

Костырева И.Е., Зильберберг Н.В., Ретюнский К.Ю.

Случай трихотилломании в практике врача-дерматолога

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Kostyрева I. E., Zilberberg N. V., Retyunskiy K. U.

A case report of trichotillomania in the dermatology practice

Резюме

Приведено описание случая трихотилломании у ребенка 9 лет, характеризовавшегося наличием многочисленных очагов облысения в височной и затылочной областях. Диагноз пациенту был установлен на основании комплексной оценки клинических проявлений и заключения психиатра. Трихотилломания была проявлением невротоподобного синдрома, обусловленного резидуально-органической церебральной недостаточностью. Также в статье представлены современные данные литературы о трихотилломании.

Ключевые слова: трихотилломания, резидуально-органическая церебральная недостаточность, консультация психиатра

Summary

A case study of a 9 year old child with trichotillomania, characterized by the presence of multiple foci of alopecia in temporal and occipital areas. The patient was diagnosed based on the complex assessment of clinical manifestations and consultation of psychiatrist. Trichotillomania was a symptom of neurosis-like syndrome as a result of the residual organic insufficiency. The article offers information from published sources regarding trichotillomania.

Key words: trichotillomania, residual organic insufficiency, consultation of psychiatrist.

Введение

Трихотилломания представляет собой компульсивную аутоэкстракцию волос, иногда приводящую к тотальному облысению [1, 2, 3]. Заболевание впервые описано в 1889 г. французским дерматологом F. Hallopeau [4]. Термин трихотилломания (trichotillomania) состоит из 3-х частей (в переводе с греческого thrix – волос; tillein – рвать, тянуть и mania – сумасшествие). Трихотилломания чаще проявляется в детском или подростковом возрасте. Распространённость заболевания в популяции до настоящего времени остаётся недостаточно изученным вопросом. Согласно данным B.L. Odlaug, et al., частота возникновения трихотилломании среди студентов варьирует в широком диапазоне, от 0,6% до 3,9% [5]. Несмотря на наличие типичных дерматологических признаков, более чем у 50,0% больных при первом обращении устанавливается диагноз гнездовой алопеции, особенно при аутоэкстракции волос бровей и ресниц [6].

Аутоэкстракции преимущественно подвергаются волосы в височно-теменной области. Реже пациенты удаляют волосы бровей, ресниц, волосы на подбородке, лобке. Участки облысения могут быть единичными или множественными. Кожа в этих областях обычно не гиперемирована, устья фолликулов волос четко обозначены.

Следует отметить, что больные, как правило, не фиксируют внимание на своих действиях или даже отрицают их, в связи с чем, зачастую заболевание принимает хроническое течение, обеспечивая появление стойких, обширных очагов потери волос. В 5-10% случаев трихотилломания сопровождается трихофагией [7].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1989), выделяют следующие диагностические критерии трихотилломании:

1) заметная потеря волоса из-за постоянной и повторяющейся неспособности противостоять влечению выдергивать волосы; 2) индивидум описывает сильное влечение выдергивать волосы с растущей напряжённостью до и чувством облегчения после этого; 3) отсутствие предшествующего воспаления кожи; аутоэкстракция волос не обусловлена бредом или галлюцинациями.

В плане квалификации психических расстройств в последнее время трихотилломания рассматривается в рамках обсессивно-компульсивного расстройства [8-10], тревожных расстройств и дистимии [11]; посттравматического стрессового расстройства [12], депрессивных расстройств [13].

Christenson G.A., et al. (1991) у 43,0% пациентов отмечали коморбидность трихотилломании и диссоциативных расстройств [14].



Фото 1. Пациент В. Диагноз: Трихотилломания.
Очаги облысения в височных областях.

В качестве терапии трихотилломании, в зависимости от генеза заболевания, используются атипичные нейролептики, противоэпилептические средства. Grant J.E., Odlaug B.L. (2009) сообщают об эффективности применения N-ацетил-цистеина при лечении заболевания [15]. Интересным представляется клиническое наблюдение пациента с трихотилломанией резидуально-органического церебрального генеза.

