

Цинк в комплексной терапии диффузной алопеции

Профессор О.Ю. Олисова, к.м.н. И.П. Гостроверхова, к.м.н. А.А. Лепехова

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

РЕЗЮМЕ

Алопеция представляет собой патологическое выпадение волос. К нерубцовым алопециям относят диффузную, андрогенетическую и очаговую. Цель исследования: оценить эффективность применения БАД Цинкит в комплексной терапии диффузной алопеции (ДА).

Материал и методы: под наблюдением находились 32 пациентки в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом ДА. Больные были разделены на две группы – основную (n=16) и контрольную (n=16). Обе группы получали комплексную терапию, включающую антиоксиданты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, поливитамины и пептидные комплексы в форме сыворотки для местного нанесения. Пациентки основной группы дополнительно применяли цинк в составе Цинкита по одной таблетке (10 мг цинка), растворив в 200 мл воды, 2 р./день во время еды в течение 3-х месяцев. Эффективность терапии (уменьшение интенсивности выпадения волос) оценивали с помощью опроса пациенток и трихоскопии до начала терапии и по истечении 2-х месяцев. Для объективной оценки эффективности терапии всем больным проводилась фототрихограмма (ФТГ).

Результаты: после проведенной терапии у всех пациенток основной и контрольной групп отмечался положительный эффект. В основной группе у 9 (56,25%) женщин отмечалось значительное улучшение, у 4-х (25%) – умеренное улучшение, у 3-х (18,75%) – незначительное улучшение. В контрольной группе у 5 (31,25%) женщин было достигнуто значительное улучшение, у 6 (37,5%) – умеренное улучшение, у 5 (31,25%) – незначительное улучшение. Трихоскопическая и ФТГ-картина улучшилась в обеих группах.

Заключение: цинк в составе Цинкита в комплексной терапии ДА способствует уменьшению интенсивности выпадения, утолщению и росту волос. Все пациентки отметили хорошую переносимость Цинкита.

Ключевые слова: алопеция, диффузная алопеция, трихоскопия, фототрихограмма, цинк.

Для цитирования: Олисова О.Ю., Гостроверхова И.П., Лепехова А.А. Цинк в комплексной терапии диффузной алопеции // РМЖ. 2017. № 25. С. 1876–1879.

ABSTRACT

Zinc in the complex therapy of diffuse alopecia

Olisova O.Yu., Gostroverhova I.P., Lepyokhova A.A.

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

Alopecia is a pathological hair loss. Non-scarring alopecia include diffuse alopecia (DA), androgenetic and focal alopecia.

The aim of the study: evaluation of the effectiveness of dietary supplement Zinkit in the complex therapy of DA.

Patients and Methods: 32 female patients aged from 18 to 65 years with DA were observed. Patients were divided into two groups - the main group (n=16) and control group (n=16). Both groups received complex therapy, including antioxidants, drugs for improving microcirculation, multivitamins and peptide containing serum for topical application. Patients of the main group additionally used zinc containing "Zinkit" by one tablet (10 mg of zinc) 2 times a day during meals, dissolved in 200 ml of water, for 3 months. The efficacy of the therapy was assessed by questioning patients (reduce of the hair loss intensity) and trichoscopy before therapy and after two months. Phototrichogram (FTG) was performed for an objective evaluation of the effectiveness of the therapy.

As a result of the therapy, all patients of the main and control groups had a positive effect. In the main group 9 women (56.25%) noticed a significant improvement; 4 women (25%) - improvement; 3 women (18.75%) - a slight improvement: in the control group, 5 women (31.25%) had a significant improvement, 6 (37.5%) - improvement, 5 (31.25%) – a slight improvement. After the therapy, the trichoscopic and FTG results improved in both groups.

Conclusion: zinc containing "Zinkit" as a part of complex therapy of DA helps to reduce the intensity of hair loss, providing hair thickening and growth. All patients noted good tolerability of "Zinkit".

