

# Трихоскопія як метод у діагностиці та диференційній діагностиці нерубцевих алопецій та папуло-сквамозних дерматозів волосистої частини голови

О.Я. Потарейко

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

## Резюме

Для оцінки стану волосся та шкіри волосистої частини голови застосовують різні методи, на підставі яких діагностують певне захворювання. За даними літератури, трихоскопія може підвищити точність клінічної та диференційної діагностики різних патологічних станів.

**Мета:** оцінити потенційну діагностичну значимість трихоскопії в клінічній практиці, охарактеризувати особливості виявлених за допомогою даного методу патологічних станів.

**Матеріали та методи:** зображення ( $\times 20$ -,  $\times 60$ -разове збільшення), отримані за допомогою трихоскопа моделі Aramo-SG (AramoSG® Skin & Hair Diagnosis System, Корея) у групі пацієнтів віком 19–55 років (середній вік – 34,9 року), що включала 30 осіб, з них 22 жінки (73,3%), 8 чоловіків (26,7%).

**Результати:** оцінено трихоскопічну картину наступних захворювань: алопеція андрогенетична, дифузна (телогенне випадіння волосся), гніздова; псоріаз волосистої частини голови та себорейний дерматит. Виявлені під час огляду подібні клінічні ознаки відрізнялися від ознак на зображеннях, отриманих за допомогою трихоскопії. Специфічні трихоскопічні критерії дали змогу провести диференційну діагностику патологічних станів: у 93,3% підтвердити, а в 6,7% – змінити клінічний діагноз.

**Висновки:** аналіз трихоскопічної картини в пацієнтів дав змогу провести диференційну діагностику, а в 6,7% випадків – змінити попередній діагноз, що свідчить про високі діагностичні можливості трихоскопії та її перевагу над простим клінічним оглядом. Таким чином, трихоскопія має бути включена до плану обстеження пацієнта в повсякденній практиці.

**Ключові слова:** трихоскопія, трихоскопічні критерії, андрогенетична алопеція, гніздова алопеція, телогенне випадіння волосся, себорейний дерматит, псоріаз волосистої частини голови.

DOI: 10.33743/2308-1066-2019-4-34-38

## Вступ

Частота проблем, пов'язаних зі станом волосся та волосистої частини голови (ВЧГ), за даними різних джерел, варіює від 30 до 70% серед чоловіків та від 47 до 90% серед жінок. Як відомо, алопеція – це патологічне випадіння волосся та недостатній ріст нового. Більшість випадків випадіння волосся має субклінічний перебіг, проте ця патологія суттєво погіршує якість життя [10].

Відповідно до клінічної класифікації виділяють рубцеві (фронтальна фіброзна алопеція, дискоїдний червоний вовчак, червоний плоский лишай, центральна центробіжна рубцева алопеція, декальвувуючий фолікуліт та ін.) та нерубцеві форми (андрогенетична алопеція, гніздова алопеція, дифузне випадіння волосся – анагенне та телогенне).

Андрогенетична алопеція – найпоширеніша форма випадіння волосся, що зустрічається протягом життя у близько 80% чоловіків і 50% жінок [2].

Частка телогенного випадіння у структурі алопецій становить 15–20%, проте даний діагноз встановлюють у більше ніж 20% випадків [3], що може свідчити про помилкову діагностику.

Поширеність гніздової алопеції – 0,01–0,02%, проте ризик її виникнення встановлюють у 2% осіб [3]. Пацієнти з даним захворюванням, за даними корейського реєстрового дослідження, мають вищий ризик смертності, пов'язаної з навмисними самопошкодженнями та психіатричними захворюваннями, ніж ті, в кого немає випадіння волосся [6].

Поширеність у популяції себорейного дерматиту – 42% [4], псоріазу волосистої частини голови – близько 2–3% серед населення Європи та Північної Америки [2, 8], проте 50–80% осіб, хворих на псоріаз, мають ураження ВЧГ [7]. Безумовно, кожне з цих захворювань має свої особливості, але часто клінічна картина не є специфічною, а складність диференційної діагностики не дає змогу розмежувати

дані дерматози. Правильне та своєчасне виявлення захворювання відіграє вагомий роль в ефективності лікування та відновленні нормального стану волосся і ВЧГ.

