

Ю.Н. Грекова¹, Е.Л. Урюпина², Н.П. Малишевская¹, Н.П. Торопова¹, Е.И. Кузнецова³**ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННАЯ КАК ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ**¹ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», ²Клиника эстетической дерматологии «Веамед», ³Муниципальное бюджетное учреждение г. Екатеринбурга Центральная городская клиническая больница № 1 Октябрьского района, г. Екатеринбург, РФ

Трихотилломания характеризуется повторяющейся компульсивной аутоэкстракцией волос, приводящей к алопеции у детей при стрессе, эмоциональной дезадаптации и с психическими заболеваниями, часто первично диагностируется как гнездная алопеция. Своевременно установленный диагноз позволяет назначить адекватную и эффективную терапию. Приводим клиническое наблюдение пациента 8 лет с трихотилломанией, первично диагностированной как гнездная алопеция.

Ключевые слова: трихотилломания, депрессия, алопеция, лечение, диагностика, трихоскопия.

Цит.: Ю.Н. Грекова, Е.Л. Урюпина, Н.П. Малишевская, Н.П. Торопова, Е.И. Кузнецова. Трихотилломания у ребенка 8 лет, первично диагностированная как гнездная алопеция. Педиатрия. 2019; 98 (5): 240–243.

Yu.N. Grekova¹, E.L. Uryupina², N.P. Malishevskaya¹, N.P. Toropova¹, E.I. Kuznetsova³**TRICHOTILLOMANIA IN AN 8-YEAR-OLD CHILD, PRIMARILY DIAGNOSED AS ALOPECIA AREATA**¹Ural Scientific Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology; ²Clinic of Aesthetic Dermatology «Veamed»; ³Central City Clinical Hospital № 1 of the Oktyabrsky District, Yekaterinburg, Russia

Trichotillomania is characterized by repeated compulsive hair autoextraction, leading to alopecia in children with stress, emotional maladaptation, and with mental illness, is often primarily diagnosed as alopecia areata. A timely diagnosis allows to start an adequate and effective therapy. The article provides a clinical observation of an 8-year-old child with trichotillomania, originally diagnosed as alopecia areata.

Keywords: trichotillomania, depression, alopecia, treatment, diagnosis, trichoscopy.

Quote: Yu.N. Grekova, E.L. Uryupina, N.P. Malishevskaya, N.P. Toropova, E.I. Kuznetsova. Trichotillomania in an 8-year-old child, primarily diagnosed as alopecia areata. Pediatrics. 2019; 98 (5): 240–243.

Трихотилломания – психопатологическое навязчивое состояние, характеризующееся компульсивной аутоэкстракцией волос, которое в тяжелых случаях может приводить к тотальному облысению [1, 2].

Заболевание развивается в возрасте 5–12 лет, чаще всего связано с эмоциональным перенапряжением, депрессией или конфликтными ситуациями в семье, может приобретать рецидивирующее течение и переходить во взрослый возраст [2–6]. Выдергивание

волос может быть как бессознательным, так и в ответ на те или иные триггерные факторы [7, 8]. У взрослых и подростков наиболее частым местом выдергивания волос является легкодоступная лобно-теменная область, у детей в возрасте до 6 лет и старше чаще страдают ресницы и брови, у подростков до 18 лет — волосы на лобке [9–11].

Трихотилломания может сочетаться с навязчивым обкусыванием ногтей (онихофагия) и поеданием

Контактная информация:

Грекова Юлия Николаевна – д.м.н., доц., ведущий научный сотрудник отдела сифилидологии и ИППП ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»

Адрес: Россия, 620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8
Тел.: (343) 218-33-77, E-mail: kjn@mail.ru

Статья поступила 16.01.19,
принята к печати 20.09.19.

Contact Information:

Grekova Yulia Nikolaevna – MD., associate prof., leading researcher of Syphilology and STD Department, Ural Scientific Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology

Address: Russia, 620076, Ekaterinburg, Shcherbakova str., 8
Tel.: (343) 218-33-77, E-mail: kjn@mail.ru

Received on Jan. 16, 2019,
submitted for publication on Sep. 20, 2019.

волос (трихофагия), при котором могут повреждаться органы желудочно-кишечного тракта в результате образования комков волос (трихобезоар). Это осложнение получило название «синдром Рапунцель» [12, 13].

Многие авторы отмечают наличие депрессивных и тревожных симптомов у детей с трихотилломанией, признаки дефицита внимания, заторможенность ответов и снижение рабочей памяти, выявляемые при нейропсихологическом исследовании, а также сочетание с психическими заболеваниями, такими как депрессия, шизофрения, пограничные расстройства личности, обсессивно-компульсивное, тревожное и посттравматическое расстройство [6, 14–17].

