

RALPH M. TRÜEB

THE DIFFICULT HAIR LOSS PATIENT

**GUIDE TO SUCCESSFUL MANAGEMENT
OF ALOPECIA AND RELATED CONDITIONS**

 **Springer**

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»

2019

Содержание

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке	10
Об авторе	12
Благодарность	14
Список сокращений и условных обозначений	15
1. Введение: определение сложного пациента с потерей волос	16
2. Условия успешного лечения потери волос	19
2.1. История болезни	19
2.2. Техники осмотра	26
2.3. Количественная оценка потери волос	32
2.4. Навыки общения	37
2.5. Избегая психологических ловушек	41
Рекомендуемая литература	47
3. Особенности психологического взаимодействия с пациентом при проведении терапии	51
3.1. Слушая пациента	51
3.2. Обучение пациента	55
3.3. Создание разумных ожиданий	56
3.4. Опрос степени удовлетворенности	57
3.5. Особые группы пациентов	58
3.5.1. Дети	58
3.5.2. Женщины детородного возраста, беременные и кормящие	61
3.5.3. Пожилые люди	63
3.5.4. Этнические волосы (афроамериканская текстура волос)	65
3.5.5. Транссексуалы	69
Рекомендуемая литература	70
4. Сложные дерматологические состояния	74
4.1. Врожденная атрихия и гипотрихоз	74
4.2. Проблемы при лечении нерубцовой алопеции	78
4.2.1. Андрогенетическая алопеция	80
4.2.2. Старение волос	100
4.2.3. Телогеновая алопеция	114
4.2.4. Гнездная алопеция	125
4.2.5. Алопеция, индуцированная химиотерапией	140
4.2.6. Побочные эффекты молекулярно-направленной терапии раковых заболеваний	145
4.3. Рубцовые алопеции	149
4.3.1. Классификация	150
4.3.2. Лечение	160
4.3.3. Реакция «трансплантат против хозяина»	160

4.3.4. Алопеция, вызванная лечением анти-ФНО- α-препаратами.	164
4.4. Пылающий скальп (Red Scalp)	165
4.4.1. Атопический дерматит головы и шеи	166
4.4.2. Розацеаподобный дерматит скальпа	169
4.4.3. Синдром «выгорания» скальпа	170
Рекомендуемая литература	172
5. Психопатологические расстройства	189
5.1. Классификация	190
5.2. Психофизиологические заболевания	190
5.2.1. Некротический фолликулит	191
5.3. Первичные психические расстройства	192
5.3.1. Невротическая экскорiation волосистой части головы	195
5.3.2. Мнимая потеря волос (психогенная псевдоалопеция, псевдоэфлувиум)	199
5.3.3. Синдром Дориана Грея	201
5.3.4. Дерматозойный бред (синдром Экбома — Ekbohm's Disease)	204
5.3.5. Трихотилломания	206
5.3.6. Самоиндуцированный дерматит волосистой части головы	210
5.4. Хронические кожные сенсорные расстройства	212
5.4.1. Триходиния	214
5.4.2. Трихотейромания	217
5.5. Расстройства адаптации	217
5.6. Расстройства личности	218
Рекомендуемая литература	225
6. Обсуждение побочных эффектов	229
6.1. Побочные эффекты при местном применении миноксидила	229
6.2. Побочные эффекты при пероральном приеме финастерид	236
6.3. Пост-финастеридный синдром	239
6.4. Побочные эффекты после хирургической трансплантации волос	241
6.5. Побочные эффекты косметических средств для волос	246
6.5.1. Из-за неправильного мытья головы: спутывание волос	247
6.5.2. Из-за неправильной сушки: «пузырчатые волосы»	247
6.5.3. Из-за неправильной укладки: дефекты, вызванные косметическими средствами. «Веретенообразные волосы»	248
6.5.4. Из-за контактной чувствительности: аллергический контактный дерматит	248
6.6. Реакция на солнце	250
Рекомендуемая литература	252

7. Нарушение режима терапии	256
Рекомендуемая литература	258
8. Оптимизация терапии за пределами доказательной медицины . . .	259
8.1. Влияние времени года на рост и выпадение волос	261
8.2. Концепция многоцелевого лечения.	265
8.2.1. Сопутствующие заболевания	265
8.2.2. Значение нутрициональной терапии	265
8.2.3. Низкоинтенсивная лазерная терапия	278
8.2.4. Значение косметических средств для волос.	280
8.2.5. Лечение, направленное на воспалительный компонент при андрогенетической алопеции	283
8.3. Использование медикаментов <i>off-label</i> (применение лекарственных средств за рамками инструкций)	285
Рекомендуемая литература	287
9. Анализ клинических случаев с эффективным лечением	291
9.1. Приобретение навыков эффективного лечения алопеций и сопутствующих заболеваний.	291
9.2. Андрогенетическая алопеция	293
9.3. Сенильная алопеция.	303
9.4. Гнездная алопеция	307
9.5. Алопеция, вызванная химиотерапией.	328
9.6. Рубцовые алопеции	330
9.7. Пылающий скальп	337
9.8. Мультицелестная терапия	342
9.9. Трансплантация волос	351
Рекомендуемая литература	355
10. Эпилог: исцеление верой	357
10.1. Древнейшие культуры.	359
10.2. Ветхий Завет.	363
10.3. Новый Завет.	365
10.4. В католицизме	366
10.5. В других конфессиях.	373
10.6. Научная основа	380
Рекомендуемая литература	386
Предметный указатель	388

Особенности психологического взаимодействия с пациентом при проведении терапии

3

Рецепты выписывать нетрудно, труднее находить взаимопонимание с пациентом.

Франц Кафка (1883–1924), «Сельский врач»

Потеря волос — распространенная дерматологическая проблема, и не многие дерматологические проблемы вызывают такую же гамму эмоций, как заболевания, связанные с потерей волос. Еще больший стресс у пациентов может вызывать прошлый разочаровывающий опыт наблюдения у врачей, которые воспринимали жалобы больного на потерю волос как нечто незначительное или вовсе не считали нужным лечить подобные косметические дефекты. Подобное отношение со стороны врача может быть вызвано или непониманием того, какое влияние на качество жизни оказывает выпадение волос, или чувством неуверенности при лечении алопеций.

Варианты лечения разнообразны, хотя и довольно ограничены: как с точки зрения показаний к тому или иному виду терапии, так и с точки зрения эффективности. Успех зависит от того, насколько верно доктор выявил патологию, а также от его сочувствия (ни в коем случае не снисходительного) к пациенту.

3.1. Слушая пациента

Для того чтобы встреча в кабинете врача прошла успешно, необходимо убедиться в том, что все беспокоящие пациента во-

просы разрешены. Чтобы работать эффективно, врач должен понять, как пациент воспринимает свое заболевание. Пациента может тревожить многое, включая страх потери волос и появления физических недостатков, боязнь симптомов, проявляющихся на коже головы, недоверие к врачам или к назначенным медикаментам, потеря здоровья, социальной роли, статуса или независимости, отрицание реальности заболевания, скорбь и другие личные проблемы. Ценности, культурные особенности и предпочтения пациента должны быть известны врачу. Пол пациента также необходимо принимать во внимание. Для успешного общения между врачом и пациентом важно убедиться в том, что все ключевые проблемы были обсуждены. Правильно подобранные слова утешения или практические предложения по решению проблемы и составление четкого плана действий могут быть важной частью должного лечения.

Психологические исследования подтверждают негативный эффект видимой потери волос на восприятие человека окружающими и на его любовь к своему телу. Поэтому тщательная оценка состояния, точный диагноз, эффективное лечение и правильно подобранные слова утешения могут быть психологически эффективными.

Таблица 3.1. Процент мужчин, у которых произошли специфические психологические изменения на фоне андрогенетической алопеции

Описываемые проблемы	Выраженность потери волос	
	Низкая	Высокая
<i>Проблемы восприятия</i>		
Желание иметь больше волос	52	84
Замечают иных лысеющих мужчин	54	82
Тратят время, рассматривая в зеркале волосы/голову	54	69
Хотят знать, что думают другие	47	67
<i>Негативные социально-эмоциональные события</i>		
Издательства сверстников	45	79
Чувствуют себя неуверенно	42	78
Выглядят старше фактического возраста	40	55
Беспокоятся, что другие заметят	39	56
Чувствуют свою беспомощность из-за потери волос	37	56
Боятся стареть	37	46
Чувствуют себя менее привлекательными	31	51
Завидуют красивым мужчинам	33	34
<i>Поведенческая адаптация</i>		
Пытаются улучшить прическу	63	66
Пытаются улучшить физические данные	41	36
Одеваются более красиво	26	45
Носят шапку или кепку	23	41

Окончание табл. 3.1

Описываемые проблемы	Выраженность потери волос	
	Низкая	Высокая
Ждут одобрения по поводу внешнего вида	23	39
Отращивают бороду или усы	18	36

Источник: Cash T.F. The psychological effects of androgenetic alopecia in men // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. Vol. 26. P. 926–931.

В 1992 г. Кэш (Cash) проанализировал психологические эффекты АГА у мужчин и обнаружил, что, несмотря на то что большинство мужчин оценивают потерю волос как нежелательный и болезненный, вредящий их внешнему виду фактор, лысые мужчины хорошо справляются с изменениями и в основном сохраняют целостность своей личности (табл. 3.1).