У практичній діяльності для оцінки стану шкіри ВЧГ та волосся використовують різні методи (клінічне об'єктивне обстеження, зокрема огляд, використання шкал, анкетування, тести натягу та миття волосся, трихоскопія, фототрихограма, біопсія та ін.), на підставі яких можна діагностувати певний патологічний стан.

Трихоскопія є одним з неінвазивних методів у діагностиці захворювань волосся та ВЧГ. Термін ввели в 2006 р. Lidia Rudnicka та Malgorzata Olszewska для позначення дерматоскопії в даній ділянці. Суть методу полягає в отриманні збільшеного зображення з метою точної оцінки стану стрижня, фолікула волосини, міжфолікулярних ділянок шкіри, судинної реакції за допомогою лінз різного збільшення ( $\times 1$ ,  $\times 10$ ,  $\times 20$ ,  $\times 60$ ,  $\times 200$ ,  $\times 1000$ ). Під'єднання трихоскопа до комп'ютера дає можливість зберігати зображення та обробляти їх у спеціальних програмах (наприклад, TrichosciencePro<sup>®</sup>) для оцінки щільності волоссяного покриву, кількості та діаметрів волоссяних стрижнів, розрахунку співвідношення термінального та велусного волосся, фолікулів на різних стадіях та порівняння показників пацієнта з нормами. За даними літератури, використання трихоскопії може підвищити точність клінічної діагностики та диференційної діагностики різних патологічних станів.

**Мера:** оцінити потенційну користь трихоскопії в клінічній практиці, зокрема в діагностиці та диференційній діагностиці захворювань, охарактеризувати особливості трихоскопічної картини виявлених за допомогою даного методу патологічних станів волосся і ВЧГ.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 30 осіб (статеву структуру: 21 жінка (73,3%), 8 чоловіків (26,7%); вік – 19–55 років, середній вік – 34,9 року) з наступними захворюваннями: алопеція андрогенетична (10 осіб – 33,3%), дифузна (телогенне випадіння волосся; 5 осіб – 16,7%), гніздова (2 особи – 6,7%); псоріаз ВЧГ (2 особи – 6,7%) і себорейний дерматит (11 осіб – 36,6%). У всіх пацієнтів було вивчено медичну документацію, зібрано анамнез та проведено загальний огляд.

Трихоскопічне дослідження проводили за допомогою трихоскопа моделі Aramo-SG (AramoSG<sup>®</sup> Skin & Hair Diagnosis System, Корея) з наступним аналізом зображень (макро-,  $\times 20$ -,  $\times 60$ -разове збільшення) та визначенням основних трихоскопічних критеріїв захворювань волосся та ВЧГ.

### Результати та їх обговорення

Після аналізу трихоскопічної картини структура захворювань пацієнтів стала такою: алопеція андрогенетична (11 осіб – 36,7%), дифузна (телогенне випадіння волосся; 4 особи – 13,3%), гніздова (2 особи – 6,7%); псоріаз ВЧГ (3 особи – 10%) і себорейний дерматит (10 осіб – 33,3%).

Серед пацієнтів з андрогенетичною алопецією було 5 чоловіків віком 25–54 років (II–IV стадії захворювання за класифікацією Hamilton у модифікації Norwood: II стадія – незначне відступання передньої лінії росту волосся (1 особа); III – значне відступання передньої лінії росту волосся (2 особи); IV – порідіння волосся в тім'яній ділянці, лобове і лобово-скроневе облісіння збільшується в напрямку тім'я (1 особа) та 6 жінок віком 29–55 років

(I–II стадії захворювання за Ludwig: I стадія – випадіння волосся в центральнотім'яній ділянці, фронтальна смужка 1–3 см не змінена (4 особи); II стадія – виражене порідіння волосся в тім'яній ділянці (2 особи). Тривалість захворювання менше 6 міс спостерігалась у 18,2%, 6 міс–1 рік – у 27,3%, більше 1 року – в 54,5% осіб.

Про спадковий анамнез повідомили 80% чоловіків. Серед жінок у 3 спостерігалось порушення менструального циклу, в 2 – акне. В 1 жінки підтверджено діагноз синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ). Одна пацієнтка 2 роки тому мала вагітність, ускладнену залізодефіцитною анемією середнього ступеня тяжкості, лактацію впродовж 1 року 1 міс (за даними медичної документації та анамнезу). Чоловіки відмічали поступовий розвиток захворювання з формуванням залисин у лобній ділянці та поширенням випадіння волосся на тім'яну. Жінки вказували більше на дифузне порідіння волосся в тім'яній ділянці.

