

Problémy alopécie u mladých žien

Anna Hudáková¹, Ľudmila Majerníková¹, Gabriela Kuriplachová¹, Viera Sabolová²

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

²Dentálna klinika, Humenné

Článok poskytuje kompletný prehľad o problematike a liečbe alopécie u mladých žien. Na základe detailnej analýzy prípadu sme zistili, že uvádzané ochorenie závisí od účinnosti terapie u žien. Nezastupiteľné postavenie v úspešnej liečbe alopécie nemá len široké spektrum terapeutických postupov, ale aj prístup lekára k pacientke, psychologická starostlivosť a dostatočná podpora od príbuzných a blízkych priateľov.

Kľúčové slová: alopecia, vyšetrenia, dopad ochorenia, terapia.

The problems of alopecia in young women

The article is providing a complete overview on the issues and treatment of alopecia in young women. On the basis of detailed analysis of the case we have found that the disease affects on therapy in women. Irreplaceable role in the successful treatment of alopecia is not only a wide range of therapeutic procedures, as well as access to patient medical, psychological care and adequate support from relatives and close friends.

Key words: alopecia, examinations, impact of disease, therapy.

Úvod

Pojem alopécie označuje stav zníženého množstva vlasov či chlpy v miestach, na ktorých sú za normálnych okolností vlasy či chlpy prítomné, effluvium (deffluvium) označuje zvýšené vypadávanie vlasov, predstavuje dynamický predstupeň, ktorý má za následok vznik alopécie (1). Alopeciu vo všeobecnosti definujeme ako autoimunitné chronické zápalové ochorenie, ktoré postihuje vlasový folikul a niekedy aj nechty. Často ide o nejzviaci typ padania vlasov, pri ktorom vlasy vypadávajú na jednom alebo viacerých ohraničených ložiskách, ktoré majú rozličný tvar a veľkosť (2).

Alopécia znamená stratu vlasov difúzneho, jazviaceho alebo ložiskového charakteru (3). Kožuchovej (2015) (4) uvádza, že androgénna alopecia u mladších žien je ovplyvnená najmä vrodenou citlivosťou vlasových folikulov na mužské pohlavné hormóny, kým u žien v postmenopauzálnom období sa na vzniku

alopécie podieľa prirodzený pokles estrogénov. Duchková, Hašková (2013) (5) delia alopeciu na hormonálne podmienenú, popôrodnú, alopeciu po antikoncepcii, alopeciu po liekoch, postfebrilnú, alopeciu po strese, involučnú, alopeciu po aplikácii cytostatík, reverzibilnú a ireverzibilnú.

V posledných rokoch narastá počet pacientov s prejavmi alopécie, čo je dôsledkom životného štýlu, ale aj tlaku spoločnosti (zdôrazňovaný kult tela). Zvýšenie incidencie ochorenia pozorujeme v určitých sociálnych skupinách, napr. u mladých žien v období 20–30 rokov života s pridruženým endokrinným ochorením (4).

Popis prípadu

Pacientku s diagnózou alopecia areata (anamnestické údaje vid' tab. 1) sme pre účely kazuistiky vybrali v pomerne mladom veku. Zisťovali sme účinnosť liečby na samotné ochorenie a jeho dopad na celkový životný štýl pa-

cientky. Zároveň nám pacientka pri stretnutí poskytla informovaný súhlas so spracovávaním jej osobných údajov.

Pacientka prekonala zvyčajné detské ochorenia, mala časté zápaly horných dýchacích ciest. V roku 2000 mala dopravnú nehodu, pri ktorej utrpela fraktúru ľavej dolnej končatiny oboch kostí, v roku 2009 podstúpila apendektómiu, nefajčí, alkohol užíva len príležitostne, kávu nepije. Aktuálne nie je dispenzarizovaná v žiadnej ambulancii. Matka je zdravá, otec je astmatik, sestra je zdravá. V rodine sa alopecia objavila u matkinho brata vplyvom zvýšeného stresu. Ložiská alopécie sa prejavili v oblasti temena. Alopecia sa tiež prejavila u matkinej sestry vplyvom stresu v dvoch ložiskách, na temene a na záhlaví. Liečená bola na dermatovenerologickej ambulancii približne pol roka.