После этого Кэш сравнил результаты с психологическими эффектами АГА у женщин и выяснил, что потеря волос — это сложный опыт для обоих полов, но гораздо более тяжелый для женщин. По сравнению с контрольной группой женщины с АГА были более недовольны своим телом и имели менее задействованные механизмы адаптации (табл. 3.2).

Психологическая реакция пациента на потерю волос зависит не столько от оценки доктора, сколько от особенностей собственного восприятия. Даже женщины с незначительным выпадением волос испытывают глубокие эмоциональные переживания, которые врач не должен игнорировать.

Таблица 3.2. Описания специфических психологических изменений у пациенток с андрогенетической алопецией

Описываемые проблемы	%
<i>Побочные эффекты</i>	
Я бы хотела иметь больше волос	98
Я думаю о потере волос	97

Окончание табл. 3.2

Описываемые проблемы	%
Я стараюсь выяснить, теряю ли я больше волос	95
Чувствую разочарование или беспомощность из-за потери волос	93
Я трачу время, глядя на мои волосы в зеркало	92
Я беспокоюсь о своей внешности	92
Чувствую неуверенность из-за своей внешности	92
Меня посещают негативные мысли о волосах	91
Я беспокоюсь, замечают ли другие люди, что у меня выпадают волосы	90
Я беспокоюсь о том, сколько волос я потеряю	89
Я обращаю внимание на лысеющих людей	83
Я думаю о том, как выглядела раньше	78
Я обращаю внимание на то, как выглядят другие	78
Меня посещают мысли о том, «почему я?»	75
Я думаю, что я уже не так привлекательна, как раньше	72
Мне интересно, что другие люди думают о моей внешности	71
Я думаю, что я непривлекательна	68
Я пытаюсь представить себе, как я бы выглядела с меньшим количеством волос	67
Чувствую подавленность или уныние	63
Боюсь стареть	62
Боюсь, что мой супруг или партнер найдет меня менее привлекательной	60
Чувствую смущение	55
Чувствую зависть в адрес красивых людей моего пола	53
Чувствую себя чувствительной к критике	50
Я беспокоюсь о том, как другие реагируют на меня	43
Чувствую, что выгляжу старше своих лет	42
Люди говорят о том, что я теряю волосы	36
Другие люди меня дружески поддразнивают или шутят надо мной	20

Описываемые проблемы	%
<i>Поведенческая адаптация</i>	
Я пытаюсь выяснить, что делать с выпадением волос	98
Я стараюсь скрыть потерю волос	94
Я говорю со своим парикмахером о выпадении волос	82
Я пытаюсь улучшить прическу	79
Я стараюсь выглядеть лучше	75
Я говорю с друзьями одного со мной пола о потере волос	71
Я трачу время, занимаясь своим внешним видом	70
Я говорю со своим партнером о выпадении волос	64
Я жду одобрения по поводу моего образа	62
<i>Пытаюсь улучшить мою фигуру и внешность</i>	44

Источник: Cash T.F., Price V.H., Savin R.C. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects // J. Am. Acad. Dermatol. 1993. Vol. 29. P. 568–575.

Врач должен понимать, что АГА связана не только с физическими аспектами выпадения и роста волос.

Наконец, стоит понимать, что алопеция имеет различное психологическое влияние на разных людей. Среди мужчин Кэш выделил несколько групп, от которых можно ожидать наибольшей подверженности стрессу, связанному с алопецией.

- Молодые мужчины (до 26 лет) с ранним облысением.
- Мужчины, не состоящие в отношениях.
- Те, кто считает потерю волос заметной для окружающих и ожидает, что облысение будет прогрессировать.
- Мужчины, для которых важно общественное мнение, у которых есть проблемы с принятием себя, для которых особенно существенно то, как они выглядят.

Часто потеря волос становится заметной в особо трудные периоды жизни, например в период поиска партнера или во время проблем на работе. В такое время потеря волос может восприниматься особенно болезненно, она даже начинает казаться причиной неудач во всех прочих сферах жизни.

Вынужденный справляться с проблемой самостоятельно, пациент с АГА применяет некоторые приемы, чтобы справиться со своим состоянием, и начинает

- носить прически, позволяющие скрыть залысины;
- использовать косметические средства, помогающие скрыть выпадение волос;
- носить кепки или шапки, чтобы сделать потерю волос менее заметной;
- избегать ситуаций, когда потеря волос становится более заметной (когда волосы намокают, когда дует сильный ветер или помещение очень ярко освещено);
- компенсировать ухудшение восприятия собственного тела отращиванием бороды, более тщательным уходом за собой или улучшением общего физического состояния;
- парадоксальным образом помогает также бритье налысо.

Пациенты, которым не принесли облегчения все описанные стратегии и самолечение, наконец решают прибегнуть к профессиональной медицинской или хирургической помощи.

С появлением лекарственных препаратов, таких как раствор миноксидила для местного применения и пероральный финастерид, с развитием хирургических методов трансплантации волос у пациентов возникло больше вариантов лечения АГА и минимизации связанного с ней стресса.

В 1991 г. ван дер Донк (van der Donk) и соавт. провели проспективное исследование мужчин, наносивших или 2% местный миноксидил, или плацебо, и обнаружили положительные изменения в психологической адаптации и самовосприятии у получавших лекарственное средство по сравнению с контрольной группой, но только у пациентов старше 35 лет.

При исследовании 1495 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, страдающих АГА, получающих местно 5% раствор миноксидила и наблюдающихся в двух частных дерматологических клиниках, Мапар и Омидиан (Mаpаg и Omidian), выяснили, что почти все пациенты постепенно отказывались от продолжения терапии. Лишь в некоторых случаях прекращение лечения было связано с появлением побочных эффектов. Основной причиной отказа от лекарства были низкая эффективность медикамента и неприятие лечения с помощью этого местного препарата. Авторы заключили, что причиной прекращения лечения почти во всех случаях стал незначительный косметический эффект миноксидила.

Из этого следует, что лечение АГА у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет пероральным финастеридом предпочтительнее, чем местное применение миноксидила.

В 2011 г. в Японии Цубои (Tsuboi) и соавт. попытались выяснить, может ли пероральный прием 1 мг финастерида улучшить качество жизни у мужчин с АГА. Пациенты в возрасте от 19 до 76 лет (средний возраст 33,8 года) до и после перорального приема финастерида в течение 6 мес прошли следующие тесты: визуальную аналоговую шкалу, Дерматологический индекс качества жизни, Опросник качества жизни Всемирной Организации Здравоохранения-26, Шка-

лу тревоги Спилбергера. Изменения в их ответах были статистически проанализированы и сравнены улучшенные показатели при положительном ответе на терапию (отличном или хорошем) и при плохом ответе на терапию (удовлетворительном или отсутствующем). Была обнаружена значительная статистическая разница между баллами визуальной аналоговой шкалы и Дерматологического индекса качества жизни, однако никаких заметных изменений не было найдено в индексах Опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения-26 и Шкалы тревоги Спилбергера. Любопытно, что при сравнении тех, кто хорошо и плохо отвечал на терапию, не удалось выявить статистически значимой разницы в улучшении показателей визуальной аналоговой шкалы и Дерматологического индекса качества жизни. Авторы пришли к выводу, что пероральный финастерид улучшает качество жизни мужчин, получающих терапию по поводу АГА, а визуальная аналоговая шкала и дерматологический индекс качества жизни являются полезными для оценки качества жизни пациентов. Однако пероральный финастерид не избавил пациентов от тревоги, а эффективность его действия никак не коррелирует с уровнями стресса.

3.2. Обучение пациента

Решающее значение для выбора оптимального курса лечения имеют информированность пациента и его участие в процессе. Это увеличивает лечебный эффект и безопасность терапии.

Пациенты ждут от своих лечащих врачей двух видов действий: *рациональных* и *эмоциональных*. *Рациональные действия* — это ведение приема, осмотр, процедуры и назначение

последующих встреч. *Эмоциональные действия* позволяют пациенту ощутить, что о нем заботятся.

Обучение пациентов — это больше, чем просто передача информации. Подготовка печатных, визуальных и аудиоматериалов и умение персонала взаимодействовать с пациентами и обучать их существенно облегчают работу. Однако врач также должен обсуждать информацию непосредственно с пациентом, чтобы убедиться в эффективности коммуникации и целесообразности ожиданий больного. Такие разговоры также повышают взаимопонимание и дают ощущение заботы, что укрепляет доверие. Среди факторов, повышающих доверие, стоит отметить понимание, эмоциональную отзывчивость, согласие и сочувствие. В разговоре с пациентом врачу следует попытаться узнать, чего ожидает пациент, и помочь совместить эти ожидания с соответствующими намерениями специалиста. Если у пациента формируются иные ожидания, то следует построить диалог таким образом, чтобы устранить различия.

Каждый раз, когда пациент говорит: «Я не знал...», появляется возможность понять, как следует лучше сообщать информацию в дальнейшем.

Наконец, напомним, что пациенты считают невербальные сигналы врачей: смотрит ли доктор им в глаза или не отводит взгляда от экрана компьютера? Он/она стоит или сидит, когда обращается к пациенту? Он/она часто смотрит на дверь? Если пациент задает администратору вопросы, которые должен был бы задать врачу, доктор должен выяснить, почему. Возможно, необходимо изменить язык тела или улучшить

общение с пациентом. Для того чтобы убедиться в том, что коммуникация состоялась, врач должен также уделять внимание невербальным сигналам пациента. Слушая пациента, вы должны быть активны: признавая достижения, ободряя, с пониманием рассказывая, с чем вы согласны, а с чем нет.

