

БОЛЕЗНИ ВОЛОС. АЛОПЕЦИИ.



▶ Асанов Айдин 404 гр

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛОПЕЦИЙ

▶ Рубцовые алопеции

обусловлены
разрушением
волосяных
фолликулов
вследствие
воспаления, атрофии
кожи или рубцевания

- ▶ Нерубцовые алопеции протекают без предшествующего поражения кожи
- ▶ Очаговая алопеция
- ▶ Андрогенетическая алопеция
- ▶ Диффузная алопеция (телогеновая и анагеновая)

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ (ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ)

- ▶ патологическое выпадение волос, обусловленное различными воздействиями на волосяной фолликул и клинически проявляющееся формированием очагов с полным отсутствием волос на волосистой части головы, области бороды, бровей, ресниц и туловища.

ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ 5 ТИПОВ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

- ▶ **Обычный тип** - начало в возрасте 20-40 лет, преобладают очаговые формы, доброкачественное течение.
- ▶ **Прегипертензивный тип** - у людей склонных к гипертонии.
- ▶ **Атопический тип** - сочетание гнездной алопеции с атопическими состояниями.
- ▶ **Аутоиммунный тип** – сочетание гнездного облысения с аутоиммунными заболеваниями
- ▶ **Смешанный тип** – возникает у людей старше 40 лет

ЭТИОЛОГИЯ

- ▶ Генетическая детерминированность
- ▶ Нарушение всасывания в тонком кишечнике (ферментопатии, дисбактериоз, патология ЖКТ) и как следствие дефицит микроэлементов, витаминов и др.
- ▶ Психический стресс
- ▶ Трофические нарушения
- ▶ Инфекции (цитомегаловирус, токсоплазмоз, хеликобактер пилори)
- ▶ Эндокринные нарушения
- ▶ Аутоиммунные процессы

КЛИНИКА

- ▶ Появляется внезапно, на фоне полного здоровья, без субъективных признаков (иногда покалывание в области очага)
- ▶ Округлые или овальные очаги, лишенные волос.
- ▶ В безволосых участках кожа несколько втянута (утоплена) и имеет вид слоновой кости, иногда с признаками воспаления. Атрофия отсутствует. Устья волосяных фолликулов сохраняются.



КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

- ▶ **Локальная форма** – изолированные округлые очаги
- ▶ **Лентовидная форма** – от затылка распространяется в виде ленты до ушных раковин или висков. Прогностически неблагоприятный вариант
- ▶ **Субтотальная форма** - слияние отдельных очагов
- ▶ **Тотальная форма** – выпадение всех волос на голове (включая ресницы, усы и др.)
- ▶ **Универсальная форма** - волосы отсутствуют на всей поверхности кожи человека.
- ▶ **Гнездная алопеция с поражением ногтей**



ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ

- ▶ 1 – единичные очаги поражения размером 3-5 см в диаметре
 - ▶ 2-очаги поражения размером 5-10 см в диаметре
 - ▶ 3-субтотальная алопеция
 - ▶ 4-тотальная и универсальная алопеция
- ▶ до 25% -легкая
 - ▶ 25-50% -средняя
 - ▶ свыше 50% -тяжелая

СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

- ▶ В прогрессирующей стадии - наличие зоны «расшатанных» волос, увеличение размеров очага. У пожилых седовласых пациентов могут выпадать только пигментированные волосы и оставаться поседевшие. В таком случае может возникнуть впечатление «поседения за ночь».
- ▶ В стационарной стадии зона «расшатанных волос» определяется нечетко или неопределяется вообще, очаг не увеличивается, но и не уменьшается.
- ▶ В регрессирующей стадии заболевания в очаге облысения начинают расти пушковые волосы (веллюс), которые постепенно утолщаются и пигментируются.
! В случае одновременного выявления роста новых пушковых волос и наличия зоны «расшатанных волос» устанавливается прогрессирующая стадия заболевания.

ДИАГНОСТИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

- ▶ Трихограмма. Микроскопия или компьютерная видеотрихоскопия. **Эпилированные из пограничной зоны волосы дистрофичны и многократно расщеплены, не имеют корневой щели.**
- ▶ Осмотр (участки облысения, зона «расшатанных волос»)
- ▶ Данные анамнеза (возможные пусковые факторы, семейный анамнез, данные о начале заболевания, гнездная алопеция в анамнезе). Клиент может назвать буквально «день, когда это началось».

АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ (АНДРОГЕННАЯ) АЛОПЕЦИЯ

- ▶ представляет собой истончение (миниатюризацию) волос, ведущее у мужчин к облысению теменной и лобной областей, у женщин — к поредению волос в области центрального пробора головы с распространением на её боковые поверхности.

Факторы

- ▶ наследственность (у мужчин аутосомно-доминантный или полигенный тип, у женщин – рецессивный)
- ▶ эндокринные нарушения (гирсутный синдром, менопауза)

Причины

ДГТ стимулирует рост андроген-зависимых волос (лицо, лобок) и выпадение андроген-независимых волос (на волосистой части головы).

- ▶ Избыток ДГТ
- ▶ Избыток тестостерона
- ▶ Сверхактивность 5- α -редуктазы
- ▶ Снижение активности ароматазы

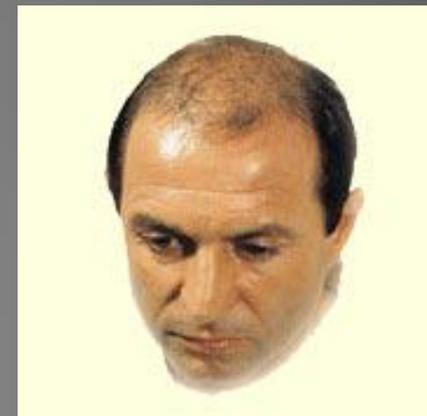
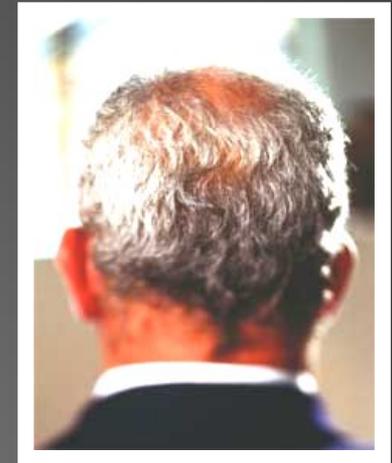
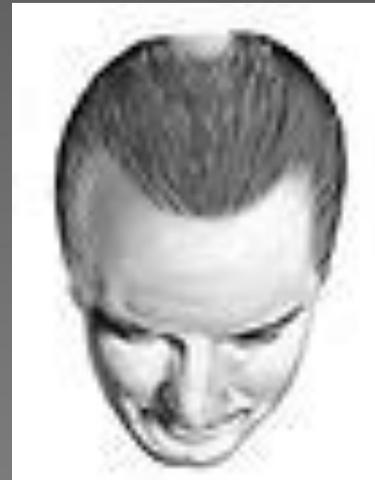
КЛИНИКА

- ▶ В очагах облысения у лиц обоих полов происходит постепенное замещение длинных волос на тонкие, короткие, непигментированные, со временем они замещаются пушковыми, потом исчезают полностью.
- ▶ На облысевших участках кожа гладкая и блестящая, устья волосяных фолликулов не видны невооруженным взглядом.
- ▶ Облысение часто сопровождается жирной себореей и себорейным дерматитом волосистой части головы.