U pacientky sa menarche objavilo v 12. roku života, cyklus bol v začiatkoch nepravidelný, ale spontánny. Po apendektómii došlo k vynechaniu

menštruácie približne na 10 mesiacov, boli jej podávané hormóny – Duphaston 10 mg/denne. Od roku 2011 užíva uvedenú hormonálnu liečbu s približne polročnou prestávkou (2014). Menštruácia sa spontánne nedostavila, preto bola zmenená liečba, toho času užíva Dienorette 1x2 mg počas 21 dní a následne má 7 dní pauzu. Pri užívaní antikoncepcie sú cykly pravidelné (28 dní).

Analýza a interpretácia údajov

V kazuistike popisujeme prípad 22-ročnej pacientky, u ktorej sa alopecia objavila v 11. roku života. Následne o rok neskôr jej bola diagnostikovaná alopecia areata.

Prvé problémy pacientky začali v roku 2006. Náhodne boli objavené ložiská vypadaných vlasov na záhlaví v priemere 2–3 cm. Pacientka bola liečená v dermatovenerologickej ambulancii Alpicort solution lokálne a krátkodobo užívala Medrol 4 mg per os. Po tejto liečbe ložiská vymizli a vlasy znovu narástli. V auguste 2007 sa ložiská znovu objavili. Tiež bola liečená Alpicortom solution loc., avšak vlasy začali postupne rednúť súmerne po celej hlave, najvýraznejšie na temene a v temporálnych oblastiach a v decembri 2007 vypadali úplne.

Mladá žena dvakrát absolvovala lokálnu terapiu – opich ložísk roztokom Diprophos 7 mg a užívala aj Isoprinosine 500 mg per os. Následne jej bola dermatológom naordinovaná nasledujúca liečba: karboxyterapia v týždenných intervaloch (liečebná metóda založená na aplikácii oxidu uhličitého do kože a podkožia); Revalid šampón na umytie vlasovej pokožky; Revalid cps per os; Revalid tonikum na lokálnu liečbu; Milgamma 1x denne sol. inj. intramuskulárne (100 mg vitamínu B1 a 50 mg vitamínu B6, celkovo 20x); oxygenoterapia, ošetrovanie laserovým scannerom; Psorcam (liečba svetlom pomocou UVA hrebeňa); ošetrovanie veľkoplošným biostimulom a ošetrovanie masážnym hrebeňom.

Pri nasledujúcej kontrole bol pacientke naordinovaný Protopic 0,03 % ung (30 mg) a pri ďalšej kontrole pridaný Reparil 3x20 mg per os. Karboxyterapiu pacientka absolvovala 17x v týždenných intervaloch. Napriek veľkému spektru liečebných metód a užívaníu naordinovaných liekov nebola absolvovaná liečba úspešná.

Odporúčané boli vyšetrenia v ďalších dermatologických ambulanciách, v alergologicko-imunologickej ambulancii, v endokrinologickej

Tab. 1. Základné anamnestické údaje pacientky

Identifikačné údaje	Anamnestické údaje
Meno a priezvisko	XY
Rok narodenia	1996
Vek	22
Pohlavie	žena
Rodinný stav	slobodná
Národnosť	slovenská
Vierovyznanie	katolícke
Vzdelanie	ukončená SZŠ – zdravotnícky asistent
Zamestnanie	študentka
Najbližší príbuzní	matka, otec, sestra
Lekárske diagnózy	L63 – Alopecia areata

