

РАЛЬФ М. ТРЮБ

СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ ТРИХОЛОГА

**РУКОВОДСТВО ПО ЭФФЕКТИВНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИЙ
И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Перевод с английского
под редакцией Н.Г. Баруновой и В.П. Ткачева**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2018

Условия успешного лечения потери волос

2

Старайтесь стать не успешным, а ценным человеком.

Альберт Эйнштейн (1879–1955)

Как и при лечении любого заболевания, работая с пациентом, страдающим потерей волос, необходимо тщательно изучить историю болезни, собрать полный анамнез, провести осмотр волос и кожи головы, сделать соответствующие лабораторные анализы, чтобы выявить причину выпадения волос. У врача есть также множество диагностических методов, позволяющих выяснить, страдает ли пациент от выпадения волос или от их истончения, имеем ли мы дело с врожденной или приобретенной патологией.

Условием выбора подходящего лечения для пациента является понимание динамики процесса потери волос и осознание множественности возможных причин патологии. Индивидуальный план лечения может быть разработан, если работа с пациентом ведется последовательно: начинается с наиболее простых и очевидных задач, постепенно переходя к более сложным.

Следует учитывать, что потеря волос чаще всего вызвана не одной причиной, а целым комплексом факторов, и необходимо бороться одновременно со всеми, чтобы достичь результата. Следовательно, разумно разделить все

наблюдаемые при осмотре отклонения на более мелкие группы, с которыми удобно работать. После этого нужно составить полный перечень и обзор симптомов, чтобы ничто не выпало из поля зрения и не сделало процесс лечения неэффективным. Для этого можно составить трихологическую анкету, в которую будет записываться вся собранная информация.

2.1. История болезни

Составление истории болезни имеет первостепенное значение для лечения потери волос. Тщательно и систематизированно составленные вопросы могут помочь в дифференциальной диагностике и в определении направления дальнейшего обследования.

Во время сбора анамнеза рекомендуется не принимать на веру слова пациента или врача, на которого тот может ссылаться. Иными словами, стоит избегать поспешных умозаключений и предубеждений, формируя суждения только на основании того, что представляется несомненным и очевидным. Таким образом, вы исключите возможность сомнений в дальнейшем.

ТРИХОЛОГИЧЕСКАЯ АНКЕТА

История болезни

Анамнез семейных заболеваний

Анамнез жизни

Анамнез приема лекарственных препаратов

Косметические процедуры (для волос)

отсутствуют ☐ андрогенетическая алопеция ☐ иное: ☐

негативное воздействие ☐ позитивное воздействие ☐

Клинический осмотр

Тип алопеции

Визульная оценка (осмотр) скальпа (волосистой части головы)

Пальпаторная оценка скальпа

Ширина пробора

Пулл-тест (тест потягивания волос)

Эластичность волос

андрогенетическая ☐ диффузная ☐ локализованная ☐

фронтальная область ____/50 затылочная область ____/50

область повреждения ____/50

в норме ☐ есть патология ☐

Трихоскопия

Состояние фолликулов

Состояние сосудов/пигментация

Изменения стержня волоса

Экзогенные влияния

перифолликулярные знаки ☐ желтые точки ☐

отсутствие устьев фолликулов ☐

пустующие волосяные фолликулы ☐ черные точки ☐

фолликулярный кератоз ☐

сосудистый рисунок ☐ пигментация ☐

анизотрихоз ☐ иное: _____

Трихограмма

	Фронтальная зона	Затылочная зона	Контралатеральная зона
Анаген с внешним корневым влагалищем	_____%	_____%	_____%
Анаген без внешнего корневого влагалища	_____%	_____%	_____%
Катаген	_____%	_____%	_____%
Телоген	_____%	_____%	_____%
Дистрофические	_____%	_____%	_____%
Обломанные	_____%	_____%	_____%
Миниатюризованные	_____%	_____%	_____%

Лабораторный анализ

Биохимические исследования

Микробиологические исследования

Биоптат с волосистой части головы

Подсчет волос

Ежедневное выпадение

Тест вымывания волос/модифицированный тест вымывания волос

Окончательный диагноз:

Сбор подробного семейного анамнеза необходим для диагностирования генетических заболеваний.

В то время как моногенное нарушение обычно связано с мутацией в одном гене, имеющем значительное влияние на фенотип, полигенные признаки определяются большим количеством генов, что может повлечь за собой риски различной степени тяжести. Более того, сложные полигенные признаки, как правило, не являются бинарными: признак не находится однозначно в одном или другом состоянии. Помимо этого, признак служит непрерывной переменной со случайным распределением в масштабах популяции. Наконец, варьирование нуклеотидной последовательности не единственный фактор, определяющий признак. Значительную роль играет также окружающая среда. Именно взаимодействие факторов, относящихся к генам и окружающей среде, определяет сложный фенотип.

В повседневной медицинской практике мы, как правило, имеем дело с андрогенетической алопецией (АГА), которая является сложным полигенным состоянием. При АГА влияние генетики очевидно, однако не менее важен пол и расовые особенности. Высокая частота случаев АГА усложняет задачу по определению способа наследования.

Как правило, риск преждевременной потери волос повышается при наличии страдающих облысением родственников первой линии, тогда как отсутствие алопеций в семейном анамнезе не дает оснований исключить этот диагноз для конкретного пациента.

Семейный анамнез включает следующие вопросы.

- Дата начала выпадения волос.
- Периодичность выпадения волос.
- Скорость потери волос.
- Предыдущие анализы и назначения.
- Историю имеющихся заболеваний (как на момент осмотра, так и в прошлом).
- Лекарственные назначения, включая гормональные препараты (анаболики, оральные контрацептивы, гормонозаместительная терапия и пр.).
- Сопутствующие симптомы, связанные с общим состоянием здоровья.
- Сопутствующие симптомы, связанные с состоянием волосистой части головы.

Среди сопутствующих симптомов, связанных с кожей головы, можно выделить.

- Повышенное салоотделение (себорея).
- Повышенную сухость (себостаз).
- Зуд (прурит).
- Перхоть.
- Ощущение жжения или болезненность скальпа (триходиния).
- Привычку расчесывать кожу волосистой части головы — отмечается, что при длительном (более 15 мин) расчесывании кожи головы волосы в этой области могут обламываться.

Женщины часто винят в выпадении волос используемые косметические средства, тогда как некоторые мужчины считают, что проблема кроется в ношении головных уборов.

Правда заключается в том, что ни мытье волос, ни сушка феном не повреждают волосяные фолликулы и, следовательно, не влияют на рост волос. Тем не менее, если применять агрессивные щелочные шампуни, слишком сильно тереть волосы полотенцем или сушить их слишком горячим феном, можно повредить стержень, что приведет к повышенной ломкости.

Если только головной убор не сдавливает голову слишком сильно и не тянет волосы, ношение шапки также не может спровоцировать выпадение волос. Представление о том, что потеря волос может быть связана с ношением шапок или касок, возникло потому, что облысение по мужскому типу чаще всего проявляется тогда, когда молодые люди начинают военную службу или устраиваются на работу, подразумевающую ношение каски. Очевидно, это всего лишь совпадение, связанное с возрастными особенностями.

Довольно часто пациенты жалуются на потерю волос, связывая проблему с использованием конкретного шампуня (как правило, против перхоти). Это мнение может быть объяснено тем, что более тщательное мытье кожи головы специальным шампунем вызывает более интенсивное выпадение волос в фазе телогена и в ванной остаются те волосы, что давно были выпавшими, но удерживались запутанными среди других длинных волос.

До сих пор нет однозначного ответа на освещенный в более ранних работах вопрос, способно ли вызвать связанную с замедлением митоза диффузную потерю волос использование шампуней с кератостатическими веществами против перхоти, такими как сульфид селена. Однако было доказано отсутствие значимого влияния на процесс потери волос шампуней, как содержа-

щих, так и не содержащих диметикон. Что касается укладок, то потерю волос скорее может вызвать определенная прическа, а не средства для укладки (гели, помады для волос, спреи, средства для перманентной завивки или краска). Любые прически, вызывающие постоянное натяжение волос (тугие хвостики, афрокосички или шиньоны), приводят к фокальному выпадению волос, особенно при наличии АГА. Использование химических веществ, нагревание волос и плетение косичек могут повлечь за собой центральную центрифугальную рубцовую алопецию у темнокожих женщин.

Наконец, острая телогеновая алопеция может быть спровоцирована аллергическим контактным дерматитом при использовании красок для волос, в особенности парафенилендиамина. В подобном случае аппликационная кожная проба поможет установить причину проблемы.

Для того чтобы правильно оценить истончение и ломкость, связанные с уходом за волосами, необходимо выявить следующее.

- Частота мытья головы и используемый шампунь.
- Использование средств для ухода за волосами.
- Средства для укладки.
- Тип краски для волос.
- Завивка или выпрямление волос.
- Уход за волосами (см далее).

В анамнезе должно быть уделено внимание наиболее распространенным причинам потери волос.

- Дефицит железа.
- Заболевания щитовидной железы.
- Красная волчанка (Lupus erythematosus)
- Прием лекарственных средств.

Прием оральных контрацептивов или проведение гормонозаместительной терапии с помощью прогестагенов, обладающих андрогенной активностью, таких как норэтистерон, левоноргестрел и тиболон, может вызвать потерю волос у имеющих генетическую предрасположенность женщин.

Считается, что при генетической предрасположенности именно соотношение эстрогенов и андрогенов играет решающую роль при запуске процесса женского облысения. Таким же образом запускается механизм потери волос у склонных к этому женщин, которые получают терапию ингибиторами ароматазы по поводу рака молочной железы.

Лекарственно обусловленная потеря волос обычно относится к диффузной нерубцовой алопеции, которая самоустраняется после прекращения приема медикаментов. Лишь немногие препараты, в основном антимитотические агенты, действительно вызывают потерю волос. Тем не менее множество лекарств могут быть причиной отдельных случаев алопеции. Существует длинный список препаратов, в некоторых случаях вызывающих потерю волос. Все антикоагулянты и антигиперлипидные лекарства могут стать причиной выпадения волос; некоторые психотропные медикаменты с высокой долей вероятности приводят к лекарственно обусловленной алопеции; сообщается, что у некоторых пациентов, принимающих литий-содержащие препараты, истончались волосы; случаи подобных осложнений при приеме трициклических антидепрессантов редко описываются в отчетах; некоторые противоконвульсивные вещества, в особенности

вальпроевая кислота, в редких случаях провоцируют алопецию; среди гипотензивных средств — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и системные или топические β -адреноблокаторы (для лечения глаукомы) могут потенциально вызывать потерю волос, выпадение волос из-за приема нестероидных анальгетиков случается лишь в малом проценте случаев; у небольшого количества отдельных пациентов причиной выпадения волос были гипохолестеринемические и антибактериальные/противовирусные средства.

Диагностирование лекарственно обусловленной алопеции остается сложной задачей. Клиническое определение побочных эффектов на препараты в большой степени основано на субъективных критериях.

Однако, если корень проблемы лежит в побочной реакции на медикаменты, это может быть установлено путем анализа следующих факторов: предыдущий общий опыт приема этого препарата, наличие иных этиологических возможных причин (как правило, АГА или болезни, которые лечат препаратом, вызывающим сомнения у трихолога), время начала выпадения волос и приема лекарства, содержание препарата в крови или признаки передозировки, реакция пациента на прекращение приема медикамента и на повторное назначение.

Наконец, должен быть собран анамнез со следующей информацией.

