

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИИ

Качук М.В., Филатова Ю.Г.

УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет»

Трудности в достижении успешного терапевтического эффекта при алопеции требуют придерживаться основного принципа лечения – быть комплексным и максимально индивидуальным. В проспективное исследование были включены 48 пациентов с различными формами алопеции, из них 18 мужчин и 30 женщин. Пациенты были разделены на 2 группы (традиционного лечения и комплексной терапии в сочетании с внутривокаловыми инъекциями бетаметазона). Комплексное лечение в сочетании с внутривокаловыми инъекциями бетаметазона эффективнее традиционной терапии при некоторых формах алопеции.

Ключевые слова: алопеция, патогенез, лечение, кортикостероиды, бетаметазон.

MODERN TREATMENT OF ALOPECIA

Kachuk M.V., Filatava Y.G.

Belarusian State Medical University

Abstract.

The difficulty to successfully therapeutic effect of alopecia requires the observance of the main principle – the therapy should be complex and as individual as possible. The variety of available methods of drug therapy and apparatus procedures extends possibilities for optimal choice of treatment of this pathology.

This prospective study included 48 patients with various forms of alopecia, out of them 18 males and 30 females. Subjects were randomized to receive adjuvant therapy in combination with intralesional injections of betamethasone or conventional therapy. Adjuvant therapy in combination with intralesional injections of betamethasone is better than conventional therapy in management of some form of alopecia.

Key words: alopecia, pathogenesis, treatment, corticosteroids, betamethasone.

Введение. Алопеция является одной из актуальнейших проблем дерматологии. Заболеваемость среди пациентов дерматологического профиля составляет от 2 до 5%. Этиология и патогенез алопеции до конца не изучены, что обуславливает большие трудности в разработке эффективных методов его терапии. В настоящее время в терапии алопеции используются различные группы лекарственных препаратов, такие как: неспецифические раздражающие средства, местные ирританты, средства стимулирующие рост волос, иммуносупрессанты,

всевозможные адьювантные средства. Также в лечении алопеции нашли применение различные физиотерапевтические методы. Однако, течение болезни зачастую нельзя предугадать и применяемые методы лечения не всегда способствуют восстановлению роста волос и не защищают от возникновения рецидивов. Увеличение числа тяжелых быстро прогрессирующих форм, недостаточная эффективность существующих методов лечения, частое рецидивирование, диктует необходимость поиска новых и усовершенствование уже имеющихся способов терапии алопеции [1, 2, 3, 4].

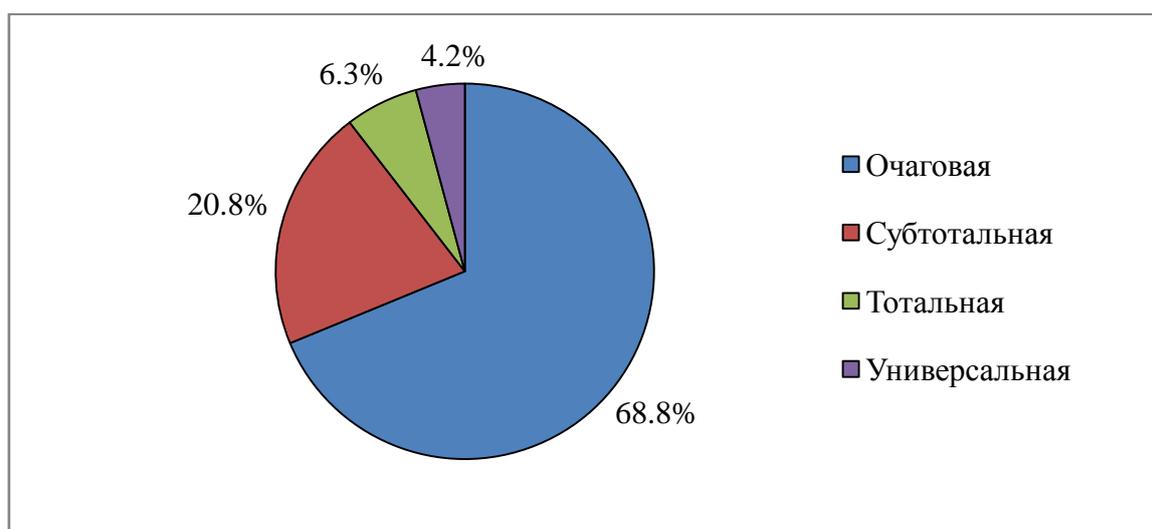
Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 48 пациентов с различными формами алопеции, прошедшие скрининговое обследование и соответствующие критериям включения-исключения, получавших лечение с 2012 по 2014 год в условиях УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г.Минска, а также наблюдавшихся на кафедре кожных и венерических болезней БГМУ.