У 4 жінок віком 24–43 років діагностовано телогенне випадіння волосся, гостра фаза (тривалість захворювання до 6 міс) спостерігалась в 2 осіб, хронічна (більше ніж 6 міс) – також у 2. Серед анамнестичних даних пацієнтів – випадок дифузного токсичного зобу, I ст., стан медикаментозного еутиреозу; перенесене оперативне втручання – апендектомія (2018 р.); хронічний гастродуоденіт, фаза ремісії (за даними медичної документації та анамнезу). Усі вказували на випадіння волосся, особливо під час миття та розчісування, зменшення загального його об'єму, помічали наявність волосся на одязі, 1 особа скаржилася на ламкість та сухість волосся.

Гніздова алопеція, вогнищева форма, легкого ступеня (поодинокі вогнища втрати волосся діаметром 3–5 см за класифікацією I.B. Шуцького) спостерігалась в 1 жінки віком 35 років (активна фаза) з обтяженим алергологічним анамнезом (респіраторні алергени – домашній пил, пилок рослин) та 1 чоловіка віком 45 років (хронічна фаза). У 2 пацієнтів площа втрати волосся на ВЧГ становила < 25% (відповідно до спеціальної стандартизованої системи SBN). Всі пацієнти відмічали раптове випадіння волосся в ділянці невеликого розміру округлої форми.

Псоріаз ВЧГ діагностовано в 1 чоловіка віком 37 років і 2 жінок віком 29 і 35 років. В одного пацієнта спостерігався простий бляшкоподібний псоріаз легкого перебігу (індекс PASI=6,6) з локалізацією на верхніх кінцівках, тулубі та ураженням ВЧГ; у другого – простий бляшкоподібний псоріаз з перебігом середньої тяжкості (індекс PASI=12,1), локалізований на верхніх і нижніх кінцівках, тулубі та ураженням ВЧГ; в третього – псоріаз ВЧГ, легкий перебіг (індекс PASI=1,2), з переважною локалізацією в потиличній ділянці та відсутністю переходу патологічного стану за межі росту волосся. В одному випадку – сімейний анамнез захворювання; в іншому – супутнє захворювання: виразкова хвороба шлунка, фаза ремісії. Усі хворі скаржилися на наявність сухого лущення та свербіж, 1 з них – на виражений свербіж. Двоє пацієнтів вказало на постійний перебіг (більше 1 року) та наявність тригерних факторів (стресові ситуації та ГРЗ, загострення хронічного захворювання), один – не зміг пов'язати розвиток захворювання з певним чинником, тривалість проявів – до 6 міс.

Себорейний дерматит спостерігали в 1 чоловіка (вік – 21 років) і 9 жінок (вік – 19–48 років). Одна особа мала поєднане ураження ВЧГ та обличчя. На сильний свербіж скаржилися 70% пацієнтів, надмірну жирність волосся – 90%, наявність лупи – всі; 80% вказали на збільшення

проявів захворювання (загострення) в зимовий період. В анамнезі в 4 осіб – захворювання шлунково-кишкового тракту, в 2 – ожиріння I ст.

Подібні клінічні ознаки, виявлені під час огляду, відрізнялися від ознак на зображеннях, отриманих за допомогою трихоскопії. Специфічні трихоскопічні критерії дали змогу провести диференційну діагностику патологічних станів: у 93,3% – підтвердити, а в 6,7% – змінити попередній діагноз. Розглянемо найбільш показові випадки.

### Трихоскопічна диференційна діагностика нерубцевих алопецій

Дві жінки віком 25 і 20 років скаржилися на випадіння волосся, особливо під час миття та розчісування, зменшення загального об'єму волосся та зміну його структури (стоншення і ламкість). В першому випадку вищепереховані ознаки тривали близько 1 року, в анамнезі – вагітність 2 роки тому, ускладнена залізодефіцитною анемією середнього ступеня тяжкості, лактація протягом 1 року 1 міс. В другому – тривалість близько 5 міс і хронічний гастродуоденіт у фазі ремісії. При огляді обох пацієнток виявлено дифузне порідіння волосся, розширення центрального проділу по всій довжині, припущено наявність telogen effluvium. Але трихоскопічна картина помітно відрізнялася (рис. 1, 2), що дало змогу провести диференційну діагностику та встановити в першому випадку наявність андрогенетичної алопеції, а в другому – дифузного випадіння волосся.

