

## ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Алиев А.Ш.  
Аббосханова Ф.Х.  
Рустамов Д.Д.

Ташкентская медицинская академия  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.15200952>

Изучение состояния кожи и ее придатков у пациентов с гнездовой алопецией (ГА) на сегодняшний день представляет собой одну из актуальных задач современной медицины. Существует широкий спектр факторов, способствующих развитию данного заболевания, включая генетические, аутоиммунные и внешнесредовые причины. Согласно последним данным, во всем мире отмечается рост числа случаев тяжелого течения гнездовой алопеции, что требует особого внимания со стороны специалистов. В данной статье представлена краткая информация о частоте встречаемости и клинических формах ГА на основе наблюдений, проведенных в одной из клиник города Ташкента.

**Ключевые слова:** гнездовая алопеция, частота встречаемости

The study of the condition of the skin and its appendages in patients with alopecia areata (AA) is currently one of the urgent tasks of modern medicine. There are a wide range of factors contributing to the development of this disease, including genetic, autoimmune, and environmental causes. According to the latest data, there is an increase in the number of cases of severe nesting alopecia worldwide, which requires special attention from specialists. This article provides brief information on the frequency of occurrence and clinical forms of AA based on observations conducted in one of the clinics in Tashkent.

**Key words:** nesting alopecia, frequency of occurrence

Гнездовая алопеция (ГА) является одной из наиболее часто встречающихся форм нерубцового облысения, охватывая более 80% всех случаев выпадения волос. В разных странах распространённость этого заболевания варьируется от 0,03–0,1% до 1,7–5% [Дерматология, 2015; Martinez-Mir A. et al., 2007; Dainichi T., 2017], а среди всех дерматозов её доля составляет от 3–5% до 8–12% [Мордовцев В.Н., Мордовцева В.В., 2002; McDonagh A., Messenger A., 2003; Trober B. et al., 2005]. В Соединённых Штатах Америки ежегодно фиксируется около 4,5 миллионов новых случаев заболевания [McMichael A., 2007]. Однако полноценных данных о распространённости ГА в нашей республике нет.

Хотя ГА может развиваться в любом возрасте, она чаще всего проявляется у людей трудоспособного возраста, причём её распространённость среди мужчин и женщин примерно одинакова. Согласно статистике, у 85% пациентов первые признаки болезни появляются до 40 лет [Tan E. et al., 2002]. В последние годы наблюдается рост числа заболевших, а также увеличение случаев тяжёлых и трудно поддающихся лечению форм [Шарова Н.М., 2004; Shapiro J., 2013; Fricke A., 2015]. В 15–25% случаев отмечается полное отсутствие волос на голове (тотальная форма), а у 2% — на голове, теле и конечностях (универсальная форма) [Романенко Г.И. и соавт., 2009; Дерматология, 2015].

С точки зрения клинической картины, ГА обычно начинается с выпадения волос на волосистой части головы, но может развиваться и на других участках тела. Появление очагов облысения часто не сопровождается болевыми ощущениями, и пациенты могут случайно обнаружить первые признаки заболевания. Внешне очаги облысения имеют круглую или овальную форму, кожа в этих областях гладкая и легко собирается в складки, а устья волосяных фолликулов сохраняются [1,2].

В зависимости от выраженности облысения различают несколько форм ГА: **Локальная форма** — единичные очаги облысения округлой или овальной формы; **Многоочаговая форма** — несколько очагов облысения, при этом могут быть поражены до 50% кожи головы; **Краевая форма** — очаги облысения локализируются на периферийных участках волосистой части головы и могут переходить на гладкую кожу; **Субтотальная форма** — волосы сохраняются лишь на небольших участках, остальные поражены облысением; **Тотальная форма** — полное отсутствие волос на всей поверхности волосистой части головы; **Универсальная форма** — полное облысение по всему телу, включая волосы на лице и теле [2,4,5,8].

Важным аспектом является динамика заболевания: у некоторых пациентов наблюдается циклическое возобновление роста волос в одних очагах и выпадение их в других, что может привести к распространению облысения на более крупные участки [3,4,6,7]. В некоторых случаях заболевание приобретает злокачественное течение с быстрым ростом очагов и возможным развитием тотальной или универсальной алопеции.

