

Асбестовидный лишай

Е. К. Мураховская¹

Т. А. Сысоева²

Ю. Ю. Ларионова³

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия, murakhovskayaek@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3126-3618>, eLibrary SPIN 2862-2889

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия, dysser@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3426-4106>, eLibrary SPIN 1919-6461

³ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия, yuyularionova@yandex.ru

Резюме

Введение. Асбестовидный лишай представляет собой реакцию кожи волосистой части головы на различные воспалительные заболевания этой зоны (себорейного дерматита, псориаза, атопического дерматита, хронического простого лишая и других) и проявляется толстыми серо-желтыми чешуйко-корками, окружающими стержни волос. Чешуйко-корки нередко прикреплены к волосам достаточно прочно, поэтому при попытке их снятия происходит выдергивание пучков волос, что в сочетании с воспалительным процессом и вторичной инфекцией иногда может приводить к формированию очагов вторичной травматической рубцовой алопеции или развитию очагов нерубцовой алопеции с последующим восстановлением роста волос.

Цель работы. Проанализировать современные научные данные, касающиеся течения и терапии асбестовидного лишая, а также продемонстрировать собственное клиническое наблюдение.

Материалы и методы. В работе проанализированы современные сведения об асбестовидном лишае, редко встречающемся состоянии, которым проявляются различные воспалительные заболевания кожи волосистой части головы. В статье подробно рассмотрены клиническая картина и варианты течения процесса, дана характеристика особенностям первичных состояний, способных приводить к его развитию. Авторами представлено собственное клиническое наблюдение случая асбестовидного лишая у мужчины 21 года, развившегося на фоне себорейного дерматита и сопровождающегося алопецией.

Заключение. На данный момент единого подхода к лечению асбестовидного лишая нет, выбор линии терапии зависит от основного заболевания. Определение первичного заболевания, послужившего причиной развития асбестовидного лишая, является непростой диагностической задачей, так как, вне зависимости от этиологии, проявления асбестовидного лишая на волосистой части головы практически одинаковы. Упорное течение процесса и отсутствие общепринятых подходов к терапии требуют проведения дальнейших исследований в этом направлении, что представляется особенно важным еще и потому, что при затяжном тяжелом течении и отсутствии своевременного лечения патологический процесс может приводить к формированию очагов вторичной травматической рубцовой алопеции.

Ключевые слова: асбестовидный лишай, *tinea amiantacea*, себорейный дерматит, атопический дерматит, псориаз.

Для цитирования: Мураховская Е. К., Сысоева Т. А., Ларионова Ю. Ю. Асбестовидный лишай. Лечащий Врач. 2024; 5 (27): 24-28. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.5.004>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Pityriasis amiantacea

Ekaterina K. Murakhovskaya¹

Tatyana A. Sysoeva²

Yuliya Yu. Larionova³

¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia, murakhovskayaek@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3126-3618>, eLibrary SPIN 2862-2889

² Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia, dysser@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3426-4106>, eLibrary SPIN 1919-6461

³ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia, yuyularionova@yandex.ru

Abstract

Background. Pityriasis amiantacea is a reaction of the skin to various inflammatory diseases (seborrheic dermatitis, psoriasis, atopic dermatitis, chronic lichen simplex and others) that manifests by thick gray-yellow scaly crusts surrounding the hair. Crusts are often attached to hair quite firmly and an effort to remove them leads to hair pulling, that in combination with the inflammatory process and secondary infection can sometimes lead to the formation of secondary traumatic cicatricial alopecia or non-scarring alopecia with subsequent hair growth.

Objective. The aim is to study and analyze modern scientific data regarding the clinical features and treatment of pityriasis amiantacea, and demonstrate our own clinical observation.

Materials and methods. The article discusses current information about pityriasis amiantacea, a rare condition that can be a manifestation of various inflammatory diseases of the scalp. The article discusses in detail the clinical manifestations and variants of the process, and gives a description of the features of primary conditions that can lead to its development. The authors presented their own clinical case of a case of pityriasis amiantacea in a 21-year-old man, which developed as a complication of seborrheic dermatitis and accompanied by alopecia.

Conclusion. There is no single approach to the treatment of pityriasis amiantacea; the choice of therapy depends on the underlying disease. Determining the primary disease that caused the development of pityriasis amiantacea is a difficult diagnostic task, since regardless of the etiology, the manifestations of pityriasis amiantacea on the scalp are almost the same. The persistence of the process and the lack of generally accepted approaches to therapy require further research. It seems especially significant due to the fact that long-term existence and the absence of treatment, it can lead to the formation of secondary traumatic cicatricial alopecia.

Keywords: pityriasis amiantacea, asbestos lichen, pseudotinea amiantacea, asbestos scalp, *tinea asbestina*, keratosis follicularis amiantacea, tinea amiantacea, seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, psoriasis.