- Привычки в питании, злоупотребление алкоголем.
- Воздействие ультрафиолетовых (УФ) лучей.
- Курение.

- Многочисленные половые связи или незащищенные половые акты, злоупотребление наркотиками [(сифилис, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)).
- Стрессовые события.

Количество и качество волос тесно связано с алиментарным статусом индивидуума. Адекватное потребление калорий, белков, микроэлементов и витаминов очень важны для тканей с высокой биосинтетической активностью, таких как волосные фолликулы. Поскольку стержень волоса практически полностью состоит из протеина, потребление нормального количества белка исключительно важно для роста здоровых волос. Скорость митоза напрямую зависит от калорийности питания, которая обеспечивается в основном углеводами, в виде гликогена, хранящегося во внешнем корневом влагалище фолликула. Наконец, достаточное обеспечение организма витаминами и микроэлементами важно для биосинтетического и энергетического метаболизма в фолликулах.

В случаях недостаточного потребления белков и калорий, дефицита незаменимых аминокислот, микроэлементов и витаминов возможны нарушения роста волос и пигментации. В целом неправильное питание может быть определено как: ненадлежащие приемы пищи, выбор продуктов питания, ведущий к дефициту питательных веществ, болезням, вызывающим повышенные требования к питанию, потерю питательных веществ, нарушение всасывания нутриентов или комбинацию этих факторов.

Считается, что традиционная западная диета не должна приводить к неправильному формированию стержня волоса из волосного фолликула.

Тем не менее дефицит витаминов и питательных веществ довольно часто встречается у молодых людей, питающихся продуктами быстрого приготовления, употребляющих так называемую «junk food» (мусорную еду), злоупотребляющих алкоголем, имеющих хронические заболевания. Однако особенно часто проблема распространена среди пожилых индивидуумов.

Кожа лица и головы, волосы подвержены пагубному воздействию окружающей среды. В то время как УФ-излучение и курение широко известны как факторы, ведущие к преждевременному старению кожи, их влияние на состояние волос и течение АГА лишь в последнее время привлекло внимание медицинского сообщества.

Хотя такие последствия долгого пребывания на солнце без защиты от УФ-лучей, как фотоканцерогенез и фотостарение, давно изучены, не было уделено достаточного внимания влиянию УФ-излучения на развитие АГА. Тем не менее некоторые клинические и морфологические исследования и теоретические соображения свидетельствуют о том, что УФ-излучение имеет некоторый отрицательный эффект.

Камачо (Camacho) и соавт. пишут об особом типе телогеновой алопеции, которая начинается через 3–4 мес после получения солнечного ожога кожи головы у людей с прическами, из-за которых кожа длительное время оставалась незащищенной от солнечных лучей. В клинической картине наблюдалось выпадение волос во фронтальной области, на трихограмме было видно увеличенное количество телогеновых и дистрофичных волос. У женщин волосы во фронтальной области были непослуш-

ными, алопеция характеризовалась облысением в лобной зоне по линии роста волос.

Наконец, при биопсии кожи головы часто выявляется эластоз, но до сих пор на это не обращали внимания. До настоящего времени не было проведено ни одного контролируемого клинического исследования того, как эластоз кожи головы связан с развитием, длительностью или стадией АГА, несмотря на то что это предоставило бы дополнительные данные о воздействии УФ на кожу.

В 1996 г. Мосли и Гиббс (Mosley и Gibbs) впервые опубликовали данные о связи между курением и преждевременной сединой у мужчин и женщин, а также между курением и облысением у мужчин. Поскольку женская алопеция в целом была редкостью, не было возможности предоставить данные о потере волос у женщин.

Наконец, перекрестное исследование популяционного уровня распространенности потери волос среди азиатских мужчин старше 40 лет продемонстрировало статистически значимую связь между АГА средней и тяжелой формы и интенсивностью курения. Шансы раннего начала АГА повышаются в зависимости от интенсивности курения.

Риск появления АГА средней и тяжелой формы повышается, если в семейном анамнезе ею страдали родственники первого и второго порядка, а также родственники по отцовской линии.

Хорошо известны психологически негативные эффекты алопеции и царящий в обществе культ молодости и ее атрибутов. Факты корреляции между алопециями и курением могут стать отличной возможностью для предотвращения или прекращения курения

путем повышения информированности общественности о связи между вредной привычкой и потерей волос.

Наконец, присутствие в анамнезе рискованного сексуального поведения и злоупотребления наркотиками может помочь связать потерю волос с сифилисом или ВИЧ-инфекцией.

После значительного спада заболеваемости сифилисом в 1940-х годах, связанного с открытием пенициллина, частота заболевания вновь увеличилась с приходом нового тысячелетия. Часто — в сочетании с ВИЧ. Это связывали отчасти с незащищенными половыми актами между мужчинами, беспорядочными половыми сношениями, проституцией и редким использованием презервативов.

Научная литература о потере волос из-за стрессовых событий содержит противоречивые сведения. Наличие эмоционального стресса у пациента еще не означает, что стресс явился триггером выпадения волос. Верным может быть также и обратное. Тем не менее уже давно признано, что психосоматические факторы играют значимую роль в дерматологических заболеваниях. Согласно психосоматической теории, система органов уязвима для возникновения психосоматических заболеваний, если наблюдаются некоторые этиологические факторы. Они включают в себя:

- эмоциональные факторы, связанные с центральной нервной системой;
- интрапсихические процессы, такие как самооценка, сексуальная самоидентификация, или эротизм;
- специфические корреляции между эмоциональным состоянием и целевым органом, например общественные ценности и нормы по отношению к внешнему виду волос;

- конституциональная уязвимость таргетного органа.

Наконец, навязчивые идеи в связи с состоянием волос не всегда легко преодолеть. Однако очень важно держать под контролем стресс, который может усугубить потерю волос или страх потери волос. Необходимо обеспечить пациенту психологическую поддержку для того, чтобы снизить беспокойство, а также следует дать ему основную информацию о фазах жизненного цикла волос. Эта информация может помочь при объяснении того, почему пациенту необходимо запастись терпением, прежде чем наступит видимый косметический эффект.

Лучший способ снять эмоциональное напряжение — вылечить заболевание, вызывающее стресс. Для того чтобы встреча в кабинете врача прошла успешно, необходимо убедиться в том, что все беспокоящие пациента вопросы разрешены.

2.2. Техники осмотра

Кожа и волосы хорошо поддаются процессу диагностики. Нужно только посмотреть и распознать проблему, ведь все на виду. Визуальный осмотр — самый простой аспект диагностики, однако простота опасна тем, что заставляет врача забыть о внимательности. Для того чтобы овладеть искусством визуального осмотра, необходимо каждый раз стараться ничего не упустить. Навык заключается в том, чтобы при постановке диагноза из увиденного сделать выводы о протекающих внутренних процессах и их причине. Первый осмотр лучше совершать, не зная о предыдущих диагнозах и о результатах анализов, чтобы избежать субъективности. Во многих слу-

чаях точный диагноз ставится мгновенно, если требуется лишь распознать болезнь. Чаще всего дерматологами практикуется визуальный осмотр, требующий знаний, опыта и хорошей зрительной памяти.

Если диагноз не удается поставить сразу, начинают проводить диагностические тесты, например, используя дерматологические методы осмотра и лабораторные анализы. Может быть необходим доступ к следующим инструментам диагностики.

- Физикальный осмотр (кожи головы, всех кожных покровов, ногтей, слизистых оболочек, распознавание синдромов).
- Дерматологические методы (метод контрастной визуализации, оценка ширина пробора, тест потягивания волос, тест на эластичность волос).
- Дерматоскопический осмотр волос и кожи головы (трихоскопия).
- Исследование корней депилированных волос (трихограмма).
- Микроскопическое исследование волос (применение поляризованного света).
- Биопсия кожи головы для проведения гистопатологии и иммунофлюоресцентного анализа.
- Осмотр под лампой Вуда.
- Микроскопическое исследование на грибы, КОН-тест, выделение культуры грибов.
- Другие микробиологические исследования.
- Фотографические методы (обзорная фотография, фототрихограмма).
- Анализ крови.
- Доступ к недерматологическим клиническим исследованиям.
- Эффективное взаимодействие с парикмахерами и эстетистами.

Осмотр невооруженным глазом подходит для обзорного обследования, од-

нако для более детального рассмотрения используется увеличительное стекло. Ручная однолинзовая лупа — наименее дорогой и наиболее простой и распространенный среди дерматологов инструмент с увеличивающей способностью в 3–4 раза. Хотя патоморфолог работает с увеличением в 100–1000 раз, врач-консультант обычно не нуждается в слишком большом увеличении, если только он не клинический морфолог.

Дерматоскопия — это неинвазивная процедура, позволяющая увидеть морфологические структуры, незаметные для невооруженного взгляда. Дерматологи, работающие с заболеваниями, поражающими кожу головы, выяснили, что использование дерматоскопа может помочь в их повседневной практике. Дерматоскопия кожи головы, или трихоскопия, необходима не только для диагностики волос и кожи головы, но и для выяснения стадии и скорости прогрессирования заболевания.

В исследованиях указывается на то, что применение дерматоскопии при медицинском осмотре волос и кожи го-

ловы улучшает качество диагностики и помогает увидеть новые проявления заболевания, что в результате может углубить клинические и патогенетические представления о болезни. Дерматоскопия волос и кожи головы (трихоскопия) становится все более популярной в повседневной медицинской практике в качестве ценного инструмента дифференциальной диагностики в трихологии. Этот метод позволяет наблюдать волосы и кожу головы под большим увеличением при применении ручного дерматоскопа (Heine Delta 20®, DermoGenius®, DermLite II Pro HR®, или DermLite DL3®) с использованием спиртового раствора или геля для ультразвуковых исследований. Можно комбинировать этот метод с фотографированием и цифровым воспроизведением изображений (рис. 2.1).

При использовании дерматоскопа можно наблюдать некоторые характерные проявления, одни из которых типичны для определенных заболеваний, другие помогают поставить диагноз в сложных случаях.



Рис. 2.1. Трихоскопия с фотографированием (DermLite Photo®)

Наконец, осмотр кожи головы с помощью дерматоскопа помогает пациентам почувствовать, что осмотр был тщательным. Это важно для больных с потерей волос, которые часто бывают очень тревожными и думают, что их осматривают недостаточно хорошо.

Трихограмма, или исследование корней депилированных волос, — это малоинвазивная процедура, позволяю-

щая проанализировать циклы роста волос. Для этого с помощью пинцета нужно выдернуть 50–100 волосков из определенных зон кожи головы и провести микроскопическое исследование корней волос (рис. 2.2, а, б). Главная цель использования трихограммы — оценка и подсчет волос, находящихся в разных стадиях, а также выяснение процента анагеновых и телогеновых волос.



Рис. 2.2. а — экстракция волос для трихограммы; б — исследование экстрагированных волос под световым микроскопом

После того как Милдред Троттер (Mildred Trotter) (1899–1991) описала цикл роста волос, исследования динамики их фаз проводились с помощью микроскопии депилированных волос с количественной оценкой по состоянию корней. Впоследствии метод трихограммы был разработан и стандартизован, он вошел в повседневную медицинскую практику как инструмент диагностики, помогающий оценить потерю волос. Метод прост в применении, воспроизводим и надежен при проведении в стандартизованных условиях.

