



Айгуль Ибатулина

к. м. н., врач-косметолог
первой категории,
трихолог, Уфа

@doctor_ibatullina

Возвращение волос

Андрогенетическое выпадение волос: мифы, проблемы ведения пациента.
Современные сочетанные протоколы.

Введение

Выпадение волос — наиболее частая жалоба, с которой косметологи и трихологи сталкиваются в клинической практике. Андрогенетическая алопеция (АГА) — самый распространённый тип заболевания кожи волосистой части головы^[1].

Андрогенетическое выпадение характеризуется прогрессирующей миниатюризацией волосяного фолликула и представляет собой нерубцовое выпадение волос, которым страдают до 80 % мужчин и 50 % женщин в подростковом и постподростковом возрастах.

Распространённость явления варьируется в зависимости от этнических групп: у мужчин (50 %) и женщин (19 %) европеоидной расы показатели выше, чем у азиатских и чернокожих мужчин и женщин^[2, 4].

Патогенез сильно варьируется и остаётся неясным, однако наличие дигидротестостерона (ДГТ) и степень генетической предрасположенности играют важную роль в его развитии.

Накапливающиеся исследования показали, что повышенные уровни ДГТ и сверхэкспрессия гена рецептора андрогенов (AR) связаны с АГА^[9]. Кроме того, 5-α-редук-

таза, присутствующая в дермальных сосочках, играет решающую роль во внутрифолликулярном превращении системного и местного тестостерона в ДГТ.

ДГТ связывается с фолликулярными AR, что в конечном итоге образует сигнальные пути, связанные с прогрессирующей миниатюризацией фолликулов и выпадением волос^[10]. Таким образом, снижение уровня ДГТ жизненно важно для профилактики и лечения АГА.

Пациенты с АГА испытывают синдром потери волос, который включает в себя тревогу, депрессию, страхи десоциализации и о своём здоровье. Они ищут причины выпадения волос^[5]. Наличие разнонаправленной и недостоверной информации в интернете и многочисленные обещания «излечения» чудесными средствами приводят к попыткам лечения инъекциями, нерегулярному и короткому по времени применению различных лосьонов без стабильного результата. Всё это в итоге рождает разочарование.

Мифы о выпадении волос и ошибки при диагностике

- Самый популярный миф: если выпадают волосы на макушке, это всегда связано с повышением уровня тестостерона или дигидротестостерона в сыворотке крови. На самом деле в подавляющем большинстве случаев данных изменений нет. Доля андрогенной алопеции, развившейся вследствие дисгормонов, очень мала.
- АГА — самая часто пропускаемая патология у женщин, поскольку она неочевидна без трихоскопии, особенно на первых этапах. Пациент может жаловаться

Представление о том, что потеря волос обязательно связана с дисгормоналами, сегодня **считается неверным**.

