

**А.Г. Гаджигороева**

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва, Российская Федерация

# Гнездная алопеция vs трихотилломания. Дифференциальная диагностика на основе элементов трихоскопии

**Контактная информация:***Гаджигороева Аида Гусейхановна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии***Адрес:** 127473, Москва, ул. Селезневская, д. 20, **e-mail:** aida2010@mail.ru**Статья поступила:** 21.05.2020, **принята к печати:** 11.12.2020

*Гнездная алопеция является наиболее часто встречающейся формой потери волос в детском возрасте. Между тем схожая с трихотилломанией клиническая картина часто вызывает ошибки в постановке диагноза и тактике лечения. В статье даны основные дифференциально-диагностические признаки схожих форм потери волос, подробно описаны трихоскопические признаки, характерные для гнездной алопеции и трихотилломании.*

**Ключевые слова:** гнездная алопеция, трихотилломания, дифференциальная диагностика, трихоскопия

**Для цитирования:** Гаджигороева А.Г. Гнездная алопеция vs трихотилломания. Дифференциальная диагностика на основе элементов трихоскопии. *Вопросы современной педиатрии.* 2020; 19 (6): 509–513. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2158

Для детского возраста наиболее распространенными болезнями кожи головы и волос являются себорейный дерматит младенцев, псориаз кожи головы, атопический дерматит, трихотилломания, гнездная алопеция и микозы волосистой части головы [1]. Следует помнить и о большой когорте врожденных и наследственных болезней, где поражения волос наряду с другими признаками определяют ядро синдрома комплекса (эктодермальная дисплазия, энтеропатический акродерматит, наследственные геродермические синдромы с преждевременной алопецией и др.). Эти признаки с максимальным постоянством встречаются у большинства пациентов с одной определенной патологией и образуют патогномичное для этой патологии сочетание симптомов [1].

Определение возраста манифестации заболеваний кожи головы и волос крайне важно, поскольку в некоторых случаях возраст пациента способен ограничить

возможный спектр диагнозов [1, 2]. Себорейный дерматит не возникает в возрасте после 3 мес и до подросткового периода, поскольку он формируется только у младенцев во время гормонального криза новорожденных, обусловленного циркулирующими в их крови фетоплацентарными гормонами матери, на фоне усиленной функции сальных желез [1, 2]. Далее себорейный дерматит может возобновиться в подростковом возрасте [2]. Для этого же возраста свойственны кожные проявления пубертатного гормонального криза, дермопатии при юношеском гипоталамическом синдроме.

В определенные возрастные периоды у детей проявляются разные поражения кожи, волос, ногтей, связанные с невротическими нарушениями. В период психомоторного реагирования, в возрасте 3–10 лет, чаще встречаются трихотилломания, онихофагия, навязчивые биопсирующие повреждения кожи, арти-

**Aida G. Gadzhigorieva**

Moscow Scientific and Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russian Federation

## Alopecia Areata vs Trichotillomania. Differential Diagnosis According to Trichoscopy

*Alopecia areata is one of the most common forms of hair loss in children. Meantime, its clinical picture is similar to trichotillomania, thus, it leads to incorrect diagnosis and management. The article provides major differential diagnosis signs for these related forms of alopecia and describes in details trichoscopic features of alopecia areata and trichotillomania.*

**Key words:** alopecia areata, trichotillomania, differential diagnosis, trichoscopy

**For citation:** Gadzhigorieva Aida G. Alopecia Areata vs Trichotillomania. Differential Diagnosis According to Trichoscopy. *Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics.* 2020; 19 (6): 509–513. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2158

фициальный хейлит, искусственные дерматозы в виде ороговевших лихенифицированных и пигментных участков на коже голеностопных суставов, вдоль позвоночника, на суставах пальцев рук, на коленях, локтях, а также другие патомимии и искусственные повреждения [1].

