

Э. Е. ДАНИЕЛЯН

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНО-УЗЕЛКОВОЙ СЕБОРЕИ

Представлены результаты изучения своеобразного заболевания волос, названного фолликулярно-узелковой себореей. Клинически проявляется в основном образованием узелков-муфт на волосах волосистой части головы в результате фолликулярного кератоза. Приводятся дифференциальная диагностика и результаты лечения различными средствами.

Мы наблюдали у детей своеобразное поражение волос волосистой части головы, проявляющееся в основном образованием узелков-муфт. Клинически это заболевание напоминало пьедру и асбестовидный лишай. Первоначальное изучение, проведенное нами путем клинических, микроскопических и бактериологических исследований, дало основание считать заболевание разновидностью себореи и именовать «фолликулярно-узелковая себорея» [2].

В дальнейшем фолликулярно-узелковая форма себореи была установлена у 14 из 75 наблюдаемых нами больных себорейной экземой. В связи с этим нам представилось целесообразным детально заняться изучением себореи и найти патогенетические связи между двумя заболеваниями.

Под нашим наблюдением было 159 больных, направленных к нам на консультацию из кожно-венерологических диспансеров и кабинетов г. Еревана (45 человек) или выявленных при профилактических осмотрах детских учреждений (114 человек). Больные—преимущественно девочки (154, 96,9%). В возрасте до 2 лет больных не было, от 3 до 4 лет было 15, от 5 до 6 лет—51, от 7 до 10 лет—60, от 11 до 15 лет—31 ребенок, старше 15 лет—2 больных. Давность заболевания: до 2 месяцев—31, от 2 до 6—58, от 7 до 12 месяцев—35, от 1 до 2 лет—19, от 3 до 4 лет—16. Брюнетов было 84, шатенов—47, блондинов—28. Заболевание не сопровождалось какими-либо субъективными ощущениями, кроме изредка появлявшегося легкого зуда. Исключение составляли 14 больных, которых беспокоили проявления себорейной экземы—зуд кожи пораженных участков, диффузное шелушение. Остальных беспокоила лишь косметическая сторона.

При осмотре больных на волосах волосистой части головы обнаруживались узелки-муфты размером от 1 до 3 мм в длину и от 0,2 до 0,5 мм в ширину, серовато-желтоватого цвета (рис. 1, а): На каждом волосе обнаруживалось от 1 до 3—4, иногда и более узелков, располо-

женных на различном расстоянии друг от друга. Муфты не прикреплены к волосам, их легко можно передвигать по длине волос, что напоминает бусы на нитке. Распространенность узелков на волосистой части головы и их локализация различны. Обычно они встречаются в большом количестве (десятками и сотнями) на темени и височных областях. Узелки особенно хорошо видны на темном фоне. Консистенция узелков плотная, они с трудом сдавливаются эпиплационным пинцетом, однако уступают плотности узелков при пьедре.

Помимо узелков, у всех больных отмечается более или менее выраженная клейкость волос, затрудняющая расчесывание. Пальцы обследующего становятся слегка липкими после соприкосновения с такими волосами. У 18 больных преимущественно старшего возраста с давностью заболевания в несколько месяцев и лет отмечалось умеренное поредение волос. Некоторые больные (17 детей) имели легкое шелушение волосистой части головы, а также более или менее выраженный фолликулярный гиперкератоз. У 3 больных было выявлено шелушение кожи лица ниже висков, у 5—шелушение с легкой гиперемией за ушными раковинами.

Микроскопическое исследование узелков-муфт показало, что они состоят из чешуйчатой массы без определенных границ роговых клеток, имеют правильную форму трубочек с закругленными концами. Сам волос остается непораженным (рис. 1, б). На корневой части пораженных волос также обнаруживался слой чешуйчатой массы (рис. 1, в). Следовательно, можно заключить, что муфты образуются в волосяных фолликулах в результате внутрифолликулярного шелушения и по мере роста волос время от времени уже полностью оформившиеся выходят наружу. Высвобождению муфт из волосяных фолликулов, видимо, способствует мытье головы, приводящее к их разбуханию. Нам удалось констатировать состояние, когда дистальная часть узелков в виде шипика выступала над поверхностью кожи, а проксимальный конец все еще находился в устьях фолликулов. Такие узелки обычно по форме соответствовали воронкам волосяных фолликулов (рис. 1, г).

Наше мнение о механизме образования узелков-муфт на волосах подтверждается данными патоморфологических исследований при асбестовидном лишае—другой клинической разновидности себореи, в сущности близкой к изучаемому заболеванию [6, 8]. Согласно этим данным, в волосяных мешочках происходит гиперкератоз, отложение кератогиалиновых роговых клеток, их смешивание с секретом сальных желез, дегенеративные изменения эпидермиса.

