

Є.М. Міхньова<sup>1</sup>, О.В. Гаврилюк<sup>1</sup>, М.В. Пацеля<sup>1</sup>,  
Ю.В. Щербаківа<sup>1,2</sup>, О.О. Яворовська<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

<sup>2</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

## Клінічний випадок рубцевої алопеції: псевдопелади Брока

**Мета роботи** — проаналізувати клінічні та трихоскопічні прояви в пацієнтки із псевдопеладой Брока, вибрати оптимальну тактику лікування, запобігти розвитку атрофії.

Описано власний клінічний випадок пацієнтки із псевдопеладой Брока. Діагноз було встановлено на підставі клінічних і трихоскопічних проявів псевдопелади Брока та призначено лікування.

*Пацієнтка В.*, 46 років, звернулася зі скаргами на випадання волосся. Захворіла 12 міс тому. Випадання волосся ні з чим не пов'язує. Суб'єктивних скарг не було, іноді відчувала незначне печіння у місці випадання волосся. Поступово розмір зони випадання збільшувався.

Результати огляду: на волосистій частині голови в ділянці маківки виявлено зону випадання волосся, вогнища неправильної форми. Шкіра у зоні облісіння блідо-рожевого кольору, гладка, ніжна, атрофічна, по периферії вогнищ волосся та шкіра не змінені. На уражених ділянках волосся легко видаляється по периферії вогнищ.

Зони облісіння нагадували осередки полум'я, розташовані асиметрично. Клінічні ознаки запалення відсутні.

Результати трихоскопії патологічної ділянки: відсутність фолікулярних усть, гладкі білі зони, розгалужені судини.

Пацієнтці призначено периферичний вазодилататор і вітаміни групи В. Місцево: кортикостероїд у формі лосьйону та шампунь для чутливої шкіри голови.

Через 3 тиж від початку лікування випадання волосся припинилось. Ділянка випадання не збільшилась, нових вогнищ не виникло. Протягом наступних 4 тиж відзначено позитивну клінічну динаміку.

**Висновки.** Псевдопеладу Брока важливо діагностувати на ранніх стадіях з метою призначення адекватного лікування, щоб запобігти розвитку атрофії, контролювати перебіг процесу в динаміці та оцінити ефективність проведеної терапії.

### Ключові слова

Псевдопелада Брока, лімфоцитарна рубцева алопеція, трихоскопічна діагностика.

**П**севдопелада Брока (син.: атрофічна алопеція, *alopecia atrophicans, pseudopelada Brocq*) — це лімфоцитарна рубцева алопеція. До лімфоцитарних рубцевих алопецій відносять: червоний плесканий лишай (класичний варіант, фронтальна фіброзуюча алопеція, синдром Грехама—Літтла); хронічний (дискоїдний) червоний вовчак; муцинозну алопецію; псевдопеладу Брока; центральну відцентрову рубцеву алопецію. Псевдопелада Брока характеризується появою вогнищ облісіння з ознаками атрофії шкіри. Вперше це захворювання описав L. Brocq 1885 р. у Парижі. Pelada — французьке слово для позначення гніздової ало-

пеції, тому L. Brocq визначив *pseudopelade* як «щось схоже на осередкову алопецію, але в той же час не осередкова алопеція» [2]. Таке порівняння він навів завдяки власному спостереженню: при псевдопеладі волоссяні фолікули відсутні, тоді як при вогнищевій — здебільшого наявні. Псевдопелада проявляється дегенерацією фолікулів, що призводить до появи множинних вогнищ алопеції без ознак запалення. Захворювання найчастіше спостерігають у жінок віком старше 40 років [1, 3]. Його вважають рідкісним.

Етіологія та патогенез невідомі. Останнім часом псевдопеладу вважають процесом, зумов-

леним імунними порушеннями, які відбуваються локально лише на рівні волосяного сосочка. Припускають, що ураження при рубцевій алопеції виникає в ділянці розташування стовбурових клітин зовнішньої кореневої піхви волосяного фолікула, який анатомічно є потовщенням зовнішньої кореневої піхви і розташований на рівні приєднання *M. arrector pili*. Якщо ця ділянка ушкоджується запальним інфільтратом, волосяний фолікул повністю руйнується, що призводить до рубцевої алопеції.