В настоящее время использование дерматоскопа значительно облегчило постановку диагноза при многих болезнях кожи головы и волос. Трихоскопия уверенно занимает лидирующее положение среди диагностических методов при болезнях волос и становится «золотым стандартом», одним из самых необходимых практических навыков дерматолога-трихолога. Для этих целей можно использовать простой ручной дерматоскоп ( $\times 10$ ) либо комплекс компьютерно-диагностической программы «Trichoscience» с периферийным видео-дерматоскопическим оборудованием «Aramo SG» (Aram Nuvis Co. LTD, Республика Корея), способный увеличить масштаб изображения и снимков поверхности кожи в 60 и 200 раз. Также применяется более современное оборудование для цифровой дерматоскопии (Canfield, Fotofinder), которое позволяет улучшить визуализацию трихоскопических признаков и осуществлять их анализ. Общим правилом при проведении трихоскопии на волосистой части головы является первичный осмотр проблемных зон методом сухой дерматоскопии с последующим применением иммерсии или поляризации для лучшей визуализации отдельных признаков. Владение навыками трихоскопии, врач-дерматолог получает ключ к постановке диагноза и мониторингу эффективности лечения, используя неинвазивные методы. Именно эта диагностическая методика позволяет с максимальной уверенностью дифференцировать две наиболее сложные для дифференциальной диагностики формы потери волос у детей: гнездную алопецию и трихотилломанию. Очаговая потеря волос для ребенка и в большей степени для родителей становится стрессом, поэтому важно точно установить диагноз и выяснить причины облысения.

Гнездная алопеция (ГА) — заболевание с аутоиммунным патогенезом, в основе которого лежат нарушения

в системе распознавания «свой-чужой» иммунными клетками кожи [3]. Мультифакторный дерматоз имеет полигенное наследование; порог предрасположенности формируют сопутствующие фоновые болезни пациента и средовые триггеры [3]. Заболеваемость населения ГА составляет 17:100 000 [2]. Большинство пациентов — дети и молодые взрослые [2]. Полагают, что ГА — наиболее частая форма очаговой потери волос у детей [2]. Неспецифическое иммунное воспаление формируется при участии NK-киллеров, Th1- и Th2-клеток, провоспалительных цитокинов только вокруг волосяного фолликула, не затрагивая жизненно важные органы и системы. Волосяной фолликул теряет свою иммунную привилегию, вследствие чего рост волоса прекращается и в поврежденных зонах появляется облысение [3].

Обычно картина ГА легко узнаваема: облысение представлено в виде четких ограниченных очагов, преимущественно округлой формы, число очагов — один и более, локализация — в любой области кожи головы [2, 3]. Иногда алопеция приобретает своеобразную локализацию, охватывая волосистую часть головы над ушами и в зоне затылка в виде полоски, формируя так называемый офиязис (рис. 1); могут выпсть все волосы на голове и/или волосы в области ресниц, бровей, на туловище.

Несмотря на разнообразие клинических фенотипов заболевания, речь всегда идет о ГА. Во время обострений, формирования новых эпизодов болезни очаги могут трансформироваться друг в друга [4]. Болезнь имеет три стадии развития: активную, во время которой очаги облысения расширяются либо появляются новые в ранее не затронутых областях, стационарную — стабильные размеры очагов, границы облысения не расширяются, и стадию восстановления (реконвалесценции), когда в очагах наблюдается спонтанное или медикаментозно-индуцированное возобновление роста волос [1]. Специфические трихоскопические изменения в очагах представлены в активную стадию точками пустых фолликулов интенсивного желто-коричневого цвета (рис. 2); если волос сохранился, но уже затронут болезнью, точки будут располагаться на коже перипиллярно — вокруг стержня волоса. Если волос выпал недавно, то устья волосяного фолликула могут выглядеть как черные точки (кадаверизованные волосы); позже, в результате гигиенических процедур, черные точки, которые представляют собой смесь пигментированных кератинов волос, слущенного с поверхности рогового слоя эпидермиса кератина и кожного сала, будут удалены, и пустые устья фолликулов примут вид характерных желто-коричневых точек.

Интенсивность цвета точек будет снижаться по мере уменьшения активности патологического процесса вокруг фолликула и приобретать интенсивный желтый цвет в стационарной стадии, однако цвет кожи вокруг фолликулов примет естественную окраску только после возобновления роста волос. К другим патогномичным признакам активной стадии ГА относятся дистрофические изменения стержней волос, подвергшихся воспалению: сужения Поля-Пинкуса (рис. 3), пеньки обломанных

**Рис. 1.** Гнездная алопеция. Клиническая форма офиязис  
**Fig. 1.** Alopecia areata. Ophiasis clinical form



волос в виде восклицательного знака, в виде «кисточки» дистального конца волоса, в виде обгорелой спички (см. рис. 2).

Важным патогномичным признаком, который ассоциирован с более тяжелым течением заболевания, является дистрофия ногтевых пластинок в виде их помутнения и точечных вдавливаний по типу наперстка (рис. 4). Признак определяется во время клинического осмотра ребенка. Данный признак, равно как и потеря пушковых волос на туловище и конечностях, у детей развивается довольно быстро и может проявляться при потере 25% общей площади растущих на голове волос. В то же время у взрослых дистрофия ногтей развивается при потере свыше 50% волос на голове. Возможно, быстрое развитие признаков утяжеления патологического процесса у детей связано с несовершенным адаптивным иммунитетом.

