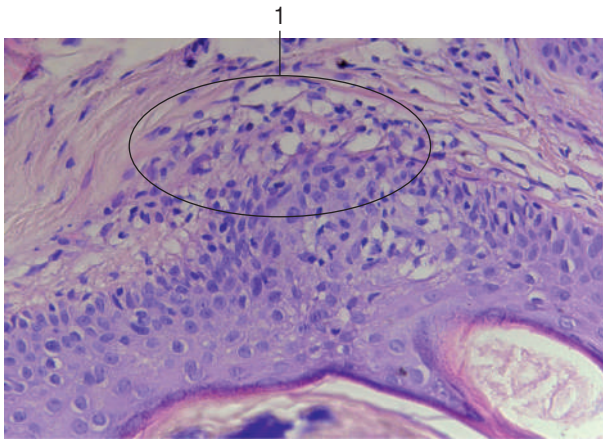
**Рис. 5.** Микроскопия: *a* — нормальный волос,  $\times 200$ ; *б* — микроспория волоса (множество мелких, компактно расположенных спор внутри волоса и чехлик из спор снаружи),  $\times 800$ ; *в* — трихофития волоса — крупные споры, располагающиеся рядами внутри волоса,  $\times 600$

микроскопии возможно установить нарушения белкового состава и кератинизации. Выполняется при срезании 10–20 волос у основания и помещении их на предметные стекла с дальнейшей оценкой микроскопической картины. При подозрении на микоз волосистой части головы используется микроскопия с 20% раствором гидроксида калия (КОН). Обломанные волосы из очагов поражения извлекают с помощью пинцета. На исследуемый материал, помещенный на предметное стекло, наносят 1–2 капли 20% КОН, после чего предметное стекло подогревают над пламенем горелки до появления белесоватого ободка кристаллизованной щелочи по периферии. Затем препарат накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Исследование необходимо проводить не позднее 2 ч после приготовления препарата из-за возможности кристаллизации щелочи.

**Гистологическое исследование** представляет инвазивный высокоинформативный диагностический способ, использующийся в дифференциальной диагностике сложных случаев при нерубцовой алопеции, постановке диагноза и определении вида рубцовой алопеции, а также при клинических исследованиях. Важным этапом проведения биопсии является выбор места для взятия наиболее информативного гистологического материала, определяющийся



**Рис. 6.** Взятие биопсии



**Рис. 7.** Гистологическое исследование: 1 — лимфоцитарный инфильтрат вокруг фолликулярного эпителия, стирающий четкую границу между эпидермисом и дермой

предположительным диагнозом и активностью клинической картины. Рекомендуется проводить биопсию под контролем трихоскопии, которая позволяет поставить более точный диагноз по данным гистологического исследования. В особенности это применимо к диагностике рубцовых alopecий. Проводят при помощи местной анестезии 4-миллиметровым панчем, направленным параллельно направлению роста волос, после извлечения биопсийного материала накладывают шов. Необходимо приготовить два препарата с поперечным и вертикальным срезами. В случае взятия материала в области бровей могут использоваться 2-миллиметровые панчи, наложение фиксирующего шва не требуется (используется редко из-за эстетической визуализации) (рис. 6, 7).

# Рубцовые алопеции

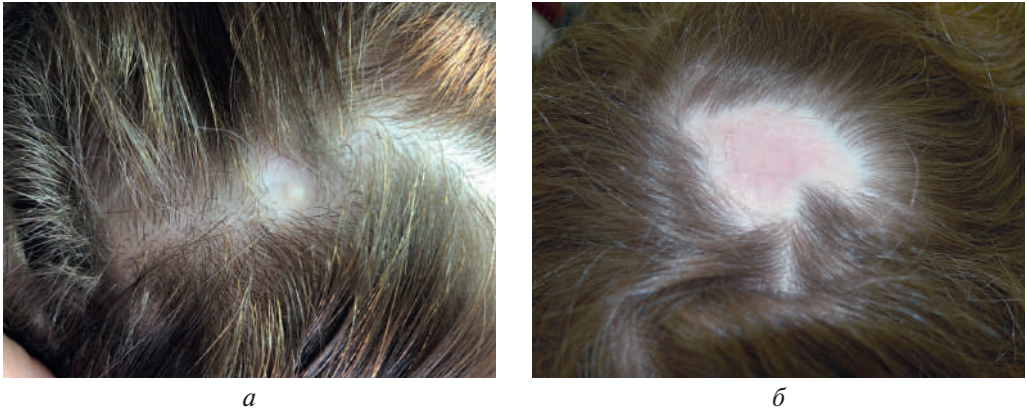
---

**Рубцовые алопеции** — группа заболеваний, вызывающих полное разрушение пилосебацейных юнитов (пилосебацейный юнит — комплекс, включающий волос, волосяной фолликул, *m. arector pili* и сальную железу) и необратимую потерю волос, сопровождающуюся видимым исчезновением фолликулярного рисунка кожи волосистой части головы и гибелью волосяных фолликулов. Пациенты, страдающие рубцовыми алопециями, особенно с распространенными очагами, характеризуются высоким уровнем психологического напряжения и социальной дезадаптацией.

