

За консультационной помощью обратилась пациентка 27 лет, которой в одном из салонов «Тату» сделали татуировку на боковой поверхности грудной клетки слева с переходом на молочную железу и плечо. Спустя 3 месяца по краю татуировки снизу появилось уплотнение, которое в виде жгута стало распространяться выше. Обратилась на прием к врачу только спустя 5 месяцев после начала данного процесса. При осмотре кожи по краю всей татуировки, нависая над ней, был виден келоидный рубец багрово-красного цвета с гладкой блестящей поверхностью. При этом пациентка ощущала жжение, болезненность, покалывание и напряженность ткани по ходу рубца. Пациентка плакала, была замкнута, не отвечала на вопросы. Ей было назначено лечение: инъекции лидазы подкожно, дипроспан в/м №2 с интервалом в 1 неделю, аевит, фонофорез стероидных мазей. Кроме того, ей была рекомендована консультация психотерапевта. При повторном осмотре через 2 месяца отмечалось незначительное размягчение рубца и изменение его цвета на более светлый. Для последующего лечения пациентке было рекомендовано обратиться в косметологическую клинику г. Минска для лазеротерапии. Дальнейшая судьба пациентки неизвестна.

Лечение келоидных рубцов после повреждения кожи является проблемой не только дерматологов, но и косметологов. А врачи, особенно косметологи, должны с осторожностью подходить к различным оперативным вмешательствам у людей, склонных к образованию гипертрофических и келоидных рубцов. В салонах «Тату» клиенты должны быть предупреждены о возможных неблагоприятных последствиях татуировок.

Литература:

1. Чернова И. Рубцы: отметки со своей историей. Журнал «Косметолог» №4 2005
2. Парамонов Б. Как предотвратить рубцы. СПбМАПО. Санкт-Петербург. 2012.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

Н.И. Крук, И.Г. Шиманская

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Несмотря на большое количество существующих методов лечения, диффузная алопеция остается одной из актуальнейших и трудноразрешимых проблем дерматологии. В

структуре всех заболеваний волос удельный вес диффузной алопеции составляет более 80%, т.е. является наиболее частой причиной нарушения роста волос, поражая от 30% до 40% людей трудоспособного возраста [2,3,7]. Поражения волос в структуре кожной патологии занимают 4% и около 1% всего населения хотя бы раз наблюдали выпадение волос [2]. Эффективность наружного лечения, как правило, подвергается субъективной оценке. Стандартных методов оценки результатов лечения не разработано. Как следствие этого, нет рекомендаций, определяющих выбор конкретного препарата для наружного лечения диффузной телогеновой алопеции.

Цель – провести сравнительный анализ эффективности препаратов для наружного применения, используемых в лечении диффузного выпадения волос.

Материалы и методы. В ходе исследования было отобрано: 86 пациентов с диффузным телогеновым выпадением волос, из них 46 получали наружное лечение (женщины - 46), средний возраст - 34,6+/- 2,6 лет. Диагноз телогеновой алопеции подтверждался жалобами пациентов, данными клинического обследования (наличие выпадения волос в теменной и/или затылочной областях, уменьшение диаметра волос) и данными трихологического исследования.

Критерии включения пациентов в исследование:

Пациенты с диффузной алопецией в возрасте старше 18 лет.

Информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

Наличие очаговой, андрогенетической и рубцующейся алопеции.

Положительные серологические реакции на наличие сифилитической инфекции.

Наличие заболеваний щитовидной железы.

Наличие сопутствующих соматических заболеваний тяжелого течения или неопластического характера.

Прием гормональных и цитостатических препаратов.

Эффективность лечения оценивалась с помощью системы видеотрихоскопии (Aramo-SG, производство Южная Корея) до лечения, в динамике (через 1 и 3 месяца после начала лечения). Оценивались следующие параметры: соотношение волос по фазам роста (анаген, катаген, телоген), толщина волоса (веллусные и терминальные волосы); плотность волос в андрогензависимой и андрогеннезависимой зонах; микроциркуляция (оценивалась субъективно в баллах).

В ходе исследования проводилась сравнительная оценка эффективности двух препаратов для наружного лечения телогеновой алопеции. В составе первого средства «Неоптид» активными компонентами являлись: тетрапептид (валин, тирозин, лизин, аспарагиновая кислота), дигуанозина, экстракт рускуса, экстракт артемии, никотинамид. Действие препарата направлено на стимулирование волосяных фолликулов в фазе ангена. Тетрапептид усиливает митоз клеток волосяных луковиц и значительно продлевает фазу роста волоса. За счет стимуляции микроциркуляции кожи головы активизируется рост волосяного стержня. Действие других активных веществ (неоружин, никотинамид и CP4G) способствует усилению обменных процессов на уровне волосяной луковицы. Препарат наносился на кожу головы ежедневно в количестве 12 впрысков из флакона. Длительность применения составила 3 месяца.

