

Сучасні діагностичні методи в консультуванні хворих з трихологічною патологією

Г.С. Чеховська

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме

Сучасна трихологія вивчає велику кількість захворювань волосся і шкіри голови, що, активно прогресуючи, спричинюють часткову або повну втрату волосся, призводять до формування у пацієнтів косметичних дефектів, дискомфорту, психосоматичних розладів і впливають на якість їх життя. Тому важливо своєчасно встановити правильний діагноз і призначити відповідне лікування. У огляді наведено сучасні відомості про різноманітні специфічні та неспецифічні, інвазивні і неінвазивні методи діагностики в пацієнтів з трихологічною патологією.

Ключові слова: трихоскопія, трихограма, велус, біопсія, фази роста волосся, діагностика, трихологічна патологія, алопеція.

DOI: 10.33743/2308-1066-2019-4-52-56

У сучасній трихології, як і в будь-якій іншій сфері медицини, необхідність використання у повсякденній практиці передових технологій не викликає жодних сумнівів. Висока ефективність багатьох трихологічних методів підтверджена численними дослідженнями в усьому світі. Основою успіху лікування будь-якого захворювання є своєчасне і грамотне діагностування. У трихології ефективність лікування хворого залежить не лише від практичного досвіду фахівця, а й від майстерного володіння сучасними діагностичними методами [2, 7].

Основним об'єктом діагностики в трихології є оцінка стану волосся та шкіри голови. Мета таких досліджень полягає у визначенні структури й типу волосся, оцінці фаз росту волосся, встановленні причин їх випадіння, виявленні змін у структурі стрижня волосини, волосяних фолікулів, волосистої частини голови, висипань і утворень на шкірі голови. Умовно методи діагностування в трихології можна розділити на:

- спеціалізовані і неспеціалізовані;
- методи, призначені переважно для науково-дослідних цілей і практичної роботи;
- з точки зору маніпуляцій, що проводяться з пацієнтом;
- неінвазивні, напівінвазивні та інвазивні.

До неспеціалізованих можна віднести методи лабораторної (клінічної) діагностики, ультразвукове дослідження (УЗД). До спеціалізованих відносять трихоскопію, трихограму і фототрихограму з контрастуванням, спеціалізовані діагностичні комп'ютерні програми, що дають змогу вимірювати товщину і щільність волосся, кількість фолікулярних юнітів на одиницю площі; біопсію і численні види мікроскопії, а також метод оглядових фотографій [2].

Як і в багатьох інших діагностичних напрямках, первинним є огляд пацієнта і призначення загальноклінічних аналізів, які дають змогу оцінити стан здоров'я пацієнта на підставі даних біохімічних,

імунологічних, молекулярно-біологічних, серологічних, генетичних та інших методів. УЗД, комп'ютерна томографія (КТ) також можуть призначатись пацієнту як фахівцем-трихологом, так і іншими вузькими спеціалістами. Методи лабораторної діагностики дають змогу підтвердити або виключити такі стани, як залізодефіцитна анемія, гіповітамінози, дефіцит мікроелементів, порушення функції щитоподібної залози, гіперандрогенемія, генетичні зміни, які можуть бути як основною причиною випадіння волосся, так і чинниками, що обтяжують цю проблему [7, 12].

Крім вищеперерахованих методів трихологи та лікарі інших спеціальностей використовують **спектральний аналіз волосся**. Метод не є специфічним при дослідженні захворювань волосся. Завдяки здатності накопичувати всі мікроелементи, наявні в організмі протягом останніх декількох тижнів, волосся може надати інформацію про метаболічну активність організму. За допомогою цього методу можна встановити співвідношення токсичних і необхідних мікроелементів в організмі, зробити висновки про надлишок або дефіцит конкретних речовин і мікроелементів в організмі в період росту досліджуваного матеріалу.

