

Л.Д. Калюжна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Забута проблема захворювання волосся: алопеція в Чернівцях

Статтю присвячено історичній ситуації із багатьма випадками анагенової алопеції в Чернівцях у 1988 р. Подано сучасний погляд на класифікацію дифузних алопецій, визначено різні форми дифузних алопецій: телогенової, анагенової та андрогенетичної.

Ключові слова

Телогенова алопеція, анагенова алопеція, андрогенетична алопеція.

На жаль, в Україні в останні десятиліття ми стикалися з досить незвичними «екологічно-дерматологічними» ситуаціями, які повинні були б з часом стати своєрідною «школою» діагностики та лікування деяких досить рідкісних захворювань. Мені довелося бути в передових ланках експертизи таких випадків, як алопеція в Чернівцях, токсикодермія в Первомайську, хлоракне. Хочу стверджувати, що ці ситуації неординарні, мало відомі в медичній літературі, вимагали аналітичного підходу, послужили в подальшому ні з чим не зрівняним клінічним досвідом та спонукали мене до прискіпливого вивчення цих проблем і до сьогодні.

У листопаді нинішнього року вже можна «відзначати» 30-річчя складної екологічної ситуації в Чернівцях. Хочу наголосити, що незвичного захворювання з'явилося лише через два роки після чорнобильської трагедії, що, зрозуміло, зумовило у населення тривогу і соціальну напругу.

Що ж сталося? У середині листопада 1988 р. в Чернівцях несподівано, протягом кількох тижнів, до дитячих дерматологів почали звертатися батьки з приводу несподіваної (за 1–2 доби) безсимптомної втрати волосся у дітей. Медицина України відреагувала миттєво: було створено багатопрофільну комісію МОЗ, дітей госпіталізували в Москві та Києві (інститути педіатрії, акушерства та гінекології). Вже з перших днів я бачила цих дітей, щодня спостерігала за ними або в Чернівцях, або в Києві в Науково-дослідному інституті педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової. Активно працювали

з хворими та їхніми родинами дерматологи Чернівців на чолі із висококваліфікованим клініцистом професором Бухарович Аллою Михайлівною. Саме з тих днів та місяців склалася пошана до цих колег, які самовіддано, не рахуючись з переважанням, консультували досить велику кількість стурбованих батьків, оглядали та оформлювали медичні картки на дітей, відправляли на госпітальне обстеження. Передусім звертала на себе нашу увагу незвична клінічна картина облісіння, блискавичний перебіг захворювання із повною втратою довгого волосся. Але вже через деякий час я звернула увагу на те, що до Науково-дослідного інституту педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової стали потрапляти діти з іншими клінічними виявами облісіння, із дебютом захворювання за досить тривалий час до цих подій, а клінічна картина була класичною для вогнищевої алопеції. Зрозумівши, як гостро реагують батьки на термін «алопеція», з метою виділити групу саме тих хворих, які вирізнялися незвичним миттєвим перебігом дифузної втрати волосся, я у разі вогнищевої алопеції перейшла на забуту історичну термінологію: «гніздова плішивість», «колоподібне облісіння», «коло Цельса». Такий підхід дещо заспокоїв родини хворих із іншим діагнозом. Слід зазначити, що вже в грудні до лікарів звернулися понад 800 хворих дітей із різними ознаками випадіння волосся. І вже впевнено «оригінальну» форму несподіваного облісіння було зареєстровано у 132 дітей, і більше випадків вже не реєстрували від середини грудня. Таким чином, нові випадки незвичної

клінічної картини спостерігалися тільки до середини грудня. На щастя, під час обстеження дітей не виявили впливу невідомої речовини на внутрішні органи. Висновки державної комісії (в яку входили і військові спеціалісти, хіміки) і досі не оголошено, але саме незвична алопеція відповідала клінічній картині впливу талію. Було відпрацьовано протокол лікування, який передбачав детоксикаційну терапію (унітіол, метіонін), гепатопротектори, загальнопідтримувальну терапію), з часом діти пройшли курортну терапію, довгий час перебували під всебічним динамічним спостереженням.

Відносно «новизни» цього захворювання: в літературі тоді вдалося знайти тільки розділ «Алопеція, спричинена хімічними агентами» [3]. Вже згодом у літературі було подано чітку класифікацію дифузних алопецій, з'явилися терміни «телогенова алопеція», «анагенова алопеція», термін «передчасна алопеція» було замінено назвою «андрогенна алопеція», який на сьогодні прийнятий медичною спільнотою із обґрунтованою назвою — «андрогенетична алопеція». До слова, на відміну від всесвітньої дерматологічної номенклатури в російських протоколах анагенове облісіння називають «токсичною алопецією». Чи принциповим є розподіл дифузного випадіння волосся на окремі термінологічні визначення? Надзвичайно принциповим, бо в основі етіології цих станів лежать різні патогенетичні процеси, які вимагають від дерматолога відокремлених, зовсім різних алгоритмів обстеження та лікування. Скажу відверто, займаючись алопеціями ще з часу виконання кандидатської дисертації, глибоко увійшовши в діагностичну проблему Чернівців, написавши книгу про спадкові чинники в дерматології (зокрема патології волосся), багато років консультуючи хворих на різні форми захворювань волосся, постійно читаючи лекції та доповіді на цю тему (із бажанням донести диференціальну діагностику до дерматологів), не можу спокійно читати та слухати «нових скороспілих трихологів» [1, 2]. Разом із тим цей напрям у європейській, американській та японській літературі глибоко вивчають, відкрито несподівані тонкощі патогенезу, обговорюють у доказовій дерматології обґрунтовані пошуки терапії [9, 11]. Слід погодитися, що це досить складна діагностична та терапевтична проблема.