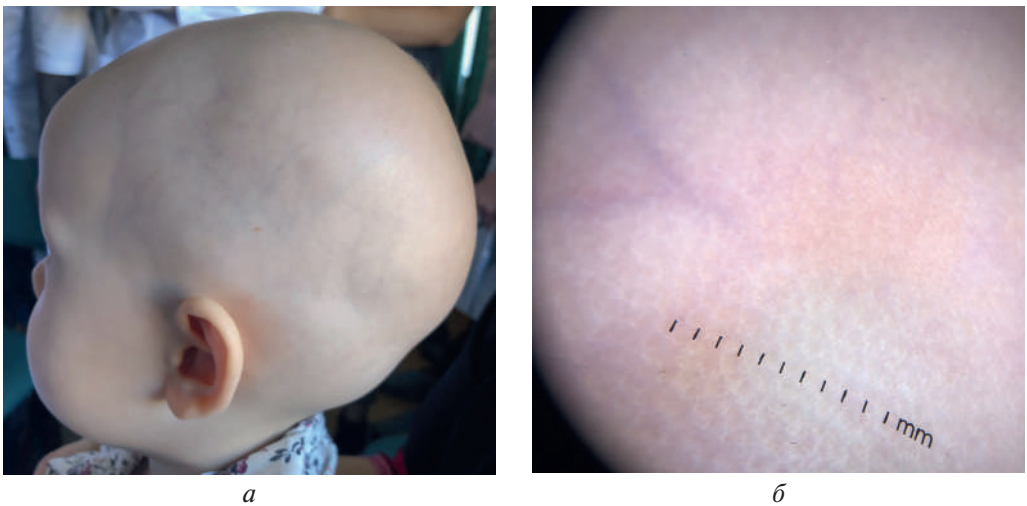
Рубцовые алопеции могут являться следствием наследственных или приобретенных процессов. К *наследственным рубцовым алопециям* относятся: врожденная аплазия кожи (рис. 8), эктодермальная дисплазия (рис. 9), органоидные невусы, врожденный буллезный эпидермолиз, алопеция при ихтиозе и синдром фолликулярного кератоза [атрофический фолликулярный кератоз — группа редких генетически детерминированных кератозов, сопровождающихся атрофией волосяных фолликулов и рубцовой алопецией, включающих надбровную ульэритему (рис. 10), червеобразную атрофодермию и фолликулярный шиповидный декальвирующий кератоз].

Все рубцовые алопеции в клинической практике также подразделяются на *первичные* и *вторичные*.

**Первичные рубцовые алопеции** характеризуются фолликулоцентрическим воспалительным процессом, который приводит к разрушению волосяного фолликула (табл. 1). Повреждения волосяного фолликула первичны, при этом нефолликулярные структуры кожи могут оставаться относительно сохранными. Первичные рубцовые алопеции являются самыми сложными в диагностике заболеваниями кожи волосистой части головы, при этом уровень их распространенности среди трихологических пациентов составляет 3–7%. Первичные рубцовые алопеции встречаются, по некоторым данным, в 15 раз реже вторичных (рис. 11–14). Из-за необратимости процесса потери волос эти заболевания сопровождаются выраженными психосоциальными проблемами у пациентов. Важный аспект при ведении больных



**Рис. 8.** Врожденная аплазия кожи: *a* — у ребенка; *б* — у взрослого (из архива доктора А.В. Волкова и доктора С.В. Федорова)



**Рис. 9.** Эктодермальная дисплазия: *a* — внешний вид ребенка (волосы отсутствуют на всем теле); *б* — трихоскопия — просвечивают сосуды, отсутствует фолликулярный рисунок

с первичными рубцовыми алопециями — выяснение заболевания, ставшего причиной рубцовой потери волос, что является определяющим фактором для выбора тактики лечения. Пациентов необходимо правильно информировать о возможностях терапии, чтобы избежать завышенных ожиданий полного восстановления роста утраченных волос. Рекомендуется проводить контроль динамики клинических изменений на фоне лечения при помощи обзорной фотосъемки и трихоскопии.

По классификации, предложенной Североамериканской ассоциацией исследователей волос (NAHRS, 2001), основанной на типе преобладающих



**Рис. 10.** Надбровная ульэритема: *а* — множественные мелкие фолликулярные узелки на лбу и в области бровей; *б* — множественные мелкие фолликулярные узелки, приводящие к поредению наружной стороны бровей

**Таблица 1.** Первичные рубцовые алопеции

Характер инфильтрата	Перечень заболеваний
Лимфоцитарная группа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискоидная красная волчанка.</li> <li>• Красный плоский фолликулярный лишай (<i>lichen planopilaris</i>) и его варианты:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– классический <i>lichen planopilaris</i>;</li> <li>– фронтальная фиброзирующая алопеция;</li> <li>– синдром Грэхама–Литтла.</li> </ul> </li> <li>• Фиброзная алопеция, сочетающая в себе признаки плоского волосяного лишая и андрогенетической алопеции.</li> <li>• Центральная центробежная рубцовая алопеция.</li> <li>• Классическая псевдопеллада Брока.</li> <li>• Муцинозная алопеция.</li> <li>• Кератоз фолликулярный декальвирующий шиповидный</li> </ul>
Нейтрофильная группа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Декальвирующий фолликулит.</li> <li>• Абсцедирующий подрывающий фолликулит</li> </ul>
Смешанная группа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Акне келоидные задней части шеи.</li> <li>• Некротизирующее акне.</li> <li>• Эрозивный пустулезный дерматоз</li> </ul>