Дифференцировать ГА необходимо с врожденной аплазией кожи, триангулярной алопецией, микозом волосистой части головы, трихотилломанией, тракционной алопецией (см. таблицу). При этом мы не говорим о потере волос у младенцев в возрасте от 2 до 5 мес, обусловленной особенностями закладки волосяных фолликулов в момент внутриутробного развития; данный вид облысения представляет собой физиологический процесс смены внутриутробных синхронно отросших волос на волосы, которые в течение последующей жизни человека будут иметь мозаичный характер роста [5–7].

Как отмечалось выше, наиболее трудной задачей при дифференциальной диагностике ГА является распознавание трихотилломании.

Трихотилломания представляет собой навязчивое выдергивание волос и относится к обсессивно-компульсивным психическим расстройствам. Чаще всего поражается кожа головы, однако могут быть вовлечены также брови, ресницы и лобковые волосы [7].

Трихотилломания в 7 раз чаще встречается у детей и имеет 2 пика начала: 0–5 лет (когда она является расстройством привычки, возникающим бессознательно/автоматически) и между 10 и 13 годами [7]. В последней группе пациенты часто отмечают наличие

**Рис. 3.** Гнездная алопеция. Сужения Поля–Пинкуса (×20, Fotofinder)

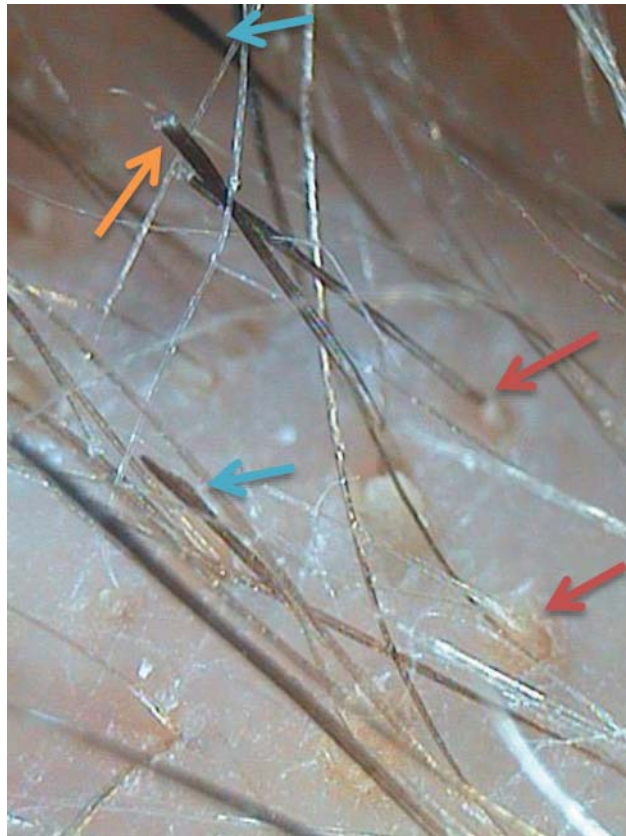
**Fig. 3.** Alopecia areata. Pohl Pinkus constrictions (×20, Fotofinder)



Источник: Гаджигороева А.Г., 2020.  
Source: Gadzhigorieva A.G., 2020.

**Рис. 2.** Гнездная алопеция. Волосы в виде восклицательного знака (голубые стрелки), дистальный конец в виде «кисточки» (желтые стрелки), желтые точки вокруг стержней волос (красные стрелки) (×40, Aramo SG)

**Fig. 2.** Alopecia areata. Exclamation point hair (blue arrows), distal end as “brush-like tip” (yellow arrows), yellow dots around hair shafts (red arrows) (×40, AramoSG)



Источник: Гаджигороева А.Г., 2020.  
Source: Gadzhigorieva A.G., 2020.

чувства беспокойства и стресса, которые облегчаются только благодаря выдергиванию волос [7, 10, 11]. У маленьких детей трихотилломания является результатом легкой формы расстройства в условиях психологического стресса и вскоре приобретает поведенческий характер. В случае развития в пубертатном возраст-

**Рис. 4.** Дистрофические изменения ногтей. Ногти тусклые, видны точечные вдавливания

**Fig. 4.** Nails' dystrophic changes. Nails are dull, point-like buckles



Источник: Гаджигороева А.Г., 2020.  
Source: Gadzhigorieva A.G., 2020.