Спектральний аналіз дає змогу в подробицях довідатися про особливості харчування пацієнта, його спосіб життя, наявність шкідливих звичок, специфіку роботи, а також діагностувати такі хвороби й стани, як імунодефіцит, цукровий діабет, ожиріння, гіпертонія, патологія серця та судин тощо. За методикою дослідження з різних зон потиличної ділянки голови пацієнта зістригають кілька невеликих пасм волосся. Загальна ширина пасма становить 1 см, довжина – 4 см.

Спектральний аналіз надає дані про наявність у волоссі та співвідношення 29 елементів, в тому числі 5 токсичних мікроелементів. Отримані результати ретельно аналізують і розробляють індивідуальну програму корекції мінерального обміну.

Одночасно або після проходження неспеціалізованого обстеження пацієнт долучається до спеціалізованих методів дослідження, таких як тест натягу волосся, тест на випадіння волосся при митті голови, трихограма, трихоскопія, фототрихограма, метод оглядових фотографій і гістологічне дослідження біоптатів.

Тест натягу волосся (pull test) проводить лікар-трихолог. Пацієнтові рекомендують не мити голову впродовж 5 днів до процедури. В 4 зонах – тім'яній зліва і справа, лобовій і потиличній – між великим і вказівним пальцями захоплюють невеликий пучок волосся (до 60 штук) і з деяким зусиллям, але не дуже різко, тягнуть. Якщо в руках дослідника залишиться понад 10% волосся, тест вважається позитивним і свідчить про наявність патологічного випадіння волосся. Менша кількість витягнутого волосся свідчить про фізіологічне випадіння волосся.

Особливу увагу необхідно звернути на зони з позитивним тестом. При андрогенетичній алопеції (АГА) тест буде позитивним в тім'яній зоні і негативним – у потиличній. При хронічній телогеновій алопеції волосся випадатиме дифузно, в кількості 6–8 штук, волоссяні цибулини матимуть вигляд звичайного телогенового волосся. Такі самі ознаки будуть при гострому телогеновому випадінні волосся, проте кількість екстрагованого волосся буде значно більшою (до 40%).

Недоліком тесту є те, що зусилля, з яким тягнуть волосся, можуть варіювати. Частина пацієнтів можуть видаляти телогенове волосся, розчісуючись гребінцем з частими зубцями, тоді як інші розчісують волосся вкрай дбайливо, тим самим накопичують телогенове волосся. Також результат тесту залежить від пори року: навесні і восени з природних причин випадає більша кількість волосся, і це слід брати до уваги при тлумаченні результатів тесту. Таким чином, даний тест можна рекомендувати лише як скринінговий, і в складних ситуаціях фахівець має використовувати об'єктивніші методи оцінки інтенсивності випадання волосся.

Трихологи рекомендують пацієнтам вдома самотійно проводити **тест на випадіння волосся під час миття голови і модифікований тест на миття волосся**. Суть тесту полягає в тому, що підраховують загальну кількість волосся, що випало під час миття голови, тобто підраховують волосся, яке випадає, по всій голові, а не з того чи іншого конкретного місця, як при тесті натягу волосся. Пізніше цей тест було модифіковано: було запропоновано не просто збирати і підраховувати волосся, що випало, а поділяти його на кілька груп залежно від довжини і підраховувати волосся в кожній з цих груп. Це дає змогу проводити диференційну діагностику телогенової і АГА.

Готуючись до тесту, пацієнт не повинен мити голову протягом 5 днів. Після миття волосся шампунем необхідно марлею прикрити стічний отвір у ванній. Зібрати все волосся, що залишилося у ванній, і розкласти його в ряд на білому папері. Порахувати загальну кількість волосся, кількість волосся довжиною до 3 см, від 3 до 5 см. Волосся довжиною менше 3 см зазвичай є велусним. Серед короткого волосся можуть виявитися волосини, поламані або зрізані під час стрижки – вони мають «тупий» кінчик. Такі волосини вважають «довгими». Тест недоцільно проводити, якщо довжина волосся пацієнта менше 6 см. Має значення інтенсивність, з якою пацієнт розчісує волосся в дні підготовки до тесту, та зусилля, які прикладає під час його миття.