Key words: alopecia, diffuse alopecia, trichoscopy, phototrichogram, zinc.

For citation: Olisova O.Yu., Gostroverhova I.P., Lepyokhova A.A. Zinc in the complex therapy of diffuse alopecia // RМJ. 2017. № 25. P. 1876–1879.

Алопеция представляет собой патологическое выпадение волос. Различают 2 группы алопеций – рубцовые, характеризующиеся разрушением волосяных фолликулов (ВФ), и нерубцовые алопеции. К нерубцовым алопециям относят диффузную (ДА), андрогенетическую и очаговую [1]. Алопецию могут вызывать различные внешние и внутренние факторы: генетическая предрасположенность, стрессовые, токсические воздействия (в т. ч. прием лекарственных препаратов), аутоиммунные, эндокринные и психические болезни, различные острые и хронические инфекции,

воспалительные процессы, дефицитные состояния, а также условия и качество жизни [2]. Несмотря на достижения последних лет по изучению особенностей роста и патофизиологии ВФ при различных состояниях, в терминологии ДА сохраняется некоторая путаница. Одни авторы к термину «диффузное выпадение волос» относят и андрогенетическую алопецию, в частности у женщин [1–3]. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, ДА подразделяется на анагеновую и телогеновую.

ВФ, как любая живая структурная единица организма, функционирует с определенной периодичностью, соглас-

но которой изменяется и его морфология. Выделяют 3 основные фазы развития ВФ: анаген – удлинение фолликула и активное производство волоса (от 2-х до 7 лет), катаген – обратное развитие или атрофия ВФ (от нескольких дней до 2–3-х недель), телоген – фаза покоя (около 100 дней) [4]. Продолжительность фазы анагена генетически обусловлена, и поэтому она различна. С возрастом продолжительность фазы анагена уменьшается. У здорового человека 85% ВФ находятся в фазе анагена, 1% – в фазе катагена, 14% – в фазе телогена, т.е. соотношение «анагеновых» ВФ к «телогеновым» составляет 9:1. Ежедневно в среднем до 100 ВФ прекращают свою функциональную деятельность. Удлинение волос обусловлено митотической активностью клеток матрикса и зависит от локализации, типа ВФ, пола, возраста, состояния организма в целом, а также от окружающей среды [4, 5]. Под влиянием различных внешних и внутренних факторов синхронность волосяных циклов нарушается и проявляется диффузным избыточным выпадением волос. Причинный фактор следует искать ретроспективно – в периоде за 6 нед до начала массивного выпадения волос (с учетом фазы их роста) [2, 6].

Согласно J. Headington, выделяют 5 функциональных типов телогенового выпадения волос:

1. Преждевременное завершение фазы анагена – наиболее частая реакция ВФ на воздействие провоцирующих факторов. ВФ, которые еще должны находиться в анагене, преждевременно вступают в фазу телогена и процесс завершается обильным выпадением волос через 3–5 нед после воздействия провоцирующего фактора.

2. Позднее завершение фазы анагена, характерное для послеродового выпадения волос. Большая часть ВФ, вследствие гормональных перестроек во время беременности, находится в фазе роста и не переходит в фазу катагена до рождения ребенка. Через 1–2 мес после родов эти «задержавшиеся» ВФ быстро вступают в фазу катагена, что приводит к массивному выпадению волос.

3. Укороченная фаза анагена – это идиопатический процесс, при котором невозможно отрастить волосы привычной длины.

4. Преждевременное завершение фазы телогена (укороченная фаза) способствует быстрому вступлению ВФ в анаген.

5. Позднее завершение фазы телогена в основном отмечается у людей, проживающих в условиях короткого светового дня.

Телогеновое выпадение волос может быть острым (до 6 мес) и хроническим (свыше 6 мес).

Анагеновая ДА представляет собой внезапное выпадение волос (через 1–4 нед), возникающее вследствие химических и/или радиационных воздействий, волосы при этом выпадают, не переходя в фазу телогена. Это происходит в процессе терапии злокачественных опухолей и часто полностью обратимо [1, 2, 7, 8].