Zdroj: Zdravotná dokumentácia pacientky

Tab. 2. Vyšetrované markery pacientky v NEDÚ

Skratka	Vyšetrenie	Výsledok	Vyhodnotenie
TSH	Tyreotropín	1,458 mIU/l	V norme
FT3	Voľný trijódtyronín	5,490 pmol/l	V norme
FT4	Voľný tyroxín	13,180 pmol/l	V norme
PRL	Prolaktín	293,360 µg/l	V norme
E2	Estradiol	0,132 nmol/l	V norme
P	Progesterón	0,900 nmol/l	V norme
LH	Luteinizačný hormón	8,960 IU/l	V norme
FSH	Folikulostimulačný hormón	4,480 IU/l	V norme
TT	Testosterón total	2,216 nmol/l	V norme
A2	Androstendión	14,458 nmol/l	Mierne vyšší
HP	17alfa -hydroxyprogesterón	10,287 nmol/l	V norme
DHEA	Dehydroepiandrosterón-sulfát	6,920 µmol/l	V norme
SHBG	Sex hormon binding globulin	42,800 nmol/l	V norme
FP	Kortizol	329,600 nmol/l	V norme
PRG	Pregnenolón	14,216 nmol/l	V norme
CP	C-peptid	0,536 nmol/l	V norme
IRI	Imunoreaktívny inzulín	6,400 pmol/l	V norme

Zdroj: Laboratórna príručka

kej ambulancii, v gynekologickej ambulancii a napokon v Národnom endokrinologickom a diabetologickom ústave (NEDÚ) v Ľubochni.

Indikované vyšetrenia v endokrinologickej ambulancii: vyšetrenie štítnej žľazy, USG vyšetrenie štítnej žľazy, vyšetrenie hormónov: estradiol, luteinizačný hormón, folikulostimulačný hormón, testosterón, T4 voľný, tyreotropín, progesterón, imunoglobulín E. Vyšetované boli aj nasledujúce markery: krvný obraz, glukóza, urea, kreatinín, kyselina močová, AST, ALT, GMT, ALP, cholesterol celkový, amyláza, železo, mukoproteíny, natrium, kálium, kalcium, magnézium, chloridy, fosfor, imunoglobulín G, imunoglobulín A, imunoglobulín M a CRP. Z uvádzaných markerov sa len imunoglobulín M vyskytoval vo zvý-

šených hodnotách. Klinický záver znel: alopecia nezaložená na podklade štítnej žľazy, hormonálny status pacientky v norme. Realizované bolo aj USG vyšetrenie štítnej žľazy, ktorého záver znel bez zreteľných patomorfologických zmien. USG vyšetrením v gynekologickej ambulancii bolo diagnostikované ľavé polycystické ovárium. Pacientke bolo opakovane realizované USG vyšetrenie v inej gynekologickej ambulancii, kde naopak polycystické ovárium vylúčili.

Pacientka mala krvný obraz bez patológií, avšak nemala vyšetrené markery: folát, vitamín B12, feritín, transferín z neznámych dôvodov. V období 2011–2015 realizovali Kafková et al. (2018) (6) v nemocnici v Přerove (ČR) štúdiu u 244 pacientov so stratou vlasov (215 žien a 29

Tab. 3. ACTH test u pacientky

Rozpätie	A2 Androstendión	DHEA Dehydroepiandrosterón-sulfát	HP 17alfa-hydroxyprogesterón	TT Testosterón total	FP Plazmatický kortizol
Bazálna hodnota ACTH test	14,458 nmol/l	6,92 µmol/l	10,287 nmol/l	2,216 nmol/l	329,6 nmol/l
30. minúta	14,241 nmol/l	6,82 µmol/l	16,978 nmol/l	1,792 nmol/l	536,5 nmol/l
60. minúta	13,9525 nmol/l	7,27 µmol/l	16,363 nmol/l	2,024 nmol/l	461,3 nmol/l

Zdroj: Laboratórna príručka

mužov), ktorí mali vyšetrené folát, vitamín B12, feritín, transferín. Realizáciou Pull testu pred liečbou a po liečbe u oboch skupín sa zistili signifikantné výsledky ($p = 0,00$) pri diagnózach: alopecia areata (AA), androgénna alopecia (FAGA – female, MAGA – male) a iné nezjavie vypadávanie vlasov (NCHL).