Трихоскопічні критерії андрогенетичної алопеції (рис. 1): анізотрихоз – гетерогенність діаметрів волоссяних стрижнів у діагностично значимій кількості (більше 20%, підрахунок здійснюється за допомогою комп'ютерної обробки зображення), в тому числі велусне, гіпопигментоване волосся, зменшення кількості фолікулів і переважання фолікулярних юнітів з одним волоссяним стрижнем (в нормі їх кількість – до 30%, більшість фолікулів містить 2–4 стрижня) спостерігалися в 100% випадків; наявність жовтих точок (розширені устя фолікулів, секретом сальних залоз, кератиновими масами) – 81,8%; перипілярні знаки, кільця (вказують на лімфоцитарну інфільтрацію навколо фолікула; є негативним прогностичним фактором [1]) – 72,7%. Неспецифічні запальні зміни та пігментацію у вигляді медових сот виявляли в 27,3 і 9,1% відповідно. Слід зазначити, що вищепереховані ознаки більш виражені у фронтальній ділянці, ніж в окципітальній [1].

Ознаки дифузної алопеції – telogen effluvium (рис. 2): анізотрихоз менше 20%, рівномірне зменшення кількості фолікулів, порожні фолікули та наявність фолікулярних юнітів з одним волоссяним стрижнем, вертикально відростаюче волосся спостерігали в 100% пацієнтів, перипілярні знаки – у 75%. Запальні зміни були відсутніми у всіх випадках, що свідчить на користь телогенного випадіння волосся. Вираженість проявів однакова у фронтальній та окципітальній ділянках. Трихоскопія має обмежену діагностичну цінність при телогенній алопеції. Тому дане захворювання можна вважати діагнозом винятку та слід пам'ятати про можливість його розвитку на тлі андрогенетичної алопеції [1].

Трихоскопічна картина при гніздовій алопеції (рис. 3) характеризується наступними змінами: жовті точки та конічні волосини (стрижень з розширеною дистальною частиною та звуженою проксимальною та/або

мікроскопічні знаки оклику (форма така сама, але довжина 1–2 мм) [1]) спостерігали в обох випадках; чорні точки (так зване кадаверизоване волосся, що є залишками пігментованого волосся, зламаного чи зруйнованого на рівні поверхні шкіри голови, є маркером тяжкості ураження та активності процесу [9]) – в одному випадку; наявність зламаного волосся на різних рівнях – також в 1 випадку.

За даними літератури, для активної фази характерні чорні точки, волосся у формі знаків оклику, зламаного

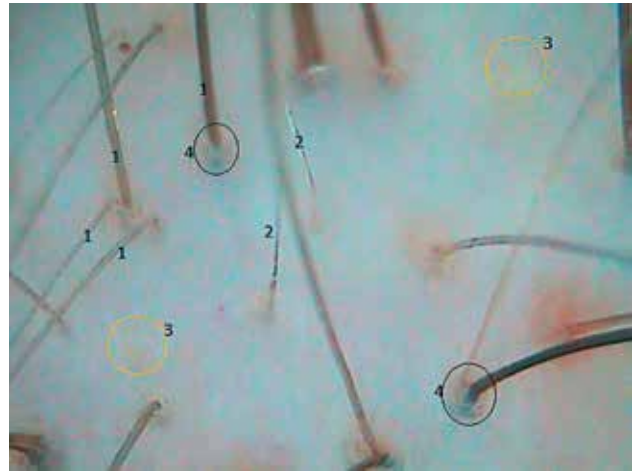


Рис. 1. Андрогенетична алопеція: 1 – анізотрихоз, фолікулярні юніти з одним волоссяним стрижнем; 2 – велусне волосся; 3 – жовті точки; 4 – перипілярні знаки



Рис. 2. Телогенне випадіння волосся: 1 - анізотрихоз, фолікулярні юніти з одним волоссяним стрижнем; 2 – порожній фолікул; 3 – перипілярні знаки; 4 – вертикально відростаюче волосся



Рис. 3. Гніздова алопеція: 1 – чорні точки; 2 – жовті точки; 3 – конічне волосся

волосся, також можлива наявність вузлового трихорексису та монілетриксоподібного волосся. При тривалій неактивній фазі спостерігають жовті точки, велусне волосся та відсутність візуалізації фолікулярних отворів. Для поновлення росту волосся характерним є рівномірно скручені волосини, вертикально відростаюче та велусне волосся [1, 5, 9].