Поскольку в 95% случаев потеря волос вызвана нарушениями в цикле роста волос, измерения с помощью трихограммы — это стандартный метод подсчета волос в разных фазах роста, помогающий увидеть патологическую динамику, вызывающую выпадение волос. Процент волос в анагене, катагене или телогене отражает или феномен синхронизации роста волос, или изменения в продолжительности соответствующих фаз роста волос. Наконец, наличие дистрофических волос указывает на значительные повреждения фолликулов анагеновых волос, будь то из-за токсинов, повышенных дозировок лекарств или тяжелой гнездной алопеции.

Трихограмма позволяет получить надежные результаты при условии проведения стандартизированной процедуры.

В случае жалоб на ломкость волос, плохих результатов теста на эластичность волос или большого процента обломанных волос в трихограмме необходимо провести исследование стержня волоса под световым микроскопом. В целом пациенты с заболеваниями, поражающими стержень волос, страда-

ют от аномальной или изменившейся текстуры волос, от недовольства внешним видом волос, от проблем с непослушными волосами или от неудачных попыток отрастить волосы.

Существенно важным для получения общей клинической картины является проведение теста на эластичность волос. Алгоритм для сужения круга возможных диагнозов следующий: нужно разделить заболевания стержня волос на врожденные и приобретенные, на сопровождающиеся (что со временем приводит к алопеции) и не сопровождающиеся повышенной ломкостью волос. Наконец, необходим систематизированный анамнез и тщательный клинический осмотр пациента с особым вниманием к зубам, ногтям и потовым железам, в особенности при врожденных заболеваниях.

Как правило, гистологическое исследование волос и осмотр стержня волоса дают важные подсказки для диагностирования. При использовании светового микроскопа с поляризацией можно прямо в кабинете диагностировать большую часть врожденных или приобретенных заболеваний стержней волос.

Многие патологические изменения стержня волоса могут быть распознаны с помощью дерматоскопии.

Лабораторные анализы также следует проводить во многих случаях, несмотря на то что их значимость в дерматологии не всегда высока. Клиническая настороженность — это определяющий фактор, а знание клинической дерматологии — необходимое условие для того, чтобы разумно сочетать медицинскую значимость и экономическую оправданность лабораторных анализов.

Чем больше анализов сделано, тем больше риск получения ложноположительного результата или малозначимых данных. Вероятность лабораторных ошибок повышается при применении автоматизированных мультианалитических систем. Следовательно, лабораторные анализы должны назначаться разумно.

Химический анализ волос — это химический лабораторный анализ срезанных участков волос. Он наиболее применим в судебной токсикологии и все чаще используется в экотоксикологии. Анализ волос также подходит для определения употребления наркотиков, включая кокаин, героин, а также бензодиазепинов и амфетаминов и для обнаружения в организме следов многих токсичных средств. Химический анализ волос может быть полезен при восстановлении ретроспективной картины, когда кровь и моча уже не могут сохранять остатки определенного вещества. В самых распространенных случаях речь идет о сроке до года.

С другой стороны, возрастающее количество частных лабораторий предлагает услуги по проведению многоэлементного анализа волос, когда одновременно определяют содержание сразу множества химических элементов. Этот вид анализа используется в нескольких направлениях альтернативной медицины, в которых считается, что анализ волос может помочь диагностировать огромное количество проблем со здоровьем. По результатам может быть рекомендована хелатная терапия, прописаны минералы, микроэлементы и/или витамины. Впрочем, такое использование анализа волос довольно противоречиво по нескольким причинам.

- Большинство частных лабораторий не подтверждают свои аналитические методы сверкой со стандартными эталонными материалами.
- Содержание минералов в волосах может меняться в зависимости от использования различных шампуней, осветлителей и красок для волос. Не существует аналитических методов, предоставляющих надежную информацию о причине содержания в волосах того или иного уровня элементов; невозможно установить, связано ли это с процессами в организме или с окружающей средой.
- Уровень содержания определенных минералов может меняться в зависимости от цвета, толщины и скорости роста волос пациента, от его возраста и пола, от времени года и географического положения.
- Диапазон нормальных значений содержания химических элементов в волосах не был определен.
- Для большинства элементов не было замечено никакой корреляции между уровнем их содержания в волосах и иными известными показателями алиментарного статуса человека. Возможны ситуации, при которых концентрация элемента в волосах очень высока, несмотря на то что в других тканях выявлен его дефицит (и наоборот).

Микробиологические исследования необходимы при воспалительных процессах на коже головы с шелушением, коркообразованием и/или образованием гнойничков. У детей чаще всего встречаются грибковые инфекции (стригущий лишай), тогда как у взрослых наиболее распространены бактериальные инфекции, вызванные *золотистым стафилококком*. Диагностирование грибковых

или бактериальных кожных инфекций требует взятия соскоба и прямой визуализации патогенов (с гидроксидом калия, окраской по Граму), посева и анализа на определение возбудителя. Необходима доступная лаборатория с подходящим оборудованием (рис. 2.3).

В некоторых случаях рекомендуются повторные микробиологические исследования, так как при длительном применении антибиотиков, особенно при декальвирующем фолликулите, могут развиваться новые устойчивые патогены, приводящие, например, к грамотрицательному фолликулиту.

В некоторых случаях алопеции невозможно поставить диагноз, основываясь на результатах медицинского осмотра, методах диагностики волос и лабораторных исследованиях. Именно так и происходит с рубцовыми алопециями. В подобных случаях биопсия кожи головы может помочь поставить точный диагноз. Кроме того, необходимо помнить

о том, что пациент может страдать сразу двумя типами алопеции.

Во всех случаях рубцовой алопеции необходимо сделать биопсию кожи головы.

По определению, рубцовая алопеция характеризуется видимым при осмотре и трихоскопии исчезновением фолликулов из-за их разрушения. Биопсия поможет определить причину и исключить злокачественную опухоль.

При нерубцовых алопециях, когда не происходит исчезновения фолликулов, при биопсии скальпа проводится морфометрический анализ поперечных срезов (учитывается плотность волосяных фолликулов, соотношение анагеновых и телогеновых волос, терминальных и веллусных).

Можно также попытаться обнаружить признаки определенных заболеваний (трихомалация при трихотилломании, перибульбарный лимфоцитарный инфильтрат при гнездной алопеции).

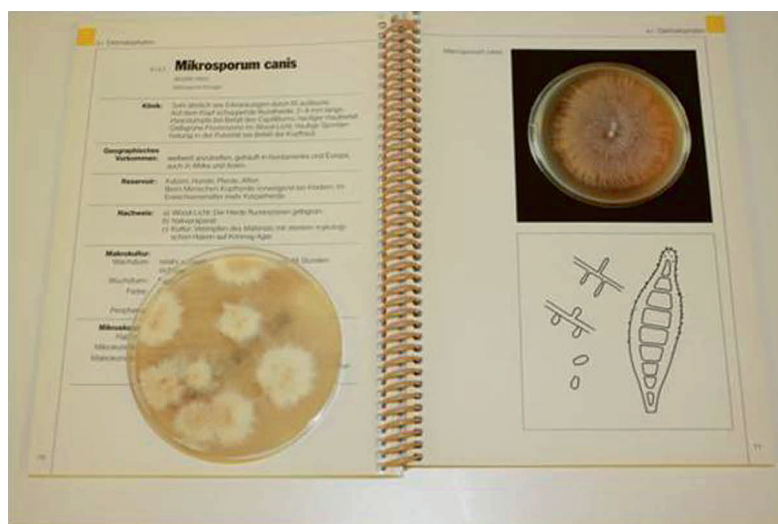


Рис. 2.3. Результаты посева на грибковую инфекцию: положительный результат на дерматофиты вида *Microsporium canis* (микроспория)

При рубцовых алопециях с активным воспалительным процессом тип воспалительного инфильтрата (лимфоцитарный, нейтрофильный, смешанный, гранулематозный), особенности воспаления и то, как оно влияет на волосяной фолликул, как правило, помогает поставить точный диагноз. Если нет активного воспалительного процесса, окраска эластина помогает прояснить природу рубцового процесса и его механизм.

При исследовании 136 образцов биопсии кожи головы, взятых для гистопатологического и прямого иммунофлюоресцентного анализа на кафедре дерматологии Университетской клиники Цюриха, окончательный диагноз удалось поставить в 126 случаях. В 97% случаев окончательный диагноз удалось поставить на основании результатов одной только гистопатологии. Характерные данные, полученные прямым иммунофлюоресцентным методом для плоского фолликулярного лишая и дискоидной красной волчанки, показали, что для плоского фолликулярного лишая выявляется высокая специфичность (98%), но низкая чувствительность (34%), а для дискоидной красной волчанки получены высокие показатели по обоим параметрам (96 и 76% соответственно).

Эффективность проведения биопсии прямым иммунофлюоресцентным методом для постановки диагноза наиболее высока, когда есть подозрения, что пациент болен дискоидной красной волчанкой.

Одной из наиболее распространенных проблем, связанных с биопсией, является нежелание многих дерматологов проводить эту процедуру, из-за чего рождается новая сложность — недостаток опыта. Многие морфологи довольно

плохо осведомлены об особенностях патогистологии кожи головы. Часто биопсию кожи головы делают неправильно: слишком поверхностно (не захватывая подкожные ткани), на малом участке, по касательной к волосяному фолликулу. Наконец, волосяной фолликул и связанные с ним заболевания сложны и динамичны, биопсия же дает лишь застывшую патологическую картину.

Тем не менее, если процедура проведена правильно, а результаты верно интерпретированы, биопсия кожи головы должна быть простой, относительно бескровной и безболезненной процедурой, предоставляющей бесценные сведения для подтверждения предполагаемого диагноза или уточнения того или иного вида алопеции, будь то рубцовая или нерубцовая.

Для более обстоятельного обсуждения методов осмотра читатель может ознакомиться с соответствующей литературой.

2.3. Количественная оценка потери волос

Точная оценка динамики процесса выпадения волос на момент обращения необходима для постановки диагноза. Чтобы соответствовать требованиям к осмотру в кабинете врача, обследование должно быть простым, неинвазивным и быстрым. Было предложено множество методик, но все они требуют стандартизации.

Тест потягивания волос (*pull test*) — это неточный метод. В то же время подсчет телогеновых волос в трихограмме не коррелирует с тяжестью выпадения волос.

Ежедневный подсчет выпавших волос, осуществляемый пациентом дома, представляет *квазиквантитативную* (квази-количественную) информацию о потере волос. Для этого пациента просят собирать все волосы, выпавшие в процессе утреннего расчесывания, включая волосы на подушке, в раковине, на расческе, на плечах, а также те, что он теряет во время мытья головы. В ванную следует положить нейлоновую сетку или марлю, чтобы случайно не смыть выпавшие волосы. Все собранные за утро волосы складываются в чистый пластиковый пакет. На него наклеивается бумажка с датой и информацией о том, мыл ли пациент в этот день голову. Также следует попросить подсчитать количество волос в пакете и записать цифру. Как правило, этот процесс повторяется в течение 14 дней подряд, а потом все пакеты приносят в кабинет врача. Удобнее просить пациентов начинать собирать и считать волосы за 5–7 дней до трихограммы (ежедневный подсчет) и после мытья головы, следующего за трихограммой (тест вымывания волос).

Нормальное количество выпавших волос разнится в пределах от 35 до 180, в зависимости от общего количества волос у пациента, а также от времени года. В день мытья головы обычно теряют больше волос, особенно если голову моют не ежедневно. При телогеновой алопеции количество потерянных за день волос близится к 100, тогда как при АГА это число может быть существенно меньше.

Из этого следует, что при оценке выпадения волос не стоит доверять общему правилу, согласно которому нормальным считается число в пределах 100.