У нормі кількість волосся, що випадає таким чином, становить 200–250. При АГА частка велусного волосся, що випало, зазвичай перевищує 10%, при телогеновому випаданні – менше 10%; загальна кількість волосся, що випало, при АГА зазвичай не перевищує 100, при телогеновій алопеції – перевищує 250. Для точності результатів варто, як і в випадку тесту на натяг волосся, провести кілька тестів впродовж певного періоду часу і усереднити отримані результати. Таким чином буде отримано набагато точніший загальний результат.

Метод оглядових фотографій – неінвазійний метод, що використовують у дерматології та трихології для вивчення стану шкіри й волосся, а також для оцінки ефективності лікування в динаміці. Цей метод набув широкого поширення після його використання в клінічних дослідженнях з оцінки ефективності фінастериду. Пацієнт під час спостережень і лікування не повинен змінювати довжину, колір волосся, зачіску. У день дослідження пацієнт має помити волосся, але не використовувати будь-яких засобів для укладки.

Стереотаксичний прилад для оглядових фотографій складається з пристрою, що фіксує голову пацієнта в одному положенні, фотоапарату зі спеціально налагодженою системою спалахів і спеціальної панелі або лінійки, що вимірює і фіксує відстань між пристроєм і пацієнтом. Основне завдання стереотаксичного пристрою – створити однакові умови зйомки досліджуваної ділянки для оцінювання результатів лікування в динаміці під час наступних сеансів. Рекомендується проводити оцінку результатів через 3, 6 і 12 міс після початку лікування.

Трихограма проводиться з метою оцінки коренів волосся і співвідношення фаз росту волосся, тобто морфометричної оцінки волосся. Перед проведенням трихограми волосся не можна мити протягом 5 днів. Згідно з методикою за допомогою затискачів чи пінцета, бранші якого захищені гумовими трубочками, з 2 стандартних зон депілюють приблизно до 60–80 волосин. Волосся затискають на відстані 0,5 см від шкіри голови. Виривають швидким рухом, в напрямку росту волосся.

У разі підозри АГА або телогенової алопеції рекомендовано депілювати волосся з точки, яка знаходиться на відстані 2 см від фронтальної лінії і 2 см від середньої лінії голови; другою зоною є ділянка, яка знаходиться на 2 см латеральніше від потиличного бугра. При гніздовій алопеції (ГА) рекомендовано депілювати волосся з зони, де волосся розхитане; другою зоною є контрлатеральний бік в інтактній зоні.

Корені волосся фіксують на предметному склі і досліджують під мікроскопом при малому збільшенні. Оцінюють відсоток анагенового, телогенового і катагенового волосся.

Слід мати на увазі, що неправильна техніка депіляції призводить до штучного завищення кількості дистрофічного і поламаного волосся в трихограмі. Метод є болісним, травматичним і завдає дискомфорту пацієнту.

Трихотрія з трихограмою окремих юнітів – напівінвазійний метод дослідження, за допомогою якого оцінюють депільоване волосся. Ділянку волосистої частини голови знежирюють сумішшю ацетону та ізопропілового спирту, маркером окреслюють поле дослідження. Затискаючи волосся, епілюють по одній волосині і розкладають по довжині на двосторонньому скотчі.

Мікроскопічний аналіз дає змогу оцінити співвідношення волосся в різних фазах росту. За допомогою

спеціального мікрометра вимірюють діаметр волосини, виявляють відсоток пушкового волосся, також проводять ретроспективну оцінку інтенсивності випадіння волосся з даної ділянки.

У нормі діаметр термінального волосся становить в середньому близько 80 мікрон. У разі гострої анагенової алопеції дослідження коренів волосся покаже, що волосся перебуває в анагеновій фазі. При синдромі анагенової алопеції корені анагенового волосся матимуть ознаки дисплазії. При ГА в зоні розхитаного волосся їх корені будуть дистрофічними.