ДА, как правило, возникает на фоне приема лекарственных препаратов, инфекционных и хронических заболеваний, дефицитных, а также психосоматических состояний. В том случае если не удается выявить причины выпадения волос, устанавливается диагноз «идиопатическая хроническая алопеция» [1, 8, 9].

Современный ритм жизни, с недостаточным отдыхом, несбалансированными диетами и воздействием негативных физических и химических факторов окружающей сре-

ды, приводит к различным дефицитным состояниям ряда макро- и микроэлементов, таких как цинк, селен, медь, магний, кальций, железо, фосфор и т. д. Микроэлементы представляют собой интегральную часть структуры волос. От их состава зависят форма, цвет, толщина, эластичность и скорость роста волос [1, 10, 11].

Таким образом, для успешного лечения ДА необходимо: устранение причинного фактора, вызвавшего избыточное выпадение волос; коррекция дефицита микроэлементов; выбор правильной системной и местной терапии. Традиционно одним из главных незаменимых микроэлементов, обеспечивающих «красивую кожу» и силу придатков кожи, является цинк. Он активно участвует в регенерации и обновлении кожи, регулирует работу сальных желез, стимулирует синтез коллагена и кератина, влияя на рост волос и ногтей. При недостаточном содержании цинка волосы растут плохо и медленно, избыточно выпадают. Учитывая вышесказанное, мы использовали цинк в составе биологически активной добавки к пище (БАД) – Цинкит в комплексной терапии ДА.

Цель исследования: оценить эффективность применения БАД Цинкит в комплексной терапии ДА.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 32 женщины в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом ДА. Больные были разделены на две группы – основную (n=16) и контрольную (n=16).

Обе группы получали комплексную терапию, включающую антиоксиданты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, поливитамины и пептидные комплексы в форме сыворотки для местного нанесения. Пациентки основной группы дополнительно применяли цинк в составе Цинкита по одной таблетке (10 мг цинка) 2 р./день во время еды, растворив в 200 мл воды, в течение 3-х месяцев. Эффективность терапии (уменьшение интенсивности выпадения волос) оценивали с помощью опроса пациенток и трихоскопии до начала терапии и по истечении 2-х месяцев. Основным критерием эффективности лечения являлось уменьшение выпадения волос: на 80–90% – значительное улучшение; 50–60% – умеренное улучшение; 20–30% – незначительное улучшение.

Для объективной оценки эффективности терапии всем больным проводилась фототрихограмма (ФТГ) (сбривались 2 участка до 0,5 см в диаметре: в теменной (андрогензависимая) и затылочной (андрогеннезависимая) областях. Через 48 часов с помощью трихоскопа под увеличением $\times 60$ производилось фотографирование этих двух участков, после чего компьютерная программа TrichoScience подсчитывала и сравнивала количество анагеновых, телогеновых, vellusных (≤ 40 мкм), толстых (≥ 80 мкм), средних (60–80 мкм) и тонких (40–60 мкм) волос в теменной и затылочной областях.

Результаты исследования

После проведенной терапии у всех пациенток основной и контрольной групп отмечался положительный эффект. В основной группе у 9 (56,25%) женщин отмечалось значительное улучшение, у 4-х (25%) – умеренное улучшение, у 3-х (18,75%) – незначительное улучшение. В контрольной группе у 5 (31,25%) женщин было достигнуто значительное улучшение, у 6 (37,5%) – умеренное улучшение, у 5 (31,25%) – незначительное улучшение.

До начала терапии трихоскопически количество волос в теменной области составило менее 176 на 1 см², также наблюдалось около 50% одиночных фолликулярных юнитов, средний диаметр которых составлял 52±3,2 мкм (рис. 1).

