

АЛОПЕЦИЯ: КЛАССИФИКАЦИИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Т.В. Святенко¹, д. мед. н., профессор; Л.А. Андриуца²

¹Днепропетровская государственная медицинская академия;

²Медсанчасть ОАО «Днепрошина», Днепропетровск

Проблема выпадения волос является одним из актуальных вопросов в дерматологии. Это связано с ростом заболеваемости, сложным этиопатогенезом, трудностями диагностики, появлением резистентности к традиционному лечению, нарушением психосоциальной адаптации и снижением качества жизни больных [7].

Алопеция (облысение) – это патологическое выпадение волос.

Существует классификация алопеции в зависимости от причинных факторов. Выделяют алопецию, связанную с:

- врожденными заболеваниями и аномалиями развития:
 - X-сцепленный ихтиоз;
 - эпидермальный невус;
 - буллезный эпидермолиз (дистрофическая форма, наследуемая аутосомно-рецессивно);
- инфекциями:
 - стафилококковая (*Staphylococcus aureus*);
 - дерматофития волосяной части головы;
 - опоясывающий лишай;
- новообразованиями:
 - базальноклеточный рак кожи;
 - плоскоклеточный рак кожи;
 - метастазы в кожу;
 - лимфомы;
 - опухоли придатков кожи;
- физическими и химическими воздействиями:

- механическая травма (в том числе трихотилломания);

- ожогами:

- облучение;
- едкие вещества;
- другие химические вещества и лекарственные средства [2].

Также различают рубцовые (облысение с грубым рубцом и атрофическая форма рубцового облысения) и нерубцовые алопеции (гнездная, андрогенная и диффузная алопеция, телогеновое и анагеновое выпадение волос, наследственные гипо- и атрихозы, трихотилломания).

Причиной рубцового выпадения волос могут стать такие заболевания, как синдром Литтла-Лассюэра, дискоидная красная волчанка, саркоидоз, системная и ограниченная склеродермия, псевдопелада, эпилирующий фолликулит, абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана, амилоидоз, склероатрофический лишай, липоидный некробиоз, дерматомиозит, рубцующий пемфигоид, фолликулярный муциноз, келоидные угри, вросшие волосы, а также некоторые внутренние болезни [1, 9].

Нерубцовые алопеции могут быть связаны с генетической предрасположенностью и могут возникать вследствие гормональных и иммунных нарушений, физических травм, заболеваний желудочно-кишечного тракта, патологии нервной системы и др. [9].

Прежде чем подробнее рассмотреть заболевания, приводящие к алопеции, необходимо вспомнить строение и фазы роста волоса.

Центральная часть волоса называется медуллой, а основная его часть – кортекс – корковое вещество. Оно состоит из веретенообразных эпителиальных клеток, которые обуславливают упругость и эластичность волос. Кутикула волоса состоит из ряда плоских, прозрачных, продолговатых ороговевших клеток. Они плотно при-

легают друг к другу напоподобие черепицы, защищая волос, отражают свет и придают волосу блеск. Так микроскопически выглядит здоровый волос. При его повреждении кутикула более открытая и неровная, при этом агрессивные вещества могут проникать внутрь волоса, повреждая клетки коркового вещества [11, 18].

Давно известно, что жизненный цикл здорового волоса состоит из трех фаз роста: анагеновой, в которой находится примерно 85% волос, катагеновой (1–2%) и телогеновой – около 13–15% волос. Анагеновая фаза характеризуется интенсивным делением образующих клеток волос в матриксе. На этом этапе происходит окончательная дифференциация в медуллу, кортекс и кутикулу в зоне кератинизации. В этой фазе волос находится около 3–6 лет. Вторая фаза – катагеновая (или переходная). В это время происходит замедление деления образующих клеток волос, а волосная луковица отделяется от фолликула. Фолликул сокращается на 1/3 первоначальной длины и начинает двигаться к поверхности, способствуя выпадению волоса. Через 2–3 недели он переходит в завершающую фазу его жизненного цикла – телогенную (фаза покоя). От начала данной фазы до полного выпадения волоса проходит около 2–4 месяцев. За это время волос постепенно продвигается к поверхности кожи и выпадает, после чего волосной фолликул опускается глубоко в кожу и в его глубине, в остатке прежнего зачаточного слоя, клетки вновь размножаются – начинается новая анагеновая фаза [7, 19].