Так ось, від емоційної складової моїх вражень хочу повернутися до дифузних алопецій, з алопецією в Чернівцях включно. Всі захворювання волосся поділяють на вогнищеву та дифузну групи, на природжені та набуті, на рубцеві та не рубцеві, на захворювання стрижня волосся [5].

Дифузне випадіння волосся є однією зі складних та актуальних проблем дерматології. Бентежить та обставина, що зазвичай лікарі в цю категорію захворювань придатків шкіри зараховують усі форми втрати волосся, не розрізняючи їх, тому досить часто клінічний діагноз звучить як загалом неіснуючий в сучасній номенклатурі діагноз — «дифузне випадіння волосся». І це, погодьтеся, означає в загальних рисах картину випадіння, а аж ніяк не його природу без погляду на диференціально-діагностичні критерії. Нарешті, визначення однієї з клінічних форм випадіння волосся як «андрогенетична алопеція» з невідомих причин використовують не за призначенням, у інших випадках дифузних форм порідіння волосся. Досить поверхневе уявлення про різні форми дифузних алопецій, складнощі диференціальної діагностики із захворюваннями стрижня волосся позначаються на помилковій тактиці ведення хворих з тим чи тим захворюванням волосся.

Андрогенетична алопеція, за сучасним визначенням, — прогресуюче облісіння, спричинене впливом андрогенів на волоссяний фолікул у осіб зі спадковою схильністю [6, 7, 10]. Андрогенетична алопеція генетично зумовлена автосомно-домінантним геном з різною пенетрантністю, хоча можливий і полігенний тип наслідування. Генетично передається не випадіння волосся як таке, а підвищена чутливість волоссяних фолікулів лобно-тім'яної зони до чоловічих статевих гормонів, і діють гени лише під їхнім впливом. При тому підвищення їхнього рівня в крові не обов'язкове. Андрогенетична алопеція належить до автосомно-домінантних розладів із варіабельною пенетрантністю в однаковому ступені у чоловіків і жінок. У третини осіб із обтяженим родоводом можна припускати розвиток андрогенетичної алопеції незалежно від статі. Прогресуюче порідіння волосся призводить до поступової мініатюризації волоссяного фолікула та скорочення фази анагена. Діагноз андрогенетичної алопеції базується на клінічній картині та явному сімейному анамнезі.

Якщо значна кількість волосся вступає в фазу катагену передчасно, то через 2–3 міс виявляє себе алопеція. Вона має назву телогенового облісіння і досить часто розвивається після пологів або тяжкого захворювання, що триває до кількох місяців і зазвичай завершується повним видужанням після усунення причини [4, 8]. На деякий час оволосіння стає рідким та утримується таким до усунення патологічних чинників. Телогенове облісіння іноді називають «симптоматичним», бо часто спричинюють його лихоманка, стрес, гормональні кризи, приймання



Рис. 1. Хвора С., 4 роки (Чернівці, 1988 р.). Анагенова алопеція



Рис. 2. Хвора С., 2 роки. Анагенова алопеція
Волосся випало за 3 доби після куштування жуйки невідомого походження. Через місяць волосся відновилося



Рис. 3. Хворий М., 38 років. Анагенова алопеція
Волосся випало протягом 2 діб після отруєння під час вечері із конкурентом (потрапив у реанімацію)



Рис. 4. Хвора К., 25 років. Анагенова алопеція
Волосся випало за добу. В анамнезі прийом 20 пігулок антидепресанту із наміром суїциду

деяких медикаментів, голодування, вплив токсичних речовин. Постінфекційний гіпотрихоз може виникнути після грипу, малярії, дифтерії, дизентерії, скарлатини, тифів та інших інфекцій. Хронічне телогенове облісіння розвивається внаслідок регулярного прийому різних препаратів.