Под нашим наблюдением находились пациенты с различными формами алопеции в возрасте от 17 до 57 лет, из них 30 (62,5%) женщин и 18 (37,5%) мужчин. Показатель соотношения женщин и мужчин составил 1,67:1.

Продолжительность заболевания составила от 1 месяца до 1 года. В исследование не были включены пациенты со стажем алопеции больше 1 года, поскольку длительное течение заболевания значительно снижает эффективность лечения. У 29 (60,4%) пациентов продолжительность заболевания не превышала 6 месяцев, 19 (39,6%) симптомы заболевания наблюдались от 6 месяцев до 1 года.

В зависимости от формы алопеции пациенты были разделены на несколько групп. Очаговая форма наблюдалась у 33 пациента, при этом у большинства (18 пациентов) был обнаружен лишь один очаг, от 2 до 5 очагов зарегистрировано у 15 пациентов. Субтотальная форма была у 10 пациентов, с тотальной формой ОА наблюдалось 3 пациента, а универсальная выявлена в 2 случаях.

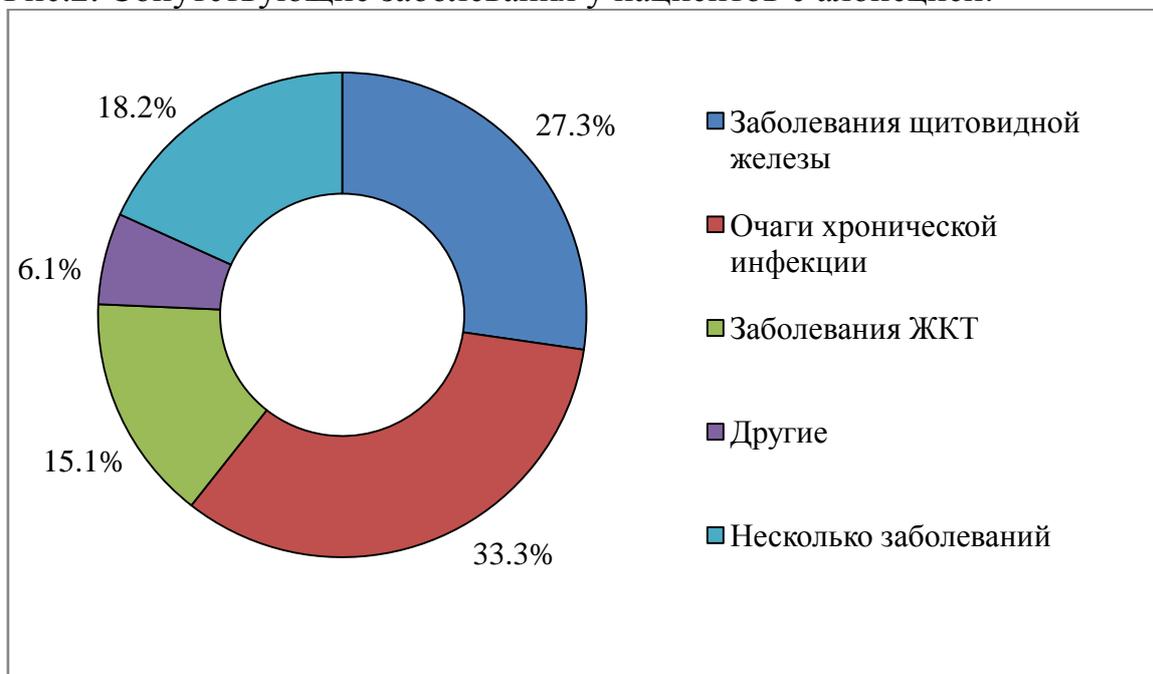
Рис. 1. Клинические формы алопеции.