Синдром Литтла-Лассюэра относится к заболеваниям, приводящим к рубцовой алопеции. Он характеризуется триадой симптомов: рубцовой алопецией на волосистой части головы, выпадением волос в подмышечных впадинах и на лобке, появлением на туловище фолликулярных высыпаний красного плоского



**Святенко
Татьяна Викторовна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней Днепропетровской государственной медицинской академии, врач дерматовенеролог высшей категории. Член Европейской академии дерматовенерологии

лишая (КПЛ). На разгибательной поверхности конечной иногда встречается очаговая атрофия, которая распространяется на пушковые волосы (атрофический кератоз). Для заболевания характерен симптом Кебнера [12].

Алопеция при ограниченной форме склеродермии характеризуется тремя клиническими симптомами: красно-фиолетовое окрашивание по периферии, уплотнение в центре очага, исход болезни – глубокий рубец. При системной склеродермии CREST – синдром характеризуется выраженными трофическими нарушениями волос: диффузная алопеция, выпадение ресниц и бровей [17].

Псевдопелада (*Pseudopelade Brocq*, атрофическая алопеция) – редкое заболевание волосистой части головы, которое чаще встречается у лиц среднего возраста (30–40 лет). Характеризуется выпадением волос в теменной и/или лобной части головы. Очаги имеют неправильную форму, напоминают очаги пламени, располагаются асимметрично, склонны к слиянию. Рубцевание не сопровождается воспалением. В очагах облысения кожа гладкая атрофированная, лишена волосных фолликулов, сохранившиеся волосные фолликулы по краям очагов могут быть воспалены. Характерная черта для псевдопелады – рост одновременно нескольких волос из одного фолликула. Псевдопелада чаще выступает как самостоятельное заболевание, реже – как конечная стадия КПЛ или дисконидной красной волчанки [14].

Для **дисконидной красной волчанки** характерно появление на волосистой части головы красного отечного пятна, которое в дальнейшем уплотняется и покрывается плотно сидящими фолликулярными чешуйками, при снятии которых отмечается боль (симптом Бенъе–Мещерского), наблюдаются шипики (симптом «дамского каблука») и воронки устьев фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). Патологические очаги могут быть как единичными, так и множественными. В них различают три зоны: рубцовую атрофию в центре, за ней – гиперкератоз и гиперемия по периферии. Исход заболевания – рубцовая алопеция [7, 13].

В основе фолликулярного муциноза лежит слизистая дегенерация фолликулов и сальных желез, причина которой неизвестна. Различают идиопатический муциноз, развивающийся обычно у лиц более молодого возраста и протекающий благоприятно,

и вторичный, возникающий при некоторых хронических дерматозах, в первую очередь – при грибковидном микозе, ретикулезе, реже – нейродермите, красной волчанке и др. [15].

Телогеновое выпадение волос (алопеция симптоматическая) – это невоспалительная диффузная равномерная потеря волос, не сопровождающаяся рубцеванием, связанная с преждевременным переходом волосного фолликула из анагеновой фазы в телогеновую. Среди алопечий данная патология встречается наиболее часто.

Этиологически заболевание может быть связано со стрессовыми воздействиями (наиболее частая причина), перенесенными инфекционными заболеваниями, авитаминозом, беременностью, приемом некоторых лекарственных препаратов, фоновыми соматическими заболеваниями, приводящими к истощению и др.

Обычно алопеция начинается через 8–16 недель после этиологического воздействия и характеризуется быстрым диффузным выпадением волос (до 20–50%) в области всей волосистой части головы [11, 16].

Андрогенетическая (андрогенная) алопеция – патология, связанная с дисфункцией эндокринных желез.

В патогенезе заболевания чаще принимают участие андрогены овариального происхождения, а мишенью выступают фолликулы волос. Начинается заболевание чаще в пубертантном возрасте. По статистике встречается до 90% всех случаев облысения как у мужчин, так и у женщин.