Незважаючи на високу точність, надійність і відтвореність цього методу, дослідження займає багато часу, завдає дискомфорту пацієнту, і тому широко не застосовується в практичній роботі лікаря.

Фототрихограма – метод загально визнаний і широко поширений у клінічній трихологічній практиці завдяки високій точності й доступності. Використовують стандартну фототрихограму (рис. 1) і фототрихограму з контрастуванням (рис. 2) із залученням спеціалізованої комп'ютерної програми.

Фототрихограма дає змогу вивчати наживо фази росту волосся і визначати різні параметри, в тому числі щільність і діаметр, відсоток волосся в фазі анагену й телогену, середню швидкість росту, кількість термінального і велусного волосся, а також оцінювати ефективність лікування в динаміці. Для проведення диференційного діагнозу між АГА і дифузним випадінням волосся фототрихограму слід виконувати в двох зонах – лобно-тім'яній і потиличній. А для оцінки лікування вибирають зону вираженого стоншення волосся.

За методикою спочатку в обраних зонах розміром 10x10 мм зривають волосся тримером. Через 2–3 дні ділянку підфарбовують спеціальним безаміачним барвником для волосся і за допомогою підключеного до комп'ютера трихоскопа фіксують зображення у 40–60-разовому збільшенні. Потім зображення заносять у спеціальну комп'ютерну програму, яка порівнює і підраховує отримані дані в зонах дослідження за загальною кількістю волосся на 1 см² шкіри, а також за кількістю велусоподібного, анагенового і телогенового волосся.

Фототрихограма вирізняється високою точністю тільки в разі її проведення кваліфікованим фахівцем, що має відповідні практичні навички та достатній досвід роботи з даною програмою, тому що підрахунок даних відбувається в напівавтоматичному режимі.

На західному ринку з'явилась нова автоматизована програма для проведення фототрихограми, але вона має свої недоліки: в автономному режимі система сприймає 2-3 тонкі волосини, розташовані близько одна до одної, як одну товсту волосину. Тому застосування такого повністю автоматизованого методу діагностики не може гарантувати високу точність підрахунку.

Трихоскопія є важливим інструментом обстеження трихологічного пацієнта і проведення диференційної діагностики захворювань волосся та шкіри волосистої частини голови. Метод також довів свою ефективність у діагностиці себореї та псоріазу шкіри волосистої частини голови. Метод дає змогу оцінити наживо стан трихоскопічних структурних одиниць: стрижня волосся – структуру та діаметр, усть волосяних фолікулів і судин шкіри скальпа, перифолікулярного епідермісу. Візуалізація структурних порушень стрижнів волосся

при трихоскопії дає можливість діагностувати генетичні захворювання стрижнів волосся, такі як синдром Нетертона, монілетрікс та ін.

Розрізняють трихоскопію імерсійну і без використання імерсії – «суху». Імерсійна трихоскопія допомагає оцінити стан судин і шкіри скальпа, тоді як «суха» – інформативніша для виявлення лущення, проявів себореї, перифолікулярного гіперкератозу [1].

Для трихоскопії використовують лінзи з різним збільшенням – від 10- до 1000-разового, найчастіше – діапазоном збільшення від 40 до 60. Трихоскопія дає змогу відрізнити нормальне термінальне волосся від велусного, товщина якого не перевищує 0,03 мм, а також виявити волосся у вигляді знаку оклику, характерне для ГА, довжина якого становить не більше ніж 1–2 мм (рис. 3).

Устя волосяних фолікулів прийнято описувати за допомогою терміну «точка». Чорні точки (кадаверизоване волосся) характерні для ГА, жовті точки зустрічаються при ГА і АГА, а жовті точки формату «3D» – при рубцевій алопеції, червоні точки характерні для дискоїдного червоного вовчачка [2].