Naša pacientka bola odoslaná do alergologicko-imunologickej ambulancie, kde boli realizované nasledujúce vyšetrenia: fagocytárna aktivita, fagocytárny index, E rozety aktívne, E rozety celkové, imunoglobulín G, imunoglobulín A, imunoglobulín M, imunoglobulín E, mukoproteíny, CRP, krvný obraz + diferenciál, CD3, CD4, CD8, CD9, CD19, CD56, CD45. Záver vyššie uvádzaných vyšetrení bol nasledovný: fagocytárna aktivita v norme, fagocytárny index v norme; E rozety aktívne v norme, E rozety celkové v norme; krvný obraz + diferenciál v norme, imunoglobulíny v norme; CD3, CD4, CD8, CD9, CD19, CD56, CD45 v norme, CRP v norme. Imunológ na základe vyššie uvedeného diagnostického postupu konštatoval, že porucha celúlárnej ani humorálnej imunity sa nedokázala. Ide o lokálnu poruchu týkajúcu sa vlasových korienkov, ktorá patrí do plnej kompetencie kožnej ambulancie. Imunológ odporúčal liečbu Immodinom. Vyšetrenie v NEDÚ odporúčal pacientke všeobecný lekár a endokrinológ (tab. 2).

Pacientke bol indikovaný ACTH test (Adrenokortikotropný hormón test), ktorého podrobný popis uvádzame v tabuľke 3.

Zhodnotenie: HP (17 alfa-hydroxyprogesterón) je mierne vyšší, po podaní Synacthenu (syntetického ACTH 1) nedochádza k vzostupu hladín, ktoré by jednoznačne svedčili pro CAH (Congenitálna adrenálna hyperplázia). Referenčné hodnoty ACTH testu (zdraví dospelí, odber v čase od 7–10 hodín): 7,2–63,3 ng/l. Diagnostický záver ACTH testu bol: alopecia totalis; CAH toho času jednoznačne nepotvrdená. Odporúčaná dispenzarizácia v gynekologickej ambulancii.

V alergologicko-imunologickej ambulancii boli pacientke naordinované Immodin injekcie, ktoré jej aplikovali v týždenných intervaloch intramuskulárne (celkovo päťkrát). Po absolvovanom vyšetrení v NEDÚ bola realizovaná v gynekologickej ambulancii liečba hormonálnou antikoncepciou (HAK) v súvislosti s liečbou alopecie, ale aj porúch menštruačného cyklu. V gynekologickej ambulancii naordinovali liečbu HAK (Diane 35 – 1 tbl denne). Pacientka ju užívala približne pol roka, liečba bola ukončená pre častú cefaleu, gastroenterologické ťažkosti a pre nekontrolované náhle zvýšenie hmotnosti. Následne bola naordinovaná iná liečba HAK – Chloe, ide o generikum lieku Diane 35, v dávke 1 tbl denne, ktorú užívala približne 2,5 roka. Následne užívala približne pol roka HAK – Zoelly, 1 tbl denne (tab. 4). Na vlastnú žiadosť pacientky bola liečba HAK na obdobie šesť mesiacov prerušená, avšak menštruácia spontánne nenastala.

Toho času pacientka užíva HAK s názvom Dienorette. Počas 21 po sebe nasledujúcich dní užívala 1 tabletu denne, s prestávkami po sedemdňovom intervale bez užívania tabliet pokračovala pacientka v liečbe rovnakým spôsobom (tab. 4). Menštruačný cyklus je pravidelný (v rozsahu 28 dní). Prehľad užívaných liekov, spôsob užitia liekov, liekovú formu a ich farmakologickú skupinu uvádzame kvôli prehľadnosti v tabuľke 4.

Progres v liečbe alopecie nenastal, pacientka nosí parochňu. Aktuálne nie je dispenzarizovaná v žiadnej z vyššie uvedených ambulancií okrem gynekologickej ambulancie. Prognózu ochorenia určili lekári ako neurčitú.