Клинически заболевание проявляется диффузным прогрессирующим истончением и выпадением волос в лобно-теменной и верхне-височной областях волосистой части головы. Данная патология никогда не сопровождается рубцеванием и имеет волнообразное течение. Выделяют 7 стадий заболевания:

- 1–3-я стадии – «залысины» на висках;
- 4-я стадия – формирование очага облысения на темени;
- 5–6-я стадии – слияние очагов на висках и темени;
- 7-я стадия – полное слияние очагов облысения [12, 15].

Гнездная алопеция характеризуется постепенным выпадением волос с очагами округлой формы. Различают локальную, лентовидную, универсальную, тотальную и субтотальную алопецию. Выделяют три стадии течения гнездной алопеции:



Фото 1.
Трихотилломания



Фото 2.
Трихотилломания



Фото 3.
Очаговая алопеция, развившаяся на фоне приема биодобавок



Фото 4.
Очаговая алопеция, развившаяся на фоне приема биодобавок

прогрессирующая, для которой характерна безболезненная эпиляция волос по краю очагов, стационарная и регрессирующая – в очаге поражения появляются новые волосы [17].

Трихотилломания – навязчивое, психически зависящее состояние, выражающееся в выдергивании волос пациентом. Заболевание чаще наблюдается у детей. Клиническая картина характеризуется бесформенными участками алопеции в основном в лобно-теменных областях волосистой части головы. Иногда в патологический процесс вовлекаются ресницы и брови [10].

Химиотерапевтическая алопеция – стойкое или временное,

Фото 5.
Гнездная алопеция, развившаяся после перенесенного стресса



Фото 6.
Псевдопеллада Брока



Фото 7.
Тотальная алопеция, развившаяся у пациентки работающей на вредном производстве



Фото 8.
Мелкоочаговая алопеция у больного вторичным рецидивным сифилисом



полное или частичное (зависит от дозы и длительности лекарственного воздействия) выпадение волос после химиотерапии. Изменения цвета и структуры волос могут появиться в период восстановления волосяного покрова. Тяжесть общего состояния больного влияет на степень и скорость развития алопеции [1].

Токсическая алопеция

обычно имеет четкую временную зависимость. Она проявляется после приема некоторых лекарственных препаратов (например, цитостатиков), рентгенотерапии, действия экологически вредных факторов или влияния инфекционных агентов. Этот вид алопеции хорошо купируется после

элиминации агента и проведения детоксицирующей терапии [8].

Диффузная алопеция – полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся равномерным облысением по всей площади головы.

В норме, как известно, выпадает около 30–40 волос в сутки. Этот физиологический процесс связан с окончанием анагенового цикла их развития. При этом трихограмма не меняется и алопеция не развивается. Однако в случае воздействия на организм некоторых факторов часть волосяных фолликулов преждевременно переходит в катагеновую и телогеновую фазы, что ведет к чрезмерному выпадению волос и развитию диффузной алопеции.

В зависимости от причин возникновения диффузные алопеции делят на: индуцированные наркотические и лекарственные; токсические и поствакцинальные; постхирургические, постинфекционные и постродовые; гормонально-ассоциированные и стресс-индуцированные; неонатальные; после приема контрацептивов и при дефицитных состояниях; хроническое диффузное телогеновое выпадение волос и синдром короткого анагена.

Клинически данная патология проявляется не только чрезмерным выпадением волос равномерно по всей поверхности волосистой части головы (80–250 единиц в сутки), но и их сухостью, тусклостью, ломкостью. Часто при выявлении и устранении неблагоприятных факторов выпадение волос уменьшается или вовсе прекращается [12, 17].

Однако исследования доказывают, что у больных алопецией страдает микроэлементный статус и баланс аминокислот в организме. Коррекция таких элементов является важной и необходимой составляющей в лечении алопеций, так как микроэлементы представляют собой интегральную часть структуры волос. Элементный состав волоса, кроме того, что отражает элементный баланс организма в целом, прямо характеризует химический гомеостаз кожи и волос, поэтому представляет непосредственный интерес при нарушениях функционирования последних. В связи с этим рекомендуется применение поливитаминных препаратов с микроэлементами [5].