Поскольку ежедневный подсчет волос — процедура утомительная, было решено, что тест вымывания волос — это,

вероятно, наилучший диагностический метод. Во время теста пациент воздерживается от мытья волос в течение 5 дней, а на 6-й день моет голову, положив в ванну марлю, после чего подсчитывает оставшиеся на ней волосы. В одном из исследований при выпадении волос у детей была доказана надежность теста. Пороговое значение нормы для детей установлено на уровне 11 волос в день. Пороговые значения теста повышаются с возрастом. Не определены возрастные нормы потери волос для взрослых.

Пытаясь найти простой метод постановки правильного диагноза и оценки активности процесса АГА и телогеновой алопеции, Гуаррера (Guarrera) и соавт. применили модифицированный тест вымывания волос, в котором оценивается количество выпавших и процент vellusных волос. Собранные после мытья волосы подсчитываются и делятся на те, что имеют ≤ 3 см, и те, что имеют ≥ 5 см в длину. Метод изначально был разработан для того, чтобы отличить телогеновую алопецию от женской АГА. Тест показал, что при женской АГА 58,9% волос vellusные, а при телогеновой — лишь 3,5%.

В конечном итоге, помимо диагноза, необходимо правильно оценить эффективность лечения. Этот метод должен быть более точным, чем тест вымывания волос, так как позволяет анализировать значимые показатели роста волос (густота, толщина, скорость роста и соотношение анагена и телогена). Для этих целей предлагается прибегнуть к цифровому анализу фотографий: были собраны истории болезней некоторых пациентов, после чего в 1980-х гг. появились публикации. Однако скоро всем стало очевидно, что волосы — это довольно сложный для автоматизированного цифрового анализа материал и не все цифры пра-

вильно отражают показатели, связанные с потерей волос. Физические свойства волос, являющихся составной частью кожного покрова, и происхождение этих свойств — сложная тема. Волос состоит из нескольких слоев, среди которых непигментированная кутикула; под ней находится кортекс, в котором пигмент может как отсутствовать, так и присутствовать; в центре содержится мозговое вещество, состоящее из мягких кератиновых клеток и воздушных полостей. Кроме того, строение и локализацию конкретного участка, на котором растут волосы, также необходимо принимать во внимание. Расположение волос в виде фолликулярных единиц (юнитов), состоящих из нескольких волосяных фолликулов (как правило, до 5), растущих вместе, представляет техническую проблему для точного подсчета количества стержней волос из-за их близкого расположения и часто наложения друг на друга. Существуют методы, предполагающие, что подсчет возможен с помощью полностью автоматизированных систем, однако они так и не стали широкодоступными.

Программное обеспечение TrichoScan®, сочетающее эпилюминесцентную микроскопию с цифровым анализом изображений, было создано как инструмент автоматизированного анализа волосистой части головы. Эта программа требует использования специальной краски для волос для более точного распознавания слабопигментированных тонких волос. Сторонники метода предполагают, что система должна уметь анализировать биологические показатели роста волос: 1) густоту (n/cm^2); 2) толщину (мкм); 3) скорость роста (мм/сут) и 4) соотношение анагена и телогена. Внутриклассовые соответствия (при работе с одним и тем же оборудованием, у одного и того же специалиста) на уровне около 91% и межклассовые соответствия (при работе с

разным оборудованием) на уровне около 97% демонстрируют точность программы и воспроизводимость данных.

Используя соответствующее стандартам фотооборудование и откалиброванную шкалу для анализа контрастной фототрихограммы, ван Нест (van Neste) разработал интерфейс, который позволял с той же точностью, что и биопсия, анализировать волосы и стадии их роста. Принимая такой подход за эталонный метод, провели исследование, оценивающее преимущества и недостатки использования TrichoScan®. При исследовании обнаружились ошибки, довольно неожиданные после заявлений о точности, которыми сопровождалось продвижение TrichoScan® как метода оценки роста волос. Исследование не подтвердило эти заявления. С помощью доступного программного обеспечения были получены числовые значения (подсчитывались все стержни волос, найденные программой в контролируемой зоне, а также те, что находились на границе этого участка). Число было поделено на количество волос в фазе покоя (телогеновые) и на те, что считались растущими, т.е. анагеновыми. Коммерческое программное обеспечение, предлагаемое дерматологам и трихологическим клиникам, изначально не отображало толщину стержня или скорость роста волос. Хотя суммарная толщина — это косвенный метод получения данных о диаметрах волос, этот показатель дает общую цифру, которая зависит от длительности фаз роста волос. Также было поставлено под сомнение то, что TrichoScan® точно измеряет рост волос. Во-первых, на экране нет данных о скорости роста волос. Во-вторых, точность определения анагеновых волос далека от идеала. Действительно, процент анагена был занижен (разница $>5\%$) в двух из четырех зон кожи головы, а также в области роста бороды. При этом в случаях более

значительного истончения волос процент был завышен (найден на 32% больше анагеновых волос в теменной зоне, чем было в действительности). Некоторое количество таких ошибок (как правило, если волосы тонкие) было описано другими пользователями TrichoScan®. Особенно плохо оценивалась густота волос (на 22% ниже реального показателя), неточно распознавались тонкие волосы. Истончение волос — это феномен, связанный с АГА. Опубликованные работы и наше экспериментальное исследование ясно демонстрируют, что подсчет тонких волос и распознавание фаз роста с помощью TrichoScan® нельзя считать надежными. Следовательно, TrichoScan® в нынешней версии не может быть использован для количественной оценки выпадения волос согласно существующим стандартам, особенно у пациентов с АГА.

Наконец, Гуаррера и др. провели оценку достоверности данных TrichoScan® в сравнении с модифицированным тестом вымывания волос. Оценивались параметры волос у 41 женщины с АГА или телогеновой алопецией, а результаты двух тестов сравнили. Соответствия между медицинским диагнозом и диагнозом по результатам теста вымывания волос были названы существенными, а в случае с TrichoScan® — существенными в меньшей степени. Результаты расчетов TrichoScan® и теста совпали только в 17 из 41 случая (41%). Модифицированный тест вымывания волос проявил себя лучше при диагностике телогеновой алопеции. Авторы заключили, что медицинское обследование должно включать в себя модифицированный тест вымывания волос и дерматоскопию, а прибегать к биопсии следует лишь в самых сложных случаях. TrichoScan® показал себя как ненадежный и даже дезориентирующий тест при телогеновой алопеции.

Компьютеризированные методы требуют дальнейшей оптимизации. Пользователи говорят о том, что следует работать над более простым интерфейсом и ускорением обработки изображений. И все же, несмотря на то что скорость обработки данных является важным аспектом современности, пользователи (врачи, пациенты, фармацевтические или косметические компании) нуждаются в точных, а не просто в быстро работающих программах. Им должна быть предоставлена полная информация об измерениях показателей роста волос (как качественных, так и количественных), имеющая значение для диагностики, прогнозирования и терапии.

В конечном итоге обзорные фотографии были успешно причислены к стандартным методам объективного контроля роста волос во время исследований финастериды на людях, с 1992 г. С момента внедрения этого метода была доказана необходимость проведения обзорных фотографий в ежедневной клинической практике для наблюдения за пациентами с потерей волос, находящимися на долгосрочной терапии. Для клинических исследований рекомендуется использовать этот метод в паре с фототрихограммой. Фототрихограмма позволяет анализировать результаты при подсчете волос (n), измерении густоты ($n/\text{см}^2$), соотношения волос в фазе анагена и телогена (%), толщины волос (мкм) и скорости роста волос (мм/сут) на определенном участке кожи головы, тогда как стандартизированный метод обзорных фотографий показывает изменения в общей клинической картине в течение длительного времени.

Обзорная фотография — это снимок головы, сделанный на близком расстоянии,

в отличие от контактной макросъемки, которую используют для фототрихограммы.

Обзорные фотографии могут комбинироваться с любыми количественными методами оценки роста волос, дополняя клинические данные. Метод рекомендован для ежедневной клинической практики наряду с трихоскопией.

Для проведения обзорной фотографии голову пациента помещают в стереотаксическое устройство, фиксирующее подбородок и лоб. Исходя из стандартных параметров съемки, устанавливают фотокамеру и вспышку. Важно, чтобы расположение объекта и камеры, параметры съемки и освещение были одинаковыми в каждый последующий визит. Таким образом обеспечивается четкий контроль состояния одной и той же зоны кожи головы (рис. 2.4).

Стереотаксическая камера может быть направлена на исследуемую зону кожи головы во фронтальной и вертексной (макушка) проекции. Изначальный поставщик такого оборудования — компания Canfield Scientific.

Длина, цвет, форма волос и тип расчесывания должны оставаться по воз-

можности неизменными на время наблюдения. Пациентов стоит проинформировать, что радикальная смена прически нежелательна, так как может измениться внешний вид волос. Кроме того, следует избегать косметических процедур, утолщающих волосы, а также перманентной завивки и окрашивания. Мыть голову необходимо утром перед фотографированием, не используя средства для укладки (муссы, гели, спреи). Вода не должна попадать на волосы непосредственно во время подготовки к фотографированию, так как это может повлиять на видимую густоту волос, особенно если они тонкие. Как правило, делают аккуратный пробор по центру.

Результаты обзорной фотографии легко фальсифицируются, если делать снимки со вспышкой разной яркости. Когда от кожи и волос отражается больше света, кажется, что волос меньше, а когда света меньше, кажется, что волос больше (рис. 2.5, а, б). Фотографии, сделанные без специальной техники и в разных условиях, могут существенно отличаться друг от друга, что влияет на результаты оценки.



Рис. 2.4. Обзорная фотография с использованием стереотаксического устройства и установленной камеры

2.4. Навыки общения

Не менее важная часть процесса лечения — общение с лечащим врачом, в значительной степени влияющее на самочувствие больного.

Налаженный контакт с пациентом определяет общую удовлетворенность больного и успешность лечения, тогда как отсутствие контакта ведет к неудовлетворенности процессом лечения вне зависимости от его объективной успешности.

Навыки общения не определяются талантом, они могут быть улучшены через тренировки и приобретение опыта. Хотя традиционно в медицинских университетах общение с пациентами и считается частью обходов и практических занятий, явного упора на формирование этого навыка нет.

Умение на практическом уровне правильно построить диалог зависит от того, насколько искренне врача интересуют проблемы выпадения волос, а на психологическом уровне — еще и от того, насколько искренне врача интересует его пациент.

Мотивация для налаживания общения, ориентированного на пациента, происходит из желания предоставить качественный уход за больным, соответствовать профессиональному уровню компетенции, уменьшить возможность медицинских ошибок, улучшить результаты терапии и повысить удовлетворенность пациента, не увеличивая при этом время приема.