Також є інформативним виявлення особливостей мікровазуляризації шкіри. Так, крапкові та гломерулярні судини – характерна ознака псоріазу шкіри скальпа, а розгалужені судини усередині жовтих точок спостерігають при дискоїдному червоному вовчачку [1].

До порушень структури та змін кольору шкіри скальпа, які візуалізують при трихоскопії, відносять: гіперпігментацію у вигляді «медових сот», що свідчить про надмірну інсоляцію шкіри волосистої частини голови; перипілярні знаки, які з'являються на ранніх стадіях АГА; а також перифолікулярний фіброз, характерний для різних форм фіброзної алопеції.

Характерними трихоскопічними ознаками рубцевих алопецій є ділянки молочно-червоного кольору (переважно при плоскому волоссяному лишай) або кольору слонової кістки (на початковій стадії фронтальної фіброзної алопеції) в поєднанні з відсутністю усть волосяних фолікулів, а також перифолікулярний гіперкератоз у вигляді променів, що нагадують зірку (характерний для декальвуючого фолікуліту), або у вигляді



Рис. 1. Правильно виконаний знімок для підрахунку параметрів фототрихограми

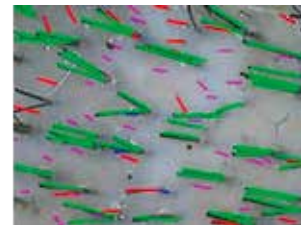


Рис. 2. Фототрихограма з забарвленням



Рис. 3. Трихоскопія: короткі волосні стрижні

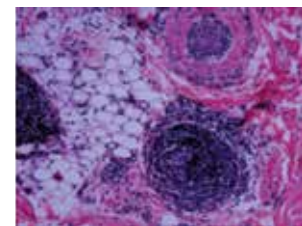


Рис. 4. Гістологічна картина ГА (у полі зору два волосяних фолікула. У верхній частині – катагенове волосся з потовщеною (гіалінізованою) складчасту мембраною. У перифолікулярній частині нижнього фолікула виражений запальний інфільтрат («бджолиний рій»). Фарбування гематоксиліном і еозином; x100)

концентричних лусочок навколо усть фолікулів (зустрічається при плоскому волосяному лишайі) [1, 2].

Трихоскопія допомагає виявити анізотрихоз – наявність волосся різного діаметру (специфічна ознака АГА), а також визначити кількість волосся у фолікулярних юнітах та їх розташування один відносно одного. Клінічно важливе значення має збільшення і зменшення кількості окремих фолікулярних юнітів, а також збільшення відстані між ними, що характерно для АГА. Збільшення кількості фолікулярних юнітів, що мають 4 і більше волосин, характерне для рубцевих алопецій, зокрема плоского волосяного лишайі і декальвуючого фолікуліту.

Поєднання трихоскопії із застосуванням ультрафіолетового випромінювання з довжиною хвилі, що відповідає спектру лампи Вуда, полегшує встановлення діагнозу при підозрі на кератомікози шкіри голови, фолікуліти, спричинені грибами роду *Malassézia*, різні типи порфірій.

Результати описаних вище методів дослідження не завжди бувають однозначними та очевидними. У складних випадках за необхідності диференційної діагностики на допомогу трихологу приходять високоспеціалізований метод – **гістологічне дослідження біоптатів** шкіри волосистої частини голови. Необхідність у біопсії виникає при підозрі на аутоімунний характер випадіння волосся, поєднанні ознак дифузної та ГА, при підозрі на рубцеві форми алопецій, фолікулярний плоский лишай, дискоїдний червоний вовчак тощо.

Дуже важливим є визначення правильного місця взяття біопсії. При підозрі на нерубцеву алопецію біоптат потрібно брати з центра ділянки випадіння волосся, при рубцевій алопеції – з активних периферійних меж.

