

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Гнездная алопеция

Выполнила:
Студентка 504
группы
Киселёва Д. П.

- Гнездная алопеция (ГА) — хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин (у 7-66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос.



Эпидемиология

- Частота встречаемости ГА составляет 0,7-3,8% от обращающихся за помощью к дерматологу больных.
- Риск возникновения заболевания в течение жизни составляет 1,7%.
- ГА в равной степени встречается как у мужчин, так и у женщин.
- Первый очаг облысения появляется у 20% больных в детском возрасте, у 60% больных – в возрасте до 20 лет, у 20% больных - в возрасте старше 40 лет.

Эпидемиология

- Предрасположенность к ГА является генетической. У 10-20% больных имеется семейный анамнез заболевания.
- Генетическая предрасположенность имеет полигенную природу. Прослеживается связь ГА с определёнными HLA аллелями II класса, особенно с DQB1*0301(HLA-DQ7) и DRB1*1104 (HLA-DR11).

Триггерные факторы

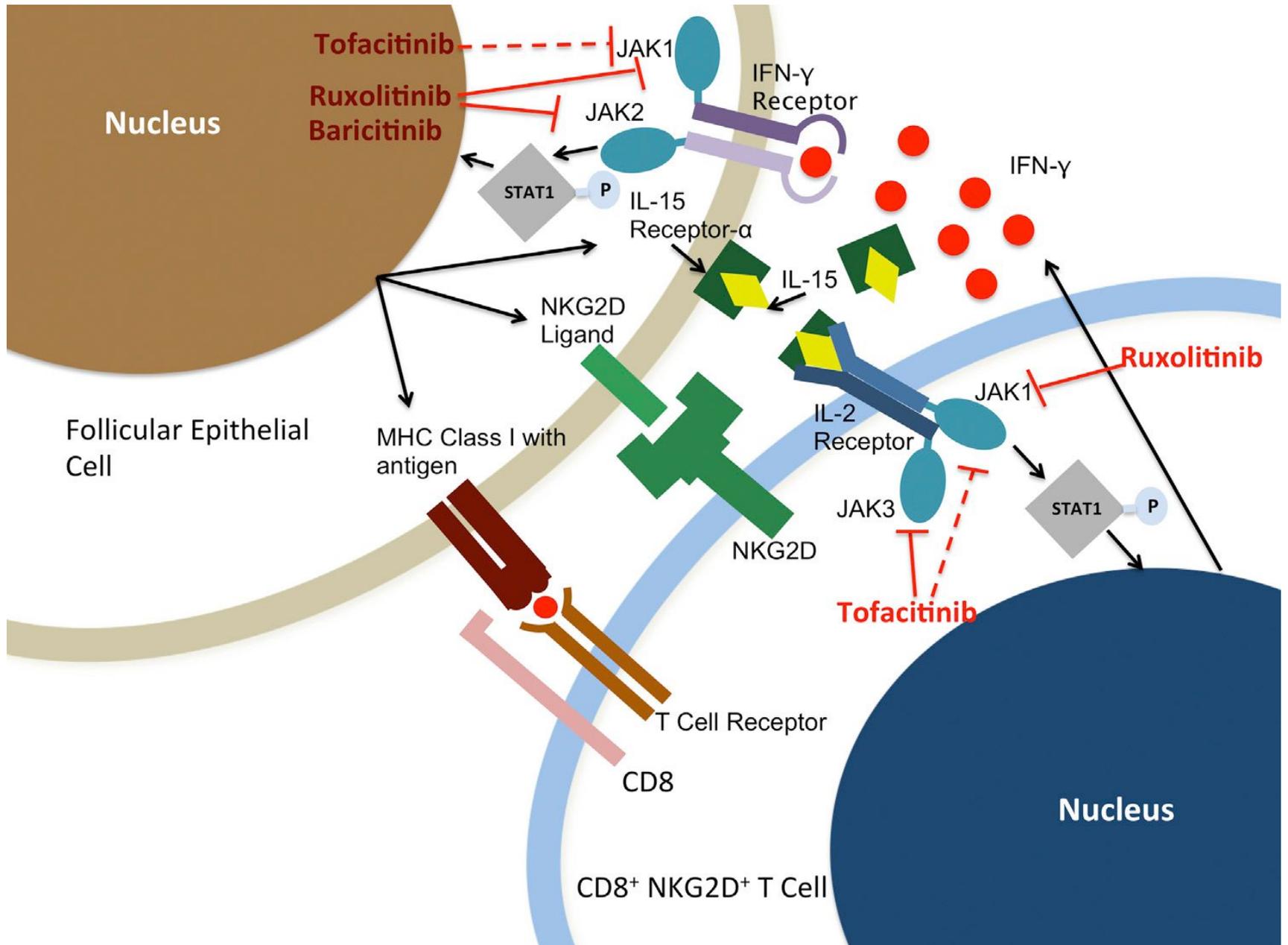
- Стрессы
- Вакцинации
- Вирусные заболевания
- Инфекционные заболевания
- Прием антибактериальных препаратов,
- Наркозы и т.д.