Согласно жалобам опекуна ребенка, у мальчика 9 лет в октябре 2010 года возникли очаги облысения в левой височной области с десятикопеечную монету. Обратились за помощью к дерматологу по месту жительства в связи с увеличением площади очага и появлением новых очагов в правой височной, затылочной областях. Был установлен диагноз: «Очаговая алопеция». Пациенту была назначена терапия: сосудистые препараты, витаминотерапия, топические ГКС. Положительного эффекта от проводимой терапии в течение месяца не наблюдалось, и для дальнейшего лечения ребенок был направлен на госпитализацию в ФГУ «УрНИИДВиИ» Минздравсоцразвития России. Диагноз при направлении: «Многоочаговая алопеция».

Анамнестически установлено, что ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала на фоне нефропатии I степени, угрозы прерывания беременности. Мать ребенка страдала хроническим гепатитом В, героиновой наркоманией. Масса тела при рождении 3 520, рост – 51 см. При выписке из родильного дома был установлен диагноз: «Сочетанная гипоксия легкой степени. Синдром повышенной рефлекторной возбудимости».

В возрасте 2,5 месяцев диагноз «Перинатального поражения центральной нервной системы смешанного генеза» был подтвержден. По поводу невропатии (повышенной нервности) лечение не назначалось.

Раннее развитие в срок. Ребенок воспитывался в семье опекуна. С 3-х лет поведение ребенка характеризовалось сверхподвижностью, нарушением внимания, крат-



Фото 2. Пациент В. Диагноз: Трихотилломания.
Очаги облысения в затылочной области

косрочными, до 10-15 минут, и регулярными, до 1 раза в неделю, вспышками раздражения, гнева, ярости. Посещал ДДУ. В школу пошел в срок, в 7 лет. Учителя отмечали живой, общительный нрав малыша, способность к школьным дисциплинам, но сниженную умственную работоспособность и быстрое нарушение внимания по мере его истощения. На последних уроках «вигал в облаках», погружался в мечты, порой засыпал на уроке.

Status localis: в теменно-височных, затылочной областях определяются очаги облысения с неровными границами. В области данных очагов обнаруживаются укороченные волосы разной длины. Кожа в очагах облысения без признаков воспаления. Зона расшатанных волос отсутствует (фото 1, 2).

По результатам лабораторного исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи – без патологических изменений. ТТГ - 3,76 мкМЕ/мл (норма). Анализ кала на ГПИ – отрицательный.

В связи с нетипичностью картины очаговой алопеции установлен предположительный диагноз: Трихотилломания?

С целью уточнения диагноза был консультирован психиатром. В ходе беседы с юным пациентом и его опекуном удалось выяснить, что в последний год резко усилилась аффективная неустойчивость со вспыльчивостью, агрессивностью, импульсивными разрушительными действиями на высоте аффекта; повышенная отвлекаемость на уроках, сниженная успеваемость в школе. Поведение дома и в школе характеризовалось непослушанием, частыми протестными реакциями. Ночью во время сна отмечались психомоторные ночные пароксизмы, с плачем, снохождением. Воспоминания о ночных событиях в часы пробуждения утром отсутствовали.

Мальчик признал, что ежедневное «выдергивание» волос снижает тревогу, постоянное беспокойство.

Неврологический осмотр позволил установить 10 резидуально-неврологических знаков, отражающих резидуально-органическую церебральную недостаточность предположительно перинатального генеза.