Второй препарат «Асатекс» содержал мелатонин, Гинкго Билоба и биотин. Мелатонин способен к выборочному взаимодействию с пролиферирующими клетками волосяных фолликулов, управляющими ростом волос; обладает иммуностимулятором действием (повышает активность Т-клеток и фагоцитов); снижает разрушающее действие свободных радикалов; является мощным антиоксидантом. Гинкго билоба положительно влияет на периферический кровоток, улучшает питание волосяного фолликула и усиливает рост волос. Биотин (витамин Н, антисеборейный) - участвует в регуляции жирового и углеводного обменов, что способствует поддержанию в норме состояния кожи и волос; является уникальным переносчиком серы. Данное средство применялось в виде ампул в количестве 1 ампула 1 раз в день, 5 дней в неделю на протяжении 3 месяцев.

Статистическая обработка полученных количественных данных проведена с использованием статистической программы «STATISTICA 6.0». Представление и описание распределений количественных данных проводилось с помощью среднего значения (M) и среднеквадратического отклонения (σ). Сравнение двух связанных групп (до и после лечения) по трихоскопическим параметрам проводилось с помощью критерия Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при степени безошибочного прогноза, равной 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Таблица 1. – Результаты трихоскопического исследования пациентов с диффузным телогеновым выпадением волос до и после лечения. Препарат «Асатекс»

n-23	Анаген		Телоген		Веллусные волосы		Терминальные волосы	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Среднее значение (M±σ)	72+/-3,48	73,8+/-3,48	25,21+/-2,58	23,92+/-2,81	31,13+/-5,42	29,3+/-5,76	68,87+/-5,42	70,7+/-5,76
Достоверность различий	p=0,000013*		p=0,0013*		p=0,000022*		p=0,000022*	

Примечание: n – число пациентов; *- различия являются достоверными

На фоне лечения были выявлены значительные достоверные подтвержденные различия. Достоверность различий подтверждалась критерием Вилкоксона. В группе №1 наблюдалось увеличение волос в фазе анагена и снижение телогеновых волос, также уменьшилось соотношение веллусных и терминальных волос.

Таблица 2. – Результаты трихоскопического исследования пациентов с диффузным телогеновым выпадением волос до и после лечения. Препарат «Неоптид»

n-23	Анаген		Телоген		Веллусные волосы		Терминальные волосы	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Среднее значение (M±σ)	70,7+/-3,2	73,5+/-3,2	27,4+/-3,3	24,9+/-3,2	27,3+/-5,57	24,3+/-5,44	72,7+/-5,57	75,7+/-6,06
Достоверность отличий	p=0,000004*		p=0,000004*		p=0,000004*		p=0,00003*	

Примечание: n – число пациентов; *- различия являются достоверными

В группе №2 также наблюдалось увеличение волос в фазе анагена и уменьшение количества телогеновых волос. Снизилось соотношение веллусных и терминальных волос.

В обеих группах наблюдалось увеличение плотности волос в андрогензависимой и андрогеннезависимой зонах. Существенных различий между двумя группами не выявлено.

Выводы

1. Методы наружного лечения диффузного телогенового выпадения волос показали свою практическую эффективность, что подтверждено увеличением процентного соотношения волосяных луковиц в фазе анагена и увеличением плотности волос на фоне проводимого лечения.

2. Применяемые средства явились безопасными, что основано на отсутствии побочных эффектов и аллергических реакций.

Литература:

1. Костина С.В., 2009 Исследование цитокинов у детей с очаговой алопецией
2. Мяделец О.Д., Адашкевич В.П., 2006 Морфофункциональная дерматология
3. Шарова А.А. Перспективы применения биологических препаратов в лечении выпадения волос. // Пластическая хирургия и косметология. 2009. №1.
4. Barahmani N., Donley S., Yang Y., Duvic M. Cytokine profiling of alopecia areata phenotype subsets. // J Acad Dermatol., 2005
5. Gilhar A., Ullmann Y., Berkutzki T. et al. Autoimmune hair loss (alopecia areata) transferred by T-lymphocytes to human scalp explants on SCID mice. // J Clin Invest., 1998;
6. Gilhar A., Paus R., Kalish R.S. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata // J Clin Invest., 2007;

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС И МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ФАКТОРОВ РОСТА

Н.И. Крук, И.Г. Шиманская

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Актуальность проблемы диффузной алопеции обусловлена широкой распространенностью заболевания, разнообразием провоцирующих факторов, трудностью дифференциальной диагностики, недостаточной эффективностью проводимой терапии и социальной значимостью для пациента [2, 9].

В структуре всех дерматологических заболеваний удельный вес диффузной алопеции составляет 4% и около 1% всего населения хотя бы раз наблюдали выпадение волос [1]. Эффективность применяемых методов лечения диффузного выпадения волос, как правило, подвергается субъективной оценке.