Патогенез

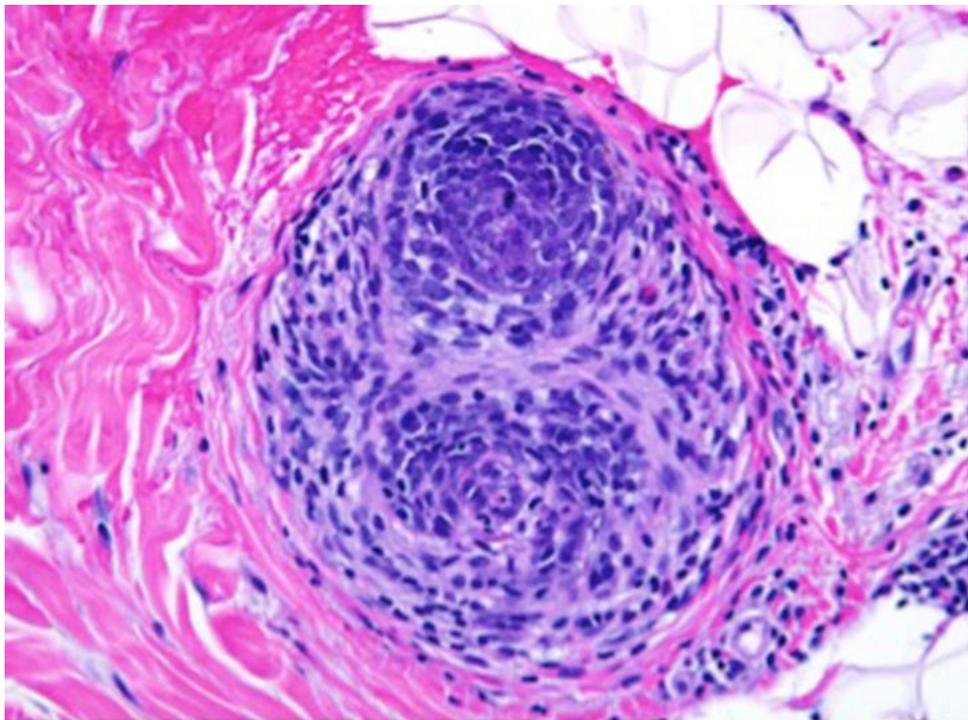
- Проксимальная часть волосяного фолликула в анагене (HF) представляет собой иммунный привилегированный сайт.
- Это иммунная привилегия нарушается в ГА, где увеличение главного комплекса гистосовместимости (МНС) I и II, наряду с молекулами адгезии, коррелируют с увеличенным оборотом лейкоцитов в дерме.
- Эти изменения улучшают представление антигенов клетками HF и миграция Т-клеток в непосредственную близость к HFs при поражениях ГА.
- При ГА цикл роста волос нарушается, приводя к фазе дистрофического анагена. Также в фазе катагена происходит инфильтрация иммунными клетками.
- Из-за воспаления, волос из анагена преждевременно входит в фазу телогена;

