

Диффузная алопеция у женщины, возникшая после вакцинации: случай из практики

М. М. Тлиш, Н. Л. Сычева, П. С. Осмоловская, Ф. А. Псавок

Диффузная алопеция — полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся равномерным выпадением волос по всей поверхности волосистой части головы в результате нарушения циклов развития волос [1]. Как выраженный косметический недостаток, облысение часто приводит к психоэмоциональному дискомфорту, снижающему качество жизни, и вызывает как социальные проблемы (ограничения в выборе профессии и трудоустройстве), так и экономические в связи с длительностью лечения и его высокой стоимостью [2]. По распространенности диффузная алопеция занимает второе место после андрогенетической. Согласно современным публикациям, в последние годы отмечается тенденция к увеличению количества пациентов с диффузной потерей волос. Женщины подвержены ей в большей степени, чем мужчины.

Выделяют телогеновую и анагеновую форму диффузной алопеции [1]. Диффузная телогеновая алопеция (ДТА) — наиболее часто встречающаяся причина выпадения волос, проявляющаяся ежедневной потерей более 100 волос, находящихся в фазе телогена.

К основным триггерным факторам, приводящим к ДТА, относятся: недостаточность питания; дисфункция эндокринной системы, послеродовая алопеция, отмена гормональных контрацептивов; экзогенные и эндогенные интоксикации (лекарственными препаратами и химическими веществами), дерматозы токсического, токсико-аллергического и опухолевого происхождения; инфекционные болезни, стресс, диффузные болезни соединительной ткани.

Патогенез нерубцовой потери волос сложен и до сих пор остается малоизученным. Этиологические факторы воздействуют на волосы, находящиеся в фазе анагена, так как в этот период волосные фолликулы имеют высокую метаболическую активность. Это способствует сокращению фазы анагена и более быстрому переходу волоса в телоген. Таким образом, в результате к уже имеющемуся числу волос, находящихся в стадии телогена, прибавляется дополнительное количество, что приводит к их обильному выпадению. Изменение соотношения телогеновых и анагеновых волос вызвано сбоем процессов деления и дифференциации кератиноцитов, нарушением метаболических процессов, находящихся в ростковой зоне волосной луковицы [2, 3].

Независимо от причины, запустившей ДТА, изменения в волосных фолликулах, как правило, будут протекать однообразно. Основным симптомом является выпадение от 100 до 1000 волос в день. Число пораженных волосных фолликулов и, следовательно, интенсивность последующего выпадения волос зависят как от продолжительности и тяжести триггерного фактора, так и от индивидуальной восприимчивости организма.

Выпадение волос начинается, как правило, спустя 2–3 месяца после воздействия провоцирующего фактора. ДТА может привести к равномерному выпадению волос как по всей волосистой части головы, так и к формированию битемпоральной рецессии.

Не существует единой, общепризнанной классификации ДТА. J. Headington (1993) выделяет пять функциональных типов телогенового выпадения волос, основанных на том, какая фаза цикла роста волос патологически укорочена или удлинена [4].

ДТА может протекать как в острой, так и в хронической форме. Но в любом случае при нерубцовой алопеции полного облысения не наступает. Острая телогеновая алопеция длится менее 6 мес, а затем спонтанно или на фоне терапии проходит; хроническая длится более 6 мес, иногда в течение нескольких лет. Больные с хронической телогеновой алопецией отмечают упорное и обильное выпадение волос с волнообразным течением процесса [2].

При телогеновой форме алопеции почти 80% волосных фолликулов досрочно переходят в фазу телогена и процесс активного воспроизведения волос прекращается. В большинстве случаев при этой форме патологии выпавшие волосы полностью восстанавливаются в срок 3–9 мес, так как в отличие от андрогенетической алопеции не происходит гибели волосных фолликулов [1].

Как известно, алопеция является частым побочным эффектом множества лекарственных препаратов, но применение вакцин обычно не приводит к выраженной потере волос [5]. Однако в зарубежной литературе описаны случаи поствакцинальной очаговой и диффузной алопеции, связанные с вакцинацией против гепатита В, вируса папилломы человека, *Herpes zoster*, столбняка. Также отмечается, что связь между прививками и выпадением волос очень редкая [6–10].

Согласно исследованию, проведенному Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration, FDA), в 47 из 60 наблюдаемых случаев

поствакцинальной алопеции ДТА возникла после вакцинации от гепатита В. При этом у 15 из них алопеция появилась вновь после повторной вакцинации [5].

Для иллюстрации влияния вакцинации на рост волос приводим собственное клиническое наблюдение алопеции у молодой женщины, возникшей после плановой прививки от столбняка.

Пациентка В., 25 лет, обратилась в конце марта 2018 г. на кафедру дерматовенерологии КубГМУ с жалобами на выпадение и плохой рост волос на волосистой части головы, сопровождающиеся небольшим зудом.