Надежды пациента и его стремление принять желаемое за действительное создают подсознательный диссонанс между тем, что пациент понимает со слов врача, и тем, чего он ждет в результате лечения.

Хотя может показаться, что усилия, направленные на более эффективную коммуникацию, требуют временных затрат, внимательное общение, при котором врач обращает внимание на исходящие от пациента сигналы, в результате занимает меньше времени, так как исчезает необходимость подолгу повторять информацию. Это не столько вопрос времени, сколько грамотное использование и распределение времени на нужды каждого пациента.

3.3. Создание разумных ожиданий

Управление ожиданиями пациентов — это умение оказывать поддержку, помогать в формировании баланса между правдой и ожидаемыми пациентом результатами. Управление ожиданиями представляет собой процесс создания атмосферы доверия со стороны пациента и в конечном счете его удовлетворенности.

Как у пациента формируются ожидания? Пациенты черпают информацию из нескольких источников: семья, друзья, другие люди, проходившие лечение,

традиционные источники новостей, интернет-сайты разного качества с потенциально возможными ошибками и тенденцией создавать много шума из ничего. Наконец, собственный прошлый опыт пациента значительно влияет на его будущие ожидания.

Помните, что, пожалуй, самой частой причиной сложно проходящих приемов пациентов является прежний негативный опыт лечения у врачей, не считавших выпадение волос серьезной проблемой, требующей особой терапии.

Как понимание врачом пациента и его системы ценностей, так и восприятие лечащего врача как человека, а не только как профессионала, делает отношения между ними более эмоционально здоровыми. Одним из способов придать общению эмоциональную ценность является предоставление информации о себе перед приемом: например, на веб-сайте или в брошюре. Это удобные способы для того, чтобы заранее продемонстрировать, что вас действительно заботят ваши пациенты. Не менее эффективным способом передачи информации пациентам могут быть публичные выступления или социальные сети. Любые формы общения формируют у пациентов ожидания. Наконец, то, как хорошо пациент понимает врача, зависит не только от изученных им материалов, но и от того, как именно больной воспринимает информацию и какие делает выводы, что основывается на его культурных и личных воззрениях, а также на прошлом опыте. Не наши ожидания, а ожидания пациентов становятся мерилом хода выздоровления, возникающих осложнений и результата терапии.

Латинская максима *tuto, celeriter et iucunde* означает «беспечно, быстро и

приятно», ее первоначальным автором является Асклепиад Вифинский (124–56 гг. до н.э.), личный врач и близкий друг известных древнеримских деятелей, таких как Цицерон и Марк Антоний. Несмотря на то, что к врачам из Греции в Древнем Риме изначально относились с недоверием, особенно в аристократической среде, Асклепиад смог переубедить их с помощью своей высокой образованности, выдающихся медицинских достижений и житейской мудрости. Прежде всего, он всегда относился с вниманием и пониманием к индивидуальным потребностям своих пациентов.

Асклепиад родился в Прузе. Он много путешествовал и поначалу занимался в Риме риторикой. Хотя он и не преуспел на этом поприще, Асклепиад в конце концов заработал репутацию выдающегося врача. Он начал с того, что отверг принципы и методы работы своих предшественников, заявив, что обнаружил наиболее эффективный способ лечения заболеваний из всех когда-либо известных миру. Пропизываемые им средства были призваны восстановить гармоничные движения корпускул тела. Часть огромной популярности, которой пользовался Асклепиад, принесло ему то, что он реагировал на все потребности пациентов и потакал их наклонностям. Кроме того, Асклепиад выступал в защиту гуманного лечения психических расстройств. Его учение удивительно современно и поэтому Асклепиад считается врачом-пионером как в области медицинских наук, так и в психотерапии.

Так же как Асклепиад приобрел благосклонность римского народа и аристократии, врач должен стремиться заработать хорошую репутацию и снискать доверие своих пациентов.

3.4. Опрос степени удовлетворенности

Кроме того, опрос о степени удовлетворенности пациента помогает сформировать ожидания. В интересах самого специалиста попросить пациента пройти такой опрос и изучить результаты. Во время следующей встречи ваших сотрудников (клиники) следует попросить коллег заполнить опросник так, как, по их мнению, это сделало бы большинство пациентов. Как только будут получены результаты опроса реальных пациентов, их необходимо сравнить с ответами коллег, чтобы выяснить, насколько реалистичны ожидания вашей команды и что нужно сделать, чтобы улучшить показатели.

Следует тщательно просмотреть все комментарии пациентов, так как это позволит оптимизировать те рациональные и эмоциональные действия, которых ждут от врачей больные.

Анкеты могут повышать уровень работы конкретного врача. Заполнять их врачам может быть так же полезно, как и пациентам, для того чтобы весь персонал был мотивирован на дальнейшее развитие. Каждому доктору стоит подумать о том, чтобы составить анкету для своих пациентов. Таким образом проще следить за поддержанием стандартов, установленных с помощью опросников удовлетворенности пациентов.

Формы обратной связи помогают определить слабые места. Они дают пациенту чувство удовлетворения, так как позволяют высказать свои мысли о том, что требует улучшения. Больной, которому дали возможность высказаться таким образом, с меньшей вероятностью даст выход разочарованию в онлайн-чате.

Частью любого общения с пациентами должна стать просьба проговаривать все ожидания от терапии. Осознанность

повысит эффективность лечения. Если врач прикладывает такие усилия, пациент с меньшей долей вероятности начнет чувствовать себя покинутым при любой терапевтической неудаче.

3.5. Особые группы пациентов

Хотя тестирование разных видов медицинского вмешательства на эффективность существовало со времен Авиценны (латинизированная форма имени Ибн Сины, персидского энциклопедиста, считающегося одним из наиболее значительных мыслителей Золотого века ислама, которого часто называют отцом современной медицины, 980–1037), лишь в XX в. это затронуло практически все области здравоохранения.

Доказательная медицина (ДМ), по определению Альвана Файнштейна (Alvan Feinstein — американский врач и математик, 1925–2001) и Арчи Кокрейна (Archie Cochrane — шотландский врач, 1909–1988), в 1970-е годы поставила целью применение самых убедительных из имеющихся фактов для принятия клинического решения, прибегая к научным, инженерным, статистическим методам, таким как систематический обзор медицинской литературы, метаанализ, анализ соотношений между рисками и выгодами и рандомизированные контролируемые исследования. В конечном счете ДМ стремится к той идеальной ситуации, когда медики сознательно, прямо и разумно применяли бы в ежедневной практике все доступные доказательные факты.

Однако ДМ не снимает проблему экстраполяции на определенные группы, которые редко становились объектом медицинских исследований. Речь идет о некоторых возрастных группах,

этнических меньшинствах, а также о лицах, имеющих сопутствующие заболевания. Таким образом, наблюдается явный недостаток научных исследований в тех областях, в которых непозволительно делать обобщения.

3.5.1. Дети

Биологически ребенок — это человек в периоде между рождением и половым созреванием. По юридическому определению, ребенок — это несовершеннолетний человек, другими словами, — человек, не достигший совершеннолетия. Концепция детства как состояния, отличного от зрелости, стала зарождаться только в XVI и XVII вв., когда к ребенку начали относиться не как к маленькому взрослому, а как к человеку еще не вполне развитому, нуждающемуся в исходящих от взрослых защите, любви и воспитании.

Педиатрия — это область медицины, работающая с детьми (и подростками) с момента рождения и до достижения ими 18 лет. Педиатрия как специализация еще довольно молода, она появилась только в середине XIX в. Авраам Якоби (Abraham Jacobi, 1830–1919) считается одним из отцов-основателей педиатрии.

Изменения в размере тела связаны с созреванием всего организма. Сравнительно маленькое тело новорожденного, младенца или ребенка физиологически существенно отличается от тела взрослого.

Врожденные заболевания, генетические отклонения и проблемы развития имеют большее значение для педиатров, чем для терапевтов.

Другое важное отличие между педиатрией и медицинской помощью взрослым состоит в том, что дети — несовершеннолетние и в большинстве стран

не могут принимать самостоятельные решения. Проблемы опеки, личной и юридической ответственности и информированного согласия всегда должны учитываться в педиатрической практике.

В каком-то смысле врачам, работающим с детьми, приходится иметь дело больше с их родителями.

Наконец, нужно принимать в расчет вопросы детского питания и подбора детской дозировки в фармакотерапии.

Детская нутрициология занимается поддержанием нормального сбалансированного питания, содержащего необходимые питательные вещества и достаточное количество калорий для поддержания роста и восполнения физиологических потребностей на разных стадиях развития организма ребенка.

Пищевые потребности существенно меняются в зависимости от возраста, уровня активности и условий окружающей среды и напрямую связаны с темпами роста.

Детская дозировка определяется как правильное количество, частота и общее число приемов лекарственных препаратов младенцем или ребенком. Были разработаны различные формулы для вычисления детской дозировки исходя из стандартной взрослой, хотя наиболее надежной является одна из них, вычисляющая пропорциональную площадь поверхности тела по отношению к массе тела.