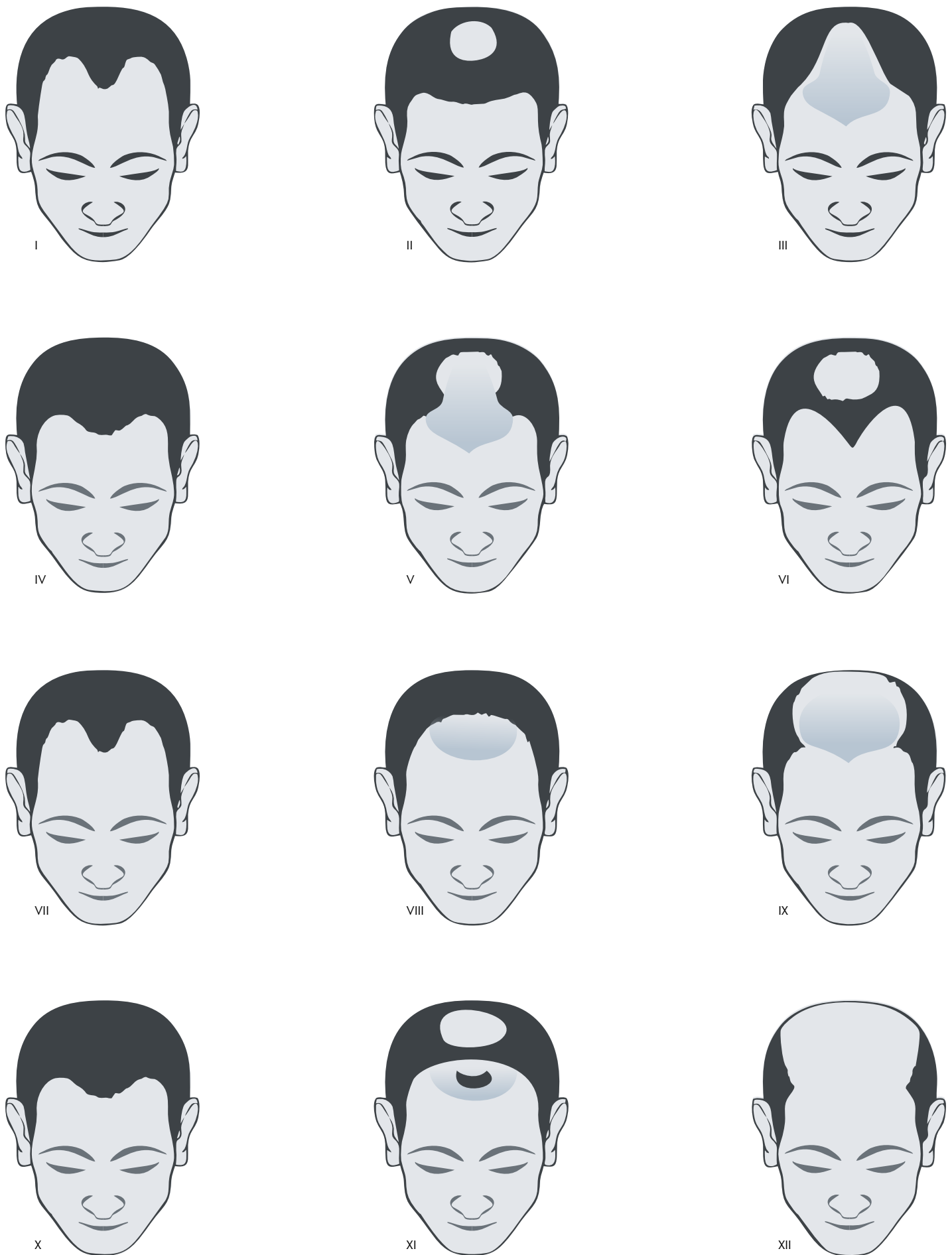


Рис. 1. Шкала андрогенетического выпадения волос у мужчин по Норвуду-Гамильтону



Рис. 2. Шкала андрогенетического выпадения волос у женщин по Людвигу^[3, 8]

- на поредение волос (реже на выпадение) на приёме у косметолога, дерматолога, терапевта, гинеколога или эндокринолога. Врач ищет дефициты в анализах крови, и часто находятся те или иные отклонения от нормы. Пациенту назначаются инъекции: мезотерапия или плазмолечение, коррекция дефицитов, но результат не радует — состояние волос не улучшается.
3. Андрогенетическое выпадение волос у женщин начинается в менопаузе. На самом деле АГА как у женщин, так и у мужчин может начинаться уже с подросткового возраста.

Клинический пример № 1

Мужчина, 32 года, соматически здоров, потеря волос в течение пяти лет, сниженный уровень тестостерона в сыворотке крови^[Фото 1].

Клинический пример № 2

Женщина, 28 лет, потеря волос с 20–22 лет. Диагноз: андрогенетическое выпадение волос, стадия 2–3 по Людвигу^[Фото 2].

Диагностика АГА

Кроме жалоб на поредение волос и макрофотографий лобно-теменной и затылочной зон диагностика АГА, особенно ранняя, основывается на трихоскопии. Для постановки диагноза необходимы два больших или один большой и два малых трихоскопических признака.

Большие трихоскопические признаки:

- больше четырёх жёлтых точек в четырёх полях при увеличении в 70 раз,
- средняя толщина волос в лобной зоне меньше, чем в затылочной при подсчёте не менее 50 волосков,
- больше чем 10 % vellusных волос (менее 30 мкм в диаметре) во фронтальной зоне.

Малые трихоскопические признаки:

- одноволосных юнитов в лобной части в два раза больше, чем в затылочной,
- соотношение количества vellusных волос в лобной и затылочной частях 1,5:1,
- количество перипеллярных знаков в лобной и затылочной зоне — в соотношении 3:1^[Фото 3, 4].

Материалы и методы

Существует несколько традиционных вариантов лечения АГА, подразумевающих наличие проблем переносимости и эффективности данных схем^[11].

Уровень доказательности I по литературным данным^[12, 13] — это применение миноксидила и антиандро-

генных препаратов («Финастерид», «Спиринолактон») ^[17, 18], а также пересадка волос^[12]. Уровень доказательности III, IV — применение обогащённой тромбоцитами плазмы и низкоинтенсивного лазерного света.