### Трихоскопічна диференційна діагностика еритематозно-сквамозних дерматозів ВЧГ на прикладі псоріазу та себорейного дерматиту

Диференційна діагностика даних дерматозів ускладнюється при локалізації патологічного процесу лише в ділянці ВЧГ. В цьому випадку трихоскопія є особливо цінною.

Псоріаз (рис. 4) характеризується сухим лущенням білувато-сірого кольору з срібним відтінком і вираженим судинним малюнком: червоні точки (glomerular vessels – основні елементи), також можлива наявність перекручених, лінійних судин, капілярів у формі коми, мережива, петель на еритематозному фоні, що свідчить про хронічний запальний процес. Досить часто спостерігається екстравазація крові. У всіх випадках виявляли характерне лущення та виражений судинний малюнок з glomerular vessels на еритематозному фоні; в 66,7% – екстравазацію крові.

Для себорейного дерматиту (рис. 5) також притаманний судинний малюнок, але особливістю є наявність дрібних капілярів, які галузяться, так звані тонкі деревоподібні капіляри, лущення в даному випадку жирне, біло-жовтого кольору (в центральній частині луски характерне жовтувате забарвлення, а на периферії – обідок білого кольору). У 100% пацієнтів з себорейним дерматитом були наявні вищезазначені ознаки, а також відсутні glomerular vessels, характерні для псоріазу. В більшості випадків себорейний дерматит – трихоскопічний діагноз винятку [1].

### Висновки

Оцінено трихоскопічну картину в 30 пацієнтів з нерубцевими алопеціями (андрогенетична, гніздова алопеція, дифузне телогенне випадіння волосся) та папуло-сквамозними дерматозами ВЧГ (себорейний дерматит і псоріаз) і проведено диференційну діагностику даних патологічних станів. Специфічні трихоскопічні критерії

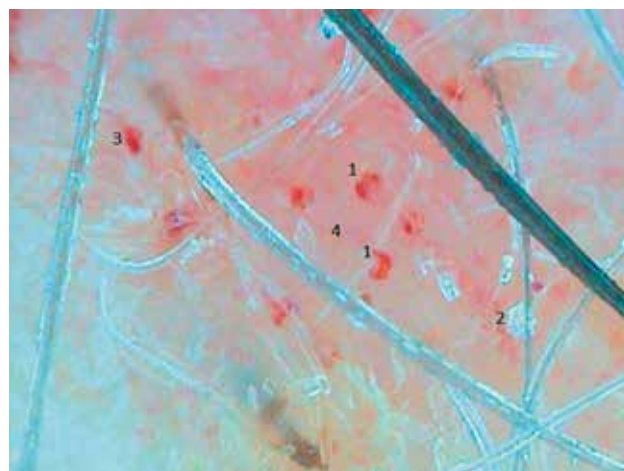


Рис. 4. Псоріаз ВЧГ:

1 – гломерулярні судини; 2 – луска білого кольору; 3 – екстравазація крові; 4 – еритематозний фон.

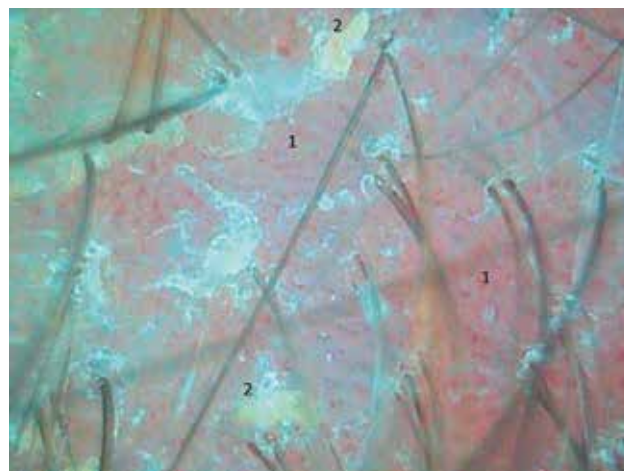


Рис. 5. Себорейний дерматит:

1 – тонкі судини, що галузяться; 2 – жовта луска з білим обідком.