Аутоиммунная гипотеза

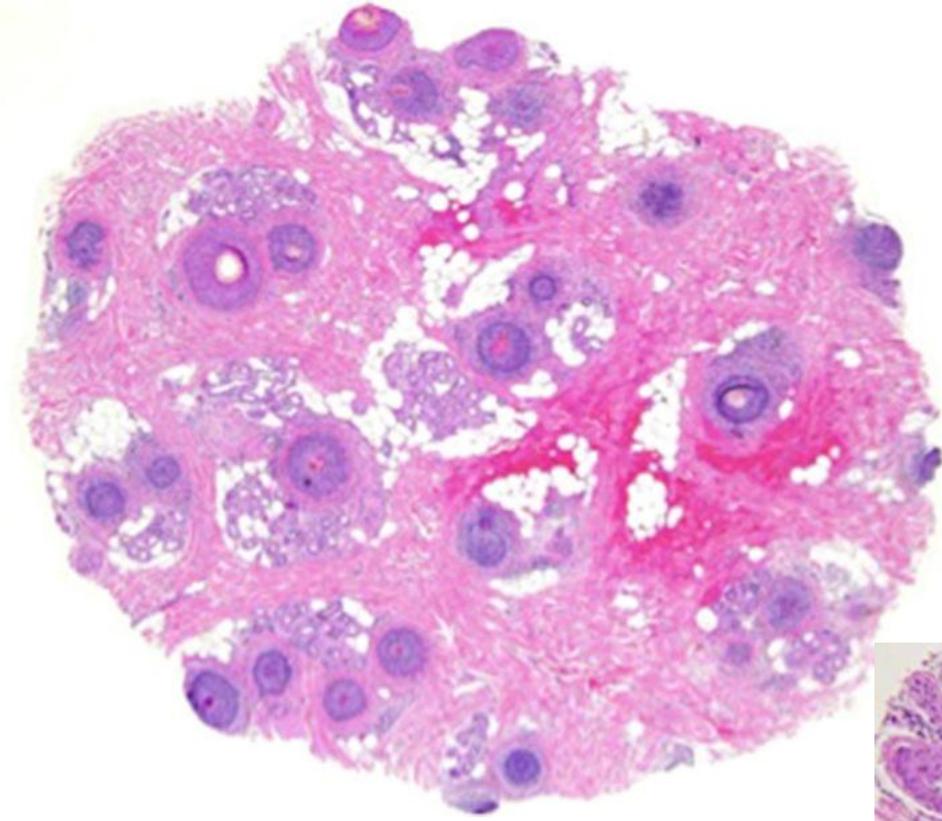
- Инфильтрация воспалительными клетками (в основном Т-клетками) области луковицы ВФ.
- CD81 (цитотоксические Т-ЛФ, CTL) и CD41 Т-клетки составляют значительную часть инфильтрата наряду с увеличением присутствия антигенпрезентирующих клеток (кл. Лангерганса).