Як правило, роль хімічних речовин, що забруднюють навколишнє середовище, у виникненні алопеції та інших розладів росту волосся недооцінюють. Разом із тим у разі нез'ясованої втрати волосся за ймовірну причину завжди слід приймати можливу дію хімічних речовин. Анагенова алопеція може бути ознакою різноманітних інтоксикацій (отруєння солями важких металів, прийняття таких медикаментів, як антикоагулянти, цитостатики, борати, тиреостатичні та такі, що знижують вміст холестерину, гіпервітаміноз А) (рис. 1–4). Ці речовини пригнічують мітоз клітин сосочка волосся. Характерним для клінічного перебігу гострого анагенового обли-

сіння є втрата волосся, що швидко настає. Без будь-яких суб'єктивних ознак випадає тільки довге волосся за надзвичайно короткий проміжок часу — за 2–5 діб, при цьому зберігається пушкове та щетинисте волосся. Ознаками талієвого отруєння можуть бути нудота, блювання, слабкість, атаксія, тремор. Але найчастіше спостерігаються алопеція, втомленість та біль у ногах. Дуже характерно, що за малих доз талію алопеція може бути ізольованим симптомом. Таку ж дифузну алопецію можуть зумовити борати. Випадіння волосся виникає в разі отруєння вісмутом, ртуттю. Однак ці отруєння завжди супроводжуються поліневритами, ураженням нирок, печінки, центральної нервової системи, і дифузна алопеція настає пізніше вказаних явищ. Під час встановлення діагнозу зосереджують увагу на особливостях перебігу (швидкість випадіння) та клініки (немає тільки довгого волосся) в разі інтоксикаційного анаге-

нового облісіння. Для дослідження волосся на солі важких металів слід брати методом епіляції не те волосся, що випало, а те, що збереглося або виросло. Слід пам'ятати, що в волоссі важкі метали (та інші хімічні речовини) нагромаджуються протягом 3–16 тиж.

Прикладом анагенового облісіння можуть слугувати 132 випадки інтоксикаційної алопеції в Чернівцях у 1988 р., для яких було характерним надзвичайно швидке (протягом 2–5 діб) випадіння довгого волосся. Волосся висмикували з фолікулів без будь-якого зусилля. Загальне самопочуття при цьому не було порушеним. Експерти дійшли висновку, що це було отруєння

речовиною, яка містила солі важких металів, зокрема талію.

Мені б хотілось наголосити, що випадки гострої анагенової алопеції можуть зустрічатися в практиці дерматолога й нині. У моїй практиці такі випадки як у дітей, так і дорослих спостерігалися. У цих ситуаціях з анамнезу або згодом під час обстеження було доведено фактор отруєння. До слова, це може бути не тільки кримінальне, а й «гастрономічне» отруєння з використанням талію (який не має смаку, легко розчиняється, але підвищує візуальну привабливість продукції) безконтрольними приватними підприємцями.

Список літератури

1. Калюжна Л.Д. Хвороби похідних шкіри.— К.: Грамота, 2008.— 119 с.
2. Калюжна Л.Д. Спадкові захворювання шкіри.— К.: Грамота, 2016.— 95 с.
3. Рук А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы.— М.: Медицина, 1985.— 528 с.
4. Birch M.D., Messenger J.F., Messenger A.G. Hair Density, hair diameter and prevalence of female pattern hair loss // *Brit. J. Dermatol.*— 2001.— Vol. 144.— P. 297–304.
5. Dawber R., Van Neste D. Hair and Scalp Disorders.— London: Martin Dunitz, UK.— 1997.— 262 p.
6. Drake L.A., Dinehart S.M., Farmer E.R. et al. Guidelines of care for androgenetic alopecia // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 1996.— Vol. 38.— N 3.— P. 465–468.
7. Epstein P., Cotsarelis G. The biology of hair follicles // *New Engl. J. Med.*— 1999.— Vol. 341.— P. 491–497.
8. Guarrera M. Chronic telogen effluvium // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.*— 2000.— Vol. 14, suppl. 1.— P. 36.
9. Pierard-Francheinont C., Pierard G.E. The actinic telogen effluvium: a chronobiological threat // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.*— 1999.— Vol. 12, suppl. 2.— P. 47–49.
10. Sawaya M.E. Androgenetic alopecia: Overview // *J. Cut. Med. Surg.*— 1999.— Vol. 3.— P. 14.
11. Whiting D.A. Chronic telogen effluvium: Increased scalp hair shedding in middle-aged women // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 1996.— Vol. 35, N 6.— P. 899–906.

Л.Д. Калюжная

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

Забудана проблема захворювань волос: алопеція в Чернівцях

Стаття касається історическої ситуації со множеством случаев анагеновой алопеції в Чернівцях в 1988 г. Представляет современный взгляд на классификацию диффузных алопеций, дано определение различных форм диффузных алопеций: телогеновой, анагеновой и андрогенетической.

Ключевые слова: телогеновая алопеция, анагеновая алопеция, андрогенетическая алопеция.

L.D. Kaliuzhna

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

The forgotten problem of hair diseases: alopecia in Chernivtsi

The article deals with the historical situation and many cases of alopecia anagena in Chernivtsi in 1988. The paper presents a modern view on classification of alopecia diffusa, gives the definition of different forms of alopecia diffusa: alopecia telogena, alopecia anagena, alopecia androgenetica.

Key words: alopecia telogena, alopecia anagena, alopecia androgenetica.

Дані про автора:

Калюжна Лідія Денисівна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології
04295, м. Київ, вул. Богатирська, 32
Тел. (044) 413-53-52
E-mail: derma-nmapo@ukr.net