Поскольку в России сегодня отсутствуют клинические рекомендации относительно ингибиторов 5- α -редуктазы и других антиандрогенных препаратов, самым доступным и эффективным средством остаётся наружный миноксидил (5 % для мужчин и 2 % для женщин)^[14].

С 1970 года таблетированный миноксидил использовался в лечении гипертензии, и его побочным эффектом оказался усиленный рост волос. При наружном нанесении миноксидил в коже с помощью фермента сульфат-трансфериазы преобразуется в активную форму — миноксидила сульфат. Точный механизм действия вещества на волосы неизвестен до сих пор, однако есть информация, что оно активизирует калиевые каналы в клетках и усиливает образование оксида азота, который расширяет сосуды и является стимулятором анагеновой фазы. Таким образом, миноксидил укорачивает телоген и продлевает анаген с прогрессирующим утолщением волосяного стержня. Для эффекта должен применяться регулярно — два раза в день, иначе рост волос опять замедляется^[19, 20].

Наружные формы миноксидила представлены спреями и пенами, доступны в аптечных сетях и экономически выгодны пациентам. Первые видимые эффекты загущения волос на практике заметны с четвертого-седьмого месяца использования, поэтому очень важно сориентировать пациента на постоянное применение препарата.

Тем не менее существуют проблемы применения препаратов миноксидила. И самая первая — это раздражающее действие основ лосьонов и энансеров, например, широко распространённого компонента — пропиленгликоля. Именно дерматиты являются наиболее частой причиной отказа от терапии наружным миноксидилом^[Фото 5].

Вторая причина — ощущение жирных, «грязных» волос после применения лосьонов. Ну и, наконец, эффективность наружных форм миноксидила составляет около 70 %, и нам необходима дополнительная поддержка волосяного фолликула, в том числе препаратами с антиандрогенным действием.

В своей практике мы разработали комбинацию применения наружного миноксидила, пены «Алопель» и низкоинтенсивного лазерного света для пациентов, которые по тем или иным причинам отказываются от применения антиандрогенных препаратов.

При воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на кожу и волосяной фолликул фотон поглощается клеткой и преобразуется в тепло, что неспецифически стимулирует биохимическую активность тканей, увеличивает напряжение кислорода в них, количество капилляров и их функциональную активность,

а главное — повышает пролиферацию и восстанавливает биоритмы деления клеток.

Кроме того, НИЛИ оказывает антибактериальное действие, замедляет старение клеток и внеклеточной соединительной ткани, улучшает эластичность дермы с восстановлением водного сектора, то есть имеет противотревожное действие и даёт увеличение массы мышцы, поднимающей волос, что важно в патогенезе андрогенетического выпадения волос.

Для воздействия на дермальный сосочек волосяного фолликула необходимо выбирать лазеры с длиной волны 635–1060 нм. Несомненный плюс процедуры в её неинвазивности. FDA одобрил применение лазерной расчёски ежедневно в течение полугода по 15 минут в день для достижения стабильных результатов. При применении НИЛИ совместно с наружными средствами мы имеем эффект лазерофореза, то есть дополнительного усиления проникновения препаратов через кожу.

Низкоинтенсивное лазерное излучение назначалось нами три раза в неделю на аппарате «Матрикс» — сеансами по 30 минут. Кроме того, пациентам было рекомендовано приобретение домашней лазерной расчёски для продолжения курса лечения.

Пена «Алопель» (Catalysis, Испания) обладает мягкой текстурой и хорошим смягчающим действием на кожу головы. Также в составе пены — комплекс «Прокэпил», который обладает себорегулирующим и противовоспалительным действием и предупреждает появление раздражения на коже головы после применения лосьона с миноксидилом.

Экстракты сосны, шалфея, белой крапивы и розмарина успокаивают кожу. Также в составе комплекса присутствуют олеанолевая кислота и экстракт красного клевера, которые используются как ингибиторы 5- α -редуктазы, и биотинил ГНК — стимулятор клеточного метаболизма: он способствует прочной фиксации волоса благодаря склеивающим протеинам. Комплекс «Капиксил» стимулирует волосяной фолликул благодаря ацетилтетрапептиду-3, увеличивающему размер фолликула.