For citation: Murakhovskaya E. K., Sysoeva T. A., Larionova Yu. Yu. Pityriasis amiantacea. Lechaschi Vrach. 2024; 5 (27): 24-28. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.5.004>

Conflict of interests. Not declared.

Асбестовидный лишай представляет собой реакцию кожи волосистой части головы на различные воспалительные заболевания этой зоны и проявляется толстыми серо-желтыми чешуйко-корками, окружающими стержни волос [1, 2]. В настоящее время накопленные в мировой литературе сведения указывают на то, что асбестовидный лишай является выраженной аутовоспалительной реакцией с возможным участием генетических факторов и факторов окружающей среды [2, 3].

Впервые асбестовидный лишай описал французский дерматолог Жан-Луи-Марк Алибер в 1832 г., назвав состояние «la porrigine amiantacee» (от латинского *amiantus* — асбест, асбестовидное порриго), так как внешне проявления напоминали «чешуйки, окружающие перья молодых птиц, что среди ученых-натуралистов известно под названием «asbestos». После этого дерматоз неоднократно был описан разными авторами под различными названиями: *tinea amiantacea*, *pseudotinea amiantacea*, *asbestos scalp*, *tinea asbestina*, *keratosis follicularis amiantacea* и другие [2-4].

Асбестовидный лишай обычно наблюдается у подростков, однако может возникать в любой возрастной группе, несколько чаще встречаясь у женщин [5].

Клинически асбестовидный лишай проявляется обильным шелушением кожи волосистой части головы и наличием толстых восковидных серо-желтых или серебристо-желтых чешуйко-корок, которые связывают волосы в отдельные пряди и чаще обнаруживаются в заушной и теменной областях [1, 2, 5]. Волосистая часть головы нередко эритематозна, субъективных

ощущений может не быть, или пациента могут беспокоить зуд, жжение и болезненность. Чешуйко-корки могут удаляться с волос легко, однако обычно они прикреплены к волосам достаточно прочно, поэтому при попытке их снятия или интенсивном расчесывании возможно выдергивание пучков волос, что в сочетании с воспалительным процессом и вторичной инфекцией иногда может приводить к формированию очагов вторичной травматической рубцовой алопеции [1, 2, 6, 7]. В некоторых случаях возможно развитие очагов нерубцовой алопеции с последующим восстановлением роста волос [2, 4, 8-10]. В 2017 г. С. Shiiya и соавт. описали клинический случай развития у пациента с тяжелым псориазом асбестовидного лишая и множественных фиброкератом на коже волосистой части головы в виде проявлений, клинически напоминающих множественные очаги кожного рога [11].

Асбестовидный лишай может быть вторичной реакцией по отношению к различным воспалительным дерматозам кожи головы, наиболее часто являясь проявлением себорейного дерматита и псориаза, реже — красного плоского лишая, хронического простого лишая, атопического дерматита, болезни Дарье, бактериальных и грибковых инфекций [1-3, 8, 12-14].

Определить первичное заболевание очень важно для терапии, однако зачастую эта задача трудновыполнима. Рассматривая себорейный дерматит в качестве основного заболевания, приводящего к проявлениям асбестовидного лишая, следует обращать внимание на хронический рецидивирующий характер процесса, наличие других проявлений себорейного дер-

матита на лице (бровях и межбровье, ресницах, зоне роста бороды и усов, крыльях носа, носогубных складках), за ушами, в области груди, паха, пупка и в складках кожи в виде желтовато-красных, покрытых жирными желтоватыми чешуйками пятен различного размера с довольно четкими границами или диффузных мелких бело-серых чешуек без признаков активного воспаления [8, 13]. При дерматоскопии волосистой части головы маркером себорейного дерматита признано наличие множества тонких древовидных сосудов, сосудов в виде точек, расположенных неравномерно, а также зоны без характерного сосудистого рисунка, отсутствие типичных для псориаза глобулярных колец и равномерно расположенных красных точек и глобул [14].

При псориазе поражение кожи волосистой части головы наблюдается в 80% случаев, нередко его манифестация происходит именно с поражения этой зоны [9, 15]. У 25% пациентов псориаз волосистой части головы остается единственной локализацией патологического процесса [9]. При псориазическом поражении волосистой части головы высыпания могут распространяться за линию роста волос на лоб или шею. Помимо волосистой части головы, псориазические высыпания могут располагаться на разгибательной поверхности локтевых или коленных суставов, в области поясницы, крестца, на ладонях, подошвах и других типичных участках [1, 8, 9], кроме того, следует принимать во внимание другие проявления псориазической болезни, такие как поражение ногтей, суставов, а также наличие псориаза в семейном анамнезе. При дерматоскопии волосистой части головы при псориазе выявляются