Гистологическая картина

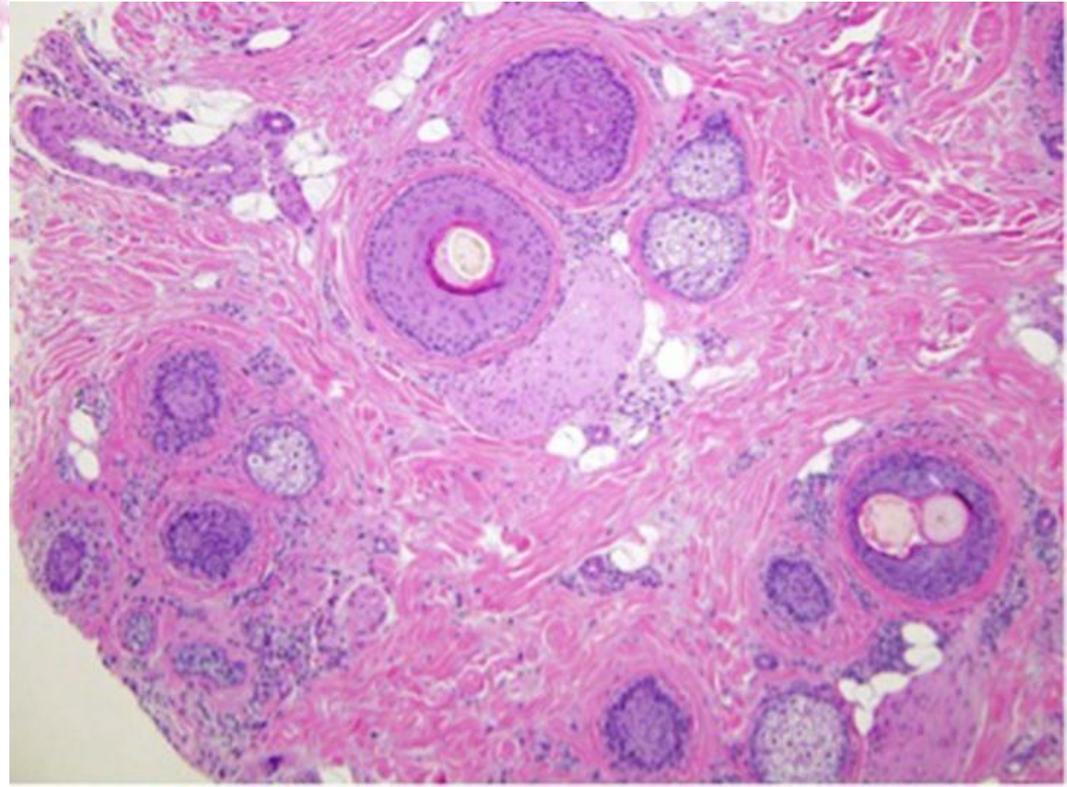


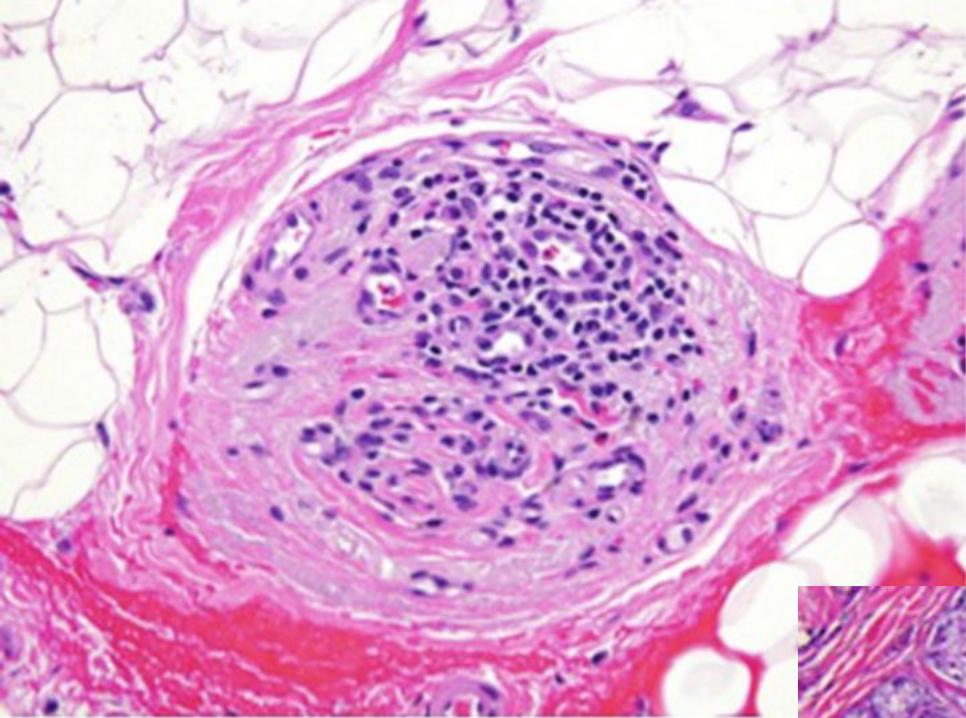
Дезорганизация
эпителиальных клеток и
лимфоцитарное воспаление.



Перибульбарное лимфоцитарное воспаление с участием терминальных и миниатюрных фолликулов с заметным смещением к фазам катаген и телоген.

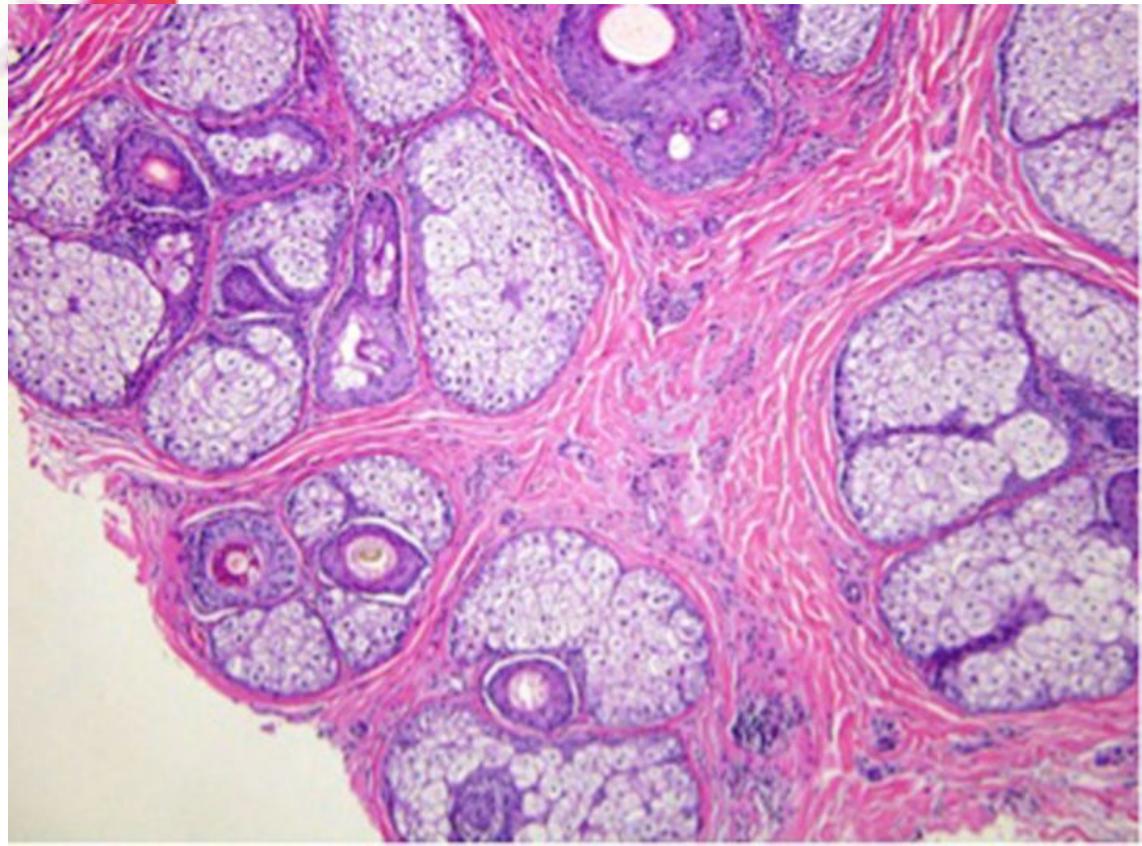
Заметное увеличение количество фолликулов в фазах катагена и телогена