НАЧАЛО ОБЛЫСЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ В ЛОБНОЙ И ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ. ЗАМЕЩЕНИЕ ДЛИННЫХ ВОЛОС НЕ ЗАХВАТЫВАЕТ ЗАТЫЛОЧНУЮ И ЗАТЫЛОЧНО-ТЕМЕННОЮ ОБЛАСТИ ДАЖЕ В НАИБОЛЕЕ ЗАВАНУТЫХ СЛУЧАЯХ И В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Выделяют 5 стадий заболевания:

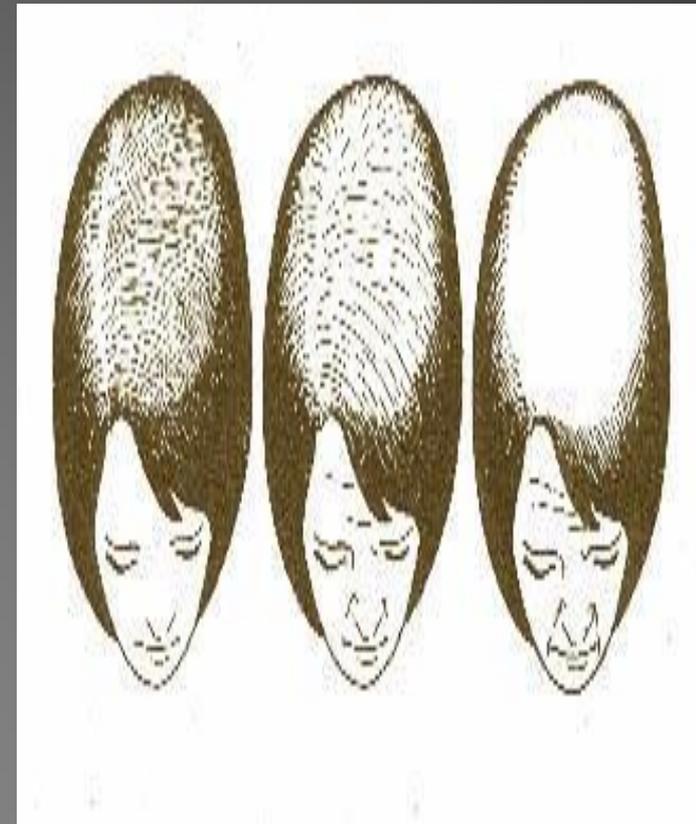
- ▶ 1 стадия – выпадение волос вдоль передней границы оволосения
- ▶ 2 стадия – образование двусторонних залысин на лбу и поредение волос на темени
- ▶ 3, 4, 5 стадии – прогрессирующее выпадение волос на лбу, темени, со слиянием очагов облысения, что заканчивается полным симметричным облысением лбно-теменной области.



АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБЛЫСЕНИЕ У ЖЕНЩИН НАЧИНАЕТСЯ С ЛОБНО- ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ.

Выделяют следующие стадии андрогенетического облысения у женщин:

- ▶ 0 стадия – нормальные волосы
- ▶ 1 стадия – начинающееся поредение волос в теменной области. Фронтальная полоска шириной 1-3 см остается неизменной
- ▶ 2 стадия – явно поредение волос в теменной области
- ▶ 3 стадия – выраженное поредение волос на широких участках фронтопарieto-temporalной области; волосы фронтальной части остаются неизменными.



ДИАГНОСТИКА

- ▶ Осмотр (специфическая локализация)
- ▶ Анамнез (аналогичное заболевание у близких родственников. Медленно прогрессирующее течение)

ДИФФУЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ.

▶ Телогеновая

Возникает под влиянием психического или физического стресса

Характеризуется повышенным количеством телогеновых волос в трихограмме, то есть возникает преждевременный переход анагена в телоген

▶ Анагеновая

Токсическое воздействие на волосяной фолликул лекарственных веществ, химических агентов или радиации.