Из анамнеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Нарушений менструального цикла не наблюдала. Ранее эпизодов выпадения волос не было. Примерно 2 месяца назад заметила усиленное выпадение волос и формирование облысения в темпоральной области волосистой части головы, сопровождающиеся небольшим зудом. Больная лечилась самостоятельно шампунем с кетоконазолом и принимала поливитамины с микроэлементами, но эффекта от лечения не было. В ходе беседы с пациенткой выяснилось, что 9 февраля 2018 г. ей была сделана прививка от столбняка (АС анатоксин п/к в левое плечо), в связи с ранением левой кисти при разделке мяса. Спустя пять дней место инъекции опухло и нагноилось, по поводу чего было произведено вскрытие абсцесса хирургическим путем.

Сопутствующие заболевания: с 16-летнего возраста выставлен диагноз «поликистоз почек и печени». Аллергологический анамнез — пищевая аллергия на красные фрукты и овощи.

Объективно. Патологический процесс на коже носит ограниченный, симметричный характер. Локализован в основном на коже волосистой части головы в теменных областях. Представлен участками диффузного выпадения волос, неправильной формы с нечеткими границами. Кроме того, в очагах обнаруживались редко расположенные волосы длиной 3–5 мм, расширенные пустые фолликулы и явления фолликулярного гиперкератоза. Видимой атрофии не наблюдалось (рис. 1). При проведении пробы с натяжением волос — результат положительный.



Рис. 1. Больная В. Клиническо-патоморфологические проявления диффузной алопеции. Диффузная алопеция до лечения

Субъективно — беспокоил периодический небольшой кожный зуд в очагах поражения. Волосы на лобке и подмышечных впадинах, а также брови и ресницы были сохранены. Ногти не изменены.

При обследовании: в клиническом анализе крови, общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологически значимых отклонений от физиологических значений не выявлено. Обследование на сифилис — отрицательно. Уровень сывороточного железа и цинка в пределах нормы. Гормональных нарушений со стороны щитовидной и половых желез не выявлено. Соскоб на грибы с волосистой части головы — результат отрицательный.

Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с рубцовой алопецией больная была направлена на биопсию кожи с предварительными диагнозами: «Диффузная алопеция? Фолликулярная форма красного плоского лишая?»

Гистологическое исследование биоптата кожи из патологического очага, располагающегося на правой теменной области (рис. 2).

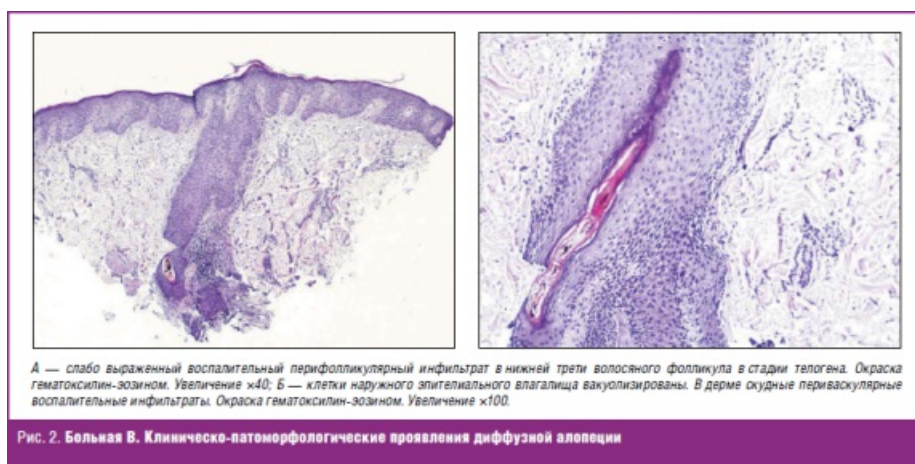


Рис. 2. Больная В. Клиническо-патоморфологические проявления диффузной алопеции

Фолликулярный гиперкератоз. Устья волосяных фолликулов расширены. Слабо выраженный акантоз. Вакуольная дистрофия клеток мальпигиева слоя. Количество волосяных фолликулов нормальное. Волосяные луковицы располагаются в средней трети дермы. Клетки наружного эпителиального влагалища вакуолизированы. Просветы

сосудов расширены. В дерме скудные периваскулярные и перифолликулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов. Потовые железы и мышцы, поднимающие волос, сохранены.

Заключение. Морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует нерубцовой диффузной алопеции.

Пациентка была консультирована врачом-трихологом. Проведена трихоскопия.

Трихограмма. Кожно-патологический процесс кожи скальпа представлен снижением плотности волос в теменной зоне до 80 на см², при норме 240 на см². Из них терминальных волос 112 на см² (84%), велусных 21 на см² (16%).