Лимфоциты, несколько эозинофилов и меланин в фиброваскулярных трактах

Миниатюризированные фолликулы при хронических заболеваниях



КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10

- L63.0 Алопеция тотальная
- L63.1 Алопеция универсальная
- L63.2 Гнездная плешивость
(лентовидная форма)
- L63.8 Другая гнездная алопеция

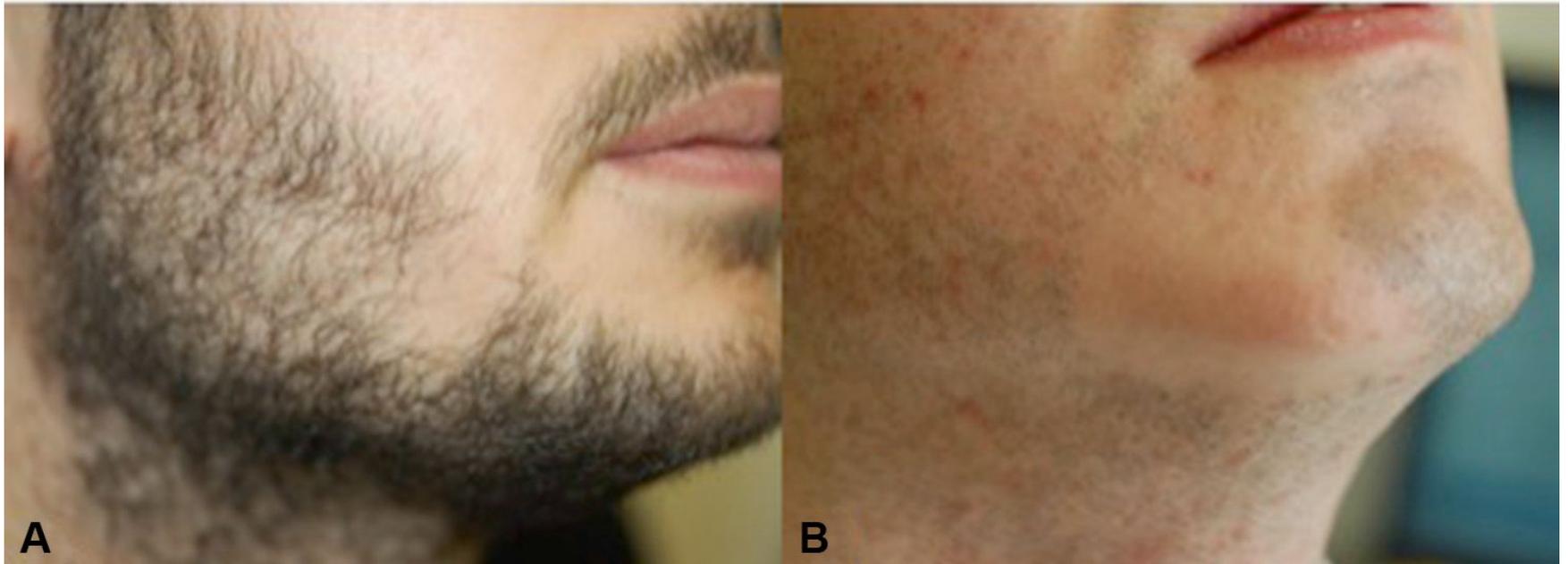
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- В зависимости от объема и типа облысения различают следующие клинические формы ГА:
- локальная (ограниченная);
- субтотальная;
- тотальная;
- универсальная.
- Другими формами ГА являются:
- многоочаговое (сетчатое) расположение участков алопеции;
- офиазиз;
- инверсный офиазиз (*sisapho*);
- диффузная форма.

Клиническая картина.