Сопутствующие заболевания были выявлены у 33 (68,75%) пациентов. У 9 (18,75%) выявлены очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, хронический бронхит), у 11 (22,9%) - заболевания щитовидной железы

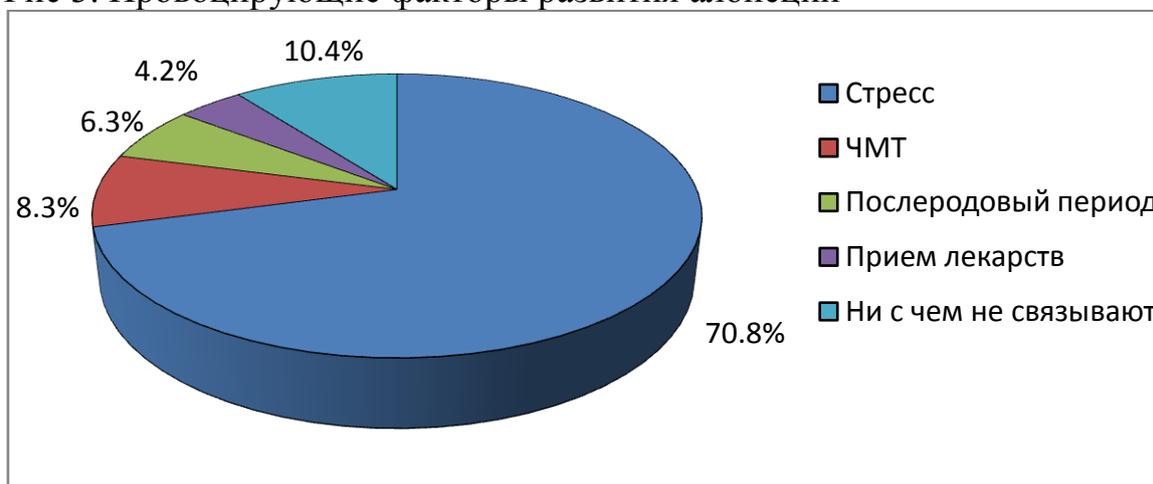
(гипотиреоз, тиреотоксикоз, узловой зоб), у 5 (10,4%) пациентов - заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, мочекаменная болезнь). У 2 (4,2%) пациентов были отмечены другие сопутствующие патологии (артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония). Также у 6 (12,5%) пациентов зафиксировано несколько сопутствующих заболеваний.

Рис.2. Сопутствующие заболевания у пациентов с алопецией.



После анализа анамнестических данных по выявлению возможных причин заболевания было выделено несколько групп провоцирующих факторов развития алопеции. У 34 (70,8%) пациентов началу заболевания предшествовало психоэмоциональное напряжение. У 4 (8,3%) пациентов отмечались черепно-мозговые травмы в анамнезе. У 3 женщин (6,3%) алопеция возникла в послеродовом периоде. 2 (4,2%) пациента связывали начало заболевания с приемом лекарственных средств. 5 (10,4%) пациентов дебют заболевания ни с чем не связывали.

Рис 3. Провоцирующие факторы развития алопеции



Из представленных в таблице данных видно, что в большинстве случаев провоцирующих факторов были связаны со стрессом.

Нами не зарегистрировано ни одного семейного случая алопеции. При проведении обследования ногтей пластинок у 100% не наблюдалось патологических изменений. Данный факт мы связываем с непродолжительностью течения заболевания (до 1 года).