дали змогу в 93,3% підтвердити, а в 2 пацієнтів – змінити клінічний діагноз, що свідчить про високі діагностичні можливості трихоскопії та її перевагу над простим клінічним оглядом. Виявлення особливих трихоскопічних ознак дає можливість глибшого патогенетичного та клінічного розуміння перебігу патологічних станів. Тому трихоскопія, що є одним з неінвазивних методів діагностики захворювань волосся та ВЧГ, має бути включена до плану обстеження пацієнта в повсякденній практиці.

### Список літератури

1. Рудницька Л., Ольшевська М., Раковская А. Атлас трихоскопии. Дерматоскопия заболеваний волос и кожи головы / пер. с англ. под ред. Ю. Овчаренко. Харьков: Харизма плюс, 2019. 507 с.: ил.
2. Трихология / А. Златогорский, Д. Шапиро и др.; под. ред. А. Литуса; пер. с англ. Ю. Овчаренко. Киев: Родовід, 2013. 160 с., ил.
3. Alopecia Areata: A Clinician's Guide / ed. Khan Mohammad Beigi Pooya. Springer International Publishing, 2018. P. 13–15, 17–22. DOI: 10.1007/978-3-319-72134-7.
4. Borda L.J., Wikramanayake T.C. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J. Clin. Invest. Dermatol. 2015. Vol. 3. Iss. 2. P. 1–10. DOI: 10.13188/2373-1044.1000019.
5. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases / S. Inui, T. Nakajima, K. Nakagawa, S. Itami. Int. J. Dermatol. 2008. Vol. 47. Iss. 7. P. 688–693. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2008.03692.x.
6. Larkin M. Alopecia Areata Tied to Higher Mortality From Self-Harm. Psychiatric Illness in Korea. Date: 06.06.2019. URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/913923>
7. Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit J. Dtsch Dermatol. Ges. 2011; Vol. 9. Iss. 1. P. 70–74. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2010.07412.x.
8. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options / K. Papp, J. Berth-Jones, K. Kragballe, G. Wozel, M. de la Brassinne. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2007. Vol. 21. Iss. 9. P. 1151–1160. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2007.02424.x.
9. Trichoscopy update 2011 / L. Rudnicka, M. Olszewska, A. Rakowska, M. Slowinska. J. Dermatol. Case. Rep. 2011. Vol. 5. Iss. 4. P. 82–88. DOI: 10.3315/jdcr.2011.1083.
10. Williamson D., Gonzalez M., Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001. Vol. 15. P. 137–139. DOI: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.

### References

1. Rudnickaya L, Olshevskaya M, Rakovskaya A. Atlas trikhoskopii. Dermatopskopiya zabolovaniy volos i kozhii golovy (Atlas of trichoscopy. Dermatoscopy of diseases of the hair and scalp). Trans. from English Ovcharenko Yu, editor. Kharkov: Charisma Plus; 2019. 507 p., ill.
2. Zlatogorsky A, Shapiro D, et al. Trichologiya (Trichology). Litus A, editor. Trans. from English Ovcharenko Yu, editor. Kiev: Rodovid; 2013. 160 p., ill.
3. Khan Mohammad Beigi Pooya, editor. Alopecia Areata: A Clinician's Guide. Springer International Publishing; 2018. P. 13–15, 17–22. DOI: 10.1007/978-3-319-72134-7.
4. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J Clin Invest Dermatol. 2015 Dec; 3(2):1–10. DOI: 10.13188/2373-1044.1000019.
5. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. Int J Dermatol. 2008;47(7):688-93. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2008.03692.x.
6. Larkin M. Alopecia Areata Tied to Higher Mortality From Self-Harm. Psychiatric Illness in Korea. [posted 2019 Jun]. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/913923>
7. Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit V. Scalp psoriasis. J Dtsch Dermatol Ges. 2011 Jan;9(1):70-4. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2010.07412.x.
8. Papp K, Berth-Jones J, Kragballe K, Wozel G, de la Brassinne M. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 Oct;21(9):1151-60. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2007.02424.x.
9. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. J Dermatol Case Rep. 2011;5(4):82-8. DOI: 10.3315/jdcr.2011.1083.
10. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Mar;15(2):137-9. DOI: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.