Локальная очаговая алопеция бороды



Прогрессирование (А) субтотальной очаговой алопеции до (В) тотальной алопеции.



Различные клинические проявления очаговой алопеции, включая (А и В) офоиз подтип с выпадением волос на затылочной части головы, (С) выпадение волос в андрогенном распределении, и (D) диффузный тип.





Стадии патологического процесса

- *Активная (прогредиентная, прогрессирующая) стадия.*
- *Стационарная стадия.*
- *Стадия регресса.*

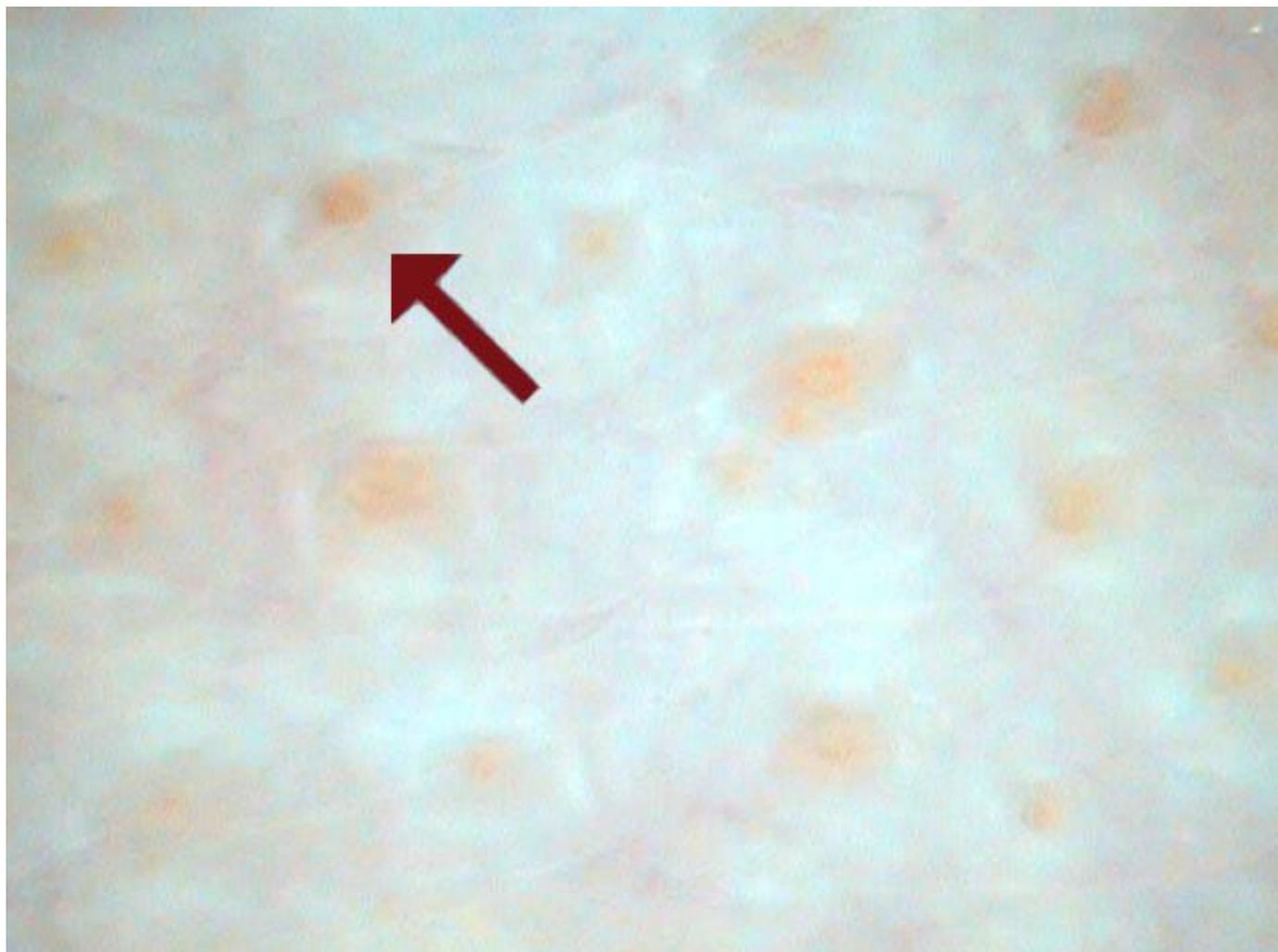
Ассоциированные с ГА состояния.