Преимуществом «Алопель» стала форма препарата: пена не мочит корни волос и при нанесении перед лосьоном с миноксидилом способствует сохранению причёски и презентабельного внешнего вида. Также важно, что пена создана именно для пациентов с АГА и содержит ингибиторы 5- α -редуктазы, работая синергично с ми-

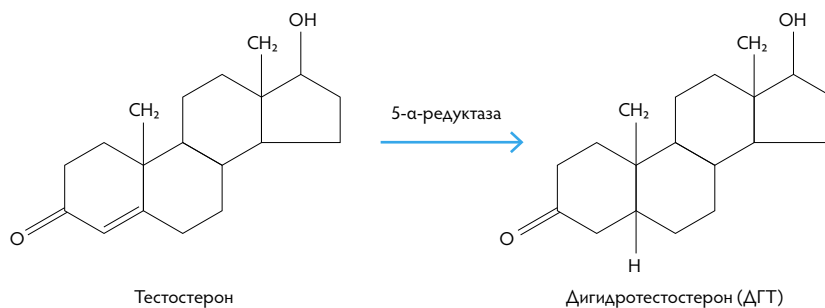


Рис. 3. 5- α -редуктаза тестостерона

ноксидилом. Она доступна в интернет-аптеках и на маркетплейсах.

Схема применения: после мытья головы либо на сухую кожу наносим пену и через пару минут — лосьон миноксидила. Так мы смягчаем кожу головы и уменьшаем раздражающее действие миноксидилсодержащих препаратов. Особенно это важно в начале действия миноксидила, поэтому первые три месяца его применения мы рекомендуем использовать «Алопель» дважды в день.

Второй задачей является насыщение волосяного фолликула антиандрогенными компонентами для блокады 5- α -редуктазы. Для этой цели достаточно использовать пену «Алопель» один раз в день. Пациенты предпочитают делать это утром в целях сохранения внешнего вида причёски.

Третьей задачей применения «Алопель» становится общая регуляция фазы роста волосяного фолликула, поскольку очень часто (особенно у женщин) мы имеем сопутствующие эпизоды телогенового выпадения волос по совершенно разным причинам.

Результаты коррекции

За полгода применения данной схемы мы смогли уменьшить процент отказа от миноксидила в результате дерматита или эстетической неудовлетворённости до 1,6% (один пациент из 60) по сравнению с аналогичным предыдущим периодом 6,9% (пять пациентов из 72).

Кроме того, при проведении фототрихограммы пациентам, применяющим только наружный миноксидил, а не комбинацию миноксидила, пены «Алопель» и низкоинтенсивного лазерного света, процент прироста ана-

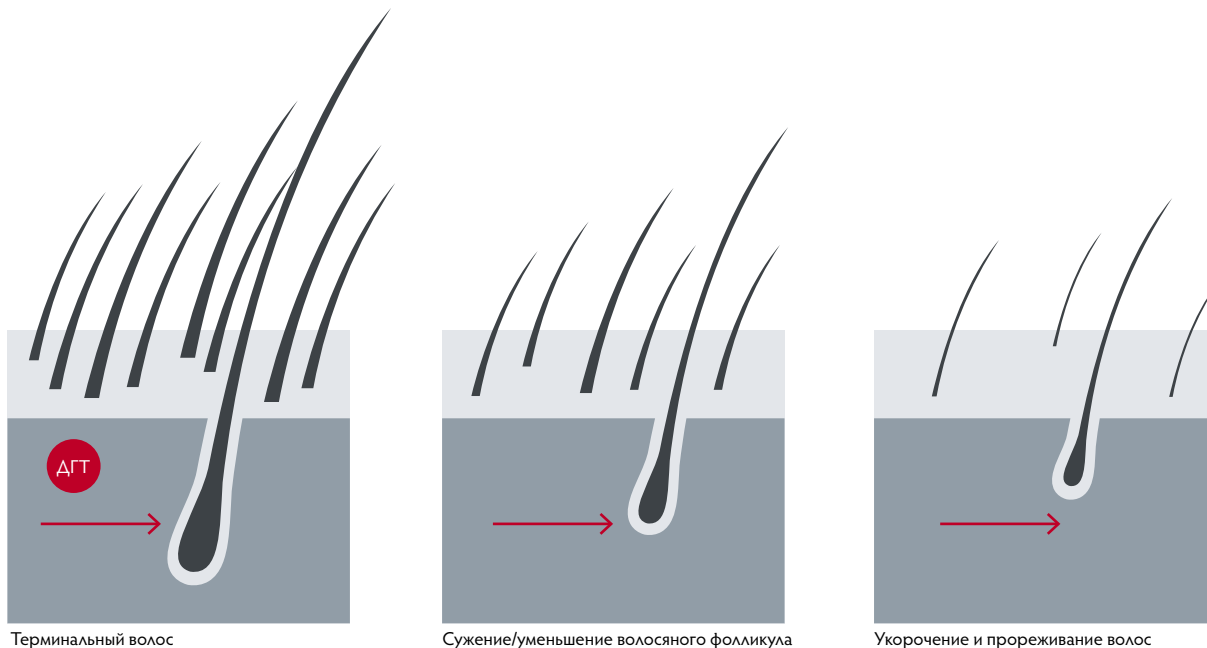


Рис. 4. Андрогенетическая алопеция (АГА)