клеток в составе воспалительного инфильтрата в фолликулярном эпителии, выделяют: *лимфоцитарные*, *нейтрофильные* и *смешанные первичные рубцовые алопеции*. В отдельную дополнительную группу первичных рубцовых алопеций выделяют *неспецифические первичные рубцовые алопеции*. В группу *лимфоцитарных первичных алопеций* добавлена *фиброзная алопеция с характерным распределением*.

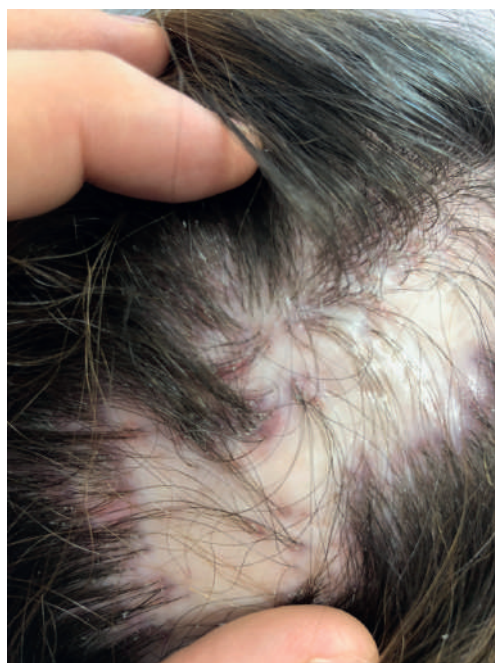
Важна ранняя диагностика заболеваний, лежащих в основе развития первичных рубцовых алопеций, успешность которой определяет возможность



**Рис. 11.** Декальвирующий фолликулит



*a*



*б*

**Рис. 12.** Классический плоский волосной лишай: *a* — рубцовая алопеция, мелкие очаги сохранившихся волос; *б* — очаг рубцовой алопеции, перифолликулярная эритема и шелушение

*а**б**в*

**Рис. 13.** Дискоидная красная волчанка: *а, б* — эритема, фолликулярный кератоз и атрофия; *в* — рубцовая алопеция

снижения темпов и объемов развития безвозвратной потери волос, что является выполнимой задачей в отличие от восстановления потерянных волос, которая в большинстве видов первичных рубцовых алопеций невыполнима.

**Вторичные рубцовые алопеции** развиваются из-за внешних по отношению к фолликулу воздействий, волосяной фолликул повреждается совместно с другими структурами кожи. Вторичные рубцовые алопеции могут развиваться при:

- физических и химических повреждениях (травма, лучевой дерматит, ожог, патомимия);



**Рис. 14.** Подрывающий и абсцедирующий фолликулит Гоффмана

- инфекционных заболеваниях (грибковых, бактериальных, вирусных инфекциях, при протозойных поражениях — лейшманиоз);
- воспалительных/аутоиммунных заболеваниях (очаговая склеродермия, рубцующий пемфигоид, приобретенный буллезный эпидермолиз, поздняя кожная порфирия, некротизирующий височный артериит, саркидоз);
- генодерматозах и пороках развития;
- неопластических процессах (базалиомах, лимфомах и др.) (рис. 15–26).

Коррекция вторичных рубцовых алопеций при устранении или коррекции этиологического фактора может производиться при помощи хирургических методик (трансплантация волос, экспандерная дермотензия, редукция) и будет подробно рассмотрена ниже.