При осмотре выявляют единичные или множественные, округлые, линейные или причудливой формы участки поредения волос или облысения на волосистой части головы, бровях, ресницах, лобке. Кожа в местах облысения нормальная или грубая на ощупь, устья волосяных фолликулов четко обозначены. Оставшиеся волосы обычно разной длины, они могут быть обломаны в середине или выглядеть как маленькие черные точки или щетина. При тяжелых формах и длительном течении трихотилломании остаются волосы только на затылке или у основания головы, в более легких случаях определяются единичные очаги или общее диффузное поредение волос. Могут присутствовать эскориации кожи, серозно-гнойные корочки, пустулы, эритема, отечность, а при длительном течении и очаги лихенификации. Тест легкого выдергивания волос в зоне окружающей очаг алопеции негативный. Нередко заметны повреждение и инфицирование кожи пальцев, постоянно выдергивающих волосы [1, 2, 4, 5, 18].

Диагноз «трихотилломания» основывается на описанных выше характерных клинических проявлениях и диагностических критериях заболевания. Для оценки стадии и характера течения выпадения волос могут быть использованы следующие диагностические приемы: тест выпадения или натяжения волос для определения зоны расшатанных волос, анализ корней волос под увеличительным стеклом или с помощью другой оптической техники (дерматоскопа), трихограмма, биопсия кожи и обзорные фотографии очагов в динамике. Особого внимания заслуживают методики изучения микроморфологических характеристик волоса, в частности, цветная сканирующая микроскопия стержня волоса, сканирующая близкофокусная оптическая микроскопия и оптическая когерентная томография, позволяющие изучить физические и химические характеристики волос [4, 8, 19, 20].

При дерматоскопии и трихоскопии выявляют короткие обломанные волосы разной длины с клиновидными или грубыми, резко обломанными кончиками. Поверхность волосистой части головы не изменена. Устья волосяных фолликулов четко очерчены, без явлений перифолликулярного воспаления [10, 21]. Трихоскопия отличается простотой проведения, неинвазивностью, не требует сложного оборудования, что обеспечивает ей явное преимущество перед другими диагностическими методами [22]. Дифференцировать трихотилломанию от других нарушений роста волос

помогают также дерматоскопия кожи и световая микроскопия волос. Они позволяют отличить трихотилломанию от гнездовой алопеции, грибковых поражений, генетических аномалий волос (монилектрикс, узловатый трихорексис, бамбуковидные, скрученные и кольцевидные волосы) [23]. На трихограмме можно обнаружить трихомалации, характеризующиеся увеличенной плотностью катагенных волос и травмированных волосяных луковиц без перифолликулярного воспаления. Характерны также присутствие атрофических, перегнутых под острым углом ригидных корней, похожих на лопаты, характерных для катагенных волос, анагенные волосы с разорванными корневыми влагалищами и полное отсутствие телогенных волос. Осмотр под лампой Вуда и световая микроскопия позволяют исключить грибковые поражения кожи волосистой части головы. Биопсия кожи используется редко и только в сложных случаях из-за ее травматичности [8, 18, 19].

В большинстве случаев пациенты и их родители не признают факт выдергивания волос, что приводит к поздней и неправильной диагностике, назначению неадекватного и неэффективного лечения. Более чем у 50% больных трихотилломанией при первом обращении ставится диагноз гнездовой алопеции [2, 4, 11].

Для проведения дифференциального диагноза трихотилломании со схожими заболеваниями важно установить доверительные взаимоотношения между врачом и пациентом. Такие взаимоотношения позволяют выявить отягощающие психопатологические состояния у пациента, подтвердить или исключить трихотилломанию.

Приводим клиническое наблюдение пациента 8 лет с трихотилломанией, первично диагностированной как гнездовая алопеция. Информированное согласие от родителей получено.

Больной А., 8 лет, рост 121 см, масса тела 28 кг. Мать пациента обратилась на прием в связи с поредением волос в лобной области и неэффективностью предыдущего лечения. Очаги выпадения волос заметили родители 6 мес назад через 1,5 мес после начала учебы в лицее с углубленным изучением иностранных языков, тренировками в спортивной секции и посещением художественной школы. Ранее обращались к детскому дерматологу, где был установлен диагноз гнездовой алопеции и назначено лечение: поливитаминно-минеральные комплексы, цинка сульфат (цинктерал) 124 мг в сутки перорально, мометазона фуорат 0,1% крем 2 раза в день, 2% раствор миноксидила, 10% настойка красного перца – без видимого эффекта и положительной динамики.

Объективно: волосы темные, короткие, в лобно-теменной области слева определяется очаг диффузного выпадения волос овальной формы с нечеткими границами (рис. 1). Волосы в очаге сильно разрежены, грубые, различной длины. Воспалительные изменения кожи в очаге отсутствуют, имеется мелкопластинчатое шелушение. Тест легкого выдергивания волос в очаге отрицательный, зона расшатанных волос отсутствует.