Дебют псевдопелади залишається непоміченим через відсутність суб'єктивних відчуттів. Несподівано для хворого виникають осередки облісіння, частіше на тім'яній чи верхній частині потилиці. У початковий період захворювання вони дрібні (розміром від 5 до 10 мм), ізольовані, круглі чи овальні, можуть збільшуватися та зливатися у вогнища більш неправильної форми. Шкіра у зоні облісіння блідо-рожевого кольору або віскоподібна, гладка, ніжна, атрофічна. По периферії вогнищ волосся та шкіра не змінені, характерною клінічною ознакою псевдопелади є зростання кількох волосин з одного отвору волосяного фолікула. На уражених ділянках волосся легко видаляється по периферії вогнищ, при цьому його коренева частина огорнута склоподібною муфтою. Висмикнуте волосся має вигляд обгорілого сірника — відзначають атрофію кореня волосини, волоссяна цибулина облямована борозною. Поступово процес прогресує, захоплюючи нові фолікули. Навколо ураженого волосся виникає рожева облямівка, а в гирлі — кератоз. Надалі волосся випадає та утворюється рубець.

Рубці, що утворилися, розташовуються розсіяно або групами. На білих атрофічних рубцях немає лущення та кірок. При бічному освітленні спостерігають згладженість та блиск поверхні. Поступово розрізнені осередки зливаються та утворюють ділянки облісіння химерної форми з різкими межами. Зони облісіння при псевдопеладі мають незвичайну форму, що стало приводом для їхнього порівняння зі слідами на снігу, осередками полум'я, листком конюшини. Вони розташовані асиметрично, схильні до злиття [1, 4]. Клінічні ознаки запалення відсутні. Випадання волосся має тривалий прогресуючий необоротний перебіг, через 15 або 20 років пацієнти можуть приховувати ділянки облісіння, а іноді протягом 2–3 років можливий розвиток тотальної рубцевої алопеції. Інтенсивність утворення вогнищ рубцевої алопеції у хворих різна, процес згодом може спонтанно зупинитися.

Гістологічно спостерігають масивний перифолікулярний та периваскулярний лімфоцитарний інфільтрат навколо верхньої та середньої трети-

ни фолікула, не торкаючись його нижньої частини. Пізніше інфільтрат проникає у стінки фолікулів, сальних залоз, руйнуючи їх, епідерміс стає тонким та атрофічним, дерма склеротично ущільнюється. Спостерігають ознаки фолікуліту без запальних змін [8, 9].

#### *Трихоскопічна картина*

Псевдопелада Брока має неспецифічні ознаки: відсутність фолікулярних усть, гладкі білі зони, зрідка ізольоване дистрофічне волосся, збережене по периферії вогнищ ураження, відсутність ознак, характерних для інших типів рубцевих алопецій [5–7].

Ефективної терапії немає. Алопеція є необоротним захворюванням. У разі стабільного хронічного процесу можна рекомендувати трансплантацію волосся.

За швидкого та необоротного знищення волосяних фолікулів потрібно встановити точний діагноз та провести повноцінне лікування з метою збереження якомога більшої кількості волосся. Лікувальні заходи мають бути спрямовані на уповільнення або припинення прогресування випадання волосся.

*Пацієнтка В.*, 46 років, звернулась зі скаргами на випадання волосся. Захворіла 12 міс тому. Випадання волосся ні з чим не пов'язує, суб'єктивні скарги відсутні, іноді визначає незначне печіння у місті випадання волосся. Поступово розмір зони випадання волосся збільшувався.

Результати огляду: на волосистій частині голови в ділянці маківки виявлено зону випадання волосся неправильної форми. Шкіра у зоні облісіння блідо-рожевого кольору, гладка, ніжна, атрофічна, по периферії вогнищ волосся та шкіра не змінені (рис. 1). По периферії уражених ділянок волосся легко видаляється.

При бічному освітленні виявлено згладженість поверхні. Зони облісіння нагадують осередки полум'я, розташовані асиметрично. Клінічні ознаки запалення відсутні.

Результати трихоскопії патологічної ділянки: відсутність фолікулярних усть, гладкі білі зони, розгалужені судини (рис. 2).