**Рис. 15.** Гигантская базалиома (*ulcus rodens*)





**Рис. 16.** Гангренозная форма *herpes zoster*



**Рис. 17.** Инфильтративно-нагноительная трихотилломания (разрешение)



**Рис. 18.** Линейная склеродермия (атрофия)



**Рис. 19.** Послеоперационный рубец



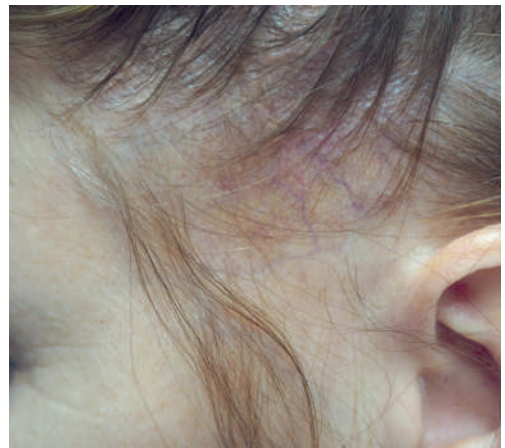
**Рис. 20.** Патомимия



**Рис. 21.** Термический ожог



**Рис. 22.** Туберкулезная волчанка



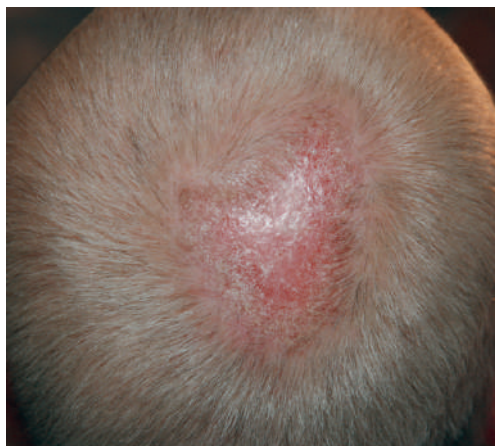
**Рис. 23.** Морфеа (стадия атрофии).  
Рубцовая алопеция

**Рис. 24.** Рубцы после трепанации черепа  
(из архива доктора А.В. Волкова и доктор  
С.В. Федорова)





**Рис. 25.** Фурункул волосистой части головы



**Рис. 26.** Хронический лучевой дерматит после рентгенотерапии микроsporии в детстве

# Первичные рубцовые алопеции с лимфоцитарно-опосредованным инфильтратом

---

## ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

**Фолликулярная форма красного плоского лишая** — плоский волосяной лишай (LPP, от лат. *lichen planopilaris*), встречается примерно у 40% пациентов с первичными рубцовыми алопециями, это наиболее распространенная причина всех первичных рубцовых алопеций.

Этиология заболевания неизвестна.

LPP имеет три основные клинические формы (их рассматривают также как самостоятельные виды первичных лимфоцитарных алопеций):

- 1) классический плоский волосяной лишай (*lichen planopilaris*);
- 2) фронтальная фиброзирующая алопеция;
- 3) синдром Грехэма—Литтла—Пиккарди—Лассюэра (Graham—Little—Piccardi—Lassueur).

Отдельно выделяют фиброзную алопецию с характерным распределением (FAPD, от англ. fibrosing alopecia in a pattern distribution), сочетающую в себе признаки LPP и андрогенетической алопеции.

Классический LPP поражает преимущественно женщин (соотношение мужчин и женщин от 1:1,8 до 1:4,9), средний возраст начала заболевания 40–50 лет, для него характерны очаги рубцовой алопеции от небольших до сливающихся крупных, локализующиеся преимущественно в теменной области волосистой части головы.

**Жалобы** на очаги выпадения волос, зуд (в некоторых случаях значительный, с внезапным началом) и жжение волосистой части головы.

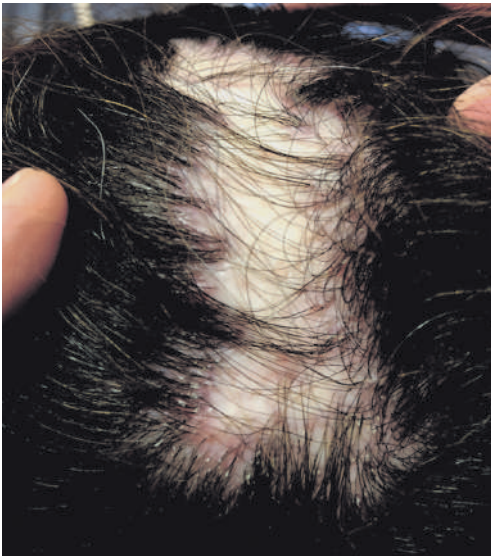
**Клинически** в активной стадии отмечаются фолликулярный кератоз и перифолликулярная эритема с развитием очагов рубцовой

алопеции на волосистой части головы. Очаги алопеции, как правило, небольшие с тенденцией к слиянию. В этих очагах могут оставаться единичные неизмененные волосы. В 28% случаев могут встречаться типичные проявления красного плоского лишая на других участках кожи и слизистых оболочек (вне волосистой части головы).

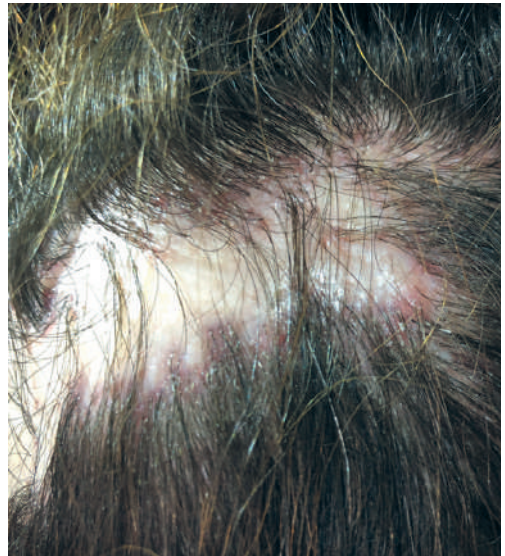
В неактивной стадии характерны множественные сливающиеся очаги рубцовой алопеции с отдельными сохраненными волосами, редко с зонами роста пучковых волос (*tufted hairs*), как у куклы. Иногда встречаются обширные формы с поражением большей части волосистой части головы, которые образуются в результате слияния более мелких очагов, в некоторых случаях напоминая по виду андрогенетическую алопецию последних стадий (рис. 27–37).