Priebeh alopecie je nepredvídateľný a prognóza nejasná. Ak začnú vlasy na alopetických ložiskách dorastať, sú spočiatku veľmi jemné, bez pigmentu a môže sa zmeniť aj ich charakter (napr. z kučeravých vlasov narastú rovné). V 50 % prípadov spomedzi tých, ktorým sa alopecia objavila pred pubertou, vlasy nedorastajú. U pacientok s alopciou môže dôjsť

počas gravidity k úplnému dorastaniu vlasov, je to však len dočasný stav. Bol zaznamenaný prípad pacientky s alopciou, ktorej ani počas ôsmich gravidít vlasy nedorástli, ale spontánne jej dorástli ako 50-ročnej. Keďže alopecia je imunitne podmienený proces, prognózu ochorenia nemôžeme predpokladať (2).

Diskusia

U žien sa stav alopecie akceptuje veľmi ťažko. V rámci lokálnej liečby sa úspešne používajú prípravky s obsahom minoxidilu a aminexilu. Okrem lokálnej terapie je možná aj celková terapia, pri ktorej sa u žien využíva antiandrogénna liečba prípravkami obsahujúcimi andosterón (7). Používanie celkových kortikosteroidov je veľmi kontroverzné. Pri ich používaní nejde len o fakt, aby vlasy dorástli, ale potrebujeme dosiahnuť účinnosť a trvanie efektu aj po vysadení terapie. Liečba cyklosporínom skupiny A je podľa klinických skúseností úspešná, avšak pri u tejto látke sa po uspokojivom počiatočnom náraste vlasov vyskytujú veľmi časté recidívy (8).

Kryoterapia tekutým dusíkom sa používa rutinne. V rámci nových možností liečby sa v menšej miere používajú interleukíny, imunoglobulíny, biologická terapia a iné možnosti terapie. Samotní pacienti hľadajú aj alternatívne spôsoby liečby, ako napr. hypnoterapiu, používanie byliniek, homeopatiu. Aj napriek tomu, že výskum autoimunitných ochorení akceleruje, liečba alopecie je pomerne málo úspešná (9). Aplikácia androgénov poskytuje nepresvedčivé výsledky. Antiandrogény sú indikované len pri zvýšených hodnotách androgénov v krvi. Estrogény znižujú vypadávanie vlasov, nový rast vlasov však nebol klinicky dokázaný. Perorálna antikoncepcia nepredstavuje účinnú liečbu alopecie u žien, pri jej užívaní bol popísaný úbytok vlasov. Estrogénové a kortikosteroidové preparáty nemajú pri ženskej alopecii výrazný efekt. Naopak, mezoterapia pri nepokročilých štádiách a u mladších osôb spôsobila

Tab. 4. *Prehľad užívaných liekov, spôsob užívania, forma, farmakologická skupina*

Názov lieku	Liečivá látka	Spôsob užitia	Lieková forma	Farmakologická skupina
Alpicort	Prednisolonum a Acidum Salicylicum 2 mg/ml + 4 mg/ml	Lokálna liečba	Sol	Dermatologikum
Diane 35	Ethinylestradiolum Cyproteroni Acetas 0,035 mg/2 mg	Per os	Tbl	Hormonálna antikoncepcia
Dienorette	Dienogest a Ethinylestradiolum 2 mg/0,03 mg	Per os	Tbl	Hormonálna antikoncepcia
Diprophos	Betamethasonum 7 mg/ml	Lokálna liečba	Sol	Hormóny
Duphaston	Dydrogesteronum 10 mg	Per os	Tbl	Hormóny
Chloe	Ethinylestradiolum 0,035 mg a Acyproteroni Acetas 2,0 mg	Per os	Tbl	Hormonálna antikoncepcia
Immodin	Leucocyti dialysatum 200x10 ⁶ /1 dávka	Intramuskulárne	Tbl	Imunopreparáty
Isoprinosine	Inosinum Pranobexum 500 mg	Per os	Tbl	Chemoterapeutikum
Medrol	Methylprednisolonum 4 mg	Per os	Tbl	Hormóny
Milgamma	Benfotiaminum a Cyanocobalamini Trituratio cum Lactoso 50 mg/250 mg	Intramuskulárne	Sol	Vitamíny
Protopic	Tacrolimusum Monohydricum 0,1 %	Lokálna liečba	Ung	Dermatologikum
Reparil	Diethylamini Salicylas a Escinum 10 mg/g + 50 mg/g	Per os	Tbl	Venofarmakum, vazoprotektívum
Revalid šampón	Acidum 4-Aminobenzoicum	Lokálna liečba	Sol	Vitamíny
Revalid kapsule	Acidum 4-Aminobenzoicum	Per os	Cps	Vitamíny
Revalid tonikum	Acidum 4-Aminobenzoicum	Lokálna liečba	Sol	Vitamíny
Zoelly	Nomegestroli Acetas a Estradiolum Hemihydricum 2,5 mg/1,5 mg	Per os	Tbl	Hormonálna antikoncepcia