По данным ФТГ наблюдалось: уменьшение количества толстых волос (≥80 мкм) в теменной области (рис. 2а) по сравнению с затылочной (рис. 2б) – 81% и 94% соответственно; повышение количества тонких волос (диаметром 30–40 мкм) в теменной области по сравнению с затылочной – 47% и 26% соответственно; веллус среди телогено-

вых волос – 46%; анизотрихоз – 65±18,7 мкм и 58±27,0 мкм в теменной и затылочной зонах соответственно; повышение процента телогеновых волос в теменной области по сравнению с затылочной – 21% и 8% соответственно; наблюдаются также перипиллярные признаки (желтые точки). Проба на выпадение – положительная (легко удаляются 10 волос).

После проведенной терапии трихоскопическая картина улучшилась в обеих группах. В основной группе – количество волос в теменной области превысило 210 на 1 см², ко-



Рис. 1. Трихоскопия до лечения

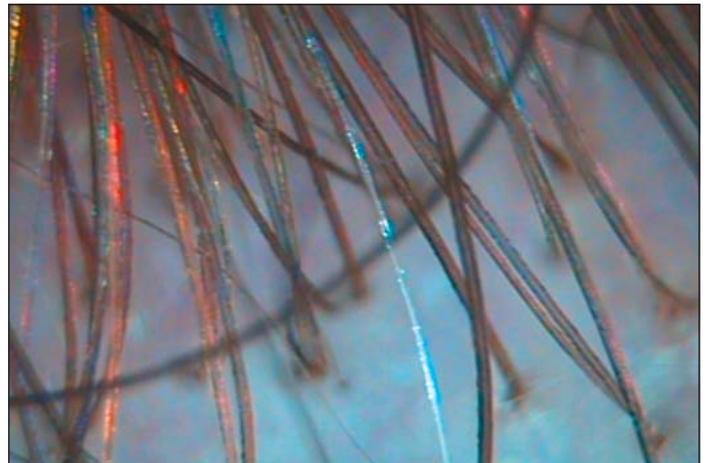


Рис. 3. Трихоскопия после лечения

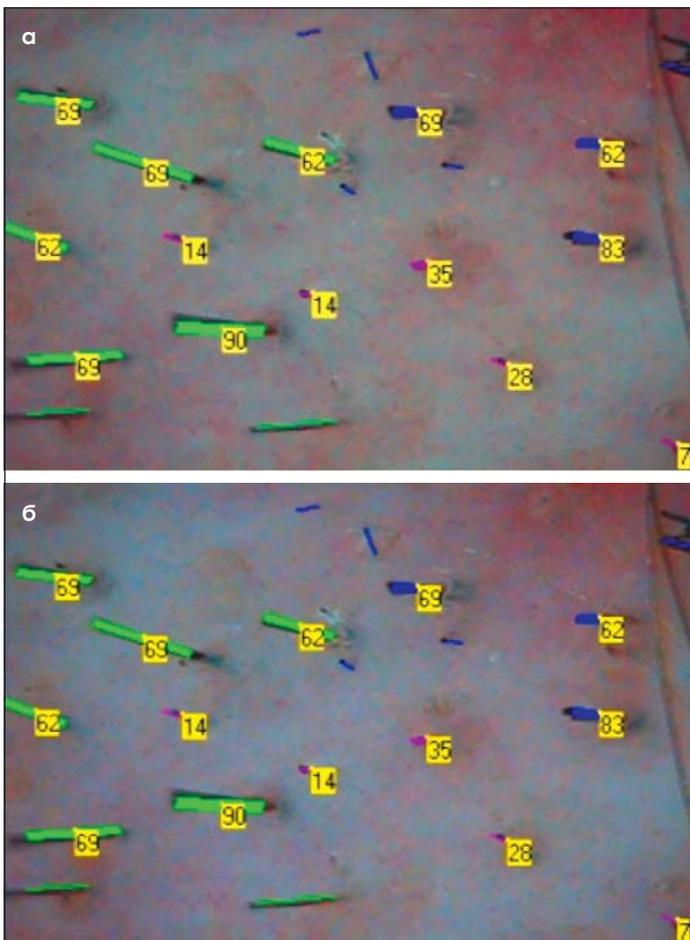


Рис. 2. ФТГ до лечения: а – теменная зона; б – затылочная зона

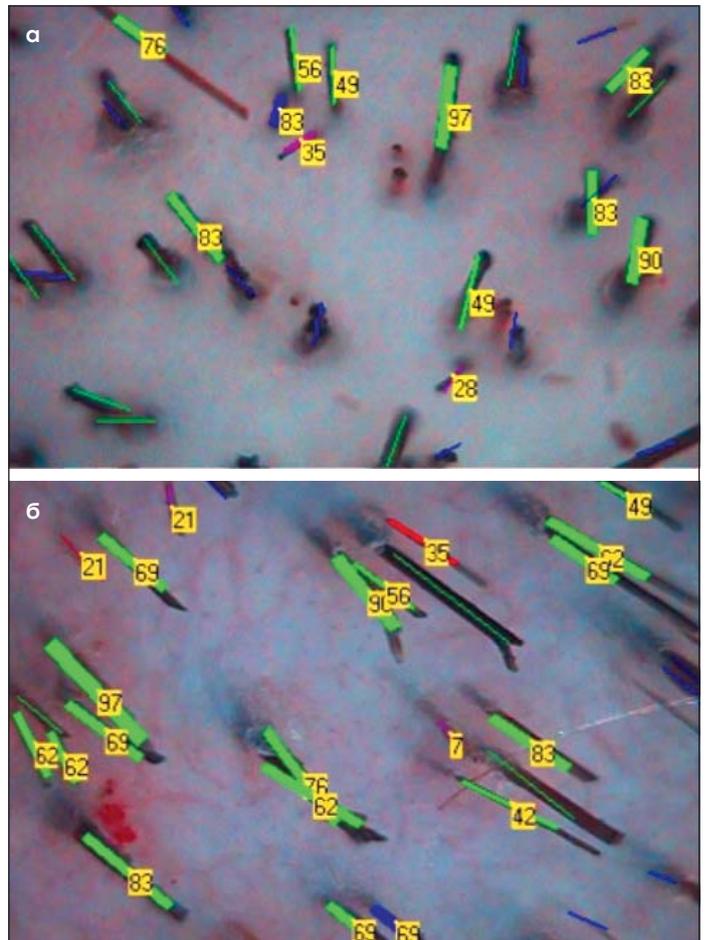


Рис. 4. ФТГ после лечения: а – теменная зона; б – затылочная зона