**Трихоскопические признаки** будут различными для активной и неактивной стадий LPP, за исключением одного общего симптома — отсутствия устьев волосяных фолликулов.

Для активной стадии LPP характерны: перифолликулярное шелушение с образованием чешуек в форме трубочек (*tubular scales*), формирующих муфты по длине волоса (*hair casts*), а вокруг волосяного фолликула визуализируются мишеневидные серо-голубые точки, отражающие перифолликулярное изменение пигментации. Кровеносные сосуды вытянуты в виде линий. Кожа между волосяными фолликулами нередко содержит пигментную сеть по типу «медовых сот», при выдергивании волос обнаруживаются анагеновые волосы с сохраненным внутренним эпителиальным влагалищем (рис. 38, 39).



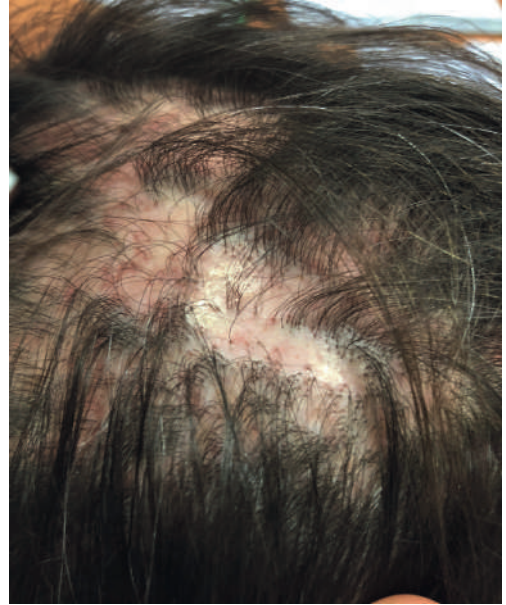
**Рис. 27.** *Lichen planopilaris*. Множественные волосяные муфты у основания волос



**Рис. 28.** *Lichen planopilaris*. Рубцовая алопеция



**Рис. 29.** *Lichen planopilaris*. Очаг рубцовой алопеции, заметна перифолликулярная пигментация



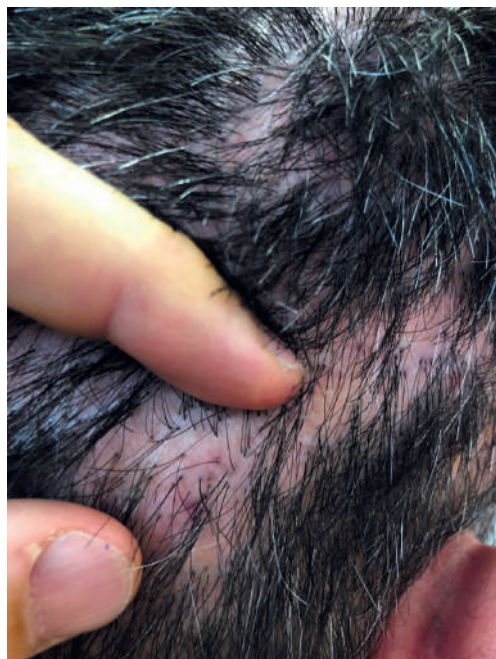
**Рис. 30.** *Lichen planopilaris*. Фолликулярный кератоз и мелкие сливающиеся очаги рубцовой алопеции



**Рис. 31.** *Lichen planopilaris*. Свежие высыпания фолликулярных папул с кератозом на поверхности, очаги рубцовой алопеции на стадии формирования



а



б

**Рис. 32.** *Lichen planopilaris*. Фолликулярный кератоз: а — мелкие сливающиеся очаги рубцовой алопеции; б — очаги рубцовой алопеции с perifollicular гиперпигментацией



**Рис. 33.** *Lichen planopilaris*. Обширное поражение волосистой части головы, напоминающее андрогенетическую алопецию

При неактивной стадии определяются белые точки, представляющие собой участки рубцово-измененных волосяных фолликулов; встречаются белые участки (признак длительно существующих очагов фиброза), молочно-красные области (характерны для свежих очагов фиброза), редко — зоны роста пучковых волос (tufted hairs) (см. рис. 39).

