

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331097049>

Trychologia kosmetyczna jako metoda diagnozy oraz leczenia wybranych schorzeń skóry głowy i włosów

Chapter · September 2018

CITATIONS

0

READS

6,171

3 authors, including:



Marlena Matysek-Nawrocka

College of Social Studies in Lublin, Poland

27 PUBLICATIONS 106 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Maria Bernat

College of Social Studies based in Lublin

17 PUBLICATIONS 16 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Mechanisms and determinants of the formation of eating habits in the minds of Poles [View project](#)



Przewlekłe powikłania cukrzycy - etiopatogeneza, rokowanie, leczeni [View project](#)

Trychologia kosmetyczna jako metoda diagnozy oraz leczenia wybranych schorzeń skóry głowy i włosów

1. Wprowadzenie

Trychologia jest nową, dynamicznie rozwijającą się dziedziną wiedzy zajmującą się diagnozowaniem, leczeniem bądź wspomaganie leczenia chorób włosów i skóry głowy, a także wdrażaniem odpowiednich procedur w zakresie odpowiedniej pielęgnacji tego obszaru ciała człowieka. Kluczowa w dobraniu odpowiedniej terapii dla pacjenta jest właściwa diagnostyka, która w gabinecie trychologicznym ma charakter interdyscyplinarny, a niekiedy wymaga współpracy kilku specjalistów, nie tylko trychologa, ale przede wszystkim dermatologa, endokrynologa, psychologa czy histopatologa. Nieodzowny jest dokładnie przeprowadzony oraz udokumentowany wywiad z pacjentem, badanie fizykalne, trychoskopia lub inna metoda obrazująca stan skóry głowy i mieszków włosowych, a nierzadko badania krwi. Holistyczna ocena stanu zdrowia i wyglądu skóry głowy oraz włosów pozwala ustalić terapie wskazania oraz przeciwwskazania do odpowiednich zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, a także dobrać odpowiednie preparaty pielęgnacyjne lub lecznicze. Dość częstym problemem skóry głowy występującym bez względu na płeć są m.in. łysienie, łuszczyca, łojotokowe zapalenie skóry czy łupież. Pacjenci zwykle próbują radzić sobie samodzielnie, stosując rozmaite preparaty do pielęgnacji włosów, które jednak nie zawsze rozwiązują problem. Pomoc w takiej sytuacji może przynieść wizyta u specjalisty trychologa lub też, w dalszym etapie terapii, współdziałanie trychologa z lekarzami innych specjalności, w zależności od rozpoznanego schorzenia.

2. Budowa, fizjologia i fazy wzrostu włosa

Włosy są nitkowatymi tworami o złożonej budowie, obecnymi niemal na całej powierzchni skóry, za wyjątkiem podeszew stóp, dłoni, czerwienu wargowej, łechtaczki i wewnętrznej powierzchni napletka. Są narządem czuciowym, pełnią również funkcję ochronną przed czynnikami mechanicznymi, chemicznymi czy fizycznymi [1÷3]. W skład rozwiniętego włosa wchodzi część wewnętrzna tkwiąca w skórze i sięgająca w głąb do tkanki podskórnej, określana jako korzeń włosa, oraz część zewnętrzna wystająca ponad powierzchnię skóry, niezawierająca żywych komórek, tzw. łodyga włosa. Korzeń objęty jest pochewką, tzw. mieszkem włos-

¹ mnawrocka@wsns.pl Wydział Nauk Społecznych i Nauk Medycznych, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, ul. Zamojska 47, 20-102 Lublin

² mariabernat@wsns.pl Wydział Nauk Społecznych i Nauk Medycznych, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, ul. Zamojska 47, 20-102 Lublin

³ michaelk.centrum@gmail.com MICHAEL K. Centrum Trychologiczno-Kosmetologiczne, ul. Pielgrzymia 1/U3, 20-502 Lublin

wym, kończącym się wyraźnym zgrubieniem – cebulką, do której to od dołu wpukła się unaczyniona brodawka. Właściwym miejscem powstawania włosa jest cebulka. W niej łączą się wszystkie warstwy nabłonkowe pochewek włosa [1, 4]. Mieszki włosowe na głowie rozmieszczone są w grupach nazywanych zespołami mieszkowymi [5].

W mieszku włosowym wyróżnić można dwie charakterystyczne części: właściwą, dolną, w której w sposób cykliczny tworzą się komórki i tzw. lejek, odpowiedzialny za proces rogowacenia (keratynizacji) włosa [2]. Do mieszka włosowego przyczepiony jest mięsień przywłosowy, powyżej którego znajduje się też ujście gruczołu łojowego. Skurcz mięśnia wyprostnego prowadzi do pionowego ułożenia włosa (np. objaw „gęsiej skórki”), pobudzając dodatkowo wydzielanie łoju przez gruczoł łojowy [4].