Такие показатели, как способность ребенка к усвоению, метаболизму и выведению медикаментов из организма, должны учитываться так же, как и предполагаемое действие лекарства, возможные побочные эффекты и потенциальная токсичность.

В частности, дети подвержены большему риску развития связанных с сердечно-сосудистой системой побочных эффектов раствора миноксидила, как при наружном применении, так и при случайном проглатывании. Клодэ (Claudet) и соавт. сообщили о случаях выраженной интоксикации после попадания раствора миноксидила для местного применения в органы пищеварения. Девочке 7 лет, случайно проглотившей чайную ложку раствора миноксидила (Алопекси*, Лаборатории Пьер Фабр, АО, Швейцария), пришлось вызывать педиатрическую скорую помощь. У нее открылась рвота, давление упало до 86/56 мм рт.ст., а пульс вырос до 149 в минуту. Гипотония сохранялась в течение 40 ч с наименьшим значением в первые 24 ч после приема препарата (79/33 мм рт.ст.). Капельница с 20 мл/кг изотонического раствора натрия хлорида не дала гемодинамического эффекта. Ее кровяное давление нормализовалось на 2-е сутки. Авторы пришли к выводу, что раствор миноксидила для местного применения небезопасен для детей и поэтому должен храниться строго вне их досягаемости. Более того, производители должны повысить безопасность дозировочной упаковки для детей.

Общий гипертрихоз — распространенный побочный эффект от перорального применения миноксидила при гипертонии. Однако гипертрихоз редко встречается, когда миноксидил используют местно при лечении алопеции и, как правило, развивается только вблизи мест применения. Гонсалес (González) и соавт. сообщают о случае развития общего гипертрихоза у девушки 16 лет через 3 мес после лечения алопеции местным раствором миноксидила в превышающих назначение дозах. Через 4 мес после окон-

чания терапии все избыточные волосы постепенно истончились и исчезли.

Детская алопеция — источник сильного беспокойства, фрустрации и тревоги.

У маленьких детей обычно не так развито самосознание, поэтому чаще всего именно родители, проецирующие свои проблемы на ребенка, более остро испытывают тревогу. Кроме того, родители ребенка с наследственной патологией волос могут чувствовать вину, а у братьев и сестер может развиваться необоснованный страх того, что проблема может возникнуть и у них. Потеря волос у детей старшего возраста может привести к заниженной самооценке, депрессиям и ощущению неполноценности. В конечном итоге выпадение волос может провоцировать появление психологических проблем, влияющих на нормальное развитие ребенка.

Важно разграничить виды алопеции и отделить те, что являются хроническими, от тех, которые являются вторичными и потенциально связаны с другими заболеваниями.

Количество детей в возрасте до 10 лет от всех пациентов дерматологической клиники, страдающих выпадением волос, составляет 5%. Детская алопеция может быть вызвана несколькими причинами, а проявления заболевания отличаются от того, что врачи наблюдают у взрослых. Глубокое понимание нормального цикла роста волос помогает правильно оценить состояние ребенка с алопецией. Знание нормального диапазона и отклонений, наблюдаемых у детей, делает эту оценку более точной. Примерами являются временная неонатальная потеря волос (рис. 3.1), трихоглифика — особенности роста волос под различным углом наклона — та-

кие как клиновидный рост волос на лбу (рис. 3.2), аномалия роста волос по типу риджбека (рис. 3.3), завитки волос (рис. 3.4) и в некоторой степени синдром короткого анагена.

Заболевания волос и кожи головы у детей могут быть связаны сугубо с пора-



Рис. 3.1. Временная неонатальная потеря волос



Рис. 3.2. Клиновидный рост волос на лбу



Рис. 3.3. Аномалия роста волос по типу риджбека

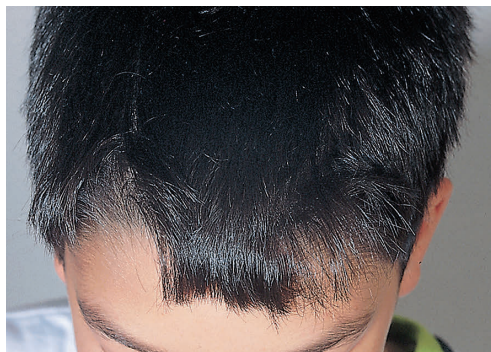


Рис. 3.4. Завитки волос

жением волос и/или кожи головы или с инфекциями, они могут быть врожденными или приобретенными.

Дифференциальный диагноз алопеции в детском возрасте легко поставить, потому что 90–95% случаев вызвано одной из четырех причин: гнездной алопецией, дерматофитией волосистой части головы, телогеновой алопецией или трихотилломанией. Редко встречаются клинически более сложные заболевания, такие как врожденная треугольная (триангулярная) алопеция или ранняя (детская) АГА. Наконец, для детей характерны следующие синдромы: свободного анагена (*loose anagen syndrom*) и короткого анагена.

Наследственные и врожденные гипертрихоз, атрихия и аномалии стержня волоса не имеют эффективных методов лечения. Следует напомнить, что врожденные аномалии могут быть проявлениями какого-либо клинического синдрома. Также следует принимать во внимание возможность врожденных дефектов в тех же зонах скальпа, где присутствовала алопеция, полученная при родах. Атрофические залысины в области срединного пробора особенно часто могут быть ассоциированы с дефектами развития.

Дерматофития волосистой части головы хорошо реагирует на соответствующую терапию, если она начата до того, как процесс рубцевания привел к необратимой потере волос.

Есть множество вариантов лечения гнездной алопеции, ранней АГА и трихотилломании. Эффективность терапии определяется серьезностью и длительностью заболевания. При телогеновой алопеции необходимо определить и начать этиологическое лечение, особенно если заболевание связано с дефицитом питательных веществ.

Наконец, синдромы свободного анагена и короткого анагена проходят с возрастом. Обучение и убеждение родителей очень важны при работе с детьми.

3.5.2. Женщины детородного возраста, беременные и кормящие

Женщины детородного возраста, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью, часто задают дерматологам вопросы о том, насколько безопасны обычно назначаемые лекарства для местного и системного применения во время беременности и лактации. Различные препараты часто назначают беременным. На самом деле женщины в среднем принимают 2,9 лекарства во время беременности. Благодаря распространенному убеждению в опасности приема медикаментов, судебные тяжбы из-за врачебной ошибки очень часто ведутся с дерматологами, прописывающими лекарства женщинам, которые могут забеременеть или уже беременны.

Нет никаких доступных баз данных, позволяющих точно определить риски применения лекарственных средств во время беременности и кормления. Есть, однако, авторитетные мнения производителей, Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (US FDA),

тератологов, Американской академии педиатрии и Всемирной Организации Здравоохранения о целесообразности приема того или иного средства женщинами детородного возраста. Не все медикаменты строго противопоказаны во время беременности и лактации. Некоторые препараты широко применялись без очевидных побочных эффектов у матери или ребенка. Когда необходимо выбрать лекарство для беременной или кормящей пациентки, следует назначать препараты с минимальными рисками возникновения побочных эффектов.

Безопасность местного миноксидила для лечения облысения по женскому типу во время беременности не доказана, и поступали сообщения об отдельных случаях появления побочных эффектов: Сморлези (Smorlesi) и соавт. описали случай беременной белой женщины 28 лет, которая ежедневно наносила 2% раствор миноксидила на кожу головы для лечения потери волос. На 22-ю неделю беременности на плановом УФ-исследовании стали видны значительные дефекты мозга и сердечно-сосудистой системы плода, и беременность была прервана. Наблюдалась ишемия множества участков плаценты и несоответствие стадии развития ворсин хориона сроку беременности. В ворсинах хориона замечено избыточное количество увеличенных в размере капилляров по краям. Сердце плода было увеличено в размере и имело шарообразную форму, в аорте наблюдался дистальный стеноз. Сигмовидная кишка значительно увеличилась в длине, замечена патология брыжейки. В мозге увеличены желудочки, множественные инфаркты. Гистологическое исследование показало области демиелинизации с глиозом, признаки избыточного и неправильного ангиогенеза и перестройку сосудов.

Рожанский (Rojansky) и соавт. сообщили о плоде с выраженной гипотро-

фией каудальной части плода, аплазией нижней части позвоночника и полным почечном агенезе (синдром каудальной регрессии, СКР), диагностированных во II триместре при УФ-исследовании. Хотя точная этиология синдрома каудальной регрессии неясна, предполагается, что диабет у матери, генетические факторы, тератогены и сосудистые аномалии, нарушающие кровообращение, влияют на его развитие. Согласно данным анамнеза матери во время беременности установлено, что наблюдалось применение раствора миноксидила для предотвращения потери волос в течение 4 лет до и во время беременности. Кроме того, мать принимала триметоприм + сульфаметаказол во время I триместра для лечения заболевания верхних дыхательных путей. Не было выявлено ни диабета у матери, ни семейных генетических заболеваний. Тяжелая форма синдрома каудальной регрессии проявляется полной аплазией нижней части тела и внутренних органов и дополнительными мальформациями. Было высказано предположение, что этиология связана с приемом медикаментов, однако эта связь должна быть подтверждена дальнейшими исследованиями.

Наконец, Вейрак (Veyrac) и соавт. сообщили о случае с младенцем, обросшим волосами, связав это с тем, что мать применяла наружно миноксидил во время беременности.

Таким образом, прежде чем разрешить использование миноксидила беременным, необходимо получить больше данных о возможной опасности влияния препарата на развитие плода.