Это приводит к повреждению находящихся в митозе (анагене) волосяных фолликулов

ТЕЛОГЕНОВЫЕ АЛОПЕЦИИ

Физиологические

- ▶ Новорожденных
- ▶ Послеродовые
- ▶ Постпубертатные
- ▶ Пресенильные
- ▶ После пересадки волос

Токсические

- ▶ Постинфекционные
- ▶ Медикаментозно-индуцированные
- ▶ Дефицитные
- ▶ При хронических заболеваниях
- ▶ Психосоматические
- ▶ Идиопатические

ДИФФУЗНЫЕ ТЕЛОГЕНОВЫЕ АЛОПЕЦИИ



ДИАГНОСТИКА

- ▶ Трихограмма. Повышенное количество телогеновых волос (более 20%)
- ▶ Анамнез (возникает через 3 и более месяцев после воздействия, медленно развивается, возможно наличие других заболеваний, перенесенные травмы, роды, операции, тяжелые болезни, прием лекарств)
- ▶ Осмотр (нет облысевших очагов, поредение равномерное, нет зоны «расшатанных волос»). Клиент не может вспомнить точно «когда это началось»

КОСМЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ.

- ▶ **Консультация дерматолога, трихолога, психоневролога и др.**
- ▶ **Системная коррекция:** комплексы для укрепления волос и ногтей, содержащие протеины, витамины, микроэлементы.
- ▶ **Домашний уход:** косметические средства (шампуни, лосьоны, бальзамы, маски), содержащие биостимуляторы, питательные и укрепляющие средства.
- ▶ **Мануальные методы коррекции:** массаж волосистой части головы, массаж по косметическим средствам (лосьоны, масла), аппликации профессиональных косметических средств, обертывания (в сочетании с тепловыми процедурами), криомассаж, СПА-лечение.
- ▶ **Аппаратные методы:** дарсонвализация, фотохромотерапия
- ▶ **Инъекционные методы:** мезотерапия

АНАГЕНОВАЯ АЛОПЕЦИЯ

- ▶ Волосы выпадают равномерно
- ▶ Через 1-3 недели после воздействия
- ▶ Волосы выпадают в большом количестве (поскольку большинство волос находится в стадии анагена)



ЛЕКРАСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АНАГЕНОВУЮ АЛОПЕЦИЮ

блеомицин, винбластин, винкристин, гидроксимочевина, дакарбазин, дактиномицин, даунорубицин, доксорубицин, ифосфамид, мелфалан, метотрексат, митоксантрон, митомицин, ломустин, кармустин, прокарбазин, тиоТЭФ, фторурацил, хлорметин, циклофосфамид, цитарабин, этопозид;

тяжелые металлы (ртуть, свинец), мышьяк, таллий.

- ▶ Коррекции анагеновой алопеции не требуется.
- ▶ Выпадение волос, вызванное химиотерапией, полностью обратимое. Анагеновое выпадение волос при устранении причины остается необратимым лишь в редких случаях (при тотальном некрозе волосяных фолликулов).
- ▶ Иногда вновь выросшие волосы оказываются крепче и здоровее предыдущих или происходит изменение их цвета и структуры (кудрявые сменяются прямыми и наоборот).

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ АЛОПЕЦИИ

- ▶ Травматическая (тракционная) алопеция связана с насильственным выдергиванием волос вследствие физической травмы (маргинальная алопеция при травматичных прическах, очаговая тракционная алопеция при травматизации, постоперационная алопеция)
- ▶ Рубцовая алопеция (при ожоге, нерациональной дарсонвализации, использовании неисправной электроаппаратуры)

ТРАКЦИОННАЯ МАРГИНАЛЬНАЯ АЛОПЕЦИЯ



ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Консервативное При тяжелых формах **рекомендуется** назначение системной терапии глюкокортикостероидными препаратами:
 - ▶ преднизолон** 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев
- ▶ При локальной (ограниченной) формах **рекомендуется** назначение цинка сульфата гептагидрат 5 мг на кг массы тела 3 раза в сутки перорально после еды в течение 3 месяцев
- ▶ Хирургическое лечение не применяется.