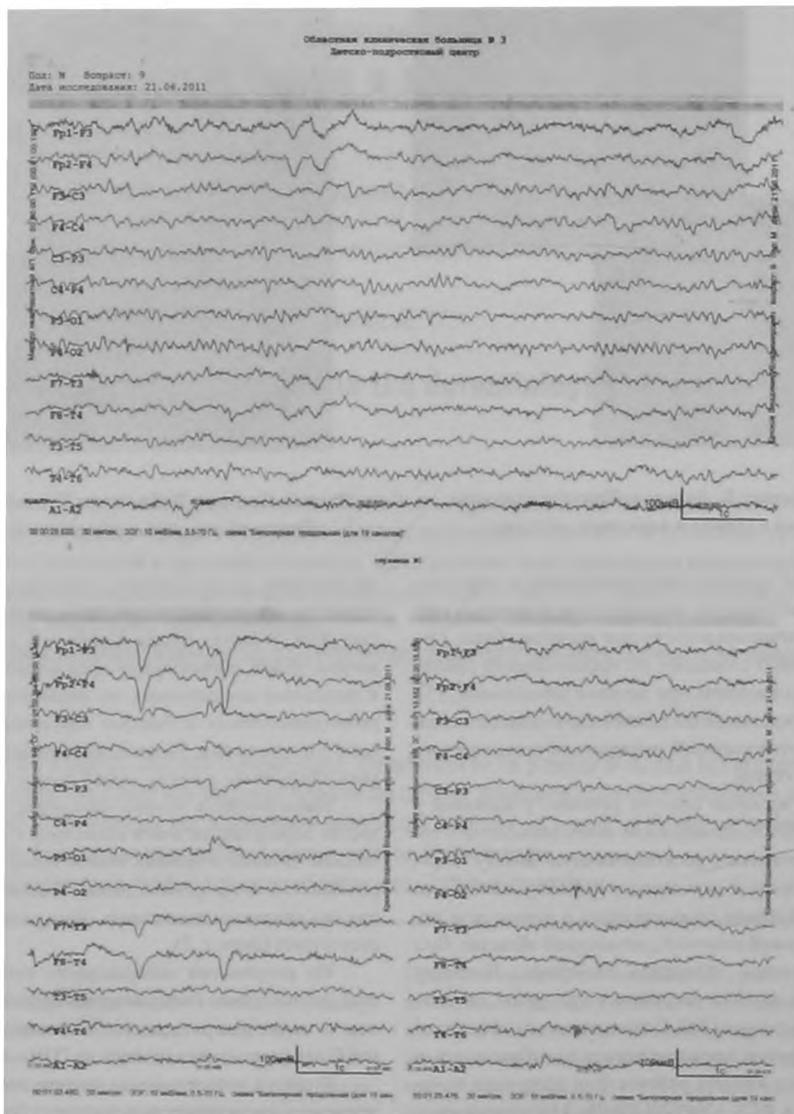


Рис. 1. Электроэнцефалография: 10 мкВ/мм, 0,5-70 Гц, биполярная продольная (19 каналов)

Нейропсихологическое тестирование позволило установить недостаточность сформированности кинетического (динамического) праксиса, слухового гнозиса, сниженный уровень сформированности пространственной организации движений (проба Хэда).

Результаты электроэнцефалографии: Основной ритм сформирован по возрасту, значительно дезорганизован и частично редуцирован с признаками дисфункции подкорково-корковой регуляции и умеренной неустойчивости неспецифических срединно-стволовых отделов на фоне гипоксической нагрузки. Четких фокальных изменений, эпиктивности не зарегистрировано (рис.1).

Заключение психиатра: Резидуально-органическая церебральная недостаточность, неврозоподобный синдром. Синдром трихотилломании.

В дополнение к лечению, проводимому дерматоло-

гом (ангиопротекторы, улучшающие микроциркуляцию, витаминотерапия), психиатром рекомендована длительная терапия (2-2,5 года) анатиконвульсантами (карбамазепин), курсы противоорганической терапии до 4 раз в год: ноотропы, биологические стимуляторы (кортексин), диуретики (диакарб), препараты, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон, танакан). Динамическое наблюдение у врача психиатра.

Катамнез через 6 месяцев: на фоне медикаментозной терапии отмечено значительное улучшение поведения и успеваемости в школе. Исчезли ночные психомоторные пароксизмы, периоды сниженного настроения в форме пароксизмов недовольства, раздражения, гневливости.