Показники загального та біохімічного аналізу крові та загального аналізу сечі в нормі, рівень глюкози в крові — 4,2 ммоль/л. Пацієнтці призначено пентоксифілін 100 мг по 2 таблетки тричі на добу протягом 1 міс та вітаміни групи В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>). Місцево: лосьйон мометазону фуруату 1 раз на добу впродовж 4 тиж; шампунь для чутливої шкіри голови.

Через 3 тиж від початку лікування випадання волосся припинилось. Ділянка випадання не збільшилась, нові ділянки — відсутні. На уражених



Рис. 1. Зона ураження шкіри



Рис. 2. Трихоскопія ураженої ділянки шкіри

ділянках волосся не видаляється по периферії вогнищ. Вогнища блідо-рожевого кольору, шкіра гладка, ніжна, атрофічна. Протягом наступних 4 тиж відзначено позитивну клінічну динаміку.

Диференціальну діагностику псевдопеладі Брока необхідно проводити з червоним плескатиим лишаєм (ЧПЛ) та дискоїдним червоним вовчаком (ДЧВ).

ЧПЛ представлений такими клінічними різновидами: класичний ЧПЛ; фронтальна фіброзуюча алопеція (ФФА); синдром Грехам—Літтла.

Класичний ЧПЛ, який локалізується у тім'яній ділянці, спостерігають у жінок віком до 50 років. Суб'єктивно проявляється свербіжем, печінням, з'єднанням між собою невеликих діля-

нок облісіння. Фолікулярний гіперкератоз та перифолікулярна еритема є типовими при ЧПЛ.

ФФА — облісіння з фронтальним або круговим зникненням лінії росту у вигляді стрічки різної ширини розміром 1–8 см — діагностують у жінок в період постменопаузи. Фолікулярний гіперкератоз та перифолікулярну еритему можна виявити у крайовій зоні росту волосся. Додатковою типовою ознакою ФФА є алопеція брів.

При синдромі Грехам—Літтла спостерігають вогнища ЧПЛ на голові, нерубцеву алопецію в аксиллярній та лобковій зонах, фолікулярний кератоз на тулубі, алопецію брів.

ДЧВ на волосистій частині голови може бути одним із проявів системної форми захворювання. Цей дерматоз рідко виникає на волосистій частині голови та розвивається переважно у жінок. Найчастіше уражається лобова та скронева ділянки, де утворюється одне, рідше кілька вогнищ, розміри яких із часом збільшуються. На початку виникнення типової ДЧВ волосистої частини голови спостерігають чітко відмежовану еритематозну бляшку, яка слабо інфільтрована і вкрита гіперкератотичними лусочками, що міцно прилягають до поверхні, з нерівномірно розташованими фолікулярними роговими пробками. Після пошкрябання вогнища, яке супроводжується болочістю (симптом Бенъе—Мещерського), лусочки важко відокремлюються з поверхні. Периферичний еритематозний віночок не завжди досить виражений або може бути відсутнім. Згодом вогнище набуває синюшного відтінку, в центральній частині розвивається атрофія шкіри з алопецією.

Псевдопеладі Брока важливо діагностувати на ранніх стадіях з метою призначення адекватного лікування, щоб запобігти розвитку атрофії, контролювати перебіг процесу в динаміці та оцінити ефективність проведеної терапії.

Рубцеві алопеції вимагають ретельної діагностики, раннього встановлення діагнозу та своєчасно розпочатої терапії; що довше існує алопеція, то складнішими є її диференціальна діагностика та лікування.

#### Конфлікту інтересів немає.

**Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — Є.М. Міхньова; збір матеріалу — Є.М. Міхньова, О.В. Гаврилюк; опрацювання матеріалу та написання тексту — Є.М. Міхньова, М.В. Пацеля; редагування тексту — Є.М. Міхньова, Ю.В. Щербакова, О.О. Яворовська.

#### Список літератури

1. Alzolibani AA, Kang H, Otberg N, Shapiro J. Pseudopelade of Brocq. *Dermatol Ther.* 2008;21(4):257-63. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00207.x.
2. Brocq L, Lenglet E, Aytrignac J. Recherches sur l'alopecie atrophiantе, variete pseudopelade. *Ann Dermatol Syphil (France).* 1905;6:1-32. doi: 10.1111/J.1529-8019.2008.00207.X.
3. Kluger N, Assouly P. Pseudopelade of Brocq (in French). *Ann Dermatol Venereol.* 2011;138(5):430-3; quiz 429, 434. doi: 10.1016/j.annder.2011.01.025.