**Таблица.** Дифференциальная диагностика гнездной алопеции  
**Table.** Differential diagnosis of alopecia areata

Диагноз	Отличительные признаки	Трихоскопия
Аплазия кожи	Локальные очаги полного отсутствия волос на макушке или по средней линии скальпа; структура нижележащих костей или твердой оболочки <i>dura mater</i> может быть нарушена. Очаг(и) имеются при рождении, отсутствует тенденция к распространению или изменению размера. Может встречаться отдельно или в сочетании с врожденными аномалиями	Устья фолликулов отсутствуют, сосудистая сеть не выражена. По краям поражения видны радиально расположенные удлиненные волосяные луковичи, видимые через просвечивающийся эпидермис [4]
Триангулярная алопеция (невус Брауэра)	Может встречаться врожденное отсутствие волос в височных областях, но самый распространенный возраст манифестации — период между 2 и 9 годами [5]. Очаг нерубцовой алопеции может быть треугольным, овальным или копьеобразным. Данная алопеция является односторонней в 79% случаев [6]. Очаги поражения имеют симметричный характер, отсутствует тенденция к распространению или изменению размера	Короткие пушковые волосы различной длины, а также белые волосы при отсутствии диагностических признаков других типов локализованной алопеции [6]
Микоз волосистой части головы	Экзематозные, шелушащиеся очаги облысения. «Золотым стандартом» идентификации возбудителя является посев материала на среду Сабуро	К характерным признакам относятся волосы в виде запятой, спирали, зигзагов и азбуки Морзе [8]
Трихотилломания	Участки потери волос с неровными границами, эскориации, иногда видны геморрагии, наличие волос разной длины, очаги располагаются в зонах волосистой части головы, удобных для доступа рук, могут быть вовлечены брови, ресницы (только верхние) [7]. Иногда возможно сочетание с онихофагией	Неравномерно оборванные волосы, волосы в виде пружины, тюльпановидные волосы, V-образные концы, а также концы в виде «языков пламени». Отсутствуют желтые точки, отрастающие волосы всегда пигментированы
Тракционная алопеция	Поредение и потеря волос симметрично вдоль лба, висков или на затылке из-за натяжения волос вследствие постоянного ношения тугих прически (у балерин, при ношении «конского хвоста», при плетении африканских косичек, локальное снижение их плотности)	Общая трихоскопическая картина менее хаотична, чем при трихотилломании. Перифолликулярная эритема, истончение волос, сломанные и тюльпановидные волосы. Редко наблюдаются волосы в виде «языков пламени» и скрученные волосы; иногда встречаются мелкие белые кератиновые муфты, свободно перемещающиеся вдоль волосяного стержня (встречается и при других болезнях скальпа с гиперкератозом) [9]

**Рис. 5.** Трихотилломания. Волосы обломаны на разной длине. Стрелкой выделена область трихоскопии

**Fig. 5.** Trichotillomania. Cadaverized hair of different length. Arrow shows the trichoscopy area



Источник: Гаджигороева А.Г., 2020.  
Source: Gadzhigoroeva A.G., 2020.

те проблема имеет более тяжелую патологическую динамику и более осторожный прогноз, особенно при тонзурной трихотилломании у девочек-подростков [11]. Чем моложе пациенты, тем реже им необходимо направление к психиатру [12]. У детей дошкольного возраста (до 6 лет) заболевание обычно имеет само-

разрешающееся течение и не требует медикаментозного лечения [7, 10].

При осмотре пациента с трихотилломанией обращает на себя внимание неровный контур очага облысения на голове. Одним из основных патогномичных признаков является наличие обломанных на разной длине волос (рис. 5), в отличие от ГА, где волосы либо отсутствуют полностью, либо отрастающие волосы имеют одинаковую длину. При трихотилломании вновь отрастающие волосы пигментированы, в отличие от коротких и бесцветных волос, возобновляющих свой рост при ГА.

При трихотилломании в результате применения силы вдоль длины волоса с целью его выдергивания стержни разрываются, формируя обломанные волосы разной длины. Характерные изменения свободных концов наиболее часто представлены расщепленными и скрученными концами, V-образными пеньками волос и пеньками в виде «языков пламени» (рис. 6). Однако, несмотря на несомненную пользу их обнаружения, следует учитывать, что эти признаки не патогномичны для трихотилломании и редко, но все же встречаются при ГА и других болезнях волос.