Методика проведення полягає у виконанні глибоких циліндричних розрізів, що охоплюють всі шари шкіри, за допомогою спеціального інструмента для взяття біопсії – панча. За всіма міжнародними стандартами необхідно проводити забір 2 панч-біоптатів діаметром 4 мм кожен. З одного біоптата виготовляють вертикальні, з іншого – горизонтальні (поперечні) зрізи. Вертикальні зрізи необхідні для оцінки змін у зоні епідермально-дермального з'єднання, ліхеноїдних змін і для діагностики рубцевих форм алопеції (дискоїдний червоний вовчак, червоний плоский лишай). Горизонтальні зрізи дають змогу оцінити загальну кількість волоссяних фолікулів, визначити співвідношення фолікулів у фазі анагену, телогену, співвідношення термінальних і пушкових фолікулів тощо, візуалізувати патологічні зміни на рівні перехідної, верхньої чи нижньої частини дерми, підшкірно-жирової клітковини, візуалізувати кожен фолікул, оцінити щільність волосся, точно виміряти розмір фолікула.

Нерубцева дифузна алопеція морфологічно характеризується розширеними устями волоссяних фолікулів, фолікулярним гіперкератозом, слабо вираженим акантозом, вакуольною дистрофією клітин мальпігієвого шару. Кількість волоссяних фолікулів нормальна, цибулини волосин розташовані в середній третині дерми. Клітини зовнішньої епітеліальної піхви вакуолізовані, просвіти судин розширені. У дермі мізерні периваскулярні та перифолікулярні гістіолімфоцитарні інфільтрати з домішками нейтрофілів. Потові залози та м'язи, що піднімають волосся, збережені [5].

При псевдопеладі Брока гістологічно виявляють перифолікулярні та периваскулярні лімфоцитарні інфільтрати, переважно на рівні фолікулярної воронки, а також втрату епітелію сальних залоз і фібротичні тяжі

в підшкірно-жировій клітковині без переходу меж або фолікулярні пробки. Барвники для еластину дають змогу відрізнити псевдопеладу (стійкі еластинові волокна навколо середини волосяного стрижня в волосяному фолікулі) від плоского волосяного лишайі і червоного вовчака (втрата еластинових волокон у цій локалізації) [3, 12]. На ранніх етапах в дермі визначаються перифолікулярні інфільтрати з лімфоцитів, гістіоцитів, іноді з домішками плазмоцитів, тканинних базофілів, можливий фолікулярний кератоз. Пізніше виявляють стоншення епідермісу, атрофію волоссяних фолікулів, відсутність або зменшення кількості сальних залоз, периваскулярні інфільтрати з лімфоцитів і плазматичних клітин, фрагментованість колагенових і еластичних волокон (склерозування дерми) [4, 6].

При дискоїдному червоному вовчаку в епідермісі виявляють поширений фолікулярний гіперкератоз (рогові пробки в устях волоссяних фолікулів), а також вакуольну дистрофію клітин базального шару – патогномонічну ознаку. Товщина епідермісу може бути різною: ділянки акантозу змінюються стоншеним мальпігієвим шаром і згладженими виростами епідермісу. У старих вогнищах виражена атрофія епідермісу. Навколо волоссяних фолікулів, сальних залоз і судин є інфільтрати, що складаються переважно з лімфоцитів і невеликої кількості плазматичних клітин, гістіоцитів і макрофагів. В ділянці інфільтратів колагенові й еластичні волокна зруйновані, на інших ділянках дерма розпушена внаслідок набряку.

Рання стадія фолікулярного декальвуючого червоного лишайі характеризується стрічкоподібним мононуклеарним клітинним інфільтратом уздовж дермо-епідермальної межі, вакуольною альтерацією клітин зовнішньої волоссяної піхви і клиноподібним гіпергранульозом в усті враженої волосини. Часто зустрічається виражений дискератоз, іноді – некроз полігональних базальних кератиноцитів. Колоїдні тільця, або тільця Сиватта, зустрічаються рідше, ніж при ураженні гладенької шкіри. Запальна реакція найбільш виражена у верхній частині фолікула, але іноді може охоплювати весь фолікул. Периваскулярні і перікринові лімфоцитарні інфільтрати в середній і глибокій частині дерми відсутні [9, 11].