W przekroju poprzecznym w budowie włosa wyróżnić można trzy koncentrycznie ułożone warstwy. Kolejno od zewnątrz są to: osłonka, kora oraz rdzeń. Osłonka włosa jest jego zewnętrznym płaszczem ochronnym, składającym się warstwy płaskich, zrogowaciałych komórek, które nie zawierają jądra komórkowego i dachówkowo zachodzą na siebie, tworząc łuski. Warstwę korową stanowią podłużne, zrogowaciałe komórki, które w obrębie korzenia zawierają jeszcze jądro. W komórkach oraz między nimi znajdują się ziarenka barwnika oraz czasem pęcherzyki gazu. Rdzeń włosa leży w jego osi i występuje tylko w grubszych włosach, zaś w przypadku cieńszych, w miejscu rdzenia obecna jest pusta przestrzeń. Rdzeń jest gąbczastą masą, zbudowaną z 1-2 szeregów poprzecznie spłaszczonych komórek, zawierających niewielką ilość ziarenek barwnikowych i nie tak mocno zrogowaciałych, jak w warstwie korowej [4].

O barwie włosów decyduje obecność ziarnistego barwnika – melaniny, która powstaje w melanocytach, skumulowanych w cebulce włosa. Stwierdzono obecność dwóch rodzajów melaniny: eumelaniny (barwnik brązowy), która nadaje włosom ciemną barwę oraz feomelaniny (barwnik czerwony), odpowiadającej za odcienie rude i kasztanowe. Z kolei u osób z włosami blond tylko warstwa korowa zawiera barwnik [2, 4].

Włosy rosną z prędkością około 0,3 mm na dobę, co daje około 1 cm długości na miesiąc. Tempo wzrostu zależy od różnych czynników: wieku, pory roku, pory dnia, stanu odżywienia organizmu, czy właściwości osobniczych. Należy też zwrócić uwagę, że dziennie wypada przeciętnie dorosłemu człowiekowi do 100 włosów, co jest naturalnym zjawiskiem fizjologicznym, a z wiekiem gęstość włosów zmniejsza się, stają się one cieńsze i mniej wysyczone barwnikiem [2, 5].

Każdy mieszek włosowy w trakcie życia ludzkiego przechodzi regularny cykl wzrostu i wypadania. Wyróżnia się trzy następujące po sobie fazy: anagenu, czyli aktywnego wzrostu włosa, katagenu – krótkiego stadium przejścia z fazy wzrostu do fazy spoczynku i telogenu – okresu spoczynku, po którym dochodzi do wypadnięcia włosa [3, 6, 7]. Włosy rosną cyklicznie nie tylko na głowie, lecz na wszystkich powierzchniach ciała, na których występują. W zależności od części, na której rosną, długość faz anagenu i telogenu jest różna – Tabela 1 [8].

Tabela 1. Długość trwania anagenu i telogenu w zależności od umiejscowienia włosów

Okolice ciała	Czas trwania anagenu	Czas trwania telogenu
Brwi	1- 2 miesiące	3-4 miesiące
Wąsy	2- 5 miesiące	1,5 miesiąca
Broda	1 rok	2,5 miesiąca
Pachy	4 miesiące	3 miesiące
Ramiona	1-3 miesiące	2-4 miesiące
Okolica łonowa	1-2 miesiące	2-3 miesiące
Uda	1-2 miesiące	2-3 miesiące
Podudzia	4-6 miesiące	2-3 miesiące

Źródło: [8]

Faza anagenu trwa, według różnych autorów, od 3 do 6 lat [2, 4, 5]. Nie jest ona jednolita, dzieli się ją na poszczególne etapy. Na początku okresu anagenu w komórkach zawiązka włosa obserwuje się liczne podziały komórkowe – anagen I. Tworzenie się opuszka włosa i brodawki jest charakterystyczne dla fazy anagenu II. W kolejnym stadium – anagenu III – mieszek stopniowo wydłuża się, a opuszka zostaje ukształtowana. Tworzenie się włosa i jego wzrost w kierunku ujścia gruczołu łojowego to okres anagenu IV, zaś wzrost w kierunku do powierzchni naskórka charakteryzuje anagen V. Przebiecie się włosa na zewnątrz to okres anagenu VI [3].

W fazie katagenu dochodzi do obkurczenia brodawki i cebulki włosa oraz do apoptozy komórek nabłonkowych leżących poniżej wybrzuszenia. Następuje zanik mieszka włosowego, który traci przyczep umieszczony głęboko w skórze. Jest to okres przejściowy, dość krótki, trwający 1-2 tygodnie [3, 5].