Zdroj: Zdravotná dokumentácia pacientky

zrýchlenie rastu vlasov a zmenu ich kvality, teda ich zhustnutie. Ide o metódu, ktorej cieľom je stimulovať metabolizmus bunky a hydratovať samotnú kožu (3). Autorky ako ďalšie možnosti terapie alopécie u žien popisujú LED lampu, transplantáciu vlasových folikulov a plazmaterapiu. Otázka užívania perorálnej antikoncepcie v možnostiach liečby alopécie stojí na dvoch pilieroch. Kým u jednej skupiny dermatológov nie je akceptovaná, u iných je veľmi žiadaná. Podľa Šimaljakovej (2011) (10) zohráva antikoncepcia v terapii alopécie dôležitú úlohu u žien vo fertilnom veku, pričom spolupráca gynekológa a dermatológa je nenahraditeľná.

Odporúčanie dermatológa zveriť sa do psychologickéj starostlivosti považujeme v liečbe alopécie u akéhokoľvek pacienta za kľúčové, predovšetkým v raných štádiách ochorenia, s prihliadnutím na vek pacienta. Podľa Barankina, DeKovena (2002) (11) sa vplyv kožného ochorenia na psychosociálnu pohodu pacientky podceňuje. Podľa autorov je zlepšenie kvality života u pacientoch s kožným ochorením spojené s bio-psycho-sociálnym

prístupom v liečbe ochorenia. Rovnako uvádzajú, že alopecia môže u pacientoch vyvolať úzkosť, depresiu a škálu ďalších psychických problémov. Knott (2014) (12) uvádza, že aj mierne viditeľné kožné ochorenie môže mať nepriaznivý vplyv na psychickú a sociálnu oblasť pacientov. Ochorenie indukuje stavy sociálnej fobie a anxiety.

Rasochová (2011) (2) uvádza, že priebeh ochorenia je mnohokrát neočakávaný. Približne u polovice prípadov (50 %), ktorým sa alopecia objavila pred pubertou, vlasy vypadávajú a nedorastajú. Autorka poukazuje na výsledky štúdií lekárov z Mayo kliniky, ktorí uvádzajú, že vlasy dorastú iba u 1 % detí a približne u 10 % dospelých (Mayo klinika je nezisková organizácia a medzinárodne uznávané lekárske výskumné a vzdelávacie centrum Univerzitní nemocnice v Minnesote, samotná klinika bola založená v roku 1889 doktorom Mayom). Počas gravidity môže dôjsť k dorasteniu vlasov, ide však len o prechodný jav. Podobné prípady boli zaznamenané na Dermatovenerologickej klinike Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave (2).

Používanie celkových kortikosteroidov je kontroverzné, pretože nejde o to, aby vlasy dorástli, ale potrebujeme dosiahnuť trvalý stav, teda, aby po skončení terapie opäť nedošlo k ich vypadaniu. Účinok lokálneho kortikosteroidu je veľmi vysoký, pričom je závislý od jeho penetrácie.