Таким образом, тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр очага облысения, обязательно

с использованием метода трихоскопии, помогают уверенно поставить диагноз и определить дальнейшую тактику лечения пациента.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

#### FINANCING SOURCE

Not specified.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

#### CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

#### ORCID

А. Г. Гаджигороева

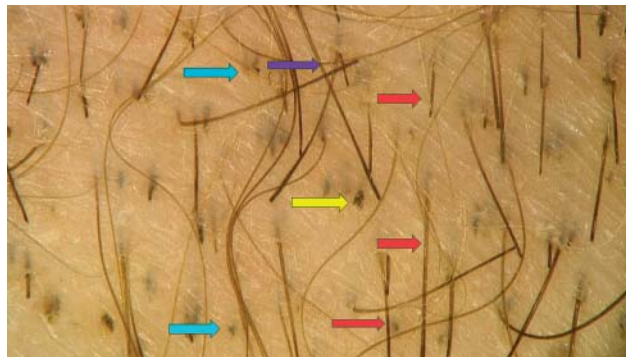
<http://orcid.org/0000-0003-0489-0576>

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Суворова К.Н., Ку克林 В.Т., Рукавишников В.М. *Детская дерматовенерология*. — Казань: Книга; 1996. — 441 с. [Suvorova KN, Kuklin VT, Rukavishnikova VM. *Detskaya dermatovenerologiya*. Kazan': Kniga; 1996. 441 p. (In Russ).]
2. Gurusamy U, Venkataswamy C. Hair Loss in Paediatric and Adolescent Age Group: A Clinico-Pathological Analysis in a Tertiary Health Care Centre. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017; 11(12):EC01–EC05. doi: 10.7860/JCDR/2017/30889.10930.
3. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest*. 2007;117(8): 2019–2027. doi: 10.1172/JCI31942.
4. Rakowska A, Maj M, Zadurska M, et al. Trichoscopy of focal alopecia in children — new trichoscopic findings: hair bulbs arranged radially along hair-bearing margins in aplasia cutis congenita. *Skin Appendage Disord*. 2016;2(1–2):1–6. doi: 10.1159/000445721.
5. Yamazaki M, Irisawa R, Tsuboi R. Temporal triangular alopecia and a review of 52 past cases. *J Dermatol*. 2010;37(4):360–362. doi: 10.1111/j.1346-8138.2010.00817.x.

**Рис. 6.** Трихоскопия при трихотилломании: обломанные на разной высоте волосы (красные стрелки), V-знаки (фиолетовая стрелка), множественные черные точки (голубые стрелки), волосы в виде «языков пламени» (желтая стрелка) (×20, FotoFinder)

**Fig. 6.** Trichoscopy at trichotillomania: cadaverized hair of different length (red arrows), V-signs (purple arrow), multiple black dots (blue arrows), flame hair (yellow arrow) (×20, FotoFinder)



Источник: Гаджигороева А.Г., 2020.

Source: Gadzhigoroeva A.G., 2020.

6. Yin Li VC, Yesudian PD. Congenital triangular alopecia. *Int J Trichol*. 2015;7(2):48–53. doi: 10.4103/0974-7753.160089.
7. Iorizzo M, Oranje AP. Current and future treatments of alopecia areata and trichotillomania in children. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(13):1767–1773. doi:10.1080/14656566.2016.1217990.
8. Elghblawi E. Tinea capitis in children and trichoscopic criteria. *Int J Trichol*. 2017;9(2):47–49. doi: 10.4103/ijt.ijt\_54\_16.
9. Рудницкая Л., Ольшевская М., Раковская А. *Атлас трихоскопии* / пер. с англ. под ред. Ю. Овчаренко. — М.: ИД «Харизма Плюс»; 2019. — 507 с. [Rudnitskaya L, Ol'shevskaya M, Rakovskaya A. *Atlas trikhoskopii*. Per. s angl. pod red. Yu. Ovcharenko. Moscow: ID «Kharizma Plyus»; 2019. 507 p. (In Russ).]
10. Castelo-Soccio L. Diagnosis and management of alopecia in children. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(2):427–442. doi: 10.1016/j.pcl.2013.12.002.
11. Chandran NS, Novak J, Iorizzo M, et al. Trichotillomania in children. *Skin Appendage Disord*. 2015;1(1):18–24. doi: 10.1159/000371809.
12. *The Alopecias Diagnosis and Treatments*. Bouhanna P, Bouhanna E, eds. Boca Raton; London; New York: Taylor&Francis Group, LLC; 2016.