личество одиночных фолликулярных юнитов не превышало 28%, причем тройные и более преобладали над двойными, средний диаметр волоса составил $56 \pm 2,6$ мкм. В контрольной группе количество волос превысило 200 на 1 см^2 , одиночных, двойных, тройных и более юнитов – 30%, средний диаметр волос составил более $51 \pm 2,5$ мкм (рис. 3).

По данным ФТГ наблюдалось: значительное улучшение в виде увеличения количества толстых волос (диаметром более 80 мкм) в теменной области (рис. 4а) по сравнению с затылочной (рис. 4б) – 90% и 96% соответственно; уменьшение количества тонких волос (диаметром 30–40 мкм) в теменной области по сравнению с затылочной – 42% и 27% соответственно; анизотрихоз составлял $51 \pm 14,7$ мкм и $45 \pm 17,0$ мкм в теменной и затылочной зонах соответственно; снижение процента телогеновых волос в теменной области до 14%. Перипиллярные признаки отсутствовали.

Заключение

Результаты исследования позволяют говорить о том, что цинк в составе Цинкита в комплексной терапии ДА способствует уменьшению интенсивности выпадения, утолщению и росту волос. Все пациентки отметили хорошую переносимость Цинкита.

Таким образом, Цинкит является эффективным дополнением к комплексной терапии ДА, что способствует повышению эффективности лечения.