V súvislosti s použitím pulznej terapie kortikosteroidmi existujú rôzne schémy. Napríklad pri ľahších formách alopecia aerata (AA) stačí často aplikácia dávky 5 mg betametazónu dvakrát týždenne. V rámci terapie sa používa Isoprinosine, ktorý stimuluje produkciu cytokínov, ako je IL-1, IL-2, expresiu cytokínových receptorov, zvyšuje aktivitu NK buniek a zvyšuje celulárnu fagocytóznú funkciu. Úspešnosť liečby však nie signifikantne významná. PUVA terapia má fotoimunizačný účinok na T bunky. Psoralény sa aplikujú lokálne v koncentrácii 1 % v kréme, 0,1 % v roztoku alebo sa podávajú celkovo v dávke 0,6 mg/kg. UVA ožiarenie nasleduje po 2 hodinách po aplikácii alebo podaní psoralénov. Liečba sa realizuje spočiatku 4x týždenne, neskôr sa frekvencia redukuje na 2–3x týždenne.

U pacientov s AA bývajú zvýšene hodnoty lipidovej peroxidácie a porucha antioxidantnej aktivity superoxid dismutázy, preto sa odporúča do liečby AA pridávať antioxidanty (2).

V liečbe androgénnej alopecie (AGA) uvádzajú autori množstvo terapeutických postupov. V rámci chirurgických zákrokov ide najmä o transplantáciu vlasových folikulov. Efektívna je hormonálna liečba pomocou 5- α -reduktázovými inhibítormi, hormonálna antikoncepcia sa v liečbe AGA používa u mladých žien (najčastejšie v kombinácii 1 mg cyproteronacetate + 2 mg estradiolvalerate).

V skupine nehormonálnych prípravkov je účinný Minoxidil 2% alebo 5% roztok, ktorý je najčastejšie používaným liekom na topickú aplikáciu, môže sa aplikovať v kombinácii s tretinónom v koncentrácii 0,025–0,05 %. Kombinácia týchto dvoch liekov vykazuje pozitívne výsledky pri stimulácii rastu vlasov. Avšak riziko dráždivých reakcií je tiež vyššie pri liečbe derivátom minoxidil-aminexilu ako antifibrotického činidla, ktorý inhibuje tvorbu kolagénu okolo vlasového folikulu a na udržanie prežitia folikulu.

V posledných rokoch sa pri liečbe alopecie stala veľmi populárnou a žiadanou lasero-

vá liečba, tiež sa propaguje ako preventívne opatrenie proti AGA. Rovnako sa odporúča použitie bylinných extraktov, ktoré výrazne blokujú 5- α -reduktázu (13). V rámci podpornej liečby sa používajú nutričné suplementy, ako vitamíny (najmä biotín, B-komplex, zinok, železo, vitamín C, E, A, koenzým Q10), minerály a antioxidanty (8).

Záver

Alopecia, akné a iné dermatologické ochorenia sú ovplyvniteľné podávaním hormonálnej antikoncepcie. Benefity tejto liečby boli overené viacerými štúdiami (14). Ochorenie sa spája s pocitmi úzkosti a strachu, hanby či menejcnosti. Na verejnosti môže jedinec vystupovať sebavedome a vyrovnane, častokrát tým maskuje svoju zraniteľnosť a uzavretosť (15). Autorka rovnako uvádza, že porucha sebakoncepcie sa prejaví v narušenom obraze tela, zmenou v plnení rolí a narušenou sebaúctou a sebavedomím. Nepriaznivý vplyv na sebavedomie a sebaúctu v najväčšej miere udávajú mladí ľudia a jedinci s viditeľnými ložiskami alopecie. V oblasti sebadôvery sú ženy omnoho zraniteľnejšie ako muži.

Existujú teórie o etiopatogenéze vypadávania vlasov, ktoré potvrdzujú polygennú príčinu, pričom genetický vzťah syndrómu polycystických vaječníkov a vzniku alopecie bol zdokumentovaný (16).