Гістологічна картина при ГА свідчить про наявність імунопатологічного процесу. У початковий період основні зміни відзначаються в волоссяних фолікулах у вигляді порушення структури зовнішньої і внутрішньої епітеліальних піхв, атрофії сосочка волосини, деформації цибулини. У пацієнтів з ГА виявляють еозинофіли в перибульбарному інфільтраті, трихомаліцію, потовщення склоподібної мембрани, скупчення лімфоцитів навколо волоссяних цибулин (рис. 4). Інфільтрат особливо виражений в активній фазі ГА. За тривалого перебігу виявляють менш щільні лімфоцитарні інфільтрати. Відбувається руйнування нервових закінчень, розташованих поблизу волоссяних фолікулів [8].

Висновки

При встановленні трихологічного діагнозу не варто покладатися лише на один з наведених вище методів діагностики, оскільки висока ймовірність встановлення неправильного або несвоєчасного діагнозу. Необхідно використовувати сукупність методів (лабораторної діагностики, УЗД, КТ), не випускаючи з уваги дані анамнезу та клінічної картини. Тільки комплексний підхід до діагностики трихологічної патології, використання таких

методів, як трихоскопія, фототрихограма, метод оглядових фотографій, гістологічне дослідження, дають змогу

встановити правильний діагноз і підібрати відповідне індивідуальне лікування.

Список літератури

1. Атлас трихоскопии. Дерматоскопия заболеваний волос и кожи головы / пер. с англ. Под ред. Ю. Овчаренко. Х.: Харизма плюс, 2019. 507 с.: ил.
2. Барунова Н. Методы диагностики в практической трихологии. Kosmetik International Journal. 2013. № 1. С. 80–87.
3. Дерматология Фитцпатрика в клинической практике: в 3 т. / К. Вольф, Л.А. Голдсмит, С.И. Кац и др. Пер. с англ. М.: Издательство Панфилова, 2012.
4. Елькин Д.В., Митроковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь, 2004. 946 с.
5. Жулимова Н.Л., Зильберберг Н.В., Римар О.Г. Псевдопелла Брока как самостоятельное заболевание, подтвержденное клиническими и гистологическими признаками. Лечащий врач. 2014. № 9. С. 17–19.
6. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) / М.А. Пальцев, Н.Н. Потекаев, И.А. Казанцева и др.. М.: Медицина, 2004. 432 с.
7. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Руководство для врачей, интернов и студентов Х.: Факт, 2007. 792 с.: ил.
8. Тихоновская И.В., Лесничая О.В. Патоморфологические проявления гнездной алопеции. Вестник ВГМУ. 2017. Т. 16, № 1. С. 80–87.
9. Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. Патоморфология болезни кожи: практическое руководство. М.: Медицина, 2003. 496 с.: ил.
10. Шнайдерман П., Гроссман М. Дифференциальная диагностика в дерматологии: пер. с англ. М.: Бином, 2017. 736 с.
11. Sperling L.C., Cowper S.E., Khopp E.A. An atlas of hair pathology with clinical correlations. Second edition. New York & London: Informa Healthcare, 2012. 216 p.
12. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review / E. Rácz, C. Gho, P.W. Moorman et al. JEADV. 2013, N27. P. 1461–1470.