Врач, работающий с трихологическими пациентами, сталкивается с особыми трудностями, ему приходится иметь дело со сложными психосоциальными

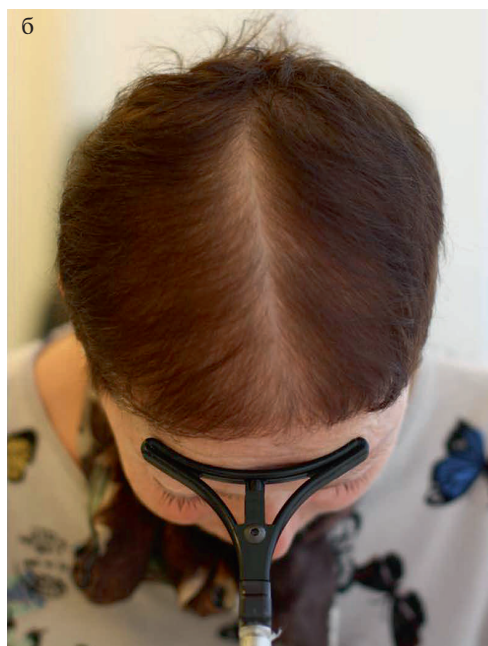
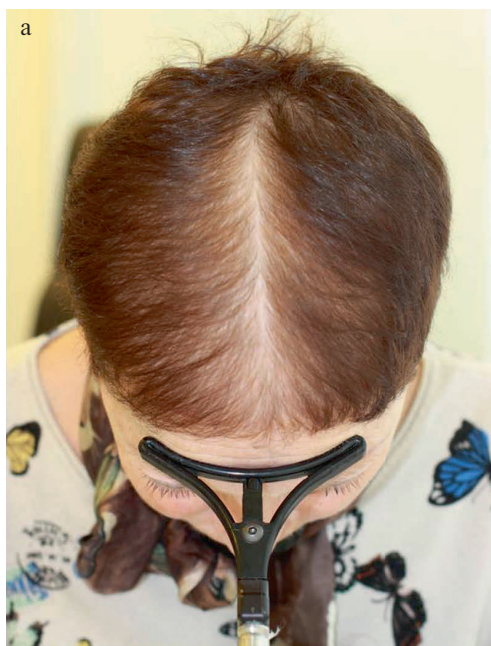


Рис. 2.5. Влияние освещения на метод обзорной фотографии: а — когда от кожи и волос отражается больше света, кажется, что волос меньше; б — когда света меньше, кажется, что волос больше

явлениями, связанными с облысением, при этом продолжая оказывать высоко-профессиональную помощь пациенту во время каждого визита.

В исследовании, проведенном Ренци (Renzi) и соавт., высказана мысль о том, что дерматологи, не поддерживающие эффективную коммуникацию с больным, вероятно, лишают себя возможности понять, как кожное заболевание влияет на повседневную жизнь пациента. Более того, и проблемы, связанные с общением, в этом случае уникальны, так как пациенты с выпадением волос часто чувствуют отчаяние по отношению к заболеванию, которое можно взять под контроль, но нельзя вылечить.

Учитывая ограниченность времени, некоторые врачи излишне спешат во время приема, не получают полных сведений обо всем том, что беспокоит больного, и не помогают пациенту разобраться с имеющейся у него (зачастую противоречивой и неверной) информацией по поводу его состояния.

Однако сконцентрированная на пациенте коммуникация довольно незначительно увеличивает время приема, при этом серьезно повышая эффективность лечения.

Общение с пациентом должно включать такие действия, как:

- слушать пациента;
- понимать пациента;
- информировать пациента о диагнозе, диагностических процедурах, терапевтических подходах и прогнозе;
- убеждать пациента;
- давать пациенту надежду;
- заставлять пациента брать на себя ответственность;
- совместно радоваться терапевтическому прогрессу;

- избегать:
 - опрометчивости/спешки;
 - доминирующего поведения;
 - предрассудков и стереотипов;
- необходимо:
 - отводить время на изучение истории болезни пациента перед началом осмотра; готовить себя к тому, чтобы внимательно выслушать пациента;
 - сидеть, а не стоять, — хороший способ помочь себе целиком и полностью сосредоточиться на пациенте;
 - убедиться в том, что пациент не чувствует себя игнорируемым, пока врач работает со специальным оборудованием. Сохранять зрительный контакт, проговаривать все свои действия, стараться как можно больше взаимодействовать с пациентом. Увеличить взаимодействие между врачом и пациентом, демонстрируя информационно значимые области на экране компьютера;
 - не прерывать пациента, когда он начинает рассказывать о том, что его беспокоит. В одном известном исследовании были предоставлены данные, показывающие, что в среднем врач прерывает пациента после 18 с. Если больного перебить, он, как правило, уже не станет говорить о том, что еще его беспокоит. В другом исследовании говорится о том, что, если пациенту позволяют закончить говорить о жалобах, продолжительность приема вырастает всего на 6 с;
 - убеждать пациента говорить больше о своих мыслях и чувствах. В этот момент самое сложное —

это заставить себя терпеливо выслушать ответ пациента. Прибегайте к методу *рефлексивного слушания* (повторяйте услышанное) для того, чтобы подтвердить правильность полученной информации и продемонстрировать, что вы слушали внимательно;

- основные принципы пациенто-ориентированной коммуникации позволяют выслушать историю пациента, при этом ведя разговор согласно всем традиционным преподаваемым принципам диагностики;

- наконец, исследования показали, что удовлетворенность пациента приемом возрастает, если имела место краткая беседа на немедицинскую тему. Таким образом, врач может показать больному, что к нему относятся как к живому человеку, а не как к очередному медицинскому случаю;

- завершающая стадия приема предоставляет возможность удостовериться в том, что пациент высказал все, что его беспокоит. Этого можно достичь, спросив: «У Вас еще остались какие-то вопросы?», таким образом у пациента будет возможность сказать обо всем, что еще не было упомянуто;

- коммуникация в особых случаях:

- если пациент испытывает раздражение, нужно вовремя обратить на это внимание и выяснить, что вызвало эти эмоции, до того, как начать защищать свою точку зрения;

- если пациент испытывает разочарование, скажите что-нибудь наподобие «Хотелось бы мне, чтобы все было иначе», чтобы он почувствовал связь с вами.

Нереалистичные ожидания могут вывести из равновесия как пациента, так и врача. Сначала послушайте пациента, узнайте, насколько полной информацией о своем заболевании он владеет, а потом дополните его сведения при необходимости. Пр продемонстрируйте и помогите ему правильно понять, что с ним происходит. Предоставьте пациентам приблизительную шкалу времени, описывающую, когда и каких терапевтических эффектов стоит ожидать. Хотя большинство пациентов надеются на полное излечение, для тех, кто получает должную психологическую помощь, может быть достаточно взять заболевание под контроль. Обеспечьте пациента необходимой ему информацией или укажите, где он может ее найти.

Из статьи: Stone M.S., Bronkesh S.J., Gerbarg Z.B., Wood S.D. Повышая приверженность терапии // Strategic Medicine. January, 1998.

Коммуникативные навыки врача помогают пациенту чувствовать уверенность и быть мотивированным, что ведет к повышению приверженности терапии, а лечение становится более успешным. На основании исследований особенностей коммуникации с пациентом было предложено следовать четырем шагам для создания условий, при которых пациент будет строго следовать вашим указаниям.

1. *Начните с позиций пациента.* Используйте историю пациента в качестве отправной точки. Пока пациент рассказывает, слушайте, что он хочет сказать, как он говорит, каковы его цели. Старайтесь по возможности говорить «на языке пациента», разъясняя ему непонятные термины. Используйте понятные ему слова вместо медицинских терминов.

2. *В разговоре должна быть эмоциональная составляющая.* Спросите, как эта ситуация заставляет пациента чувствовать себя. Внимательно слушайте, используйте те же слова, что употребляет пациент, чтобы высказывать соображения по поводу сказанного им. Покажите пациенту, что вы не безучастны, демонстрируя свои эмоции по поводу прогресса, трудностей и т.д.

3. *При определении целей лечения основывайтесь на пожеланиях пациента.* Спросите его, насколько активно он хочет участвовать в принятии решений относительно терапии. Позвольте ему участвовать в такой степени, в которой он хочет. Помогите пациенту наметить цели, проговорите, что необходимо сделать, определите, каким будет его уход за собой, основываясь на потребностях и желаниях больного.

4. *Поддерживайте пациента в желании искать информацию о своем состоянии.* Узнайте у пациента, какими источниками он пользовался, чтобы узнать о своем заболевании, дайте ему больше информации об этой патологии. Источники: Stone M.S., Bronkesh S.J., Gerbarg Z.B., Wood S.D. Повышая приверженность терапии // Strategic. Medicine. January, 1998.

Разница между комплаентностью пациента (приверженностью терапии) и соблюдением пациентом указаний лечащего врача не только семантическая. Она включает в себе саму суть отношений между врачом и пациентом: комплаентность подразумевает безвольное подчинение авторитету, тогда как для того чтобы пациент сознательно следовал указаниям и заботился о своем здоровье, врач должен суметь повлиять на больного. Для этого необходимо со-

блюдение трех ключевых условий при общении с пациентом: общие цели, общий язык и взаимное уважение.

Следующие вопросы, допускающие развернутый ответ, рекомендованные Институтом коммуникаций в сфере здравоохранения Байер, могут помочь пациенту следовать рекомендациям в различных обстоятельствах.

Чтобы прояснить для себя, что пациент имеет в виду и чего ждет:

«Что именно Вы хотели бы, чтобы я сегодня для Вас сделал?»

«У Вас довольно большой опыт общения с врачами, скажите, что Вы находите наиболее эффективным?», «Почему Вы решили прийти ко мне на прием в этот раз?»

Чтобы прояснить, чего вы ждете от пациента: «Я бы хотел быть Вашим лечащим врачом, чтобы помочь Вам справиться с этой проблемой/болезнью. Чтобы моя работа была более успешной, мне потребуется Ваша помощь. Вы сможете мне в этом помочь?»

Чтобы сказать о том, что ваши цели или точки зрения различаются:

«Мне кажется сложным продолжать, учитывая, что у нас с Вами сложилось разное видение ситуации».

«Я задаюсь вопросом, работаем ли мы как одна команда, т.е. так, как должны?»

Чтобы найти решение проблемы:

«Я бы хотел решить возникшую у нас проблему. Я думаю по этому поводу, что (...). Что Вы об этом думаете?»

«Могу ли я сейчас сделать что-нибудь, чтобы наша совместная работа стала более эффективной?»

Чтобы выразить сочувствие:

«Это, наверное, очень тяжело для Вас. Мне очень жаль».

Чтобы признать, что пациент испытывает сложности: «Кажется, Вам очень сложно говорить об этом. Могли бы вы как-то облегчить этот разговор?» «Я понимаю, как Вас пугает мысль об операции. Давайте подробнее обсудим ее особенности, чтобы избежать необоснованных страхов».

Чтобы достичь согласия по поводу диагноза:

«Я нашел возможное объяснение того, в чем заключается проблема. (Расскажите о своем предположении.) Как это соотносится с Вашими мыслями?»

2.5. Избегая психологических ловушек

«Учение — это единственное, от чего разум никогда не устает, чего никогда не боится и о чем никогда не сожалеет» — сказал гениальный Леонардо да Винчи (1452–1519). Доктор Мелани Макферсон (Melanie Macpherson) из Лимы, Перу, с 1 по 28 ноября 2014 г. проводила курс трихологии в Центре дерматологии и трихологии и после моей просьбы рассказать историю своего успеха, процитировав эту фразу Леонардо да Винчи, пояснила, как она понимает ее применительно к успешной трихологической практике: «Усталость не мешает работать, если вы действительно преданы своему делу и любите его. Опасайтесь лишь невежества и неспособности учиться новому. Когда сделан правильный выбор, даже если результат отличается от того, что вы ожидали, не жалеете о совершенном, но будьте готовы увидеть новые возможности» (www.dermahaarcenter.ch/news).

Независимо от систематического ведения истории болезни и техник осмотра существуют некоторые едва заметные

психологические ловушки, способные сбивать врача с верной мысли и заставить его поставить неверный диагноз.

У разных врачей различные стили ведения пациентов, разные подходы к решению проблем, но все они подвержены действию одних и тех же психологических механизмов, приводящих к ошибкам.