4. Price V, Mirmirani P, editors. Cicatricial alopecia: an approach to diagnosis and management. New York: Springer; 2011. 102 p.
5. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al. Trichoscopy in cicatricial alopecia. *J Drugs Dermatol*. 2012; 11:753-758. PMID: 22648224.
6. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Atlas of trichoscopy: dermoscopy in hair and scalp disease. Springer London; 2012. 507 p.
7. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep*. 2011;5(4): 82-88. PMID: 22408709; PMCID: PMC3241952.
8. Somani N, Bergfeld WF. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Dermatol Ther*. 2008;21(4):221-237. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00203.x.
9. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology*. 2010;56(1):24-38. doi: 10.1111/j.1365-2559.2009.03439.x.

Y.M. Mikhnova<sup>1</sup>, O.V. Havrylyk<sup>1</sup>, M.V. Patselia<sup>1</sup>, Y.V. Sherbakova<sup>1,2</sup>, O.O. Yavorovska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv*

<sup>2</sup>*Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine, Kharkiv*

## Clinical case of scarring alopecia: pseudopelades of Brocq

**Objective** – to analyze the clinical and trichoscopic manifestations in a patient with pseudopelades of Brocq, to choose the optimal treatment tactics, to prevent the development of atrophy.

The clinical case of a patient with pseudopelades of Brocq is described. The diagnosis was established on the basis of clinical, trichoscopic manifestations of pseudopelades of Brocq and treatment was prescribed.

*Patient V.*, 46 years old, complained of hair loss. She fell ill 12 months ago. There is no reason to associate hair loss with anything. The patient has no subjective complaints, sometimes there is a slight burning sensation in the area of hair loss. Gradually, the area of hair loss increased in size.

Examination data: on the scalp, in the crown area, there is a zone of hair loss, with irregularly shaped foci. The skin in the balding area is pale pink, smooth, tender, and atrophic. On the periphery of the foci, the hair and skin are not changed. In the affected areas, hair is easily removed along the periphery of the foci.

The balding areas resemble foci of flame and are located asymmetrically. There are no clinical signs of inflammation

Trichoscopy of the pathological area shows the absence of follicular openings, smooth white zones, and branched vessels.

The patient was prescribed a peripheral vasodilator and B vitamins. A corticosteroid lotion and shampoo were prescribed for a sensitive scalp.

3 weeks after the start of treatment, hair loss stopped. The area of loss did not increase, and no new ones appeared. During the next 4 weeks, positive clinical dynamics were noted.

**Conclusions.** It is important to diagnose pseudopelades of Brocq in the early stages in order to prescribe adequate treatment that prevents the development of atrophy, track the course of the process in dynamics and assess the effectiveness of the therapy.

**Keywords:** pseudopelades of Brocq, lymphocytic cicatricial alopecia, trichoscopic diagnosis.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 20.06.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 28.07.2025.

Стаття опублікована / *Published* 29.09.2025.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2025;3:52-55. doi: 10.30978/UJDVK2025-3-52.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2025;3:52-55. http://doi.org/10.30978/UJDVK2025-3-52.

### Дані про авторів / *Author's informations*

**Міхньова Єлизавета Миколаївна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології  
<https://orcid.org/0009-0008-4463-1767>

E-mail: emihniova13@gmail.com

04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9

**Гаврилюк Олександр Васильович**, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології  
<https://orcid.org/0009-0003-1088-5148>

E-mail: drholik@gmail.com

**Пацеля Маргарита Василівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології  
<https://orcid.org/0000-0001-8832-9019>

E-mail: doktor\_aleksandr@ukr.net

**ЩербакOVA Юлія Валеріївна**, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології  
 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; ст. наук. співр. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<https://orcid.org/0000-0002-3682-7451>

E-mail: iuliiashcherbakova@gmail.com

**Яворовська Олена Олександрівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології  
<https://orcid.org/0009-0000-4155-9810>

E-mail: elena5050999@gmail.com