В отдельных препаратах нами обнаруживались кожки и споровидные образования. Однако при посеве патологического материала—узелков, чешуек и пораженных волос (по 30 исследований каждого) на среду Сабуро и микробиологические среды никаких определенных культур не было выявлено. Лишь в 12 случаях выросли культуры стрептококков и стафилококков. В контрольных посевах чешуек и волос, взятых с волосистой части головы у совершенно здоровых детей,

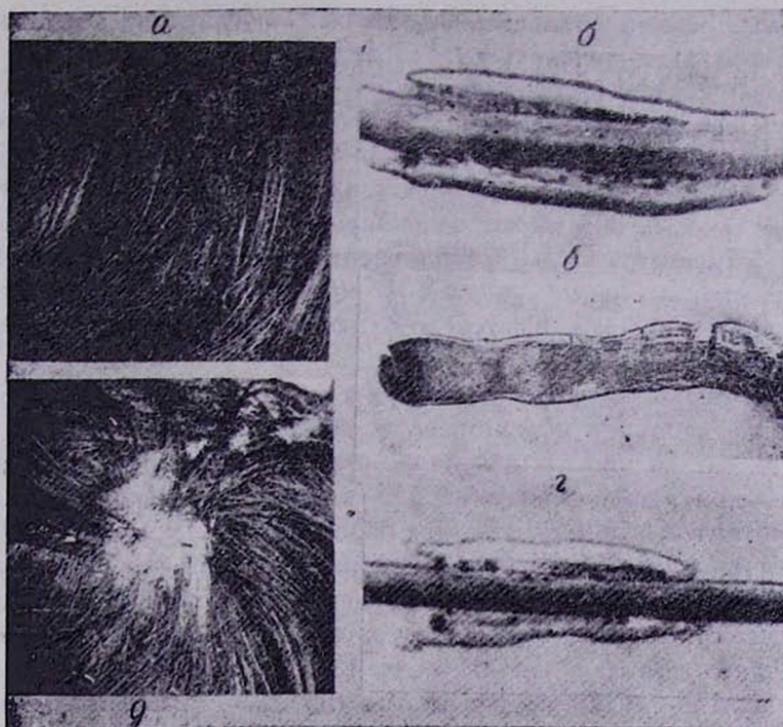


Рис. 1. а. Фолликулярно-узелковая себорея. Узелки-муфты на волосах головы. Естественные размеры. б. Микроскопическая картина узелка на волосе. Увеличение  $\times 80$ . Без окраски. Препарат в 20% растворе едкой щелочи в. Микроскопическая картина корневой части волоса со слоем чешуйчатой массы. Увеличение  $\times 80$ . Без окраски. г. Микроскопическая картина узелка по форме волосяного мешочка. д. Асбестовидный лишай. Шелушение кожи волосистой части головы. Естественные размеры.

выросли такие же микроорганизмы. Поэтому мы имеем основание рассматривать их как сапрофиты, ничего общего не имеющие с описанным заболеванием. Аналогичные данные получены в результате исследования чешуйчатых масс при асбестовидном лишае [5].

Условия, способствующие развитию фолликулярно-узелковой себореи, выяснены недостаточно. Нами обращено внимание на то, что преобладающее большинство больных мыли голову хозяйственным мылом, т. е. имеет место щелочное, обезжиривающее действие. При переходе от щелочных мыл к жирным были отмечены благоприятные изменения в течении заболевания. Нами констатирован также факт развития фолликулярно-узелковой себореи преимущественно у девочек, туго завязывающих волосы бантом. При этом особенно обильное количество узелков наблюдалось на волосах, туго стянутых бантом. Кроме того, регистрировались случаи, когда узелки на волосах полностью исчезали спустя несколько недель после удаления бантов и вновь появлялись, когда дети продолжали носить их. Такую

взаимосвязь можно объяснить возможным нарушением трофики волосяных фолликул при натягивании волос.

С точки зрения дифференциальной диагностики фолликулярно-узелковую себорею нужно отличать от белой пьедры и асбестовидного лишая. При пьедре, клинически весьма сходной с изучаемым заболеванием, узелки на волосах не представляются муфтами, при образовании же таковых они имеют неправильную форму, неровную поверхность; не отмечается также фолликулярного кератоза и шелушения на коже волосистой части головы; микроскопическим исследованием узелков легко обнаруживаются возбудители пьедры в виде большого количества спор и мицелий [1].

Асбестовидный лишай напоминает фолликулярно-узелковую себорею лишь наличием мелких чешуек, приклеенных к волосам и симулирующих узелки при фолликулярно-узелковой себорее. Однако при асбестовидном лишае образования на волосах не имеют правильной формы трубочек. Обычно же эти образования представляют собой крупные чешуйчатые наслоения, напоминающие пласти асбеста [2, 3, 5, 7]. Последние охватывают и склеивают своей массой волосы, которые трудно отделяются друг от друга (рис. 1, д). На коже волосистой части головы образуются очаги обильного шелушения в виде толстого слоя плотно сидящих крупнопластинчатых беловато-серых чешуек. Кожа гиперемирована, воспалена. Такой характер поражения послужил поводом назвать заболевание псориазiformной себореей [4].