**Предварительный диагноз** LPP ставят при наличии характерной клинической картины и трихоскопических признаков. Особенностью LPP является



**Рис. 34.** *Lichen planopilaris*. Высыпания плоских блестящих папул на ноге



**Рис. 35.** *Lichen planopilaris*. Мелкие полигональные папулы, расположенные линейно, — феномен Кёбнера на туловище



**Рис. 36.** *Lichen planopilaris*. Полигональные папулы с сеткой Уикхема на руке



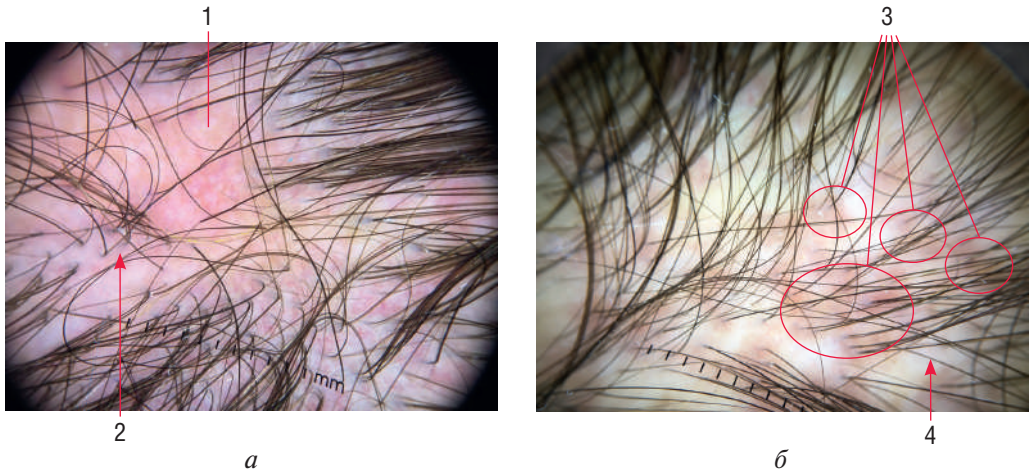
*a*



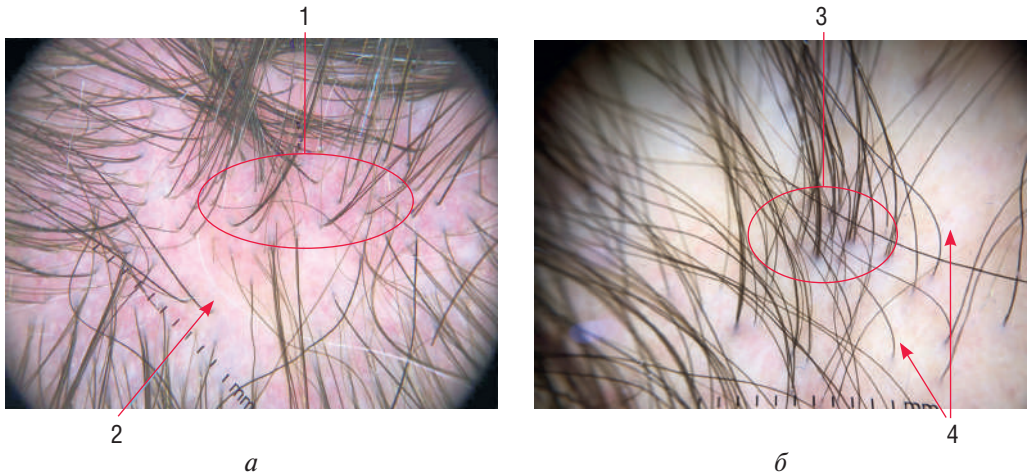
*б*

**Рис. 37.** *Lichen planopilaris*. Сетка Уикхема на слизистой оболочке щек: *a* — в виде сетчатого рисунка; *б* — в виде кружевного рисунка





**Рис. 38.** Трихоскопия: *a* — активная стадия *lichen planopilaris*: 1 — кожа между волосяными фолликулами содержит пигментную сеть по типу «медовых сот»; 2 — единичная волосяная муфта; *б* — активная стадия *lichen planopilaris*: 3 — мишеневидные серо-голубые точки; 4 — белые участки



**Рис. 39.** Трихоскопия: *a, б* — неактивная стадия *lichen planopilaris*, варианты проявления: 1 — молочно-красные области; 2 — белые участки; 3 — зона роста пучковых волос

преимущественное поражение волосяных фолликулов с интактными межфолликулярными пространствами.

**Окончательный диагноз** LPP ставят по данным гистологического исследования, которое проводится в клинически активной зоне. Рекомендуется выбирать место с чешуйками вокруг волосяного стержня или пучков волос.

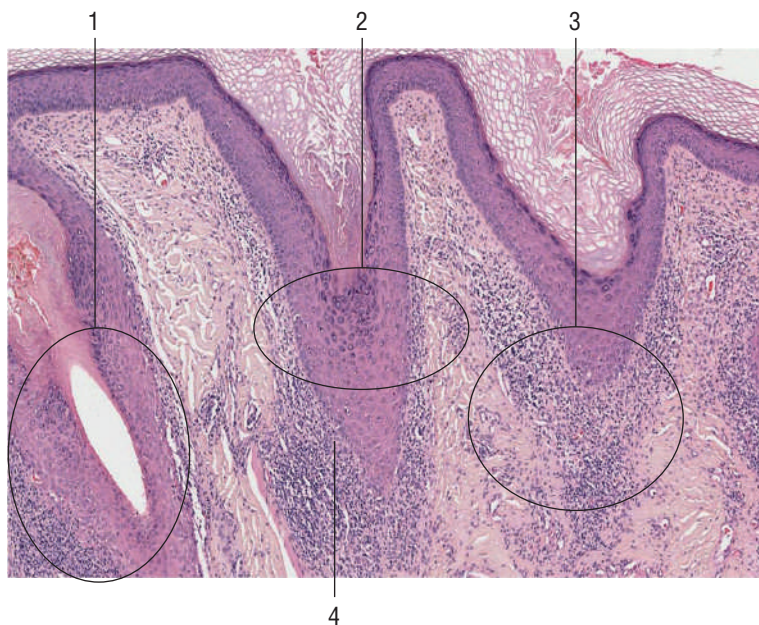
**Гистологические признаки** в виде лимфоцитарно-опосредованного пограничного дерматита, исчезновения сальных желез на начальном этапе,