В своей книге «Как думают доктора» (2007) Джером Группман (Jerome Groopman) из Гарвардской медицинской школы уделяет особое внимание неправильному способу мышления в медицине, который повинен в 80% врачебных ошибок, тогда как технические ошибки происходят лишь в 20% случаев. Поспешное суждение, стереотипное мышление, преждевременные выводы и стадный инстинкт — лишь немногие из незаметных ловушек, опасно сужающих поле зрения врача.

Уильям Ослер (William Osler, канадский врач, 1849–1919) сказал: «Если внимательно послушать пациента, он сам назовет вам диагноз». То, как доктор задает вопросы и отзывается на эмоции пациента, прямо влияет на заинтересованность и содействие пациента. Манера врача задавать вопросы может заставлять больного чувствовать, что ему действительно интересно услышать ответ, а также помогает структурировать ответ пациента. Однако медики, как и все люди, рискуют ошибиться из-за стереотипного мышления, дающего готовые ответы, основанные на внешнем виде больного, его эмоциональном состоянии или на самих обстоятельствах. Большинство из нас особенно не любят пациентов, подходящих под стереотипное описание невротиков и излишне тревожных людей. Работа с такими больными может быть огромным испытанием даже для самых

заботливых из врачей. Эти пациенты часто рассказывают о себе в такой сбивчивой манере, что врачу становится очень трудно сконцентрироваться.

Врачи, которым не нравятся пациенты, постоянно прерывают их во время рассказа о симптомах и жалобах, предпочитая остановиться на удобном диагнозе и типе лечения.

Такое искаженное восприятие доктора потенциально может стать причиной плохого лечения. К сожалению, пациенты, замечающие негатив со стороны врача, редко понимают, как это может сказаться на результате терапии, и зачастую не меняют доктора. Группмэн описывает такую «ошибку атрибуции» в случае с нервной молодой женщиной, продолжавшей терять массу тела даже после назначения высококалорийной диеты. Ее лечащие врачи, убежденные в том, что она нечестна с ними относительно своего питания, отнесли все симптомы к проявлениям анорексии или булимии, тогда как на самом деле проблемы происходили от целиакии (непереносимости глютена), что выяснилось только через несколько лет.

Такие ошибки типичны, когда на прием приходят женщины с густой шевелюрой и жалобами на выпадение волос, которые врачи списывают на мнимую потерю волос, тогда как истинный корень проблемы (как правило) заключается в алопеции по женскому типу на начальной стадии.

Когда врач говорит «Вы абсолютно здоровы», это плохо по двум причинам: во-первых, таким образом он показывает, что доктора не могут ошибаться, а во-вторых, отделяет телесные проблемы от душевных.

Исследования показывают, что, в то время, как у врача-куратора группы и

его студентов во время учебной практики уходит от 20 до 30 мин на постановку рабочего диагноза, у практикующего доктора понимание того, что не так с пациентом, обычно формируется за 20 с. При «шаблонном мышлении» врач работает с создавшимся стереотипом, что мешает ему увидеть все то, что выбивается из схемы этого стереотипа.

Врачи должны следить за собой, чтобы не объяснять с такой готовностью все жалобы пациента стереотипами или медицинскими шаблонами.

Группмэн утверждает, что «все мы часто оказываемся под влиянием недавнего опыта или глубокого впечатления». Иными словами, если сейчас зима и вы только что приняли несколько пациентов с гриппом, следующий больной с жалобами на боль в мышцах и высокую температуру тела, вероятнее всего, уйдет с диагнозом «грипп», хотя на самом деле это может быть реакция на прививку от столбняка, о которой он забыл упомянуть.

Типичными трихологическими примерами являются постоперационная ишемическая алопеция и временная потеря волос вследствие эмболизации сосудов методами нейрорадиологии, ошибочно принимаемые за гнездную алопецию на основании данных клинических и дерматоскопических исследований. В то же время простое выяснение предшествующих началу потери волос обстоятельств помогло бы увидеть истинный корень проблемы.

Шаблонные опросники пациентов могут помочь систематизировать медицинские данные. Однако любые анкеты, как и все клинические алгоритмы, основаны на подходах к «усредненному пациенту» с типичным заболеванием. Клинические алгоритмы могут быть полезными для работы с распростра-

ненным диагнозом и лечением, но они совершенно бесполезны, когда врачу необходимо нестандартное мышление, симптомы неясны, многочисленны или противоречивы, а результаты анализов не дают однозначного ответа. Такой тип ошибок часто называют «эффектом линейного мышления».

Алгоритмы мешают врачу мыслить творчески и независимо.

Врачи, предпочитающие не мыслить самостоятельно, а опираться на классифицирующие схемы и алгоритмы, смотрят на пациентов через призму статистики. Однако статистика работает для гипотетических «средних» больных, а не для живых людей. Цифры могут лишь дополнить то, что врачу подсказывает его опыт. Порой «нелинейное мышление», выходящее за рамки обыденности, совершенно необходимо. Творческий подход и фантазия, а не приверженность очевидному, могут помочь, когда факты и результаты анализов не складываются в гармоничную картину. «Общие места — общие для всех» — еще одно клише. Коллеги часто смеются над врачами, которые везде видят проявления самых экзотических заболеваний, игнорируя гораздо более распространенные и вероятные версии.

Такой тип мышления может заставить врача потратить гораздо больше времени на определение эксфолиативной пузырчатки или лангергансоподобного гистиоцитоза с клиническими проявлениями в виде себорейного дерматита на скальпе.

Немало сказано о том, как важна для врача интуиция, но, полагаясь лишь на нее, можно совершить множество ошибок. Клиническая интуиция — это сложное явление, «чутье», основанное на прошлом опыте, особенно важной составляющей которого является память о совершенных ошибках.

Опыт получают не только через постоянную медицинскую практику, но и через обратную связь с пациентами, которая помогает осознать причину ошибок и неверных решений.

Некоторые аспекты биологии и физиологии человека совершенно непредсказуемы. Врачи, как и все люди, демонстрируют определенные психологические качества в условиях неопределенности. Например, человек обычно склонен к некоторой самонадеянности: он прав просто потому, что обычно именно так и бывает. Однако природа, особенно человеческая природа, по своей сути изменчива. Можно подумать, будто терапевты, врачи общей практики, чаще других сталкиваются с неуверенностью. Правда в том, что узкая специализация в медицине часто дает ложное чувство уверенности.

Когда врачи переходят от теоретического обсуждения медицины к практической работе, они не признают, что неуверенность неизбежна.

Отрицание неуверенности, склонность предпочитать определенность неопределенности являются одними из наиболее значимых черт человеческой психологии. Эти черты одновременно адаптивные и дезадаптивные, они и помогают, и сбивают с толку.

Отказ врача от неуверенности служит аналогичным целям: это делает ситуацию более ясной, понятной и определенной, чем она есть на самом деле. В конечном итоге неуверенность направлена на то, чтобы начать действовать.

Еще один защитный механизм против неопределенности — это конформизм и верность господствующей точке зрения.

Врачей не учат сохранять сознание открытым всему новому. При обучении медики вырабатывают определенную систему, выбирают ту или иную школу.

Типичным примером является расхождение между двумя школами при оценке уровня содержания ферритина у женщин: в то время как одна школа (раштонианцы, приверженцы школы Rushton) считает, что для нормального роста волос необходим уровень ферритина >70 мкг/л, другие (синклерианцы, приверженцы школы Sinclair) утверждают, что достаточным является уровень 20 мкг/л.

Если пациенты захотят прояснить эти расхождения, некоторые врачи окажутся в затруднении, другие даже рассердятся, потому что не смогут предоставить ответы на все вопросы. Латинские и греческие термины могут использоваться неоправданно часто. В конечном итоге то, как именно врач отвечает на вопрос, показывает действительную глубину его знаний.

Высокомерие — результат наличия узкого кругозора и невежества.

Лучшее — враг хорошего. Ничто не может быть сделано без погрешностей. Всегда приходится идти на компромисс. В некотором смысле мы — жертвы собственного успеха. Есть такие врачи, которые почти никогда не принимают больных и не читают истории болезни.

В конце концов, не закрывая глаза на собственную неуверенность, врач лишь увеличивает эффективность лечения, потому что таким образом демонстрирует честность, желание больше взаимодействовать с пациентами, он принимает ситуацию такой, какая она есть, а не прячется за уклончивыми ответами, полуправдой и даже ложью. И это дает врачу возможность при необходимости изменить курс лечения, если изначально

выбранная стратегия оказывается нерезультативной, продолжить искать выход.

Неуверенность иногда имеет решающее значение для успеха.

Мысль неотделима от действия. Бездействие — это не то, чего ждут от врача, и не то, что врач ждет от самого себя. Доктора предпочитают действовать, даже если не уверены в диагнозе. Группмэн назвал этот тип ошибки «страх бездействия». Тенденция действовать вместо того, чтобы бездействовать, больше характерна для излишне уверенного в себе врача с непомерным эго, но может проявиться и у доктора, впавшего в отчаяние и испытывающего острое желание «сделать хоть что-нибудь», подогреваемое пациентом. Один из наставников Группмэна посоветовал ему, когда тот сомневался насчет диагноза: «Не надо делать “хоть что-нибудь”». Ничего не предпринимай». Так врач выигрывает время на размышления.

Типичным примером является распространенная практика прописывать раствор миноксидила всем женщинам, страдающим выпадением волос в результате хронической телогеновой алопеции, даже если нет признаков облысения по женскому типу.

Методы наблюдения и анализа существенно различаются среди врачей. «Искать удовлетворительное объяснение» — это тенденция прекращать поиск диагноза, как только вы что-то находите.

Найти что-то приятно, но не найти всего — далеко от идеала. Прекращать искать и размышлять, как только обнаружено что-то значительное, — естественная когнитивная тенденция.

На медицинском факультете врачей учат отсекавать лишние версии, применяя принцип бритвы Оккама (William of

Ockham, английский францисканский монах и мыслитель, 1287—1347) и искать одно объяснение для всех симптомов. Обычно этот подход оказывается правильным, но не всегда. Вопрос о том, что у заболевания может быть сразу несколько причин, должен заставить врача охватить более широкий спектр вариантов.

Типичным примером такой ошибки является сокращение всей терапии выпадения волос до устранения дефицита железа у женщины, которая при этом страдает и от АГА и принимает оральные контрацептивы с андрогенным действием.

Мы высоко ценим информацию, которая соответствует нашим желаниям, и ошибаемся, стремясь найти подтверждение тому, что мы ожидали найти, выборочно принимая или игнорируя информацию.

Однако настоящий профессионал, знающий об опасности предвзятого отношения и тенденции прекращает поиск после первых успехов, делает сознательные усилия, чтобы быть открытым для новых идей и видеть то, что противоречит первоначальным предположениям.

Многим врачам начинает казаться, что они терпят неудачу, когда заболевание проявляет резистентность к терапии. В некоторых случаях это приводит к фрустрации: вся работа кажется бессмысленной. И тогда они перестают пытаться. Доктор должен отдавать себе отчет в том, какие чувства он испытывает и почему.

Если вы лечите кого-то, кому не становится лучше, вам следует искать другие методы лечения и не продолжать курс бездейственной терапии. Также стоит задать себе вопрос, не упустили ли вы что-то.

Учитывая сложности при восприятии и осмыслении информации, могут ли

компьютерные системы диагностики заменить специалиста? Сила технологий, особенно компьютерных, может подорвать уверенность специалиста в его первоначальном диагнозе. Тем не менее машины не могут превзойти человеческий разум, не могут, как врачи, анализировать и то, что они видят, и то, чего не видят.