Кроме того, различные индексы и шкалы используются для оценки тяжести заболевания, с классификацией по Щуцкому, которая выделяет 4 степени тяжести: от одиночных очагов до тотальной и универсальной алопеции. Однако такие классификации не учитывают изменений на других участках кожи и ногтей, что является важным аспектом клинической оценки.

Международная группа экспертов-трихологов разработала стандарты для унификации методов исследования ГА. Эти методы позволяют более точно оценить степень потери волос, изменений ногтевых пластинок и других кожных поражений, а также позволяют объективно оценить эффективность лечения [1,4,9].

Учитывая тенденцию к распространенности ГА в всем мире, а также увеличению тяжелых форм течения, в том числе и в нашей Республике считается актуальным изучить распространённость данного процесса.

**Цель исследования:** изучить распространённость ГА на примере частной клиники АСМО.

**Материал и методы исследования:**

Исследование проводилось на базе кафедры дерматовенерологии и косметологии Ташкентской медицинской академии в частной клинике «Asmo clinic» города Ташкента. В исследовании приняли участие 58 пациентов с различными формами ГА. Оценку степени тяжести проводили по специальной стандартизованной системе систему SBN 2004, Olsen and all, которая позволяет объективизировать оценку потери волос на скальпе - S (Scalp), теле - B (Body), поражения ногтевых пластинок - N (Nail), а также осуществлять контроль эффективности лечения.

Под нашим наблюдением находилось 53 пациентов с различными формами ГА, из них 29 (54,7%) женщин и 24 (45,3%) мужчин. В возрасте от 18 до 44 лет. Средний

возраст мужчин составлял  $48,6 \pm 6,3$  и варьировал от 18 до 62 лет, а средний возраст женщин  $45,4 \pm 6,2$  и варьировал от 18 до 63 лет. Наибольшее число больных было в возрасте от 18 до 44 лет 27 пациентов (соответственно 10 (37,5%) и 17 (62,5%). Во всех возрастных группах число женщин было не равнозначным к числу мужчин.

При распределении больных с учетом давности заболевания наблюдалось превалирование числа мужчин над женщинами в 1 и 3 группах, причем достоверность отличия между полами во всех трех группах мы не наблюдали.

Оценку степени тяжести процесса мы определяли по потере волос по специальной стандартизованной системе систему SBN 2004, Olsen and all, при которой в последующем распределяли пациентов по трем степеням тяжести ГА: клинический вариант S1 B0 N0 рассматривается как легкая форма, S2 B0-2N0-1 – S3 B0-2N0-1 характеризует среднюю степень тяжести, а S4 B0-2 N0-1a-S5 B0-2N0-1a – тяжёлую степень ГА.

До лечения, через месяц и в течение терапии, и после завершения приема препарата всем пациентам проводили исследование общего и биохимического анализов крови для контроля печеночных аминаз. У всех пациентов до начала терапии было получено письменное согласие.

Статистическая обработка проводилась при помощи пакета статистического анализа «IBM SPSS Statistics 23». Различие средних величин считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение:**

При анализе распространенности кожного процесса при клинических формах ГА было выявлено значительная распространенность кожного процесс (вовлечение 2 и более анатомических зон). Примечательно, что большинство пациентов с ГА имели классическую клиническую картину в виде поражения нескольких областей волосистой части головы (таблица 1).

**Таблица 1**

#### **Анализ области поражения ГА у пациентов в исследовании**

Показатель	Категории	Пациенты	
		n	(%)
Область поражения	Височная область поражения	16	30,1
	Теменная область поражения	43	81,1
	Затылочная область поражения	15	28,3
	Несколько областей поражения	24	45,3

Так наиболее часто поражалась теменная область (81,1%) случаях, а наиболее меньше затылочная – всего в 28,3% случаев. Причем несколько зон поражений встречалось в 45,3% случаев.