отсутствия воспаления в сосудистой сети характерны для всех трех видов LPP. При этом кроме типичных гистологических признаков (неравномерный гипергранулез, неравномерный акантоз с удлинением эпидермальных отростков по типу «зубьев пилы», исчезновение четкой границы между эпидермисом и дермой) имеется густой лимфоцитарный инфильтрат, сдавливающий волосяные фолликулы, которые исчезают, оставляя после себя фиброзные изменения (рис. 40–42).

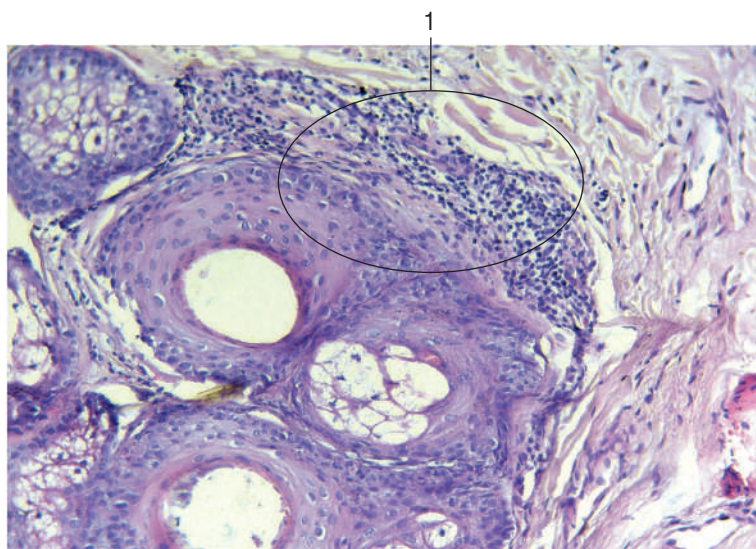
**Фронтальная фиброзирующая (фиброзная) алопеция (FFA, от англ. frontal fibrosing alopecia)** поражает почти исключительно женщин в менопаузальном периоде (соотношение мужчин и женщин от 1:289 до 1:31). Данный вид первичной рубцовой алопеции встречается в последнее время значительно чаще, причины этого остаются невыясненными. При этом заболевании рубцовая алопеция развивается в лобных, височных зонах и в области роста бакенбард. Поражение носит полосовидный характер, поражая краевую (лобно-височную) зону роста волос, и представлено очагами перифолликулярной эритемы и фолликулярного кератоза с формированием рубцовой алопеции в виде полосы блестящей атрофичной кожи со смещением назад линии роста волос — так называемой отступающей линии, напоминающей границу парика у куклы (*doll hairline*). Возможны сопутствующая билатеральная алопеция бровей (встречается примерно в 80% случаев), а также наличие папул (желтого цвета) на лице невоспалительного характера. Для выраженных стадий заболевания характерны просвечивающий венозный рисунок на фоне бледной



**Рис. 40.** *Lichen planopilaris*. Гистология: 1 — густой перифолликулярный лимфоцитарный инфильтрат. Сальные железы отсутствуют



**Рис. 41.** *Lichen planopilaris*. Гистология: 1 — лимфоцитарный инфильтрат, сдавливающий волосяной фолликул; 2 — гипергранулез; 3 — плотный лимфоцитарный инфильтрат; 4 — четкой границы между эпидермисом и дермой нет



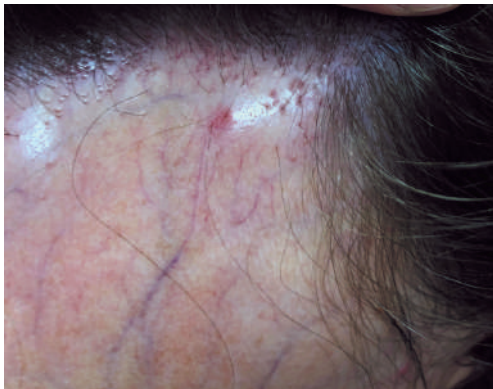
**Рис. 42.** *Lichen planopilaris*. Гистология: 1 — лимфоцитарный инфильтрат вокруг фолликулярного эпителия

атрофичной кожи (рис. 43–49). Выделяют три основные разновидности заболевания по расположению и характеру распределения рубцовой алопеции: линейная (с четкой линией рецессии края роста волос), диффузная (в зоне передней линии роста волос, имеет наихудший прогноз) и так называемая псевдочелка (двойная линия роста волос с наилучшим прогнозом).