References

1. Atlas trihoscopii. Dermatopskopiya zabolovanij volos i kozhi glavy [Atlas of trichoscopy. Dermatoscopy of diseases of the hair and scalp]: per. from English Ed. Yu. Ovcharenko. Kharkov: Charisma Plus, 2019. 507 p., ill.
2. Barunova N. Metody diagnostiki v prakticheskoj trihologii [Diagnostic methods in practical trichology]. Kosmetik International Journal. 2013;1:80–87.
3. Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, et al. Dermatologiya Fitzpatrick v klinicheskoj praktike: v 3 t. [Dermatology Fitzpatrick in clinical practice: in 3 volumes]: Trans. from English. M.: Publishing house Panfilova, 2012.
4. Elkin DV, Mityukovsky LS, Sedova TG. Izbrannaya dermatologiya. Redkie dermatozy i dermatologicheskie sindromy. Illyustrirovannyj spravochnik po diagnostike i lecheniyu dermatozov [Selected dermatology. Rare dermatoses and dermatological syndromes. Illustrated guide to the diagnosis and treatment of dermatoses]. Perm, 2004. 946 p.
5. Zhulimova NL, Zilberberg NV, Rimar OG. Pseudopelada Broka kak samostoyatelnoe zabolovanie, podverzhdennoe klinicheskimi i gistologicheskimi priznakami [Brock's pseudopelade as an independent disease confirmed by clinical and histological signs]. Attending physician. 2014;9:17–19.
6. Finger MA, Potekaev NN, Kazantseva IA, et al. Kliniko-morfologicheskaya diagnostika zabolovanij kozhi (atlas) [Clinical and morphological diagnosis of skin diseases (atlas)]. M.: Medicine, 2004. 432 p.
7. Mavrov II, Bolotnaya LA, Serbina IM. Osnovy diagnostiki i lecheniya v dermatologii i venerologii: Rukovodstvo dlya vrachej, internov i studentov [Fundamentals of diagnosis and treatment in dermatology and venerology: a Guide for doctors, interns and students]. Kh.: Fakt, 2007. 792 p.: ill.
8. Tikhonovskaya IV, Lesnichaya OV. Patomorfologicheskie proyavleniya gnezdnj alopecii [Pathomorphological manifestations of alopecia areata]. Bulletin of Voronezh State Medical University. 2017;16(1):80–87.
9. Tsvetkova GM, Mordovtseva VV, Vavilov AM, Mordovtsev VN. Patomorfologiya boleznej kozhi: prakticheskoe rukovodstvo [Pathomorphology of skin diseases. A practical guide]. M.: Medicine, 2003. 496 p.: ill.
10. Schneiderman P, Grossman M. Differencialnaya diagnostika v dermatologii [Differential diagnosis in dermatology]: trans. from English. M.: Binom, 2017. 736 p.
11. Sperling LC, Cowper SE, Khopp EA. An atlas of hair pathology with clinical correlations. Second edition. New York & London: Informa Healthcare, 2012. 216 p.
12. Rácz E, Gho C, Moorman PW, et al. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review. JEADV. 2013;27:1461–1470.

СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ТРИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. С. Чеховская

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме

Современная трихология изучает большое количество заболеваний волос и кожи головы, которые, активно прогрессируя, приводят к частичной или полной потере волос, формированию у пациентов косметических дефектов, вызывают дискомфорт, психосоматические расстройства, влияя на качество их жизни. Поэтому важно своевременно установить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение. В обзоре представлены современные сведения о различных специфических и неспецифических, инвазивных и неинвазивных методах диагностики пациентов с трихологической патологией.

Ключевые слова: трихоскопия, трихограмма, веллус, биопсия, фазы роста волос, диагностика, трихологическая патология, алопеция.

MODERN DIAGNOSTIC METHODS IN COUNSELING PATIENTS WITH TRICHOLOGICAL PATHOLOGY

G.S. Chekhovskaya

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

Modern trichology studies a huge number of diseases of the hair and scalp, which actively progress and lead to partial or complete hair loss, cause cosmetic defects, discomfort, psychosomatic disorders in patients, affecting their quality of life. Therefore, it is important to establish a timely correct diagnosis and prescribe appropriate treatment. The review provides up-to-date information on various specific and non-specific, invasive and non-invasive diagnostic methods for patients with trichological pathology.

Key words: trichoscopy, trichogram, wellus, biopsy, phases of hair growth, diagnostics, trichological pathology, alopecia.

Відомості про автора:

Чеховська Ганна Станіславівна – канд. мед. наук, асистент кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0675-5004>