Между тем использование местного миноксидила в период лактации недавно было разрешено Американской академией дерматологии.

Поскольку пероральный финастерид и дутастерид обладают тератогенным действием на плод мужского пола, эти препараты запрещено прописывать женщинам, у которых не наступила менопауза.

3.5.3. Пожилые люди

Старение — это процесс, по мере которого человек становится старше, а в организме с течением времени происходят множественные изменения. Старение человека — это комплексный процесс физических, психологических и социальных изменений. Наконец, старение — это один из ключевых факторов риска для большинства человеческих заболеваний, приводящих к смерти.

В биологии одряхление — это процесс старения. Клеточное старение — это феномен, при котором изолированные клетки демонстрируют ограниченную способность к делению в культуре (лимит Хейфлика, the Hayflick limit, открытый в 1961 г. Леонардом Хейфликом), тогда как старение организма — это комплексный процесс.

После периода максимальной способности клеток к восстановлению между 20 и 35 годами старение характеризуется снижающейся стрессоустойчивостью и сниженной способностью к сохранению гомеостаза, повышенным риском развития заболеваний.

Старение волос связано с деградацией волосяных фолликулов, связанной с общим замедлением процессов во всем организме, постепенной потерей пигмента в стержне волоса, сокращением роста волос и уменьшением диаметра стержня волоса. Состояние волос зависит от наследственности и этнической принадлежности с большой вариативностью у отдельных индивидуумов, от состояния кожи головы, от ухода за волосами и вы-

бора прически, внешних факторов и повреждения волос, а также от питания и общего состояния здоровья.

Пациенты более зрелого возраста страдают от множества заболеваний, влияющих на волосы: недостаток питательных веществ, болезни эндокринной системы, психологические проблемы и побочные эффекты от приема лекарств.

Иногда симптомы явных патологий принимают за признаки нормального старения, игнорируют и не лечат. Таким образом, при лечении выпадения волос у пожилых пациентов важно иметь в виду, что за жалобами больного может скрываться более общая проблема.

Благодаря техническому прогрессу и улучшениям в сфере здравоохранения, большое количество пациентов выживает после заболеваний, считавшихся смертельными. Этот факт в сочетании с увеличением средней продолжительности жизни означает, что у большого числа больных встречается сразу несколько сопутствующих заболеваний. Термин «полиморбидность» означает, что у одного человека обнаружено сразу несколько болезней. Согласно данным опроса, проведенного в Канаде в 1998 г., 30% населения страдает более чем от одного хронического заболевания и этот процент повышается с возрастом. В Соединенных Штатах Америки у 65% людей старше 65 лет наблюдается полиморбидность. Для борьбы с хроническими заболеваниями было создано множество препаратов, написаны практические руководства и разработаны образовательные программы.

За немногим исключением, медицинское вмешательство адресно лечит одно хроническое заболевание, не принимая в расчет полиморбидность у пациента.

Лечить заболевания волос у пожилых людей стало сложнее с повышением количества хронических заболеваний у пациентов и увеличением полиморбидности у людей старшего возраста.

Очевидно, что с возрастом потребность в количестве и качестве необходимых питательных веществ меняется. Было обнаружено, что 50% людей зрелого возраста получают меньше витаминов и минералов, чем рекомендуется, а у 30% уровни содержания витаминов и минералов ниже нормы. С возрастом люди едят меньше вне зависимости от заболеваний, это часто называют «старческой анорексией». Вероятно, этот процесс связан с изменениями в нейротрансмиттерах и гормонах, что влияет на центральный пищевой центр и систему насыщения. Более того, притупление чувств обоняния и вкуса уменьшает удовольствие от пищи и разнообразного питания.

Социально-экономический статус и работоспособность в значительной мере влияют на алиментарный статус. Когда у человека финансовые трудности, он может начать пропускать приемы пищи и покупать такую еду, которая не может обеспечить организм необходимыми питательными веществами. Снижение физической и умственной работоспособности влияет на способность человека покупать продукты питания и готовить еду. Проблемы с питанием усугубляются изоляцией от общества, которая часто приводит к апатии по отношению к еде и к снижению количества потребляемой пищи.

Пожилым человеком испытывает трудности адаптации и потери в связи с выходом на пенсию, ограничением способности к труду и смертью друзей и членов семьи, а также изменения в финансовом и социальном статусе и в состоянии физического здоровья. Такие изменения могут привести к депрессии.

Депрессию у пожилых людей часто не распознают. Недоедание может быть у них симптомом депрессии.

Кроме того, наличие заболеваний и некоторые медикаменты могут привести к анорексии и недоеданию. Проблемы зубов и ротовой полости, расстройства желудочно-кишечного тракта могут быть связаны и с плохим питанием, и с нарушением всасывания пищи. Многие заболевания (щитовидной железы, сердечно-сосудистые и легочные) приводят к увеличению метаболических потребностей и в то же время к снижению аппетита и получения калорий. Лекарства могут влиять на алиментарный статус из-за побочных эффектов (анорексия, тошнота, измененное восприятие вкуса), изменения всасывания питательных веществ, метаболизма и экскреции.

Некоторые аспекты старения естественным образом развиваются и усиливаются с течением времени, в то время как другие исчезают. Скорость реакции, например, замедляется с возрастом, а осведомленность о событиях в мире и мудрость углубляются. Неуклонное снижение когнитивных процессов наблюдается в течение всей жизни. Их снижение начинается уже с 20–30 лет. Исследования памяти показали, что с возрастом память слабеет, однако не в том, что касается общих знаний (например, определений слов), этот вид памяти улучшается или остается стабильным до глубокой старости.

На самом деле исследования демонстрируют, что даже в старости остается потенциал для умственного и социального роста и развития.

Деменция (от лат. *de* — от, прочь + *mens* (генетив: *mentis* — разум) — прогрессирующее снижение когнитивной функции вследствие повреждений или заболеваний организма в большей степени, чем ожидается при нормальном

старении. Болезнь представляет набор неспецифических симптомов, затронуты могут быть память, внимание, речь и способность к решению проблем. Высшие психические функции страдают в первую очередь, а на более поздних стадиях больные могут терять ориентацию относительно места, времени и личности.

Некоторые случаи деменции вызваны процессами, которые можно обратить с помощью терапии. Таким образом, рекомендуется провести обычные анализы крови, чтобы проверить наличие излечимых заболеваний. Анализы необходимо брать на содержание витамина B_{12} и фолиевой кислоты, тиреотропный гормон (ТТГ), С-реактивный белок, электролиты, кальций, проверить общий клинический анализ крови, почечную функцию, печеночные ферменты и сифилис.

Кроме того, психические заболевания, включая депрессию и психозы, могут стать причиной симптомов так называемой псевдодеменции, которую следует отличать от деменции. Хроническое злоупотребление такими веществами, как алкоголь, также может спровоцировать когнитивные изменения, приводящие к деменции.

Игнорирование состояния волос и ухода за волосами в пожилом возрасте может быть проявлением деменции или псевдодеменции, спровоцированной депрессией, психоза или хронического алкоголизма.

3.5.4. Этнические волосы (афроамериканская текстура волос)

Человеческие волосы делятся на три основные группы (афроамериканские,

азиатские, европейские) по этническому признаку. Волосы заметно различаются по структуре и биохимическому составу, к тому же у каждой из этнических групп есть некоторые особенности в традиционном уходе за волосами. Эти различия играют значительную роль в том, какими специфическими болезнями волос и кожи головы страдают представители этноса.

АГА является самым распространенным заболеванием, по разным оценкам составляя от 98 до 40% случаев в зависимости от трактовки ее критериев.

В мире АГА чаще всего встречается у европейцев, на втором месте азиаты, за ними следуют афроамериканцы и наконец коренные индейцы.

«Афроамериканская текстура волос» — это термин, используемый для определения натуральных, не испорченных горячим гребнем или утюжками, химическими завивками и выпрямителями волос негроидного населения. Каждая прядь волос такого типа растет в форме туго закрученной пружинообразной спирали. В итоге создается ощущение, что афроамериканские волосы гуще, чем прямые европейские, хотя на самом деле волосах стержней в среднем меньше. Стержни волос сильно перекручены. По нескольким причинам и, возможно, из-за сравнительно плоской формы волоса в поперечном сечении, такие волосы выглядят сухими и тусклыми.

Одной из отличительных черт афроамериканских волос является их повышенная ломкость по сравнению с остальными этническими типами.

Используя световую и растровую электронную микроскопию, Кумало (Khumalo) и соавт. изучили структуру афроамериканских волос и влияние рас-

чесывания на темнокожих африканских добровольцах. Образцы волос были собраны у африканцев с помощью расчесывания, чтобы сравнить с образцами добровольцев европеоидной и монголоидной рас. Участники исследования никогда не прибегали к химическим процедурам, не стриглись как минимум в течение последнего года, уход за волосами сводился к очищению с помощью шампуня, сушке и расчесыванию. Более 2000 волосков 12 африканских добровольцев было исследовано с помощью световой микроскопии. Волосы выглядели как плотно закрученные спиралевидные структуры, при первом рассмотрении было заметно переплетение стержней. На многих волосках образовывались узлы (10–16% по сравнению с 0,15% у других этнических групп). В целом стержни были более ломкими. Растровая электронная микроскопия афроамериканских волос выявила особенности, связанные с тем, что стержень неоднократно ломался.