Лечение фолликулярно-узелковой себореей у основной группы больных (108 человек) проводилось аналогично лечению пьедры—втиранием в кожу пораженных участков раствора сулемы 1:1000 один раз в сутки в течение недели. После этого больным предлагалось мыть голову теплой водой, жирным туалетным мылом и расчесывать частым гребешком, механически удаляя все узелки. Затем проводилось повторное смачивание волос сулемой еще два дня. Излечение у 41 больного достигалось также смазыванием кожи головы винным уксусом (8%) и мазью белой осадочной ртути (2%). Ртутные препараты и уксусная кислота использованы с целью отшелушивания и антибактериального действия. Важным моментом в лечении является уход за волосами—не допущение прически, стягивающей волосы. Десяти больным назначался концентрат витамина «А» внутрь и соответствующий режим (уход за волосами) без применения местных средств. У трех из них шелушение кожи и образование узелков прекратилось к концу первого месяца, а у других даже более длительная витаминотерапия не привела к улучшению. Шесть больных были оставлены без какого-либо лечения. У одного из них заболевание исчезло самопроизвольно в течение года, а у остальных оно продолжалось еще несколько месяцев, пока не было назначено лечение смазыванием сулемой.

После лечения больные находились под наблюдением в течение 1—4 лет. Рецидив отмечался только у одного больного.

## Выводы

1. Фолликулярно-узелковая себорея отмечается у девочек различного возраста и представляет особую клиническую разновидность себореи, в основе которой лежит кератоз волосяных фолликулов.

2. Характерными клиническими проявлениями заболевания являются: узелки-муфты на волосах волосистой части головы, феномен «бус», клейкость волос.

3. Развитию фолликулярно-узелковой себореи способствуют нарушение трофики волосяных фолликулов в результате тугого стягивания волос, обезжиривание кожи хозяйственным мылом при мытье головы и др.

4. Эффективным средством для лечения заболевания являются отшелушивающие и противобактериальные препараты (сулема, уксусная кислота) вместе с устранением факторов, ухудшающих трофику волосяных фолликулов.

Ереванский государственный  
медицинский институт

Поступила 29/IV 1976 г.

Է. Ե. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

### ՅՈՒԿՈՒԼՅԱՐ-ՀԱՆԿՈՒՑԱՅԻՆ ՍԵՐՈՐԵԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

#### Ա մ փ ո փ ու լ

Նորիսյանների մոտ (թվով 159) հայտնաբերվել է սերորեա հիվանդության նոր կլինիկական ձև, որը անվանվել է ֆոլիկուլյար-հանգուցային սերորեա: Իր պաթոգենետիկ էությունը նա նման է սերորեայի մինչ այժմ հայտնի մեկ այլ ձևին՝ ասրեստանյան որքինին, սակայն վերջինիցս խիստ տարբերվում է իր կլինիկական պատկերով:

Հիմնականում արտահայտվում է գլխի մազերի վրա բազմաթիվ հանգուցիկների առաջացումով:

Բնորոշ կողմերն են «հսկունքի» ֆենոմենը, ֆոլիկուլյար գերեղչերացումը, ոչ հազվադեպ՝ սերորեային էկզեմայի հետ զուգորդվելը: Հանդիպում է գերազանցապես աղջիկների մոտ:

Հիվանդության առաջացմանը նպաստում է կապրոնի ժապավեններիով մազերը ձիգ կապելը, գլուխը տնտեսական (մաշկը յուղազրկող) օժառով լվանալը:

Բուժման համար առաջարկվում է սուլեմայի 1:1000 լուծույթ և քաջախաթթվի 8%-անոց լուծույթ՝ քսելու ձևով:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ариевич А. М. В кн.: Руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней. М., 1966, стр. 256.

2. Даниелян Э. Е. Сб. научн. трудов I респ. конфер. дерматологов и венерологов Армении. Ереван, 1969, стр. 60.
3. Розентул М. А. Справочник по косметике. М., 1964, стр. 10.
4. Friedmann M. Arch. f. Dermat., 1925, 149, 176.
5. Jadassohn. Tinea amiantacea. Haut—und geschr. Krankheit. Berlin, 1932, 13, 406.
6. Kless Die Porrigo amiantacea. Dermat. Wschr., 31, 1350 (1925).
7. Sutton R. L. Diseases of the skin, st. Louis, 1956. 505.
8. Unna Histopathologie der Haut. Berlin, August Hirschwald, 1894, 293.