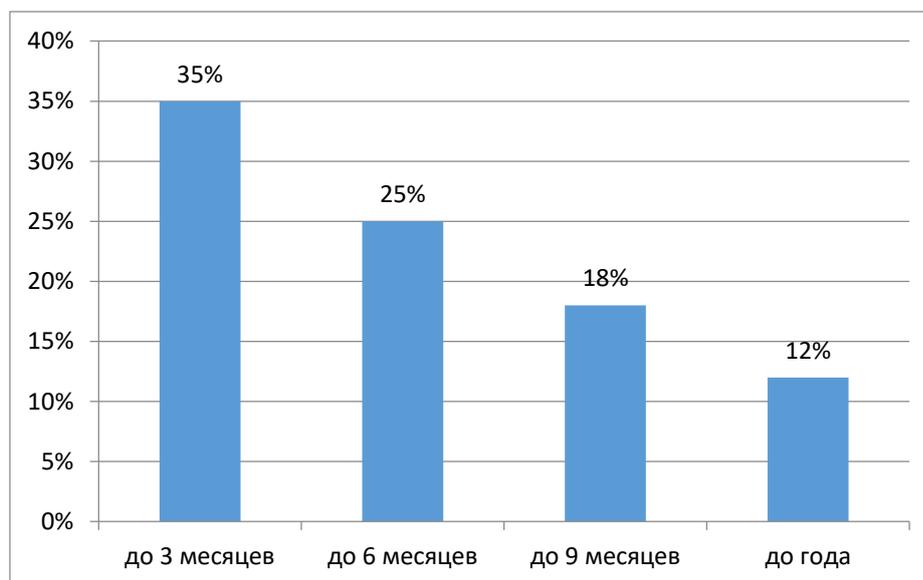
При проведении оценки степени тяжести ГА с помощью индекса SBN было выявлено, что основную группу пациентов составили пациенты с легким течением ГА (42,8%), со средней степенью тяжести (35,7%) пациентов и с тяжелым течением 12 (21,5%) пациента (таблица 2).

**Таблица 2.**

#### **Распределение больных гнездовой алопецией по шкале SBN**

Клиническая форма ГА (SBN)	мужчины	женщины	всего
	абс (%)	абс (%)	абс (%)
S1B0N0	23 (33,8%)	16 (35,8%)	39 (35,8%)
S1B1N0	3 (3,9%)	1 (1,9%)	5 (4,6%)
S1B0N1	-	1 (1,9%)	1 (0,9%)
S2B0N0	12 (22,1%)	8 (18,7%)	20 (17,4%)
S2B1N0	7 (10,4%)	9 (17%)	16 (14,7%)
S2B0N1	1 (1,3%)	2 (3,8%)	3 (2,7%)
S2B1N1	2 (2,6%)	2 (3,8%)	4 (3,7%)
S3B0N0	3 (5,2%)	1 (3,8%)	4 (3,7%)
S3B1N0	2 (5,2%)	1 (1,9%)	4 (3,7%)
S3B0N1	3 (3,9%)	1 (1,9%)	4 (3,7%)
S3B1N1	2 (3,9%)	1 (1,9%)	3 (2,7%)
S4aB1N1	2 (2,6%)	1 (1,9%)	3 (2,7%)
S5B0N1	1 (2,6%)	1 (3,8%)	2 (1,8%)
S5B2N1	1 (2,6%)	-	1 (0,9%)
<b>Всего</b>	<b>77 (59,2%)</b>	<b>53 (40,8%)</b>	<b>109 (100%)</b>

Первые очаги поражения на волосистой части головы или лице 33 (25,4%) больных (19 муж., 15 жен.) заметили сами, у 40 (30,8%; 23 муж., 17 жен.) – родственники, друзья, у 47 (36,1%; 31 муж., 16 жен.) – в парикмахерской, у 10 (7,7%; 5 муж., 5 жен.) – дерматолог/косметолог при обращении к нему больного с жалобами на усиленное выпадение волос. Длительность заболевания у больных приведена на рисунке 1.



**Рис. 1. Длительность заболевания у больных с ГА**

Большинство больных ГА (64,7%) страдали дерматозом до 3-х месяцев. В среднем продолжительность болезни составила  $1,9 \pm 0,2$  месяцев.



Как было сказано ранее у большинства больных ( $n = 38$ ) были единичные (1-2) очаги облысения, по 3-5 очагов – у 36, 6-9 - у 21, у 6 – 10-15 и более. У 6 больных наблюдались субтотальная, тотальная и универсальные формы ГА (рис 2).



**Рис 2. Количество очагов поражения у больных ГА**

Также у большинства больных (31,2%) были единичные (3-5) очаги облысения, по 1-2 очага – у 28,6%, по 6-9 очагов - у 18,6%, у 18,6% – 9 – 11 очагов и более 12 очагов у 9,2% пациентов (рис. 2). У 12 больных наблюдались: субтотальная 6 пациентов, тотальная 4 пациентов и универсальная у 2 пациентов формы ГА.