Пациенты были разделены на 2 клинические группы, для каждой из которых была предложена своя схема лечения. Пациенты первой группы (25 человек) получали комплексную терапию, включающую препараты, улучшающие микроциркуляцию, комплексы витаминов и микроэлементов, ноотропы/седативные средства, местно всем пациентам назначался миноксидил. Пациенты второй группы (23 человека) получали комплексную терапию в сочетании с внутриочаговыми инъекциями бетаметазона. В нашем исследовании мы использовали глюкокортикостероидный препарат дипроспан. При выборе препарата мы руководствовались его эффективностью и безопасностью по сравнению с другими стероидами. Пациентам 2-ой группы дипроспан в очаги облысения вводили методом внутрикожных инъекций из расчета 0,1 - 0,2 мл на 1 - 2 см² очага поражения, с интервалом в 21 день. Курс лечения составлял 2 процедуры.

Эффективность терапии оценивали на основании динамики площади поражения, длительности терапии до восстановления роста волос, переносимости и продолжительности ремиссии.

Для оценки эффективности лечения мы использовали следующие клинические параметры: состояние клинической ремиссии, значительное улучшение, улучшение, без эффекта. Под состоянием клинической ремиссии понимали активный рост терминальных волос в очагах поражения, т.е. полное зарастание очагов волосами и отсутствие зоны «расшатанных» волос. Значительное улучшение – стойкая положительная динамика, характеризующаяся косметически приемлемым восстановлением роста волос не менее чем на 2/3, исчезновением зоны «расшатанных» волос. Улучшение – медленная динамика процесса, характеризующаяся уменьшением очага(-ов) облысения при отсутствии зоны «расшатанных» волос и наличии псевдовеллюсных волос.

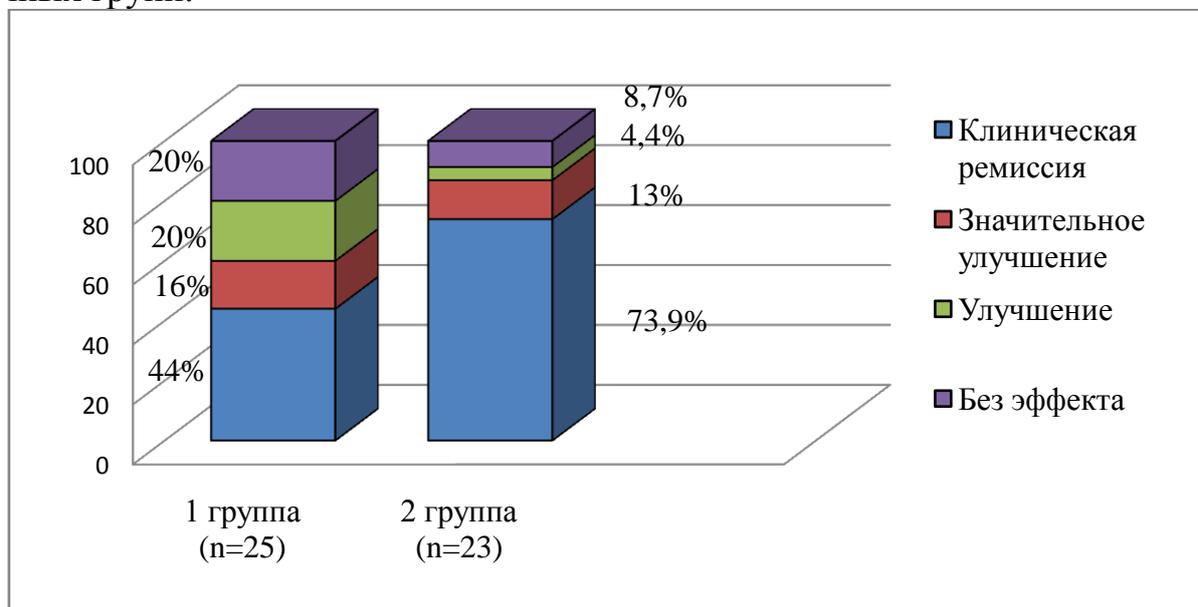
Результаты и обсуждение. После проведенного курса лечения у 41 пациента наблюдался положительный терапевтический эффект. Достижение клинической ремиссии произошло у 44% пациентов из первой клинической группы, во второй группе данный показатель составил 73,9%. Значительное улучшение наблюдалось у 16% из первой и у 13% пациентов из второй группы. Улучшение зарегистрировано у 20% из первой группы, а также у 4,4% в группе, получавших инъекции бетаметазона. У 7 (14,6%) пациентов не отмечалось положительной динамики, в первой группе процент составил 20%, во второй группе 8,7%.