- Аутоиммунные заболевания щитовидной -у 8-28% больных
- Витилиго наблюдается у 3-8% больных ГА.
- Атопия по сравнению с общей популяцией регистрируется у больных ГА в 2 раза чаще.
- У родственников больных ГА существует повышенный риск развития диабета 1 типа; напротив, коэффициент заболеваемости у самих больных по сравнению с общим населением может быть ниже.
- У больных ГА наблюдается высокий уровень психических заболеваний, особенно тревожных и депрессивных расстройств.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания:
- наличия на коже очагов алопеции с чёткими границами;
- наличия в очаге пеньков волос в виде восклицательного знака и «зоны расшатанных волос» на границе очага (активная стадия);
- обнаружения при микроскопическом исследовании эпилированных из очага волос дистрофичных проксимальных концов в виде «оборванного каната»;
- наличия в очаге роста светлых пушковых волос (в стадии регресса); иногда по одному краю очага имеются обломки волос в виде восклицательного знака, а на противоположном – рост веллюса;
- обнаружения при осмотре ногтей признаков ониходистрофии: наперстковидных вдавливаний, продольной исчерченности, изменений свободного края в виде волнистых узур;
- выявления при трихоскопии (дерматоскопии волосистой части головы) «желтых точек», кадаверизированных волос, волос в виде восклицательных знаков.

Желтые точки перипилярные скопления себума



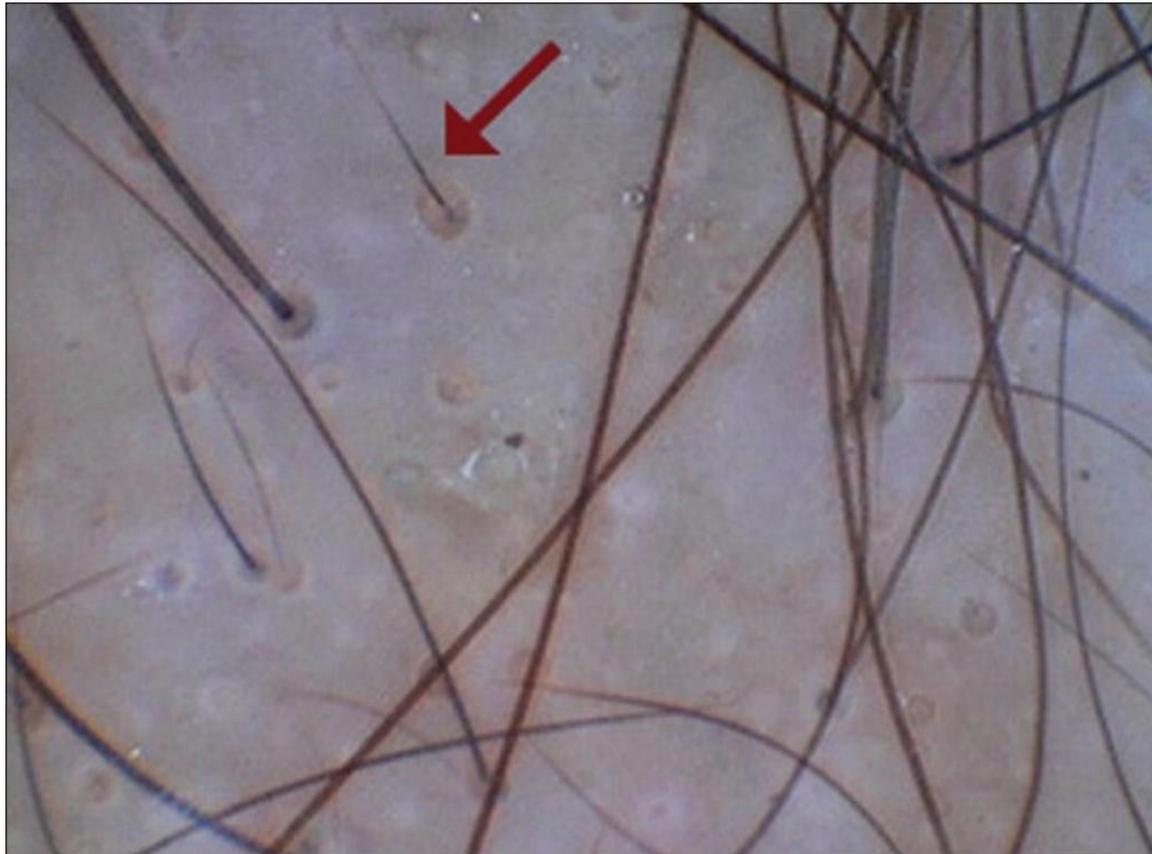
Черные точки кадаверизированные волосы



Конические волосы волосы в форме восклицательного знака



Дистрофические и короткие,
миниатюрные волосы, лишённые
пигмента - Псевдовеллус



Лабораторные исследования

- Исследования кожи и волос на наличие патогенных грибов;
- Микроскопическое исследование волос, эпилированных из краевой зоны очага (выявление дистрофичных концов волос – признака, патогномоничного для ГА);
- Гистологическое исследование фрагмента кожи волосистой части головы.
- Клинический анализа крови;
- Серологическое исследование для исключения красной волчанки и сифилиса;
- Определение в крови уровня кортизола (при планировании лечения глюкокортикоидными средствами системного действия - до лечения и спустя 4 недели после его окончания);