Поскольку ломкость афроамериканских волос в определенной степени напоминает узловатый трихорексис, возникающий из-за воздействия окружающей среды, и трихотиодистрофию, генетическое заболевание, связанное с уменьшенным содержанием богатых цистеином матричных белков, Кумало и соавт. сравнили распределение богатых цистеином матричных белков в волосах добровольцев-негроидов, европеоидов и монголоидов, а также больных узловатым трихорексисом и трихотиодистрофией, используя трансмиссионную электронную микроскопию и импрегнацию нитратом серебра. Они выяснили, что при импрегнации нитратом серебра выявлены схожие результаты для представителей всех трех рас и для больных с узловатым трихорексисом. В клетках кутикулы волоса стали видны электронно-плотный слой

и экзокутикула, а в кортексе благодаря электронно-плотному веществу были различимы микрофибриллы, формирующие макрофибриллы. Это контрастирует с аномальным распределением богатых цистеином матричных белков у больных трихотиодистрофией. Исследование показывает, что в волосах негроидов нет никаких аномалий в распределении богатых цистеином матричных белков по сравнению с представителями других рас.

Сильные структурные повреждения, наблюдаемые в волосных стержнях афроамериканцев, скорее связаны с травмами (в результате ухода), а не с генетически наследуемой слабостью волос.

Помимо ломкости волос, наиболее распространенная проблема с волосами у цветных женщин — это тракционная алопеция (рис. 3.5) и центральная центрифугальная рубцовая алопеция (рис. 3.6), а у мужчин — келоидные акне задней поверхности шеи (аспект *keloidalis nuchae* или склерозирующий фолликулит затылка) (рис. 3.7), подрывающий фолликулит Гоффмана (также известный как фолликулит абсцедирующий подрывающий и перифолликулит Гоффмана, рис. 3.8) и псевдофолликулит зоны роста бороды (рис. 3.9).



Рис. 3.5. Тракционная алопеция



Рис. 3.6. Центральная центрифугальная рубцовая алопеция

Различия в распространенности и тяжести определенных заболеваний волос и кожи головы у темнокожих африканцев связаны со структурными вариациями текстуры волос и с особенностями ухода.

Кумало и соавт. обнаружили связь между некоторыми заболеваниями кожи головы, прическами, полом и возрастом. Таким образом, эффективное лечение и предупреждение этих заболеваний включает изменения в привычках, а не только фармакологическое лечение и процедуры.

При обследовании 874 взрослых африканцев в Кейптауне исследователи обнаружили широкую распространенность келоидных акне задней поверхности шеи: у 10,5% мужчин (и у 0,3% женщин). Это не было связано с использованием



Рис. 3.7. Келоидные акне задней поверхности шеи

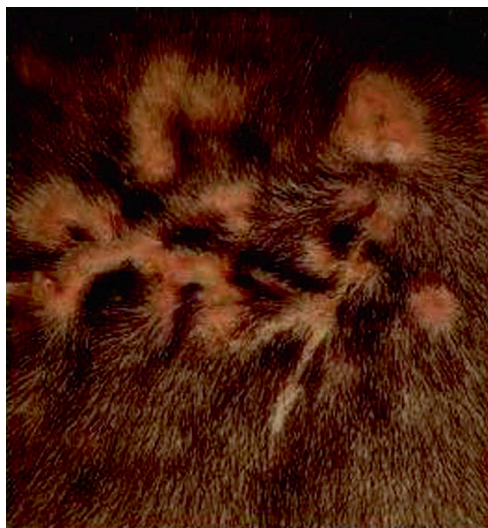


Рис. 3.8. Подрывающий фолликулит Гоффмана



Рис. 3.9. Псевдофолликулит области бороды

машинки для стрижки волос или лезвий, однако некоторую роль стрижка все же играла: как минимум один эпизод повреждения образований — акне или корочек с последующим кровотечением был зафиксирован соответственно у 37 и 18,9% мужчин. Кровотечение при стрижке вызывает опасения, так как через кровь могут передаваться различные инфекции, включая ВИЧ. 58,7% женщин выполняли химические процедуры с волосами, 49,2% — распрямление и 9,6% — перманентную завивку (по сравнению с 2,3% мужчин). Распространенность тракционной алопеции и центральной центрифугальной алопеции составила 31,7 и 2,7% среди женщин (и 2,2 и 0% среди мужчин) соответственно.

Тракционная алопеция была наиболее распространена среди людей с очень тугими прическами.

Кумало и др. провели кросс-секционное исследование 1042 школьников, среди них 45% мальчиков и 55% девочек. Большинство мальчиков (72,8%) не проводили никаких косметических процедур с волосами и часто стриглись (в течение 4 нед). Распространенность келоидного фолликулита затылка составила 0,67% во всей группе, самый высокий показатель (4,7%) зафиксирован среди мальчиков последнего года обучения, все они часто стриглись.

Большинство девочек (78,4%) проводили процедуру химического распрямления, волосы обычно зачесывали назад или собирали в хвостик (по сравнению с 8,6% мальчиков). Тракционная алопеция значительно чаще встречается после проведения процедуры химического распрямления. Общий показатель распространенности составляет 17,1% среди девочек, причем он увеличивается с возрастом: от 8,6% в первый год

обучения до 21,7% в выпускном классе. Процент тракционной алопеции среди тех, кто заплетал косички на натуральных волосах, был незначительно ниже (22,9%), чем у заплетавших косички на выпрямленных волосах (32,1%). Не было зафиксировано случаев центральной центрифугальной рубцовой алопеции у школьников.

Наибольшая распространенность центральной центрифугальной рубцовой алопеции отмечена среди женщин старше 50 лет (6,7%). Центральная центрифугальная рубцовая алопеция в 1968 г. была первоначально названа «hot comb alopecia» — алопеция вследствие использования щипцов для волос. Считалось, что она связана с частым применением щипцов (плоек) для волос, а также с использованием помад на масляной основе и других химических продуктов ухода за волосами. Считалось также, что масла, нанесенные на волосы и нагретые горячей плойкой, попадают через стержень волоса к фолликулярным юнитам и вызывают воспаление вокруг верхней части фолликулов. Однако позже было признано, что, хотя применение щипцов для волос и может вызвать заболевание у отдельных людей, центральная центрифугальная рубцовая алопеция развивается также и при отсутствии каких-либо косметических процедур. После этого открытия в 1992 г. заболевание было переименовано в «синдром фолликулярной дегенерации». Считалось, что преждевременное отшелушивание рогового слоя внутреннего корневого влагалища, которое можно увидеть только на поперечном разрезе волоса, — это единственный способ диагностировать болезнь. Однако в 1995 г. Гиббонс и Аккерман (Gibbons и Ackerman) показали, что проблема представляется дискретной, в то время как преждевременное отшелушивание рогового слоя

внутреннего корневого влагалища представляет результат длительной фиксации волос. Тем не менее заболевание было вновь переименовано: Североамериканское общество исследования волос (NAHRS, от англ. North American Hair Research Society) в 2003 г. включило его в рабочую классификацию первичных рубцовых алопеций как «центральной центрифугальной рубцовой алопеции» и отнесло к лимфоцитарной группе.

Центральная центрифугальная рубцовая алопеция, как правило, проявляется после 20 лет и прогрессирует в последующие 20–30 лет.

Стоит рассмотреть возможность центральной центрифугальной рубцовой алопеции у афроамериканок с клинической картиной, похожей на облысение по женскому типу.

Этиология и патогенез центральной центрифугальной рубцовой алопеции все еще остаются неясными. Однако одна из гипотез свидетельствует о том, что давление, оказываемое на внутреннее корневое влагалище, приводит к его повреждению, из-за чего развивается воспалительный процесс и появляются рубцы. Афроамериканцы подвержены повышенному риску из-за курчавости стержня волос, особых причесок и методов химической обработки. Патогистология включает перифолликулярный лимфоцитарный инфильтрат, концентрический ламинарный фиброз, исчезновение сальных желез и преждевременный распад внутреннего корневого влагалища. Кроме того, может наблюдаться пролиферативное воспаление, следующее за фолликулярным повреждением.

Куэй (Kuei) и соавт. провели популяционное исследование с кросс-секционным опросом по ключевым факторам риска, чтобы выяснить, какие медицинские и

экологические факторы могут приводить к центральной центрифугальной рубцовой алопеции. В общей сложности 326 афроамериканок приняли участие в трихологическом исследовании.

Сахарный диабет 2-го типа значительно чаще встречался у пациентов с центральной центрифугальной рубцовой алопецией, как и бактериальные инфекции скальпа и тугие прически.

Липидематозный скальп (синдром губчатого скальпа) представляет собой еще одно своеобразное состояние волосистой части головы афроамериканцев, с наличием или без сопутствующей алопеции. Он характеризуется толстой дряблой кожей головы и жалобами на зуд, боль или болезненную чувствительность. В исследовании 31 случая такого заболевания большинство пациентов были женского пола, поэтому можно предположить связь с гормональными патологиями. Связь с ожирением предполагает, что анатомические особенности играют роль при распределении липидов. Примечательно, что при гистологическом исследовании обнаружено увеличение слоя подкожного жира. Ввиду отека дермы и воспаления лимфатических узлов предполагается, что первичная патология лимфатическая. Этиология и патогенез заболевания остаются неясными. Среди ассоциированных с этим состоянием других проблем встречаются гиперэластичность кожи и избыточная подвижность суставов, почечная недостаточность, сахарный диабет и гиперлипидемия.