**Синдром Грехэма–Литтла–Пикарди–Лассюэра** (Graham–Little–Piccardi–Lassueur) — синдром, объединяющий симптомы, которые могут проявляться



**Рис. 43.** Фронтальная фиброзирующая алопеция. Фолликулярный кератоз и рубцовая алопеция



*а*



*б*

**Рис. 44.** Фронтальная фиброзирующая алопеция: *а* — расположение фолликулярных папул по краю роста волос; *б* — фолликулярные папулы и рубцовая алопеция в области роста бакенбард



**Рис. 45.** Фронтальная фиброзирующая алоpecia. Билатеральное выпадение бровей



**Рис. 46.** Фронтальная фиброзирующая алоpecia. Дерматоскопия. Утрата бровей

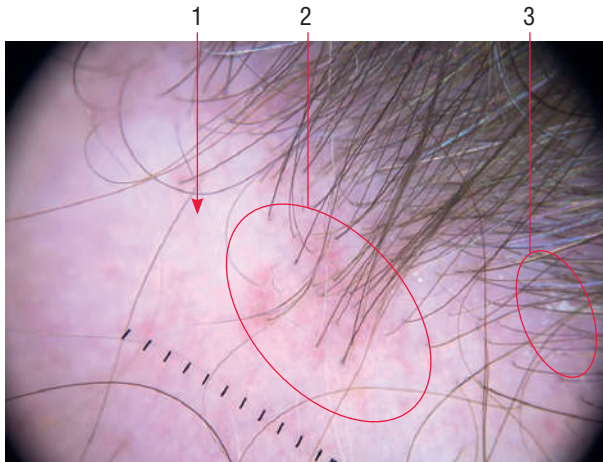


*a*

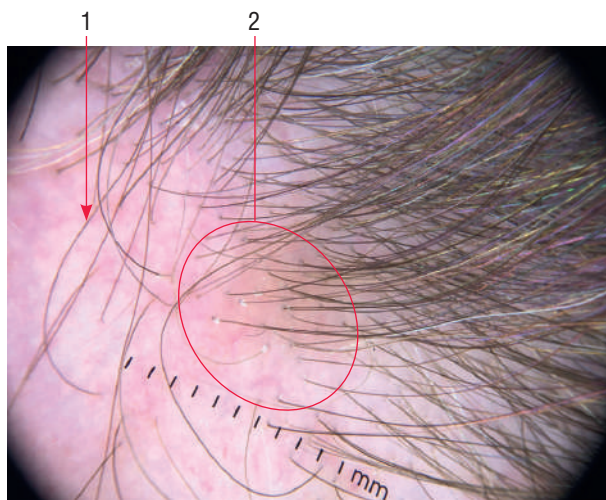


*б*

**Рис. 47.** Фронтальная фиброзирующая алоpecia, ремиссия: *a* — рубцовая алоpecia в области роста бакенбард; *б* — рубцовая алоpecia в виде полосы блестящей атрофичной кожи со смещением назад линии роста волос



**Рис. 48.** Фронтальная фиброзирующая алоpecia, ремиссия: 1 — белые участки; 2 — молочно-розовые области; 3 — перифолликулярное шелушение



**Рис. 49.** Фронтальная фиброзирующая алопеция, ремиссия. Перифолликулярное шелушение с образованием муфт: 1 — линейные сосуды; 2 — перифолликулярное шелушение

по отдельности или совместно, включающие очаги рубцовой алопеции на волосистой части головы, нерубцовую алопецию аксиллярных зон и/или лобковых областей, бровей, фолликулярный кератоз на туловище, конечностях, типичные проявления красного плоского лишая на слизистых оболочках (рис. 50–55).

**Лечение** LPP является неспецифическим, имеет низкую доказательную базу.

При активном процессе внутрь используют препараты антималярийного ряда (гидроксихлорохин) в дозе 200–400 мг/сут на срок до 12 мес (рекомендуют консультацию офтальмолога перед назначением препаратов данного ряда и его последующий контроль во время терапии). При неэффективности антималярийных препаратов возможно использование доксициклина — 100 мг 2 раза в сутки (или в качестве препарата первого этапа терапии). При тяжелом течении заболевания наряду с антималярийными препаратами могут назначаться глюкокортикоиды (0,3–1 мг/кг в сутки) и/или иммуносупрессивные препараты (циклоsporин). Применение циклоsporина относят ко второй линии терапии и обычно назначают в дозе 4 мг/кг в сутки.

Внутрикожно можно использовать препараты инъекционных глюкокортикоидов [триамцинолон (Кеналог\*), бетаметазон (Дипроспан\*)], рекомендовано применение препаратов в разведениях (по 6–12 мг/мл каждые 4–6 нед).

Наружно назначают топические глюкокортикоиды с высокой потенцией (клобетазол) 2 раза в сутки в течение месяца, далее 1 раз в сутки в течение 3 мес, реже — местные ингибиторы кальциневрина, антисеборейные шампуни.