Лабораторные исследования

- Биохимический анализа крови: АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, холестерин, сахар крови, щелочная фосфатаза (при подозрении на токсическую алопецию, а также перед назначением фотохимиотерапии с применением фотосенсибилизаторов внутрь);
- Обзорная рентгенография черепа (для исключения объёмных образований области турецкого седла);
- Анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3 свободного, Т4 свободного, ТТГ, АТ к ТПО, АТ к ТГ) для исключения патологии щитовидной железы и пролактин для исключения пролактинемии.
- Реовазоэнцефалограмма (РЭГ) рекомендуется при распространённых формах ГА детям в возрасте до 12 лет с целью диагностики возможных нарушений кровообращения в системе церебральных сосудов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Дифференциальный диагноз проводят с трихотилломанией, диффузной токсической алопецией, трихофитией волосистой части головы, рубцовыми алопециями.

ЛЕЧЕНИЕ

1. ГКС топические, системные (преднизалон / клобетазола пропионат) и внутриочаговое введение триамцинолона ацетонид
2. Топическая иммунотерапия (контактные сенсибилизаторы: динитрохлорбензол, дибутиловый эфир скваровой кислоты и дифенилциклопропенон.)
3. Антиметаболиты и иммунодепрессанты (метотрексат, циклоспорин)
4. JAK ингибиторы (Тофацитиниб, Руксолитиниб, Барицитиниб)

5) Иммуномодуляторы

- Utstekinumab, антитело к IL-12 / IL-23p40,
- В одном отчете говорилось, что анти-ФНО терапия эффективна для ГА тогда как другой сообщил, что ГА появилась после ФНО-терапии
- Abatacept, CTLA-4-Ig для лечения ревматоидного артрита был эффективен у 3 из 15 пациентов с ГА .
- Блокатор фосфодиэстеразы (ФДЭ) 4 - апремиласт.

6) Аналоги простагландина F2a (латанопрост) Применяются при формировании алопеции в области роста ресниц

8) Богатая тромбоцитами плазма

- PRP значительно увеличила рост волос по сравнению с триамцинолоном ацетонидом или плацебо в двойном слепом исследовании с 45 пациентами с ГА.

9) Статины

- Статины, гиполипидемические препараты, они модулируют функции лимфоцитов, и были использованы для лечения воспалительных заболеваний кожи.
- Симвастатин / эзетимиб был эффективным у 14 из 19 пациентов с ГА.

Немедикаментозная терапия

- Узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера с длиной волны 308-нм .
- ПУВА-терапия. Используется псорален и его производные в дозе 0,5 мг на кг массы тела за 2 часа до процедуры.
- Криотерапия жидким азотом является альтернативой терапии

Тактика при отсутствии эффектов от лечения

- Больным с длительным отсутствием бровей может предлагаться дерматография или медицинская татуировка. Волосяные протезы, парики, шиньоны и другие накладки рекомендуются больным с ГА на период терапии или при отсутствии эффекта от лечения.

Литература

1. Балтабаев А. М. и др. Дифференциально-диагностические критерии гнездной алопеции //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2016. – Т. 19. – №. 6.
2. Сербина И. М., Овчаренко Ю. С. Оценка дерматоскопических маркеров при гнездной алопеции //Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2013. – Т. 1.
3. Тихоновская И. В., Лесничая О. В. Патоморфологические проявления гнездной алопеции //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 16. – №. 1.
4. Российское общество дерматовенерологов и косметологов //Федеральные клинические рекомендации по ведению больных алопецией гнездной. – 2015.
5. Dainichi T., Kabashima K. Alopecia areata: What's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic options? //Journal of dermatological science. – 2017. – Т. 86. – №. 1. – С. 3-12
6. Hordinsky M., Junqueira A. L. Alopecia areata update //, 34, 2. – 2015. – Т. 34. – №. 2. – С. 72-75.
7. Pratt C. H. et al. Alopecia areata //Nature reviews Disease primers. – 2017. – Т. 3. – С. 17011.
8. Strazzulla L. C. et al. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis //Journal of the American Academy of Dermatology. – 2018. – Т. 78. – №. 1. – С. 1-12.