На фоне нормализации аффективного фона была утрачена и тяга к аутоэкстракции волос. Волосы в очагах облысения восстановились (фото 3).

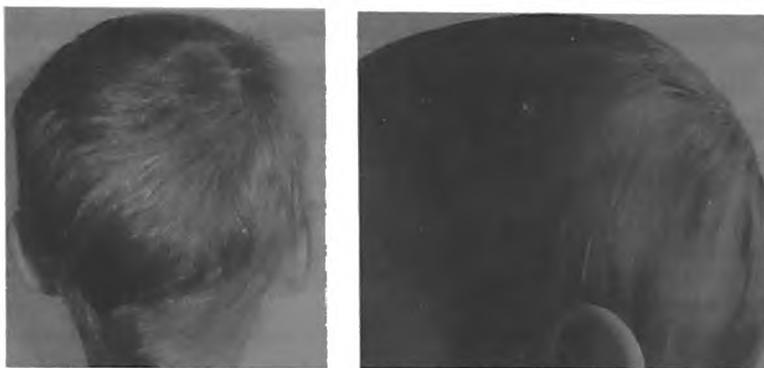


Фото 3. Пациент В. Диагноз: Трихотилломания. Регресс очагов облысения через 1 мес. на фоне проводимой терапии.

Выводы

Данный случай наглядно продемонстрировал эффективность взаимодействия дерматологов и психиатров. При ведении пациентов с диагнозом очаговая алопеция необходим тщательный сбор анамнеза. При наличии нетипичной клинической картины заболевания с нечеткими границами очагов, наличием укороченных волос в очагах, отсутствием зоны расшатанных волос следует проводить дифференциальную диагностику с трихотилломанией. Консультация психиатра в этом случае должна быть обязательной. ■

Зильберберг Н.В. – д.м.н., зам. директора по научной работе ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург; Костырева И.Е. - врач-дерматолог, аспирант ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Костырева Ирина Евгеньевна; 620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8 ФГУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России; эл. почта: kost_irina@rambler.ru

Литература:

1. Львов А.Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006.
2. Franklin M.E., Edson A.L., et al. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: Exploring the effects of age on treatment outcome. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010; 4: 18.
3. Sah D.E., Koo J., Price V.H. Trichotillomania. // *Dermatol. Ther.*, 2008; 21: 13-21.
4. Hallopeau H. Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie). // *Ann. Dermatol. Syphiligr.* 1889;10:440-6.
5. Odlaug B.L., Grant J.E. Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking. *General Hospital Psychiatry* 30 (2008), pp. 61-66.
6. Muller S.A. Trichotillomania: a study of 66 patients. // *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1990; 23: 56-62.
7. Schlosser S., Black D.W., Blum N. The demography, phenomenology and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. // *Ann. Clin. Psychiatry*, 1994; 6: 147-152.
8. Brakoulias V., Starcevic V., et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a comorbidity and family history perspective. // *Australas Psychiatry*, 2011, Feb 21.
9. Boardman L., van der Merwe L., et al. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. // *Compr. Psychiatry*, 2011, 52(2):181-7.
10. Adewuya E.C., Zinser W. Trichotillomania: a case of response to valproic acid. // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 2008, Oct;18 (5): 533-6.
11. Reeve E.A., Bernstein G.A., Christenson G.A. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1992; 31: 132-138.
12. Gershuny B.S., Keuthen N.J., et al. Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. // *J. Clin. Psychol.*, 2006; 62: 1521-1529.
13. Lewin A.B., Piacentini J., et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. // *Depress. Anxiety*, 2009; 26 (6): 521-7.
14. Christenson G.A., Pyle R.L., Mitchell J.E. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. // *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991; 52: 415-417.
15. Grant J.E., Odlaug B.L. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. // *Arch. Gen. Psychiatry*, 2009, Jul; 66 (7): 756-63.