Клиническая картина локальной формы ГА у большинства обследованных больных характеризовалась наличием изолированных очагов облысения округлой, намного реже – овальной формы. У некоторых больных имелись слившиеся очаги поражения крупных размеров. Кожа в очагах поражения у всех больных была гладкая, без признаков атрофии, у большего числа пациентов нормального цвета, у меньшего – цвета слоновой кости. У большинства больных, преимущественно по периферии очагов, были сохранены пустые устья волосяных фолликулов. У многих больных кожа в очагах облысения была несколько запавшая, «утопленная». У больных, предъявлявших субъективные жалобы, при осмотре в очагах поражения определялась слабо выраженная эритема. У большинства пациентов (34 из 45) с I степенью тяжести ГА имелись единичные очаги поражения (у 18 больных – 1 очаг, у 20 – 2) размерами от 2 до 7 см в диаметре. У 11 больных наблюдались множественные очаги алопеции (у 7 больных – 3 - 4 очага, у 4 – 5 - 6), размеры очагов поражения составляли от 1 до 5 см в диаметре. У 41 из 43 больных с II степенью тяжести заболевания наблюдалась многоочаговая форма заболевания, у 11 – лентовидная. У больных с многоочаговой формой ГА количество очагов колебалось 3 до 19. Очаги поражения располагались повсеместно по волосистой части головы. У больных с количеством очагов от 3 до 7 размеры очагов колебались в большинстве случаев от 5 до 10 см в диаметре, с количеством очагов от 8 и более – от 3-4 до 7-8 см. У 6 больных с многоочаговой алопецией имелись очаги поражения в диаметре до 5-6 см, располагавшиеся в краевой зоне. Полное отсутствие волос в очагах поражения наблюдалось у 73 (81,1%) из 90 больных с локальной формой ГА, значительное поредение – у 10 (11,1%). У 7 (5,4%)

пациентов в центре очагов отмечалось наличие участков (у некоторых больных кольцевидной формы) с нормальными волосами.

Лентовидная форма заболевания у 11 больных проявилась большими очагами поражения, располагавшимися на периферических участках волосистой части головы в краевой зоне: у 5 пациентов они распространялись в виде ленты из области затылка до ушных раковин, у 4 – до височной области (обычный офиазис), у 2 больных - в лобно-теменной области (обратный офиазис). У 7 больных наблюдался один крупный очаг поражения размерами от 10 x 15 до 15 x 20 см. У 4 больных, кроме одного большого очага алопеции размерами от 8 x 12 до 13 x 15 см, определялись от 2 до 4 округлых очагов поражения до 3-5 см в диаметре.

Субтотальная форма ГА у 6 пациентов характеризовалась наличием обширных очагов облысения, которые у 4 больных занимали от 50 до 75% скальпа, у 2 – от 76 до 95% и более. Процесс потери волос у большинства больных продолжался от нескольких месяцев до нескольких лет, у некоторых - в течение 3 – 6 недель. У больных с алопецией до 95% скальпа на отдельных участках сохранялись 2-4 островков волос размерами до 4 см в диаметре, а также единичные тонкие обесцвеченные и пушковые волосы (рис. 3.6).

У 6 (18,5%) больных (все мужчины), 4 из которых страдали субтотальной, 5 – лентовидной, 5 – многоочаговой клиническими формами ГА, имелись от 1 до 5 очагов выпадения волос в области бороды и/или усов размерами от 2 x 3 до 4 x 7 см. Кроме этого, у 3 (8,5%; 2 мужчин, 1 женщин) пациентов (6 с субтотальной ГА, 5 – с многоочаговой) обнаружены участки отсутствия волос на бровях, у 4 (2 мужчин, 2 женщин с тяжелой формой ГА) и ресниц. Брови и ресницы выпадали полностью или значительно разрежались.