Таблица 1. Эффективность комбинированной терапии алопеции.

Критерии	1 группа(n=25)	2 группа(n=23)	Всего(n=48)
Клиническая ремиссия	11	17	38

Значительное улучшение	4	3	7
Улучшение	5	1	6
Без эффекта	5	2	5

Рис.4. Эффективность комбинированной терапии алопеции у пациентов различных групп.



У 30 пациентов наступление роста волос произошло в сроки 3-5 недель от начала терапии, у 11 – через 6-8 недель. Среди пациентов, у которых в течение 3-5 недель наблюдался рост волос, пациенты первой клинической группы составили 36,7%, второй – 63,3%. Пациенты, отмечавшие рост волос в сроки 6-8 недель, в подавляющем большинстве оказались из первой клинической группы - 81,8%, пациенты, получавшие инъекции дипроспана составили 18,2%.

Предложенная терапия, в целом, переносилась пациентами хорошо. Не было отмечено ни одного ухудшения состояния или осложнения лечения. Среди побочных эффектов была отмечена тошнота, наблюдавшаяся у 8 (16,7%) пациентов после приема цинктерала. Снижение дозы данного препарата позволило добиться устранения указанного побочного эффекта. 7 (14,6%) пациентов жаловались на появления раздражения волосистой части головы после применения миноксидила. Из них 3 продолжили применять данный препарат через день, а 4 не смогли больше использовать миноксидил для лечения.

Проследить отдаленные результаты удалось у 22 в течение 1 года и у 16 в течение 6 месяцев. Рецидив за время наблюдения наступил у 4 пациентов. В первой клинической группе рецидив отмечался у 3 пациентов. Среди пациентов, получавших внутриочаговые инъекции ГКС, лишь у одного наблюдался рецидив заболевания. В настоящий момент исследование продолжается.

Выводы.

1. Комплексная терапия алопеции с применением внутрикожных инъекций препарата дипроспан в патологические очаги приводит к клинической ремиссии, значительному улучшению и улучшению кожного процесса более чем у 90 % пациентов.

2. При выборе адекватного метода лечения пациентов с алопецией следует учитывать клиническую форму заболевания, а также длительность облысения.

3. Такой метод наиболее показан пациентам с очаговой и субтотальной формами алопеции при длительности заболевания до 1 года. Безопасность метода подтверждена отсутствием серьезных побочных эффектов и осложнений.

4. Комплексное лечение в сочетании с внутриочаговыми инъекциями дипроспана повышает эффективность лечения и способствует улучшению ближайших результатов (быстрее приводит к наступлению роста волос), а также увеличению продолжительности межрецидивного периода.

Литература.

1. Олисова О.Ю., Смирнов К.В. ПУВА-терапия в дерматологии. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. – №6. – С. 71.

2. Суворова, К.Н. Эволюция терапии гнездовой алопеции и современная дерматологическая практика / Суворова К.Н., Варданян К.Л., Хватова Е.Г. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – №5. – С.9-15.

3. Фомкина, И.Г. Комплексная патогенетическая терапия больных очаговой алопецией с учетом показателей гемостаза и реологии крови: Дис. ... канд.мед.наук. М 1997.

4. Olsen E.A. Hair in Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. In: Freedberg IM. New York: McGraw-Hill, 2003. – P. 641-643.