3.5.5. Транссексуалы

Транссексуализм — самоидентификация индивидуума с полом, не соответствующим или культурно не ассоциируемым с его генетической и гонадной природой. Данный природой пол находится в конфликте с психологи-

ческой идентификацией к половой принадлежности. Медицинский диагноз может быть поставлен, если человек испытывает дискомфорт в результате желания принадлежать к противоположному полу. Термины «гендерная дисфория» и «расстройство гендерной идентичности» не использовались до 1970-х годов; в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-IV) слово «транссексуализм» было заменено на «расстройства гендерной идентичности у подростков и взрослых». Транссексуализм из мужчины в женщину (MtF) иногда называли «синдром Гарри Бенджамина» в честь эндокринолога, который первым начал исследовать гендерную дисфорию (Гарри Бенджамин (Harry Benjamin), американский эндокринолог и сексолог немецкого происхождения, 1885–1986).

Согласно DSM-IV (1994), примерно 1:30 000 рожденных в Соединенных Штатах Америки мужчин стремится сделать операцию по смене пола. Наиболее часто цитируется оценка распространенности транссексуализма, данная Клиникой гендерной дисфории в Амстердаме. Данные охватывают более чем четыре десятилетия, за которые в клинику обратились около 95% голландских транссексуалов. Эти данные свидетельствуют о распространенности транссексуализма в 1:10 000.

«Терапия по смене пола» — это общий термин для всех видов терапии, связанных с изменением пола, как для транссексуалов, так и для гермафродитов. Психологические методы, которые пытаются изменить гендерную идентичность на биологически соответствующую, обычно считаются неэффективными. Широко признанные стандарты ухода свидетельствуют о том, что иногда единственный разумный и эффективный курс лечения для транссексуалов — это

пройти через терапию по смене пола. Люди делают выбор в пользу разных типов терапии, которая может включать гормонозаместительную терапию, чтобы изменить вторичные половые признаки, хирургическое вмешательство для изменения первичных половых признаков, феминизирующую лицевую хирургию, перманентную депиляцию и лечение алопеции у транссексуалов-женщин.

Необходимость лечения усиливается высокой частотой психических расстройств, в том числе депрессий, тревожности и разных видов зависимостей, а также более высоким процентом самоубийств среди не получивших лечения транссексуалов в сравнении с популяционными данными. Пероральный финастерид может вызвать депрессию и тревожность как у мужчин, так и у женщин, очень похожие симптомы встречаются у транссексуалов, которые уже и так находятся в зоне высокого риска.

Таким образом, применение перорального финастерид для лечения мужской АГА у мужчин, ставших женщинами, может оказаться малоэффективным или может повышать риск возникновения эмоционально-стрессовых побочных эффектов.

Рекомендуемая литература

Слушая пациента

- Cash T.F. The psychological effects of androgenetic alopecia in men // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. Vol. 26. P. 926–931.
- Cash T.F. The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature // Br. J. Dermatol. 1999. Vol. 141. P. 398–405.
- Maffei C., Fossati A., Rinaldi F., Riva E. Personality disorders and psychopathologic symptoms in patients with androgenetic alopecia // Arch. Dermatol. 1994. Vol. 130. P. 868–872.

- Mapar M.A., Omidian M. Is topical minoxidil solution effective on androgenetic alopecia in routine daily practice? // *J. Dermatolog. Treat.* 2007. Vol. 18, N 5. P. 268–270.
- 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. Ausbild.* 2012. Vol. 29. Doc. 11.
- 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.
- Teutsch C. Patient-doctor communication // *Med. Clin. North Am.* 2003. Vol. 87. P. 1115–1145.
- Van der Donk J., Passchier J., Dutree-Meulenberg R.O., Stolz E. et al. Psychologic characteristics of men with alopecia androgenetica and their modification // *Int. J. Dermatol.* 1991. Vol. 30. P. 22–28.
- Yamazaki M., Miyakura T., Uchiyama M., Hobo A. et al. Oral finasteride improved the quality of life of androgenetic alopecia patients // *J. Dermatol.* 2011. Vol. 38. P. 773–777.

Обучение пациента

- 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.

Создание разумных ожиданий

- Jayasankar S.J. Patient expectations: how do they matter? American Academy of Orthopedic Surgeons. URL: www.aaos.org/news/aaosnow/mar09/managing6.asp.
- Keane Baker S. Manage risk by managing patient expectations. American Academy of Orthopedic Surgeons. URL: www.aaos.org/news/aaosnow/aug11/managing5.asp.
- Rawson E. The life and death of Asclepiades of Bithynia // *Class. Q.* 1982. Vol. 32. P. 358–370. URL: www.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine.

Опрос степени удовлетворенности

- Keane Baker S. Manage risk by managing patient expectations. American Academy of Orthopedic Surgeons. URL: www.aaos.org/news/aaosnow/aug11/managing5.asp.

Особые группы пациентов

- Abreu-Velez A.M., Klein A.D., Howard M.S. Survivin, p53, MAC, Complement/C3, fibrinogen and HLA-ABC within hair follicles in central and centrifugal cicatricial alopecia // *N. Am. J. Med. Sci.* 2011. Vol. 3, N 6. P. 292–295.
- Alexis A., Heath C.R., Halder R.M. Folliculitis keloidalis nuchae and pseudofolliculitis barbae: are prevention and effective treatment within reach? // *Dermatol. Clin.* 2014. Vol. 32, N 2. P. 183–191.
- Al-Fouzan A.S., Nanda A. Alopecia in children // *Clin. Dermatol.* 2000. Vol. 18, N 6. P. 735–743.
- Al-Refu K. Hair loss in children: common and uncommon causes; clinical and epidemiological study in Jordan // *Int. J. Trichol.* 2013. Vol. 5, N 4. P. 185–189.
- Altomare G., Capella G.L. Depression circumstantially related to the administration of finasteride for androgenetic alopecia // *J. Dermatol.* 2002. Vol. 29. P. 665–669.
- Antaya R.J., Sideridou E., Olsen E.A. Short anagen syndrome // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005. Vol. 53, N 2. Suppl. 1. P. S130–S134.
- Atton A.V., Tunnessen W.W. Jr. Alopecia in children: the most common causes // *Pediatr. Rev.* 1990. Vol. 12, N 1. P. 25–30.
- Bodenheimer T. Disease management: promises and pitfalls // *N. Engl. J. Med.* 1999. Vol. 340, N 15. P. 1202–1205.
- Bukhari I., Al Mulhim F., Al Hoqail R. Hyperlipidemia and lipedematous scalp // *Ann. Saudi Med.* 2004. Vol. 24, N 6. P. 484–485.
- Butler D.C., Heller M.M., Murase J.E. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: pt II. Lactation // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. Vol. 70. P. 417.e1–417.e10.
- Callender V.D., Onwudiwe O. Prevalence and etiology of central centrifugal cicatricial alopecia // *Arch. Dermatol.* 2011. Vol. 147, N 8. P. 972–974.
- Castelo-Soccio L. Diagnosis and management of alopecia in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 2014. Vol. 61, N 2. P. 427–442.
- Claudet I., Cortey C., Honorat R., Franchitto N. Minoxidil topical solution: an unsafe product for children // *Pediatr. Emerg Care.* 2015. Vol. 31, N 1. P. 44–46.
- Cutrone M., Grimalt R. Transient neonatal hair loss: a common transient neonatal dermatosis // *Eur. J. Pediatr.* 2005. Vol. 164, N 10. P. 630–632.
- Daveluy C., Pica L., Audet N., Courtemanche R. et al. Enquête sociale et de santé 1998. 2nd ed. Quebec City: Institut de la statistique du Québec, 2000.
- Fu J.M., Price V.H. Approach to hair loss in women of color // *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2009. Vol. 28, N 2. P. 109–114.