Среди терминальных волос: тонких волос (40–60 мкм) 60%, средних волос (60–80 мкм) 30%, толстых волос (более 80 мкм) 10%.

Кроме того, визуализируются одиночные юниты. Анизотрихоза нет.

Для сравнения: в затылочной области плотность волос высокая — 192 на см². Из них терминальных волос 171 на см² (88%), велусных 21 на см² (11%).

Среди терминальных тонких волос 100%, что соответствует норме для европейского и кавказского типа волос.

На основании клинической картины, данных лабораторного и гистологического исследования больной был поставлен диагноз «нерубцовая диффузная алопеция».

Пациентке было назначено лечение, включающее стимуляторы роста волос, поливитамины с микроэлементами, гепатопротекторы.

1. Натрия хлорид 0,9% — 400,0 + аскорбиновая кислота 5% — 10,0 в/в, капельно, ежедневно № 5.

2. Гепатосан по 1 таблетке 3 раза в день, за 15 минут до еды, 14 дней.

Затем:

3. Натрия хлорид 0,9% — 400,0 + Гептрал 400,0 в/в, капельно, ежедневно № 5.

Далее:

4. Гептрал по 1 таблетке 3 раза в день, 1 месяц.

5. Витамины Солгар «кожа, волосы, ногти» по 1 таблетке 2 раза в день, 3 месяца, с первого дня лечения.

Наружно:

6. Сыворотка для роста волос Алерана 1 раз в день, 4 месяца.

На фоне терапии субъективные ощущения исчезли в течение месяца, а восстановление волос наступило через 5–6 мес от начала терапии (рис. 3).

Таким образом, представленный клинический случай ДТА у молодой женщины демонстрирует, что вакцинация может явиться одним из триггерных факторов возникновения нерубцовой диффузной алопеции волосистой части головы.

Литература

1. Снарская Е. С., Гришина В. Б. Диффузная алопеция и метод ее комплексной коррекции // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2015; 18 (4): 49–55.
2. Галлямова Ю. А., Аль-хадж Халед, Чернышова М. П. Диффузная алопеция // Лечащий Врач. 2007; 9: 14–18.
3. Луцкий И. С. Влияние хронического психоэмоционального стресса на формирование эндотелиальной дисфункции, процессы ремоделирования сосудов и снижение мозгового кровотока // Кубанский научный медицинский вестник. 2015; 3: 65–72.
4. Headington J. T. Telogen effluvium. New concepts and review // Arch Dermatol. 1993; 129 (3): 356–363.
5. Wise R. P., Kiminyo K. P., Salive M. E. Hair loss after routine immunizations // JAMA. 1997 Oct 8; 278 (14): 1176–1178.
6. Tuccori M., Pisani C., Bachini L., Pardini M., Mantarro S., Antonioli L., Fornai M., Rubinelli M., Cirinei C., Blandizzi C. Telogen Effluvium following Bivalent Human Papillomavirus Vaccine Administration: A Report of Two Cases //



Рис. 3. Больная В. Клиническо-патоморфологические проявления диффузной алопеции. Восстановление волос после лечения

Dermatology. 2012; 224 (3): 212–214. <https://doi.org/10.1159/000337412>.

7. Lai Y. C., Yew Y. W. Severe Autoimmune Adverse Events Post Herpes Zoster Vaccine: A Case-Control Study of Adverse Events in a National Database // J Drugs Dermatol. 2015; 14 (7): 681–684.
8. Sánchez-Ramón S., Gil J., Cianchetta-Sívorí M., Fernández-Cruz E. Alopecia universalis in an adult after routine tetanus toxoid vaccine // Med Clin (Barc). 2011, Mar 19; 136 (7): 318. DOI: 10.1016/j. medcli.2010.03.010.
9. Chu C. H., Cheng Y. P., Chan J. Y. L. Alopecia areata after vaccination: recurrence with rechallenge // Pediatr Dermatol. 2016; 33: e218–219. <https://doi.org/10.1111/pde.12849>.
10. Sundberg J. P., Silva K. A., Zhang W., Sundberg B. A. et al. Recombinant human hepatitis B vaccine initiating alopecia areata: testing the hypothesis using C3H/HeJ mouse model // Vet Dermatol. 2009; 20: 99–104.

М. М. Тлиш, доктор медицинских наук, профессор

Н. Л. Сычева, кандидат медицинских наук

П. С. Осмоловская¹

Ф. А. Псавок, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, Краснодар

¹ Контактная информация: polina_osmolovskaya@mail.ru

Диффузная алопеция у женщины, возникшая после вакцинации: случай из практики/ М. М. Тлиш, Н. Л. Сычева, П. С. Осмоловская, Ф. А. Псавок

Для цитирования: Лечащий врач № 2/2019; Номера страниц в выпуске: 77-79

Теги: потеря волос, недостаточность питания, дисфункция эндокринной системы