Наконец, несмотря на то что современная медицина может прибегать к помощи ошеломляющего разнообразия технологий, язык (общение) все еще остается краеугольным камнем клинической практики.

Общение может улучшить восприятие и анализ информации.

Врач должен аккуратно подбирать правильные слова при общении с пациентом, но не менее осторожным следует быть, когда требуется получить лабораторные анализы. Если специалист не предоставляет нам полную историю болезни, а просто задает интересующий его вопрос, то технически он подгоняет результаты исследований под этот единственный вопрос, рискуя упустить что-то важное.

Многие дерматологи не читают патогистологическое описание результатов биопсии скальпа, потому что их интересует только диагноз. Как правило, АГА с гистологическими проявлениями фолликулярного микровоспаления и фиброза ошибочно принимается за плоский фолликулярный лишай или вместо некротического фолликулита диагностируют декальвирующий фолликулит.

Мы находимся под большим давлением от необходимости прийти к какому-то выводу и мы должны сопротивляться давлению, потому что иногда невозможно поставить точный диагноз. Лучшее, что вы можете сделать, — это описать, что вы видите.

Все осложняется тем, что в медицинской терминологии некоторые слова могут означать разное для различных врачей, а один термин может увести мысль в разных направлениях.

Яркий пример — центральная центрифугальная рубцовая алопеция. Это заболевание, характерное для афроамериканок, в США диагностируется как «псевдопелада Дегоса» (Degos' pseudopelada), проявляющаяся в силу особенностей структуры африканских волос и традиционного ухода за ними. Французский дерматолог Робер Дегос (1904—1987) определил псевдопеладу как неспецифическое состояние, развивающееся под действием алопеций различного типа, первичных и вторичных. Не стоит путать эту болезнь с классической псевдопеладой Брока.

То, как врач формулирует рекомендации, в значительной мере определяет дальнейшее поведение пациента.

В медицине и биологии нет ничего настолько сложного, чтобы при простом и доступном изложении этого не понял средний человек. Пациенты не склонны следовать курсу лечения в полной мере, когда переживают из-за возможного возникновения побочных эффектов. Причем некоторые доктора тоже переоценивают вероятность их появления. Парадоксальным образом пациенты больше волнуются из-за определенных побочных эффектов, чем из-за неопределенного и туманного заболевания.

Вы сразу же должны пресекать такие моменты. Пациенты должны смотреть шире, видеть перспективу, их взгляд не должен затуманивать страх. Их должно беспокоить заболевание, но часто в их сознании страх лечения подменяет страх болезни.

Врач должен помочь пациенту понять, чего он хочет на самом деле, и использовать силу убеждения, чтобы показать, как этого добиться.

Даже если доктор ничего не говорит, его мысли могут повлиять на результат терапии: они видны по жестам, эмоциям, нахмуренным бровям и нервным улыбкам.

Вы не можете предсказать, каким будет результат лечения каждого конкретного пациента, но вам стоит быть откровенным и не рисовать излишне оптимистичную картину. Организм каждого из нас работает уникальным образом, мы страдаем от разных побочных эффектов и с разным успехом поддаемся терапии. Мы можем страдать от одного и того же заболевания, но нам не подойдет одно и то же лечение, даже если мы будем принимать одни и те же лекарства и проходить одни и те же процедуры. Это требует необычной честности. Необычной потому, что она подразумевает некоторые уязвления собственного эго. Такая честность не приветствуется в современном мире.

Пациенты выбирают докторов, как в магазине. Некоторые врачи любят рекламировать себя, они знают, что легче продать свои услуги, если говорить о своей работе как об исключительно успешной.

Базовый принцип таков: выбор лечения врачом должен согласовываться с философией жизни пациента.

Это особенно важно, когда рекомендуется пероральный прием финастериды при облысении по мужскому типу, когда терапия подразумевает длительный прием препарата с известными (побочные эффекты сексуального характера, гинекомастия) и неизвестными рисками (постфинастеридный синдром, рак

молочной железы) для борьбы, по сути, лишь с косметическим дефектом.

Наконец, немаловажен вопрос веры: одна школа считает, что религия делает пациентов пассивными. Такие пациенты перекладывают ответственность за сделанный выбор и совершенные действия на некую высшую силу извне, в дальнейшем формируя с врачом инфантильные отношения. Этот взгляд основан на известной фразе Карла Маркса (1818–1883): «Религия — это опиум для народа».

С другой стороны, религия может помочь сделать пациента активным помощником в туманном мире медицины. Вера — хорошо известный источник оптимизма и сил — может дать людям смелость взглянуть в глаза неизвестности, признать право на ошибку не только свое, но и доктора, и таким образом внести посильный вклад в поиск решения.

Рекомендуемая литература

Caserio R.J. Diagnostic techniques for hair disorders part III: clinical hair manipulations and clinical findings // *Cutis*. 1987. Vol. 40. P. 442–448.

История болезни

Bi M.Y., Cohen P.R., Robinson F.W., Gray J.M. Alopecia syphilitica — report of a patient with secondary syphilis presenting as moth-eaten alopecia and a review of its common mimickers // *Dermatol. Online J.* 2009. Vol. 15. P. 6.

Boyd A.S., Stasko T., King L.E. et al. Cigarette smoking-associated elastotic changes in the skin // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1999. Vol. 41. P. 23–26.

Camacho F., Moreno J.C., Garcia-Hernández M.J. Telogen alopecia from UV rays // *Arch. Dermatol.* 1996. Vol. 132. P. 1398–1399.

Carlini P., Di Cosimo S., Ferretti G. et al. Alopecia in a premenopausal breast cancer woman treated with letrozole and triptorelin // *Ann. Oncol.* 2003. Vol. 14. P. 1689–1690.

Cho M., Cohen P.R., Duvic M. Vitiligo and alopecia areata in patients with human immunode-

ficiency virus infection // *South. Med. J.* 1995. Vol. 88. P. 489–491.

Daneschfar A., Davis C.P., Trüeb R.M. Trichomegaly in HIV infection // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1993. Vol. 123. P. 1941–1944.

Ellis J.A., Stebbing M., Harrap. S.B. Polymorphism of the androgen receptor gene is associated with male pattern baldness // *J. Invest. Dermatol.* 2001. Vol. 116. P. 452–455.

Finner A.M. Nutrition and hair: deficiencies and supplements // *Dermatol. Clin.* 2013. Vol. 31. P. 167–172.

Grover R.W. Diffuse hair loss associated with selenium (Selsun) sulfide shampoo // *J. Am. Med. Assoc.* 1956. Vol. 160. P. 1397–1398.

Gummer C.L. Diet and hair loss // *Semin. Dermatol.* 1985. Vol. 4. P. 35–39.

Haley N.J., Hoffmann D. Analysis for nicotine and cotinine in hair to determine cigarette smoker status // *Clin. Chem.* 1985. Vol. 31. P. 1598–1600.

Iyengar B. The hair follicle: a specialized UV receptor in the human skin? // *Biol. Signals Recept.* 1998. Vol. 7. P. 188–194.

Johnson K.A., Bernard M.A., Funderberg K. Vitamin nutrition in older adults // *Clin. Geriatr. Med.* 2002. Vol. 18. P. 773–799.

Kullavanijaya P., Gritiyarangsana P., Bisalbutra P. Absence of effects of dimethicone- and non-dimethicone-containing shampoos on daily hair loss rates // *J. Soc. Cosmet. Chem.* 1992. Vol. 43. P. 195–206.

Liu C.S., Kao S.H., Wei Y.H. Smoking-associated mitochondrial DNA mutations in human hair follicles // *Environ. Mol. Mutagen.* 1997. Vol. 30. P. 47–55.

Mirmirani P., Hessel N.A., Maurer T.A. et al. Hair changes in women from the Women's Interagency HIV Study // *Arch. Dermatol.* 2003. Vol. 139. P. 105–106.

Mosley J.G., Gibbs C.C. Premature grey hair and hair loss among smokers: a new opportunity for health education? // *BMJ.* 1996. Vol. 313. P. 1616.

Nikolic D.S., Viero D., Tijé V.C., Toutous-Trellu L. Alopecia universalis associated with vitiligo in an 18-year-old HIV-positive patient: highly active anti-retroviral therapy as first choice therapy? // *Acta Derm. Venereol.* 2014. Vol. 94. P. 116–117.

Orentreich N., Berger R.A. Selenium disulfide shampoo. Its influence on hair growth and the follicular cycle // *Arch. Dermatol.* 1964. Vol. 90. P. 76–80.

Osawa Y., Tochigi B., Tochigi M. et al. Aromatase inhibitors in cigarette smoke, tobacco leaves and other plants // *J. Enzyme Inhib.* 1990. Vol. 4. P. 187–200.

Ostlere L.S., Langtry J.A., Staughton R.C., Samrasinghe P.L. Alopecia universalis in a patient se-

- ropositive for the human immunodeficiency virus // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992. Vol. 27. P. 630–631.
- Piérard-Franchimont C., Uhoda I., Saint-Léger D., Piérard G.E. Androgenetic alopecia and stress-induced premature senescence by cumulative ultraviolet light exposure // *Exog. Dermatol.* 2002. Vol. 1. P. 203–206.
- Reeves J.R.T., Maibach H.I. Drug and chemical induced hair loss // *Advances in Modern Toxicology*. Vol. 4 / eds F.N. Marzulli, H.I. Maibach. Washington; London : Hemisphere Publishing Corp., 1977. P. 487–500.
- Riedel-Baima B., Riedel A. Female pattern hair loss may be triggered by low oestrogen to androgen ratio // *Endocr. Regul.* 2008. Vol. 42. P. 13–16.
- Rockey D., Cello J. Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia // *N. Engl. J. Med.* 1993. Vol. 329. P. 1691–1695.
- Rushton D.H. Nutritional factors and hair loss // *Clin. Exp. Dermatol.* 2002. Vol. 27. P. 396–404.
- Sadick N.S. Clinical and laboratory evaluation of AIDS trichopathy // *Int. J. Dermatol.* 1993. Vol. 32. P. 33–38.
- Sawin C.T., Geller A., Herschman J.E. The aging thyroid: increased prevalence of elevated serum TSH levels in the elderly // *JAMA.* 1979. Vol. 242. P. 247–250.
- Sereti I., Sarlis N.J., Arioglu E., Turner M.L. et al. Alopecia universalis and Graves' disease in the setting of immune restoration after highly active anti-retroviral therapy // *AIDS.* 2001. Vol. 15. P. 138–140.
- Severi G., Sinclair R., Hopper J.L. et al. Androgenetic alopecia in men aged 40–69 years: prevalence and risk factors // *Br. J. Dermatol.* 2003. Vol. 149. P. 1207–1213.
- Smith K.J., Skelton H.G., DeRusso D., Sperling L. et al. Clinical and histopathologic features of hair loss in patients with HIV-1 infection // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1996. Vol. 34. P. 63–68.
- Starcher B., Pierce R., Hinek A. UVB irradiation stimulates deposition of new elastic fibers by modified epithelial cells surrounding the hair follicles and sebaceous glands in mice // *J. Invest. Dermatol.* 1999. Vol. 112. P. 450–455.
- Stewart M.I., Smoller B.R. Alopecia universalis in an HIV-positive patient: possible insight into pathogenesis // *J. Cutan. Pathol.* 1993. Vol. 20. P. 180–183.
- Su L.-S., Chen T.H.-H. Association of androgenetic alopecia with smoking and its prevalence among Asian men // *Arch. Dermatol.* 2007. Vol. 143. P. 1401–1406.
- Tosti A., Misciali C., Piraccini B.M. et al. Drug-induced hair loss and hair growth. Incidence, management and avoidance // *Drug Saf.* 1994. Vol. 10. P. 310–317.
- Tosti A., Piraccini B.M., van Neste D.J. Telogen effluvium after allergic contact dermatitis of the scalp // *Arch. Dermatol.* 2001. Vol. 137. P. 187–190.
- Trüeb R.M. Association between smoking and hair loss: another opportunity for health education against smoking? // *Dermatology.* 2003a. Vol. 206. P. 189–191.
- Trüeb R.M. Is androgenetic alopecia a photoaggravated dermatosis? // *Dermatology.* 2003b. Vol. 207. P. 343–348.
- York J., Nicholson T., Minors P., Duncan D.F. Stressful life events and loss of hair among adult women, a case-control study // *Psychol. Rep.* 1998. Vol. 82. P. 1044–1046.