U pacientok s ochorením alopecie musíme zohľadňovať ich individualitu, tiež jej príčinu (ak je známa) a následne postupovať v terapii. Multidisciplinárna spolupráca lekárov špecialistov je veľmi žiaduca, odporúča sa spolupráca so psychológom alebo psychiatrom, čo má nezastupiteľný vplyv na zlepšenie kvality života mladých žien.

Tosti et al. (2006) (17) realizovala štúdiu u 191 pacientov s príznakmi alopecie (AA – alopecia aerata, AT – alopecia totalis, AU – alopecia universalis) a zistila, že AA je nepredvídateľné ochorenie, pri ktorom má liečba minimálny vplyv na dlhodobú prognózu. Naopak, u pacientov s AT alebo AU malo ochorenie tendenciu zostať stabilné alebo sa zhoršovalo z dlhodobého hľadiska.

Podiel farmakológie v spektre komplexnej terapie je nezastupiteľný, alternatívne spôsoby liečby nepotvrdzujú svoju efektivitu z dlhodobého hľadiska.

LITERATÚRA

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. 200. Dermatology and Venerology. Berlin: Springer Verlag 2000: 1118–1134.
2. Rasochová E. Choroby vlasov III – Alopecia areata. Dermatológia pre prax 2011; 5(3): 114–117.
3. Duchková H, Hašková M. Novinky v liečbe alopecií. Dermatológia pre prax 2015; 9(1): 7–11.
4. Kožuchová Z. Androgenetická alopecia a súčasne možnosti liečby. Dermatológia pre prax 2015; 9(4): 147–149.
5. Duchková H, Hašková M. Androgenetická alopecia – diagnostika, diferenciálna diagnostika, liečba. Derma 2013; 13(2): 3–10.
6. Kafková J, Zimová P, Nečas M, Vašků V. Prospective Controlled Study Evaluating Pull Test with Correlation Serum Iron, Ferritin, Tranferin, Vitamin B12, Folic Acid in Patients with Alopecias in The Czech Republic. Hair Ther Transplant 2018; 8(1): 149. DOI: 10.4172/2167-0951.1000149.

7. Arenberger P. Klinická trichologie: nemoci vlasů a nové trendy v jejich léčbě. Praha: Maxdorf 2002: 192 s.
8. Bienová M, et al. Androgenetic alopecia and current methods of treatment. Acta Dermatoven APA 2005; 14(1): 5–8.
9. Rasochová E. Choroby vlasov IV. Difúzne padanie vlasov – anagénne a telogénne deflúvium. Dermatológia pre prax 2011; 5(4): 167–169.
10. Šimaljaková M. Choroby vlasov II. Dermatológia pre prax 2011; 5(1): 31–34.
11. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. 2002. [Online]. [cit. 03. 07. 2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12046366>.
12. Knott L. Living with Skin Disease. Patient 2014. [Online]. [cit. 10. 09. 2018]. Dostupné z: <http://patient.info/doctor/living-with-skin-disease>.

13. Lad W, Suryawanshi CH, Sinhal A, Landge A, Wagh V, Jadhav N. Androgenic Alopecia: Current Perspectives & Treatments. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2017; 6(3): 641–653.
14. Poláková K. Spolupráca gynekológa a dermatológa pri užívaní kombinovanej hormonálnej antikoncepcie s antiandrogénovým účinkom. Dermatológia pre prax 2010; 4(3): 113–115.
15. Turčeková L. Dopad dermatologického ochorenia na sebakoncepciu postihnutého. Dermatológia pre prax 2010; 4(4): 149–151.
16. Elise A, Olsen MD. Female pattern hair loss. Journal of the American Academy of Dermatology 2001; 45(3): S70–S80.
17. Tosti A, Bellavista S, Iorizzo M. Alopecia areata: A long term follow-up study of 191 patients. Journal of the American Academy of Dermatology 2006; 55: 438–441.