В лечении диффузной алопеции хорошо себя зарекомендовал комплексный препарат *Пантогар*. Это эффективное лекарственное средство для лечения волос, которое можно применять не только

при диффузном выпадении, но и при структурных повреждениях волос. Особая комбинация аминокислот, белков и витаминов группы В насыщает волосы через волосяную луковицу питательными веществами, стимулируя рост, восстанавливая прочность и гибкость волос. Тиамин нитрат, кальций пантотенат и другие витамины, содержащиеся в медицинских дрожжах, участвуют в процессах обмена веществ в организме; при их недостаточности в организме наблюдаются симптомы авитаминоза. Кератин – основной структурный белок эпидермиса кожи и волос, а цистин и 4-аминобензойная кислота также являются веществами для укрепления волос [5, 6].

В 1 капсуле *Пантогара* содержится: витамин В₁ (тиамин мононитрат) 60 мг, витамин В₃ (кальция-D-пантотенат) 60 мг, медицинские дрожжи 100 мг, L-цистин 20 мг, кератин 20 мг и P-аминобензойная кислота 20 мг.

Витамин В₁ способствует регенерации кожи и активации волосяных луковиц, участвует в энергетическом обмене, усиливает пролиферацию ядерных клеток матрикса, улучшает нервную проводимость (стимуляция синтеза ацетилхолина) и повышает устойчивость волосяных фолликулов к гипоксии.

Витамин В₃ (кальция-D-пантотенат) стимулирует анаболические процессы, замедляет катаболизм, участвует во всех видах обмена веществ, участвует в синтезе фосфолипидов, ацетилхолина, стероидных гормонов, снижает потребность волосяных фолликулов в кислороде, а также обладает противовоспалительным и противоаллергическим эффектом.

Экстракт медицинских дрожжей является природным источником витаминов группы В, микроэлементов и аминокислот. Он позитивно воздействует на кишечную микрофлору, обеспечивая полное всасывание витаминов и минералов в кишечнике.

L-цистеин – серосодержащая аминокислота, которая входит в состав альфа-кератина – основного белка волос. Он играет ключевую роль в синтезе проколлагена и кератина. L-цистеин является мощным антиоксидантом, участвует в процессах формирования тканей кожи и волос, стимулирует абсорбцию цинка и железа в кишечнике.

Кератин удерживает влагу, препятствует обезвоживанию, восстанавливает структуру, целостность, прочность и здоровый блеск волос.

ПАНТОГАР®

Дифузне випадіння волосся?

Терапія з доведеною
ефективністю!

- значно зменшує випадіння волосся
- стимулює ріст здорового волосся
- підвищує якість волосся
- зміцнює волосся



Р.П. МОЗ України № UA/4083/01/01 від 23.01.2006
Ліцензія АВ № 469291 від 27.07.2009 № 219

www.pantogar.com

* Bergner T., 1999; Lengg N. et al, 2004



Виробник:
Мерц Фармасьютікалз ГмБХ
(Німеччина)

Представництво «Альпен Фарма АГ» (Швейцарія) в Україні:
04075, м. Київ, Пуща-Водиця, вул. Лісова, 30-А,
тел. (044) 431-8-103 • www.alpenpharma.com



Реклама лікарського забору. Перед застосуванням ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей.
* Bergner T., 1999; Lengg N. et al, 2004

P-аминобензойная кислота – мощный антиоксидант, коэнзим, участвующий в процессах расщепления и утилизации белков. При ее недостаточном количестве в организме отмечается выпадение и раннее поседение волос [6].

Известно, что рост волос берет свое начало в корне, где активно размножающиеся ядерные клетки образуют матрикс. Эти клетки активно снабжаются питательными веществами, поступающими с током крови. Таким образом, на рост и качество волос нужно воздействовать изнутри, только подобный подход дает возможность радикально устранить проблему. Проникая глубоко в клетки волосяного фолликула, Пантогар меняет мембранную проницаемость и восприимчивость рецепторного аппарата к негативным внутренним факторам. Его уникальная запатентованная формула позволяет снабжать клетки всеми необходимыми питательными веществами, что обеспечивает укрепление волосяных фолликулов, мощную стимуляцию роста волос, выраженное восстановление структуры волос, а также устойчивый лечебный эффект.

Пантогар не только способствует уменьшению выпадения волос, обусловленного различными причинами, и улучшению структуры волос, но и повышает их устойчивость к механическим и химическим повреждающим факторам.