- Gathers R.C., Jankowski M., Eide M., Lim H.W. Hair grooming practices and central centrifugal cicatricial alopecia // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2009. Vol. 60, N 4. P. 574–578.
- Gathers R.C., Lim H.W. Central centrifugal cicatricial alopecia: past, present, and future // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2009. Vol. 60, N 4. P. 660–668.
- Georgala S., Befon A., Maniatopoulou E., Georgala C. Topical use of minoxidil in children and systemic side effects // *Dermatology.* 2007. Vol. 214, N 1. P. 101–102.
- Gibbons G., Ackerman A.B. Resolving quandaries: follicular degeneration syndrome? // *Dermatol. Dermatopathol. Pathol. Pract. Concept.* 1995. Vol. 1. P. 197–200.
- González M., Landa N., Gardeazabal J., Calderón M.J. et al. Generalized hypertrichosis after treatment with topical minoxidil // *Clin. Exp. Dermatol.* 1994. Vol. 19, N 2. P. 157–158.
- Guerouaz N., Mohamed A.O. Minoxidil induced hypertrichosis in children // *Pan. Afr. Med. J.* 2014. Vol. 18. P. 8.
- Gupta R., High W.A., Butler D., Murase J.E. Medicolegal aspects of prescribing dermatological medications in pregnancy // *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2013. Vol. 32. P. 209–216.
- Hale E.K., Pomeranz M.K. Dermatologic agents during pregnancy and lactation: an update and clinical review // *Int. J. Dermatol.* 2002. Vol. 41. P. 197–203.
- Harrison S., Sinclair R. Optimal management of hair loss (alopecia) in children // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2003. Vol. 4, N 11. P. 757–770.
- Holman H., Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care // *BMJ.* 2000. Vol. 320, N 7234. P. 526–527. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Afro-textured_hair <http://en.wikipedia.org/wiki/Ageing> <http://en.wikipedia.org/wiki/Child> <http://en.wikipedia.org/wiki/Transsexualism>.
- Irwig M.S. Depressive symptoms and suicidal thoughts among former users of finasteride with persistent sexual side effects // *J. Clin. Psychiatry.* 2012. Vol. 73. P. 1220–1223.
- Janniger C.K., Bryngil J.M. Hair in infancy and childhood // *Cutis.* 1993. Vol. 51, N 5. P. 336–338.
- Johnson K.A., Bernard M.A., Funderberg K. Vitamin nutrition in older adults // *Clin. Geriatr. Med.* 2002. Vol. 18. P. 773–799.
- Kelly A.P. Pseudofolliculitis barbae and acne keloidalis nuchae // *Dermatol. Clin.* 2001. Vol. 21, N 4. P. 645–653.
- Khumalo N.P. African hair morphology: macrostructure to ultrastructure // *Int. J. Dermatol.* 2005. Vol. 44, suppl. 1. P. 10–12.
- Khumalo N.P. Grooming and central centrifugal cicatricial alopecia // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010. Vol. 62, N 3. P. 507–508.
- Khumalo N.P. Folliculitis keloidalis nuchae, bleeding from haircuts, and potential HIV transmission // *Int. J. Dermatol.* 2012. Vol. 51, suppl. 1. P. 21–23, 24–26.
- Khumalo N.P., Dawber R.P., Ferguson D.J. Apparent fragility of African hair is unrelated to the cystine-rich protein distribution: a cytochemical electron microscopic study // *Exp. Dermatol.* 2005. Vol. 14, N 4. P. 311–314.
- Khumalo N.P., Doe P.T., Dawber R.P., Ferguson D.J. What is normal black African hair? A light and scanning electron-microscopic study // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000. Vol. 43, N 5. Pt 1. P. 814–820.
- Khumalo N.P., Gantshe N., Gumede F., Mthebe T. Health risks of the clean-shave chiskop haircut // *S. Afr. Med. J.* 2013. Vol. 103, N 7. P. 489–490.
- Khumalo N.P., Gumede F. Traction: risk factor or coincidence in central centrifugal cicatricial alopecia? // *Br. J. Dermatol.* 2012. Vol. 167, N 5. P. 1191–1193.
- Khumalo N.P., Gumede F., Lehloeny R. Folliculitis keloidalis nuchae is associated with the risk for bleeding from haircuts // *Int. J. Dermatol.* 2011. Vol. 50, N 10. P. 1212–1216.
- Khumalo N.P., Jessop S., Gumede F., Ehrlich R. Hairdressing and the prevalence of scalp disease in African adults // *Br. J. Dermatol.* 2007a. Vol. 157, N 5. P. 981–988.
- Khumalo N.P., Jessop S., Gumede F., Ehrlich R. Hairdressing is associated with scalp disease in African schoolchildren // *Br. J. Dermatol.* 2007b. Vol. 157, N 1. P. 106–110.
- Khumalo N.P., Pillay K., Ngwanya R.M. Acute «relaxer»-associated scarring alopecia: a report of five cases // *Br. J. Dermatol.* 2007c. Vol. 156, N 6. P. 1394–1397.
- Kyei A., Bergfeld W.F., Piliang M., Summers P. Medical and environmental risk factors for the development of central centrifugal cicatricial alopecia: a population study // *Arch. Dermatol.* 2011. Vol. 147, N 8. P. 909–914.
- Leachman S.A., Reed B.R. The use of dermatologic drugs in pregnancy and lactation // *Dermatol. Clin.* 2006. Vol. 24. P. 167–197.
- Lencastre A., Tosti A. Role of trichoscopy in children's scalp and hair disorders // *Pediatr. Dermatol.* 2013. Vol. 30, N 6. P. 674–682.
- Levy M.L. Disorders of the hair and scalp in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 1991. Vol. 38, N 4. P. 905–919.

- LoPresti P., Papa C.M., Kligman A.M. Hot comb alopecia // *Arch. Dermatol.* 1968. Vol. 98, N 3. P. 234–238.
- Macieira-Coelho A. *Biology of Aging, Progress in Molecular and Subcellular Biology.* Heidelberg : Springer, 2003. P. 50–52.
- Mkentane K., Maneli M., Khumalo N.P., Davids L.M. et al. Relaxers damage hair and increase fragility // *Int. J. Dermatol.* 2014. Vol. 53, N 3. P. e200–e202.
- Murase J.E., Heller M.M., Butler D.C. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: pt I. Pregnancy // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. Vol. 70. P. 4011.e1–4011.e14.
- Nnoruka E.N., Obiagboso I., Maduechesi C. Hair loss in children in South-East Nigeria: common and uncommon cases // *Int. J. Dermatol.* 2007. Vol. 46, suppl. 1. P. 18–22.
- Olsen E.A., Bergfeld W.F., Cotsarelis G. et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001 // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2003. Vol. 48, N 1. P. 103–110.
- Phillips T.J., Demarcay Z., Sahu M. Hormonal effects on skin aging // *Clin. Geriatr. Med.* 2001. Vol. 17. P. 661–672.
- Price V.H. Disorders of the hair in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 1978. Vol. 25, N 2. P. 305–320.
- Price V.H., Gummer C.L. Loose anagen syndrome // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1989. Vol. 20, N 2 Pt 1. P. 249–256.
- Reed B.R. Dermatologic drugs, pregnancy, and lactation. A conservative guide // *Arch. Dermatol.* 1997. Vol. 133. P. 894–898.
- Rodney I.J., Onwudiwe O.C., Callender V.D., Halder R.M. Hair and scalp disorders in ethnic populations // *J. Drugs Dermatol.* 2013. Vol. 12, N 4. P. 420–427.
- Rojansky N., Fasouliotis S.J., Ariel I., Nadjari M. Extreme caudal agenesis. Possible drug-related etiology? // *J. Reprod. Med.* 2002. Vol. 47. P. 241–245.
- Rook A. The clinical significance of abnormal hair-slope patterns-trichoglyphics // *Br. J. Dermatol.* 1975. Vol. 92. P. 239–240.
- Samlaska C.P., Benson P.M., James W.D. The ridge-back anomaly. A new follicular pattern of the scalp // *Arch. Dermatol.* 1989a. Vol. 125, N 1. P. 98–102.
- Samlaska C.P., James W.D., Sperling L.C. Scalp whorls // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1989b. Vol. 21. P. 553–556.
- Sarifakioglu E., Yilmaz A.E., Gorpelioglu C., Orun E. Prevalence of scalp disorders and hair loss in children // *Cutis.* 2012. Vol. 90, N 5. P. 225–229.
- 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.
- Scheufler O., Kania N.M., Heinrichs C.M., Exner K. Hyperplasia of the subcutaneous adipose tissue is the primary histopathologic abnormality in lipedematous scalp // *Am. J. Dermatopathol.* 2003. Vol. 25, N 3. P. 248–252.
- Skelsey M.A., Price V.H. Noninfectious hair disorders in children // *Curr. Opin. Pediatr.* 1996. Vol. 8, N 4. P. 378–380.
- Smorlesi C., Caldarella A., Caramelli L., Di Lollo S. et al. Topically applied minoxidil may cause fetal malformation: a case report // *Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol.* 2003. Vol. 67. P. 997–1001.
- Sperling L.C., Sau P. The follicular degeneration syndrome in black patients. ‘Hot comb alopecia’ revisited and revised // *Arch. Dermatol.* 1992. Vol. 128, N 1. P. 68–74.
- Stroud J.D. Hair loss in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 1983. Vol. 30, N 4. P. 641–657.
- Traish A.M., Hassani J., Guay A.T., Zitzmann M. et al. Adverse side effects of 5 α -reductase inhibitors therapy: persistent diminished libido and erectile dysfunction and depression in a subset of patients // *J. Sex. Med.* 2011. Vol. 8. P. 872–884.
- Tyler K.H., Zirwas M. Pregnancy and dermatologic therapy // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013. Vol. 68. P. 663–671.
- Van Kesteren P.J., Asscheman H., Megens J.A., Gooren L.J. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones // *J. Clin. Endocrinol.* 1997. Vol. 47. P. 337–343.
- Veyrac G., Chiffolleau A., Bailly C., Baudot S. et al. Cutaneous application of monoxidil during pregnancy: hairy infant // *Therapie.* 1995. Vol. 50. P. 474–476.
- Whiting D.A., Olsen E.A. Central centrifugal cicatricial alopecia // *Dermatol. Ther.* 2008. Vol. 21, N 4. P. 268–278.
- Wolff J.L., Starfield B., Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly // *Arch. Intern. Med.* 2002. Vol. 162, N 20. P. 2269–2276.
- Yasar S., Gunes P., Serdar Z.A., Tosun I. Clinical and pathological features of 31 cases of lipedematous scalp and lipedematous alopecia // *Eur. J. Dermatol.* 2011. Vol. 21, N 4. P. 520–528.