Литература

1. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА. 2000. 188 с. [Adaskevich V.P., Mjadeldec O.D., Tihonovskaja I.V. Alopecija. M.: Medicinskaja kniga; N. Novgorod: izd-vo NGMA. 2000. 188 s. (in Russian)].
2. Галлямова Ю.А., Аль-Хадж Хассан Халед, Чернышова М.П. Диффузная алопеция // Лечащий врач. 2007. № 9 [Galljamova Ju.A., Al'-Hadzh Hassan Haled, Chernyshova M.P. Diffuznaja alopecija // Lechashhij vrach. 2007. № 9 (in Russian)].
3. Мурашкин Н.Н. Современные достижения молекулярной биологии волосяного фолликула как новый путь в решении проблемы патологического выпадения волос // Пластическая хирургия и косметология. 2013. №2 [Murashkin N.N. Sovremennye dostizhenija molekularnoj biologii volosjanogo follikula kak novyj put' v reshenii problemy patologicheskogo vypadenija volos// Plasticheskaja hirurgija i kosmetologija. 2013. №2 (in Russian)].
4. Кошевенко Ю.Н. Кожа человека. М.: Медицина. 2008. Т.1. С.208–252 [Koshevenko Ju.N. Kozha cheloveka. M.: Medicina. 2008. T.1. S.208–252 (in Russian)].
5. Ткачев В.П. Клинико-патфизиологическая характеристика метаболических нарушений при андрогенетической алопеции у женщин фертильного возраста: автореф. дис. кан. мед. наук. СПб. 2009 [Tkachev V.P. Kliniko- patofiziologicheskaja harakteristika metabolicheskikh narushenij pri androgeneticheskoi alopecii u zhenshhin fertil'nogo vozrasta: avtoref. dis. kan. med. nauk. SPb. 2009 (in Russian)].
6. Папий Н.А. Медицинская косметология. Минск, 2005. 512 с. [Papij N.A. Medicinskaja kosmetologija. Minsk, 2005. 512 s. (in Russian)].
7. Колужная Л.Д., Михнева Е.Н. Клинические и патогенетические особенности диффузной и андрогенетической алопеции // Вестник дерматологии и венерологии. 2003. №1. С.25–27 [Koljuzhnaja L.D., Mihneva E.N. Klinicheskie i patogeneticheskie osobennosti diffuznoj i androgeneticheskoi alopecii // Vestnik dermatologii i venerologii. 2003. №1. S. 25–27 (in Russian)].
8. Stenn K.S., Paus R. Controls of hair follicle cycling // Physiol. Rev. 2001. Vol. 81(1). P.450–494.
9. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Облысение: Дифференциальный диагноз. Методы терапии. СПб: Сотис. 2003. 176 с. [Aravjiskaja E.R., Miheev G.N., Moshkalova I.A., Sokolovskij E.V. Oblysenie: Differencial'nyj diaгноз. Metody terapii. SPb: Sotis. 2003. 176 s. (in Russian)].
10. Мазитова Л. Влияние эндокринных, метаболических и химических факторов на выпадение волос и их структуру у женщин // Les Nouvelles Esthetiques. Русское издание. 2002. №1. С.40–42 [Mazitova L. Vlijanie jendokrinnyh, metabolicheskikh i himicheskikh faktorov na vypadenie volos i ih strukturu u zhenshhin // Les Nouvelles Esthetiques. Russkoe izdanie. 2002. №1. S.40–42 (in Russian)].
11. Скальный А. Волосы – ключ к тайнам человеческой индивидуальности // Les Nouvelles Esthetiques. Русское издание. 2003. №4. С.58–60 [Skal'nyj A. Volosy – kljuch k tajnam chelovecheskoj individualnosti // Les Nouvelles Esthetiques. Russkoe izdanie. 2003. №4. S.58–60 (in Russian)].



Красота волос, кожи и ногтей

{ СО ВКУСОМ
МАРАКУЙИ }



СоПР № RU.77.99.11.003.E.001654.02.15 от 02.02.2015 г.

Реклама

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