Фото. 1. Клинический случай № 1. Мужчина, 32 года. Макрофотография лобно-теменной зоны

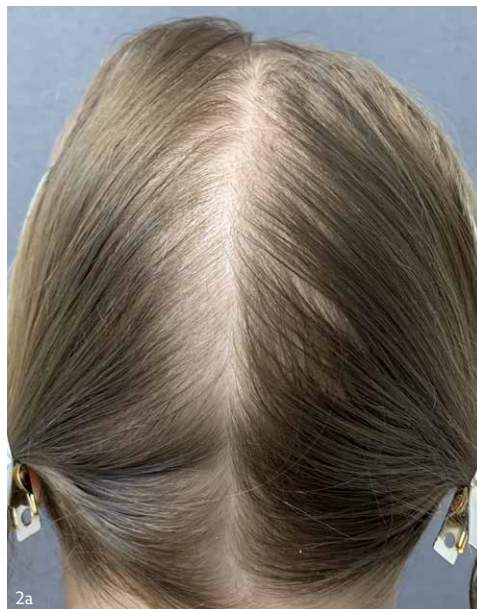


Фото. 2. Клинический случай № 2. Женщина, 28 лет. **А** — макрофотография центрального сагиттального пробора, затылочная зона, **б** — макрофотография центрального сагиттального пробора, лобно-теменная зона



Фото. 3. Трихоскопия андрогензависимой зоны: одиночные волосы, жёлтые точки, большое количество vellusных (истончённых) волос, перипеллярные знаки



Фото. 4. Трихоскопия андрогеннезависимой зоны: нет ни одного признака АГА



Фото. 5. Пациент с дерматитом на фоне наружного применения миноксидила. **А** — до процедуры, **б** — после сочетанного использования пены «Алопель» и наружного миноксидила



Фото. 6. Фототрихограмма до лечения наружным применением миноксидила 5% пеной «Алопель» и НИЛИ. **А** — андрогензависимая зона, **б** — андрогеннезависимая зона



Фото. 7. Фототрихограмма через шесть месяцев наружной терапии. **А** — андрогензависимая зона, **б** — андрогеннезависимая зона



геновых волос оказался достоверно ниже (7,2% против 11,7%). Наилучшие результаты показали пациенты с небольшой степенью потери волос: Людвиг I — для женщин и Норвуд-Гамильтон II-III — для мужчин.

Через шесть месяцев наружной терапии, включавшей миноксидил 5% (на андрогензависимую зону), пену «Алопель» (на всю волосистую часть головы) и применение НИЛИ, мы видим улучшение роста волос и в затылочной зоне, где применялась только пена^[Фото 7].

Оправдано применение пены и низкоинтенсивного лазерного света в течение месяца до пересадки волос, чтобы предупредить эффект отдачи, когда мы должны отменить миноксидилсодержащие препараты. Также «Алопель» мы назначаем практически сразу после пересадки для предупреждения шоковой потери волос и улучшения результатов процедуры.

Заключение

При понимании врачом-косметологом и пациентом сущности течения андрогенетической алопеции

(генетический, хронический, медленно или быстро прогрессирующий процесс) мы обеспечим залог успешности лечения — постоянство.

Только при этом условии любые другие манипуляции, будь то инъекции плазмы или мезотерапия питательными лосьонами, выглядят целесообразными. Это важно понимать в первую очередь доктору, чтобы суметь убедить пациента использовать регулярный домашний уход.

Задачей дополнительной терапии станут дефибрирующее, противовоспалительное действие и прямая стимуляция волосяных фолликулов факторами роста.

При высоком уровне тестостерона или СПКЯ и других дисгормонозах мы рекомендуем только PRP-терапию (лечение собственной плазмы крови, обогащённой тромбоцитами). Главное здесь — соблюсти пропорцию количества тромбоцитов: одна пробирка обогащённой плазмы должна быть равна 3–4 пробиркам необогащённой.

Относительно НИЛИ важно помнить, что это также постоянный метод терапии. И в случае процедур в клинике это должны быть достаточно длительные курсы: 15–20 процедур с повторением через месяц перерыва. ●



Список литературы доступен по QR-коду