Техники осмотра

- Adya K.A., Inamadar A.C., Palit A., Shivanna R. et al. Light microscopy of the hair: a simple tool to «untangle» hair disorders // *Int. J. Trichol.* 2011. Vol. 3. P. 46–56.
- Barrett S. Commercial hair analysis: a cardinal sign of quackery. URL: <http://www.quackwatch.com/01QuackeryRelatedTopics/hair.html>.
- Blume-Peytaivi U., Orfanos C.E. Microscopy of the hair — the trichogram // *Handbook of Non-Invasive Methods and the Skin* / eds J. Derup, G.B.E. Jemec . London : CRC Press, 1995. P. 549–554.
- Braun-Falco O., Heilgemeir G.P. The trichogram. Structural and functional basis, performance, and interpretation // *Semin. Dermatol.* 1985. Vol. 4. P. 40–52.
- Caserio R.J. Diagnostic techniques for hair disorders part III: clinical hair manipulations and clinical findings // *Cutis.* 1987. Vol. 40. P. 442–448.
- Daneshpazhooh M., Asgari M., Naraghi Z.S., Barzgar M.R. et al. A study on plucked hair as a substrate for direct immunofluorescence in pemphigus vulgaris // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2009. Vol. 23. P. 129–131.
- Daneshpazhooh M., Naraghi Z.S., Ramezani A., Ghanadan A. et al. Direct immunofluorescence of plucked hair for evaluation of immunologic remission in pemphigus vulgaris // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2011. Vol. 65. P. e173–e177.
- Degos R., Rabut R., Duperrat B., Leclercq R. Pseudopelagic state; comments on one hundred cases of circumscribed cicatricial alopecia, apparently primary, of pseudopelade type // *Ann. Dermatol. Syphiligr. (Paris).* 1954. Vol. 81. P. 5–26.

- Dreuw H. Klinische Beobachtungen bei 101 haarkranken Schulknaaben // *Monatsh. Prakt. Dermatol.* 1910. Bd 51. S. 103–118.
- Dunn P.M. Litigation over congenital scalp defects // *Lancet.* 1992. Vol. 339. P. 440.
- Elston D.M., McCollough M.L., Angeloni V.L. Vertical and transverse sections of alopecia biopsy specimens. Combining the two to maximize diagnostic yield // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1995. Vol. 32. P. 454–457.
- Frieden I.J. Aplasia cutis congenita: a clinical review and proposal for classification // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1986. Vol. 14. P. 646–660.
- Hambidge K.M. Hair analyses: worthless for vitamins, limited for minerals // *Am. J. Clin. Nutr.* 1982. Vol. 36. P. 943–949.
- Hamilton J.B. Patterned loss of hair in man; types and incidence // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1951. Vol. 53. P. 708–728.
- Harries M.J., Trüeb R.M., Tosti A. et al. How not to get scar(r)ed: pointers to the correct diagnosis in patients with suspected primary cicatricial alopecia // *Br. J. Dermatol.* 2009. Vol. 160. P. 482–501.
- Headington J.T. Cicatricial alopecia // *Dermatol. Clin.* 1996. Vol. 14. P. 773–782.
- Hidvégi B. Dermoscopy of hair and scalp disorders // *Eur. J. Dermatol.* 2008. Vol. 18. P. 607.
- Kumaresan M., Rai R., Sandhya V. Immunofluorescence of the outer root sheath: an aid to diagnosis in pemphigus // *Clin. Exp. Dermatol.* 2011. Vol. 36. P. 298–301.
- Lacarrubba F., Dall'Oglio F., Nasca M.R., Micali G. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2004. Vol. 5. P. 205–208.
- Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex // *Br. J. Dermatol.* 1977. Vol. 97. P. 247–254.
- Mirmirani P., Huang K.P., Price V.H. A practical, algorithmic approach to diagnosing hair shaft disorders // *Int. J. Dermatol.* 2011. Vol. 50. P. 1–12.
- Norwood O.T. Male pattern baldness: classification and incidence // *South. Med. J.* 1975. Vol. 68. P. 1359–1365.
- Olszewska M., Rudnicka L., Rakowska A. et al. Trichoscopy // *Arch. Dermatol.* 2008. Vol. 144. P. 1007.
- Pierard G.E. Toxic effects of metals from the environment on hair growth and structure // *J. Cutan. Pathol.* 1979. Vol. 16. P. 237–242.
- Rao R., Dasari K., Shenoi S.D., Balachandran C. et al. Monitoring the disease activity in pemphigus by direct immunofluorescence of plucked hair: a pilot study // *Indian J. Dermatol.* 2013. Vol. 58. P. 164.
- Ross E.K., Tan E., Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005. Vol. 53. P. 1–37.
- Ross E.K., Vincenzi C., Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006. Vol. 55. P. 799–806.
- Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A. et al. Trichoscopy: a new method for diagnosing hair loss // *J. Drugs Dermatol.* 2008. Vol. 7. P. 651–654.
- Schaerer L., Trüeb R.M. Direct immunofluorescence of plucked hair in pemphigus // *Arch. Dermatol.* 2003. Vol. 139. P. 228–229.
- Sherertz E. Misuse of hair analysis as a diagnostic tool // *Arch. Dermatol.* 1985. Vol. 121. P. 1504–1505.
- Solomon A.R. The transversely sectioned scalp biopsy specimen: the technique and an algorithm for its use in the diagnosis of alopecia // *Adv. Dermatol.* 1994. Vol. 9. P. 127–157.
- Sperling L.C. Scarring alopecia and the dermatopathologist // *J. Cutan. Pathol.* 2001. Vol. 28. P. 333–342.
- Templeton S.F., Solomon A.R. Scarring alopecia: a classification based on microscopic criteria // *J. Cutan. Pathol.* 1994. Vol. 121. P. 97–109.
- Tončić R.J., Lipozencić J., Pastar Z. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders // *Acta Dermatovenerol. Croat.* 2007. Vol. 15. P. 116–118.
- Tosti A. Dermoscopy of Hair and Scalp Disorders with Clinical and Pathological Correlations. Andover: Informa Healthcare, 2007.
- Trachsler S., Trüeb R.M. Value of direct immunofluorescence for differential diagnosis of cicatricial alopecia // *Dermatology.* 2005. Vol. 211. P. 98–102.
- Whiting D.A., Dy L.C. Office diagnosis of hair shaft defects // *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2006. Vol. 25. P. 24–34.
- Zlotken S.H. Hair analysis. A useful tool or a waste of money? // *Int. J. Dermatol.* 1985. Vol. 24. P. 161–164.

Количественная оценка потери волос

- Canfield D. Photographic documentation of hair growth in androgenetic alopecia // *Dermatol. Clin.* 1996. Vol. 14. P. 713–721.
- DiBernardo B.E., Giampapa V.C., Vogel J. Standardized hair photography // *Dermatol. Surg.* 1996. Vol. 22. P. 945–952.
- Guarrera M., Semino M.T., Rebora A. Quantitating hair loss in women: a critical approach // *Dermatology.* 1997. Vol. 194. P. 12–16.
- Guarrera M., Cardo P.P., Rebora A. Assessing the reliability of the Modified Wash Test // *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 2011. Vol. 146. P. 289–294.

- Guarrera M., Fiorucci M.C., Rebora A. Methods of hair loss evaluation: a comparison of TrichoScan® with the modified wash test // *Exp. Dermatol.* 2013. Vol. 22. P. 482–484.
- Hoffmann R. TrichoScan: combining epiluminescence microscopy with digital image analysis for the measurement of hair growth in vivo // *Eur. J. Dermatol.* 2001. Vol. 11. P. 362–368.
- Ihm C.W., Lee J.Y. Evaluation in daily hair counts // *Dermatologica.* 1991. Vol. 182. P. 67.
- Olsen E.A. Clinical tools for assessing hair loss // *Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment* / ed. E.A. Olsen. New York : McGraw-Hill, 1993. P. 59–69.
- Olsen E.A. Current and novel methods for assessing efficacy of hair growth promoters in pattern hair loss // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2003. Vol. 48. P. 253–262.
- Rampini P., Guarrera M., Rampini E., Rebora A. Assessing hair shedding in children // *Dermatology.* 1999. Vol. 199. P. 256–257.
- Rebora A., Guarrera M., Baldari M., Vecchio F. Distinguishing androgenetic alopecia from chronic telogen effluvium when associated in the same patient: a simple noninvasive method // *Arch. Derm.* 2005. Vol. 141. P. 1243–1245.
- Seung Ho Lee, Oh Sang Kwon, Jun Gyu Oh et al. Phototrichogram: Evaluation of Modified Methods with Bleaching and Trichoscan. Seoul, Korea, poster presentation at the European Hair Research Society, Berlin, 2004.
- Trüeb R.M., Itin P.; Itin and Swiss Trichology Working Group. Photographic documentation of the effectiveness of 1 mg oral finasteride in treatment of androgenic alopecia in the man in routine general practice in Switzerland // *Praxis (Bern 1994)*. 2001. Vol. 90. P. 2087–2093.
- Van Neste D., Trüeb R.M. Critical study of hair growth analysis with computer-assisted methods // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2006. Vol. 20. P. 578–583.
- Навыки общения**
- Hong J., Nguyen T., Prose N.S. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology. Pt II: patient education // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013. Vol. 68. P. 364–373.
- Keller V., White M.K., Carroll J.G., Segal E. «Difficult» Physician-Patient Relationships Workbook. West Haven : Bayer Institute for Health Care Communication, 1995.
- Neumann M., Scheffer C., Tauschel D., Lutz G. et al. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education // *GMS Z. Med. Ausbildung.* 2012. Vol. 29. Doc. 11.
- Ngoh L.N. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2003. Vol. 49. P. e132–e146.
- Nguyen T., Hong J., Prose N.S. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology. Pt I: patient-centered communication // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013. Vol. 68. P. 353–360.
- Renzi C., Abeni D., Picardi A. et al. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients // *Br. J. Dermatol.* 2001. Vol. 145. P. 617–623.
- Stone M.S., Bronkesh S.J., Gerbarg Z.B., Wood S.D. Improving Patient Compliance. Strategic Medicine, 1998. URL: www.patientcompliance-media.com/Improving_Patient_Compliance_article.pdf.
- White M.K., Keller V., Carroll J.G. Physician-Patient Communication Workbook. West Haven : Bayer Institute for Health Care Communication, 1995.
- Избегая психологических ловушек**
- Groopman J. How doctors think. Boston; New York : Houghton Mifflin Company, 2007.