При световой микроскопии волос из очага определяются обломанные и расщепленные кончики, стержни волос разной толщины, пигмент распре-



Рис. 1. Очаг диффузного выпадения волос овальной формы с нечеткими границами (а); волосы в очаге сильно разрезаны, грубые, различной длины (б).

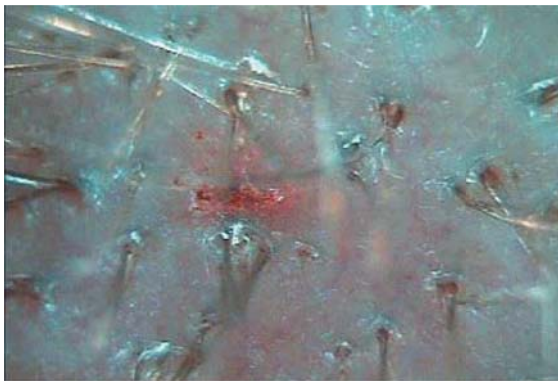


Рис. 2. Результаты трихоскопии: симптом «черных» точек – обломанных волос, короткие продольно расщепленные пеньки волос по типу «запятых» или «канатиков».



Рис. 3. Исследование кожи в лобно-теменной области (ув. 200): скудное кровоснабжение – петли кровеносных сосудов едва различимы, отсутствуют характерные для очаговой алопеции «желтые точки» и «медовые соты».

лен равномерно, волосяные луковицы не изменены. Свечения в лучах лампы Вуда нет. Нити мицелия и споры патогенных грибов не обнаружены. При трихоскопии с использованием современной компьютерной программы TrichoScience обнаруживается симптом «черных» точек – обломанных волос, также имеются короткие продольно расщепленные пеньки волос по типу «запятых» или «канатиков» за счет механической тракции (рис. 2).

При исследовании кожи в лобно-теменной области под увеличением 200 отмечается скудное кровоснабжение: петли кровеносных сосудов едва различимы.

мы, отсутствуют характерные для очаговой алопеции «желтые точки» и «медовые соты» (рис. 3).

При осмотре ногтевые пластины I, II и III пальцев левой руки отполированы и составляют 3–4 мм от свободного края.

Общий клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи – в пределах возрастной нормы. Антитела к *Treponema pallidum* не обнаружены. При обследовании эндокринологом заболеваний эндокринной системы не выявлено. Пациент факт аутодеструкции волос на первичном приеме отрицал, однако на повторном приеме после установления доверительного контакта с пациентом было выявлено самоповреждение, которое усиливается в процессе обучения и занятий спортом. На основании клинической картины, анамнеза, данных световой микроскопии и трихоскопического исследования волос диагностирована трихотилломания.

Пациент направлен на консультацию и лечение к детскому психологу, где проходил лечение без применения медикаментов. При динамическом наблюдении через 1 и 3 мес наблюдалось постепенное восстановление роста волос в очаге.

Обсуждение. В развитии трихотилломании у детей имеют значение психические травмы и психоэмоциональные нагрузки. Заболевание встречается в семьях с жестким типом воспитания, требовательными родителями, добивающимися значимых результатов в учебе, спорте и внешкольных занятиях любыми способами, использующих методы эмоционального воздействия, а зачастую и жестокое обращение. Дети в семье испытывают дефицит внимания, общения, ласки, поощрения, а выдергивание волос является реакцией протеста ребенка на сложившуюся ситуацию [1, 2, 4, 6, 18, 21].

Правильно построенный диалог и доверительные отношения с пациентом и его родителями, а также тесное взаимодействие дерматолога и психиатра позволяют своевременно установить правильный диагноз, выяснить причину возникновения, мотивацию и психологический смысл трихотилломании, назначить адекватную и эффективную терапию, избежать полипрагмазии.

Задачей дерматолога являются проведение дифференциальной диагностики, выявление возможных психологических проблем, приводящих к аутоэстракции волос, назначение симптоматического лечения и обоснование необходимости обращения пациента и его родителей к психиатру.

Источник финансирования: не указан.

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Greko Yu.N. 0000-0001-7345-3068

Uryupina E.L. 0000-0002-4540-2228

Malishevskaya N.P. 0000-0003-1915-335X

Kuznetsova E.I. 0000-0003-3785-7481

Литература

1. Franklin ME, Edson AL, Freeman JB. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: Exploring the effects of age on treatment outcome. *Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2010; 4: 18.

2. Harrison JP, Franklin ME. Pediatric trichotillomania. *Curr. Psychiatry Rep.* 2012; 14: 188–196.

3. Brennan E, Francazio S, Gunstad J, Flessner C. Inhibitory Control in Pediatric Trichotillomania (Hair Pulling

Disorder): The Importance of Controlling for Age and Symptoms of Inattention and Hyperactivity. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2016; 47: 173–182.

4. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, Evaluation, and Management of Trichotillomania. *The Psychiatric Clinics of North America.* 2014; 37: 301–317.

5. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Игнатенко И.Е., Ретюнский К.Ю. Клинико-анамнестические характеристики пациентов с аутодеструктивными заболеваниями кожи. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2013; 2: 16–22.

6. Odlaug BL, Chamberlain SR, Harvanko AM, Grant JE. Age at onset in trichotillomania: clinical variables and neurocognitive performance. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2012; 14 (4): pii: PCC.12m01343. doi: 10.4088/PCC.12m01343.

7. Franklin ME, Zangrabe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert. Rev. Neurother.* 2011; 11 (8): 1165–1174.

8. Gude D, Naveed S. Comprehending trichotillomania. *Int. J. Trichology.* 2012; 4 (2): 100–101.

9. Witkowski AM, Schwartz RA, Janniger CK. Trichotillomania: an important psychocutaneous disorder. *Cutis.* 2010; 86 (1): 6–12.

10. Mathew J. Trichoscopy as an aid in the diagnosis of trichotillomania. *Int. J. Trichology.* 2012; 4 (2): 101–102.

11. Sathe H, Karia S, Narankar C, Desousa A. Childhood onset trichotillomania: a retrospective analysis of 78 cases visiting tertiary general hospital. *Int. J. Contemp. Pediatr.* 2016; 3: 1284–1287.

12. Ghanizadeh A. Nail Biting; Etiology, Consequences and Management. *Iranian Journal of Medical Sciences.* 2011; 36: 73–79.

13. Zhi-Nan S, Dong-Lai H, Zhong-Mei C. Trichobezoar and Rapunzel syndrome. *World Journal of Pediatrics.* 2017; 13 (1): 91.

14. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and Co-Occurring Anxiety. *Comprehensive Psychiatry.* 2017; 72: 1–5.

15. Boardman L, Merwe L, Lochner C, Kinnear CJ. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. *Compr. Psychiatry.* 2011; 52 (2): 181–187.

16. Rozenma M, Peris TS, Gonzalez A, Piacentini J. Clinical Characteristics of Pediatric Trichotillomania: Comparisons with Obsessive-Compulsive and Tic Disorders. *Child Psychiatry & Human Development.* 2016; 47 (1): 124–132.

17. McGuire JF, Kugler BB, Park JM, Horng B, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA. Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2012; 43: 855–888.

18. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J. Dermatol.* 2013; 58 (1): 44–48.

19. Walther MR, Snorrason I, Flessner CA, Franklin ME, Burkel R, Woods DW. The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2014; 45: 24–31.

20. Трюб Р.М. Сложный пациент трихолога: руководство по эффективному лечению алопеций и сопутствующих заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018: 392.

21. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, Woods DW. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress. Anxiety.* 2010; 27: 611–626.

22. Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-Lopez N, Rudnicka L, Zalaudek I, Malvehy J, Hofmann-Wellenhof R, Braun RP, Marghoob AA, Jaimes-Lopez N. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. *Pediatr. Dermatol.* 2013; 30 (2): 163–171.

23. Валиев А.А., Маннанов А.М., Юлдашев М.А., Мун А.В. Патогенетические и терапевтические аспекты гнездой алопеции у детей. Молодой ученый. 2015; 20: 117–120.

© Коллектив авторов, 2019

DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-5-243-247
<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-5-243-247>

А.Г. Пашинян, Л.И. Ильенко

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВШЕГОСЯ НА МЕСТЕ ТАТУИРОВКИ

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет» им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, РФ



Нанесение татуировки – процедура, при которой экзогенный пигмент и/или краситель вводится в дерму с целью создания постоянного украшения кожи. В статье представлен обзор литературы о возможных осложнениях, возникающих после данной процедуры, таких как развитие доброкачественных и злокачественных новообразований, инфицирование, обострение хронических дерматозов, саркоидоз кожи, формирование келоидных рубцов, появление стойкой поствоспалительной гиперпигментации кожи. Приведены результаты спектрального анализа состава современных пигментов. Наименее реактивны из них белый, золотой, зеленый, голубой. После

Контактная информация:

Пашинян Альбина Гургеновна – д.м.н., проф. каф. дерматовенерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет» им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
Адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (495) 434-03-29, E-mail: stsoagp4@gmail.com
Статья поступила 10.04.19, принята к печати 20.09.19.

Contact Information:

Pashinyan Albina Gurgenovna – MD., prof of Dermatovenereology Department, Pirogov Russian National Research Medical University
Address: Russia, 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1
Tel.: (495) 434-03-29, E-mail: stsoagp4@gmail.com
Received on Apr. 10, 2019, submitted for publication on Sep. 20, 2019.