Частичная или полная потеря волос на коже туловища, конечностей, области половых органов, подмышечных впадинах выявлена у 12 (35,4%) пациентов: у 2 (4,1%) из 45 больных с легким течением ГА, у 18 (38,5%) из 43 – со средней тяжестью, у 24 (82,8%) из 29 – с тяжелым. У 2 больных с легким течением заболевания единичные округлые очаги поражения размерами 4 x 5 и 3 x 3 см располагались на коже лобковой области и низа живота. Среди больных со средним течением дерматоза количество очагов полного отсутствия или выраженного поредения волос разных размеров (от 3 до 10 см в диаметре) составляло от 3 до 5: у 8 больных очаги располагались на коже груди и/или спины и конечностей, у 5 – на коже предплечий и/или голеней и лобковой области, у 5 – в лобковой области и/или низа живота, голеней, у 2 – на коже рук и аксиллярных зонах. Среди больных с тяжелой формой ГА встречались пациенты, как с единичными, так и с множественными очагами поражения разной площади поредения или отсутствия волос. У 10 больных были 2-3 очага округлой или неправильной формы размерами от 3 до 6 см в диаметре, у 9 больных – 4-6 очагов размерами от 4 до 8 см, у 5 – полное отсутствие волос на коже предплечий и/или голеней, поредение – в лобковой области.

Тотальной формой ГА с полным отсутствием волос на волосистой части головы, лице страдали 4 больных (2 мужчин, 2 женщин) в возрасте от 27 до 40 лет. У 2 больных отмечалось еще отсутствие бровей и ресниц. У 2 больных на бровях и ресницах имелись единичные волосы.

Таким образом при проведении оценки степени тяжести ГА с помощью индекса SBN было выявлено, что основную группу пациентов составили пациенты с легким течением ГА (42,8%), со средней степенью тяжести (35,7%) пациентов и с тяжелым течением 12 (21,5%) пациента.

В основном мы наблюдали единичное поражение волосистой части головы, множественное поражение наблюдалось в 45,3 % случаях, при которых наблюдалось 3-5 очагов поражений.

### Литература:

1. Аравийская, Е.Р. Облысение. Дифференциальный анализ. Методы терапии / Е.Р. Аравийская [и др.] // СПб: СОТИС, 2003. – 176 с.
2. Alsharif SH, AlGhamdi KM. Evaluation of Scalp Hair Density and Diameter in the Arab Population: Clinical Office-Based Phototrichogram Analysis. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Dec 15;15:2737-2743. doi: 10.2147/CCID.S394045. PMID: 36545499; PMCID: PMC9762255.
3. Cervelli, V. The Effect of Autologous Activated Platelet Rich Plasma Injection on Pattern Hair Loss: Clinical and Histomorphometric Evaluation. / V. Cervelli [et al.] // Biomed Res Int. – 2014. – Article ID 760709, 9 p.
4. Douthit BJ. The influence of the learning health system to address the COVID-19 pandemic: An examination of early literature. Int J Health Plann Manage. 2021 Mar;36(2):244-251. doi: 10.1002/hpm.3088. Epub 2020 Oct 26. PMID: 33103264.
5. Gan, D.C. Prevalence of male and female pattern hair loss in Maryborough / D.C. Gan, R.D. Sinclair // J Investig Dermatol Symp Proc. – 2005. – Vol. 10 (3). – P. 184-189
6. Harrison S, Bergfeld W. Diffuse hair loss: its triggers and management. Cleve Clin J Med. 2009 Jun;76(6):361-7. doi: 10.3949/ccjm.76a.08080. PMID: 19487557.
7. Huang L, Jiang Q, Wu J, An L, Zhou Z, Wong C, Wu M, Yu H, Gan Y. Zinc finger protein 5 (ZFP5) associates with ethylene signaling to regulate the phosphate and potassium deficiency-induced root hair development in Arabidopsis. Plant Mol Biol. 2020 Jan;102(1-2):143-158. doi: 10.1007/s11103-019-00937-4. Epub 2019 Nov 28. PMID: 31782079.
8. Kil MS, Kim CW, Kim SS. Analysis of serum zinc and copper concentrations in hair loss. Ann Dermatol. 2013 Nov;25(4):405-9. doi: 10.5021/ad.2013.25.4.405. Epub 2013 Nov 30. PMID: 24371385; PMCID: PMC3870206.
9. Moattari CR, Jafferany M. Psychological Aspects of Hair Disorders: Consideration for Dermatologists, Cosmetologists, Aesthetic, and Plastic Surgeons. Skin Appendage Disord. 2022 May;8(3):186-194. doi: 10.1159/000519817. Epub 2021 Nov 23. PMID: 35707291; PMCID: PMC9149398.