

УДК 616.594.14-031.81-02:616.155.194.8]-08

*Андижанский государственный медицинский институт.*

*Андижан. Узбекистан*

*Кафедра дерматовенерологии*

*Студент магистр 2-курса Улughоджаев Д.И.,*

*Руководитель профессор Пакирдинов А.Б.*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЦИНКА И АСКОРБИНОВОЙ  
КИСЛОТЫ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЫ АЛОПЕЦИИ**

*Резюме:* В статье приведены данные, об эффективности препаратов цинка и аскорбиновой кислоты в составе Цинтал в комплексной терапии диффузной алопеции способствует уменьшению интенсивности выпадения, утолщению и росту волос. Все пациентки отметили хорошую переносимость Цинтала.

*Ключевые слова:* выпадение волос, цинк, алопеция, волосяные фолликулы, диффузная алопеция, трихоскопия, волосы.

*Andijan State Medical Institute.*

*Andijan. Uzbekistan*

*Department of Dermatovenereology*

*2nd year Master's student Ulughodjaev D.I.,*

*Supervisor Professor Pakirdinov A.B.*

**CLINICAL EFFICACY OF COMPLEX THERAPY WITH ZINC AND  
ASCORBIC ACID PREPARATIONS IN PATIENTS WITH DIFFUSE  
ALOPECIA**

**Resume:** The article provides data on the effectiveness of zinc and ascorbic acid preparations in the composition of Tsintal in the complex therapy of diffuse alopecia helps to reduce the intensity of hair loss, thickening and hair growth. All patients noted good tolerability of Tsintal.

**Keywords:** Hair loss, zinc, alopecia, hair follicles, diffuse alopecia, trichoscopy, hair.

**Актуальность темы.** Алопеция представляет собой патологическое выпадение волос. Различают 2 группы алопеций – рубцовые, характеризующиеся разрушением волосяных фолликулов, и нерубцовые алопеции. К нерубцовым алопециям относят диффузную алопецию, 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 волосяных фолликулов при различных состояниях, в терминологии диффузная алопеция 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, диффузная алопеция подразделяется на анагеновую и телогеновую.

Волосяные фолликулы, как любая живая структурная единица организма, функционирует с определенной периодичностью, согласно которой изменяется и его морфология. Выделяют 3 основные фазы развития волосяных фолликулов: анаген – удлинение фолликула и активное производство волоса (от 2-х до 7 лет), катаген – обратное развитие или атрофия волосяных фолликулов (от нескольких дней до 2–3-х недель), телоген – фаза покоя (4). Продолжительность фазы анагена генетически обусловлена, и поэтому она различна. С возрастом продолжительность фазы анагена уменьшается. У здорового человека 85% волосяные фолликулы находятся в фазе анагена, 1% – в фазе катагена, 14%

– в фазе телогена, т.е. соотношение «анагеновых» волосяных фолликулов к «телогеновым» составляет 9:1. Ежедневно в среднем до 100 волосяных фолликулов прекращают свою функциональную деятельность. Удлинение волос обусловлено митотической активностью клеток матрикса и зависит от локализации, типа волосяных фолликулов, 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 недель до начала массивного выпадения волос [2, 6]. Согласно J. Headington, выделяют 5 функциональных типов телогенового выпадения волос:

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

2. Позднее завершение фазы анагена, характерное для послеродового выпадения волос. Большая часть волосяных фолликулов, вследствие гормональных перестроек во время беременности, находится в фазе роста и не переходит в фазу катагена до рождения ребенка. Через 1–2 месяца после родов эти «задержавшиеся» волосяные фолликулы 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 волосяных фолликулов 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 месяца) и хроническим (свыше 6 месяцев).

Анагеновая диффузная алопеция представляет собой внезапное выпадение волос (через 1–4 недели), 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].

Диффузная алопеция, как правило, возникает на фоне приема лекарственных препаратов, инфекционных и хронических заболеваний, дефицитных, а также психосоматических состояний. В том случае если не удастся 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 среды, 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 диффузной алопеции необходимы: 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 диффузной алопеции.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения препарата Цинтал в комплексной терапии диффузной алопеции.

### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением находились 32 женщины в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом диффузная алопеция. 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 (15 мг) и аскорбиновая кислота (60мг) в составе Цинтал по одной капсуле 1 раз в день после 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. 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 (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, веллусных ( $\leq 40$  мкм), толстых ( $\geq 80$

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 см<sup>2</sup>, также наблюдалось около 50% одиночных фолликулярных юнитов, средний диаметр которых составлял 52±3,2 мкм.

По данным фототрихограммы наблюдалось: уменьшение количества толстых волос ( $\geq 80$  мкм) в теменной области по сравнению с затылочной – 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 телогеновых 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 см<sup>2</sup>, количество одиночных фолликулярных юнитов не превышало 28%, причем тройные и более преобладали над двойными, средний диаметр волоса составил 56±2,6 мкм. В контрольной группе

количество волос превысило 200 на 1 см<sup>2</sup>, одиночных, двойных, тройных и более юнитов – 30%, средний диаметр волос составил более 51±2,5 мкм.

По данным фототрихограммы наблюдалось: значительное улучшение в виде увеличения количества толстых волос (диаметром более 80 мкм) в теменной области по сравнению с затылочной – 90% и 96% соответственно; уменьшение количества тонких волос (диаметром 30–40 мкм) в теменной области по сравнению с затылочной областью – 42% и 27% соответственно; анизотрихоз составлял 51±14,7 мкм и 45±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 и аскорбиновая кислота в составе Цинтал в комплексной терапии диффузной алопеции способствует уменьшению интенсивности выпадения, утолщению и росту волос. Все пациентки отметили хорошую переносимость Цинтала.

#### **Таким образом:**

Цинтал является эффективным дополнением к комплексной терапии диффузной алопеции, что способствует повышению эффективности лечения.

#### **Используемая литература**

1. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА. 2000. 188.
2. Галлямова Ю.А., Аль-Хадж Хассан Халед, Чернышова М.П. Диффузная алопеция //Лечащий врач. 2007. № 9.
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.

4. Кошевенко Ю.Н. Кожа человека. М.: Медицина. 2008. Т.1. С.208–252.

5. Ткачев В.П. Клинико-патофизиологическая характеристика метаболических нарушений при андрогенетической алопеции у женщин фертильного возраста: автореф. дис. кан. мед. наук. СПб. 2009.

6. Папий Н.А. Медицинская косметология. Минск, 2005. 512 с.

7. Колужная Л.Д., Михнева Е.Н. Клинические и патогенетические особенности диффузной и андрогенетической алопеции //Вестник дерматологии и венерологии. 2003. №1. С.25–27.

8. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Облысение: Дифференциальный диагноз. Методы терапии. СПб: Сотис. 2003. 176 с.

9. Мазитова Л. Влияние эндокринных, метаболитических и химических факторов на выпадение волос и их структуру у женщин //Les Nouvelles Esthetiques. Русское издание. 2002. №1. С.40–42.

10. Скальный А. Волосы – ключ к тайнам человеческой индивидуальности //Les Nouvelles Esthetiques. Русскоеиздание. 2003. №4. С.58–60.

11. Stenn K.S., Paus R. Controls of hair follicli cycling //Physiol. Rev. 2001. Vol. 81(1). P.450–494.