## ТРИХОСКОПИЯ КАК МЕТОД В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕРУБЦЕВЫХ АЛОПЕЦИЙ И ПАПУЛО-СКВАМОЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

О. Я. Потарейко

Тернопольский национальный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского МЗ Украины

**Резюме**

Для оценки состояния волос и кожи волосистой части головы применяют различные методы. По данным литературы, использование трихоскопии может повысить точность клинической и дифференциальной диагностики различных патологических состояний.

**Цель:** оценить потенциальную диагностическую значимость трихоскопии в клинической практике, охарактеризовать особенности выявленных с помощью данного метода патологических состояний.

**Методы:** изображения (×20-, ×60-кратное увеличение), полученные с помощью трихоскопа Aramo-SG Diagnosis System у группы пациентов в возрасте 19–55 лет (средний возраст – 34,9 года), включающей 30 человек, из них 22 женщины (73,3%) и 8 мужчин (26,7%).

**Результаты:** оценено трихоскопическую картину следующих заболеваний: алопеция андрогенетическая, диффузная (телогенное выпадение волос), гнездная; псориаз волосистой части головы и себорейный дерматит. Обнаруженные при осмотре подобные клинические признаки отличались от изображений, полученных с помощью трихоскопии. Специфические трихоскопические критерии позволили провести дифференциальную диагностику патологических состояний: в 93,3% – подтвердить, а в 6,7% – изменить клинический диагноз.

**Выводы:** анализ трихоскопической картины у пациентов позволил провести дифференциальную диагностику, а в 6,7% случаев – изменить предварительный диагноз, что свидетельствует о высоких диагностических возможностях трихоскопии и ее преимуществе над простым клиническим осмотром. Таким образом, трихоскопия должна быть включена в план обследования пациента в повседневной практике.

**Ключевые слова:** трихоскопия, трихоскопические критерии, андрогенетическая алопеция, гнездная алопеция, телогенное выпадение волос, себорейный дерматит, псориаз волосистой части головы.

## TRICHOSCOPY AS A METHOD OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF NON-SCARRING HAIR LOSS AND PAPULO-SQUAMOUS DISORDERS OF THE SCALP

O. Ya. Potareiko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

**Abstract**

There are many different methods of the diagnostics to assess the condition of the hair and scalp. According to the researches, the use of trichoscopy can improve the accuracy of clinical and differential diagnostics of various pathological conditions.

**The objective:** to evaluate the potential benefit of trichoscopy in clinical practice; to characterize the features of the detected pathological conditions using this method.

**Methods:** images (x20, x60 magnification) obtained with the Aramo-SG Diagnosis System Trichoscope in a group of patients including 30 people (22 women (73.3%) and 8 men (26.7%); age: 19–55 years, mean age – 34.9 years).

**Results:** evaluated trichoscopic picture of the following diseases: alopecia androgenetic, diffuse alopecia (telogen effluvium), alopecia areata; scalp psoriasis and seborrheic dermatitis. The similar clinical features revealed during the examination differed from the images obtained by this method, which allowed us to differentiate the pathological conditions. The specific trichoscopic criteria made it possible to carry out differential diagnosis of pathological conditions, to confirm 93.3% and to change 6.7% of clinical diagnosis.

**Conclusions:** evaluating of the trichoscopic pictures of patients made it possible to perform the differential diagnosis and to change the 6.7% of previous diagnosis. The feature of using of trichoscopy in clinical practice is the high diagnostic capabilities of this method, which takes precedence over a simple clinical examination. Thus, trichoscopy should be included in the plan of patient examination in everyday practice.

**Key words:** trichoscopy, trichoscopic criteria, androgenetic alopecia, alopecia areata, telogen effluvium, seborrheic dermatitis, scalp psoriasis.

**Відомості про автора:**

Потарейко Орися Ярославівна – студентка 6 курсу, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, переможець конкурсу на кращу доповідь серед молодих вчених, який відбувся в межах конференції «Дерматовенерологія в розробках молодих вчених».

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3713-9578>

e-mail: orysia97@gmail.com