Назначают Пантогар взрослым по 1 капсуле 3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет – по 1 капсуле 1–2 раза в сутки во время еды не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Пик эффекта наступает на третий месяц терапии. Для закрепления результата и получения стойкого эффекта курс лечения может быть продлен или повторен. Продолжительность лечения определяется индивидуально, в среднем – 3–6 месяцев [5].

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что чрезмерное выпадение волос является не просто косметической проблемой, а возникает в результате воздействия на организм различных экзогенных и эндогенных факторов и может быть одним из главных симптомов серьезных заболеваний. Поэтому своевременно установленный правильный диагноз, выявление и устранение причин заболевания, а также назначенное рациональное лечение являются основными звеньями на пути к выздоровлению больного и предотвращению в дальнейшем психосоматических расстройств.

Литература

1. Родин А.Д., Чучунова Т.К., Русинова В.И. Актуальные вопросы дерматовенерологии. Астрахань. – М., 1995. – С. 81–83.
2. Рук А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1985. – С. 277–278.
3. Кулагин В.И. Современные особенности клиники, нейро-эндокринные, сосудистые, иммунные механизмы патогенеза гнездовой алопеции и дифференцированные методы терапии больных. Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992.
4. Мазитова Л.П. Лечение гнездного облысения у детей с учетом их неврологического статуса. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
5. Компендиум. Лекарственные препараты. – К., 2010. – Том 1. – С. 134.
6. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 52–59.
7. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Том I. – С. 804, 813, 788–789.
8. Дифференциальная диагностика кожных болезней: Руководство для врачей / Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студничина. – М.: Медицина, 1989. – С. 141–144.
9. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студничин А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. – М.: Медицина, 1983. – 346 с.
10. Braun-Falco O. Histochemistry of the Hair Follicle. In: The Biology of Hair Growth. Ch. 4 / W. Montagna & R.A. Ellis eds. – New York: Academic Press, 1958.
11. Burton J.L., Ben Halim M.M., Meyrick G. et al. Male Pattern Alopecia and Masculinity // Brit. J. of Dermatology. – 1979. – Vol. 100. – P. 567.
12. Choudhry R., Hodgins M. B., Van der Kwast T.H. et al. Localization of Androgen Receptors in Human Skin by Immunohistochemistry: Implications for the Hormonal Regulation of Hair Growth, Sebaceous Glands and Sweat Glands // J. of Endocrinology. – 1992. – Vol. 133. – P. 467.
13. Hamilton J.B. Male Hormone Stimulation Is Prerequisite and an Incitant in Common Baldness // Am. J. of Anatomy. – 1942. – Vol. 71. – P. 451.
14. Hay J.B., Hodgins M.B. Metabolism of Androgens in vitro by Human Facial and Axillary Skin // J. of Endocrinology. – 1973. – Vol. 59. – P. 475.
15. Hay J.B., Hodgins M.B. Metabolism of Androgens by Human Skin in Acne // Brit. J. of Dermatology. – 1974. – Vol. 91. – P. 123.
16. Hay J.B., Hodgins M.B. Distribution of Androgen Metabolizing Enzymes in Isolated Tissues of Human Forehead and Axillary Skin // J. of Endocrinology. – 1978. – Vol. 79. – P. 29.
17. Itami S., Kureta S., Takayasu S. 5-alpha-reductase Activity in Cultured Dermal Papilla Cells from Beard Compared with Reticular Dermal Fibroblasts // J. of Investigative Dermatology. – 1990. – Vol. 94. – P. 150.
18. Kuester W., Happle R. The Inheritance of Common Baldness: Two B or nor Two B? // J. of Am. Academy of Dermatology. – 1984. – Vol. 11. – P. 921–926.
19. Randall V.A., Thornton M.J., Messenger A.G. Cultured Dermal Papilla Cells from Androgen-Dependent Human Hair Follicles (e.g. beard) Contain More Androgen Receptors than those from non-balding areas of scalp // J. Endocrinol. – 1992. – Vol. 133. – P. 141–147.



Редакция журнала «Medix. Anti-Aging» приносит свои извинения автору статьи «Вопросы дерматоонкологии в практике врача-дерматолога» Т.В. Святенко и нашим читателям за опечатки в журнале «Medix. Anti-Aging» №5–6 (17–18) 2010:

- фото 5, правильное название: «Папилломатоз»;
- фото 6, правильное название «Грибовидный микоз».