Faza spoczynku włosa (telogen) trwa przeważnie 2-4 miesiące. W tym czasie włos odłącza się od brodawki, zaś korzeń ulega zgrubieniu w dolnej części, upodabniając się kształtem do kolby. Włosy te są całkowicie martwe i nieaktywne metabolicznie. Brodawka i mieszek wraca w tym czasie do pierwotnego kształtu i wielkości. Włos telogenowy wypada, będąc jakby „wypychany” przez nowo rosnący włos anagenowy, gdyż mieszki włosowe wzmocnione odpoczynkiem podejmują na nowo swoje funkcje, rozpoczynając proces życiowy dla nowego włosa [3, 4, 5].

3. Schorzenia skóry głowy i włosów

3.1. Łupież i łojotokowe zapalenie skóry

Łupież zwykły (*Pityriasis simplex*) oraz łojotokowe zapalenie skóry ŁZS (*Dermatitis seborrhoica*) są zaliczane do grupy chorób łojotokowych o charakterze przewlekłym oraz najczęściej rozpoznawanych schorzeń zlokalizowanych w obrębie owłosionej skóry głowy [9]. Etiologia ŁZS jest wieloczynnikowa, zaś w przypadku łupieżu największe znaczenie ma zakażenie grzybem drożdżopodobnym *Malassezia furfur* [10]. Kluczowym czynnikiem w powstawaniu tego schorzenia jest też

przyspieszone rogowacenie, wynikające z nadmiernego namnażania się komórek naskórka, prowadzące do skrócenia naturalnego procesu odbudowy keranocytów, średnio do 7-15 dni podczas, gdy prawidłowy cykl trwa około 28 dni. W obrazie klinicznym obserwuje się tworzenie łusek. Objawem subiektywnym jest duży świąd oraz nasilone wypadanie włosów. Do czynników endogennych wpływających na powstawanie lub zaostrzenie przebiegu łupieżu zalicza się: zaburzenia hormonalne, uwarunkowania emocjonalne i genetyczne, a także nadużywanie substancji odurzających. Czynnikiem egzogennym są m.in. nieodpowiednia pielęgnacja skóry głowy, zły dobór środków kosmetycznych, zbyt częste czesanie, a także nieustanne noszenie nakryć głowy [9, 11].

Z kolei w etiopatogenezie ŁZS istotne są następujące czynniki: wzmożona aktywność gruczołów łojowych, predyspozycje genetyczne, zaburzenia immunologiczne, infekcja grzybami *Malassezia furfur*, które mają właściwości prozapalne, niewłaściwa pielęgnacja skóry, złe odżywianie, narażenie na długotrwały stres, czy depresja. Do charakterystycznych objawów należy pojawienie się rumienia z silnym złuszczeniem naskórka. Łojotok skóry głowy powoduje nawarstwienie żółto-szarych łusek. Długotrwale utrzymujący się proces zapalny w konsekwencji prowadzi do nadmiernego wypadania włosów. Zmianom skórnym mogą towarzyszyć świąd i pieczenie [9, 12]. Warto również dodać, że zdaniem Nowickiej [12] nieco kontrowersyjne jest używanie samego terminu „łupież”, który to w amerykańskiej nomenklaturze dermatologicznej jest określany jako najłagodniejsza, ograniczona do owłosionej skóry głowy postać samego ŁZS.

W terapii ŁZS w obrębie owłosionej skóry głowy stosuje się preparaty ograniczające stan zapalny i eliminujące grzyby z rodzaju *Malassezia*. Mogą to być szampony, które będą też skuteczne przy terapii przeciwłupieżowej, zawierające np. cyklopiroksolaminę, ketokonazol, kwas salicylowy, siarkę, pirytonian cynku, pirokton olaminy. W leczeniu ciężkiego, nawrotowego ŁZS stosuje się m.in. pochodne witaminy A (izotretynoinę) i leki przeciwgrzybicze. Korzystne jest również dobranie odpowiednich preparatów pielęgnacyjnych przyczyniających się do poprawy kondycji włosów [9, 12].

3.2. Łuszczyca owłosionej skóry głowy

Łuszczyca to niezakaźna choroba skóry, grudkowo-złuszczająca, jedna z częściej spotykanych chorób skórnych (cierpi na nią od 1% do nawet 4-5% populacji Europy) [13]. Cechuje się ona przewlekłym i nawrotowym przebiegiem, w którym to następuje przyspieszony oraz niepełny proces rogowacenia naskórka. Wpływ na jej rozwój mają czynniki środowiskowe oraz w głównej mierze czynniki genetyczne. Zmiany skórne zlokalizowane są głównie w okolicy łokci i kolan, ale spotykane też w obrębie owłosionej skóry głowy lub innych części ciała [9].

Łuszczyca, która występuje na skórze głowy, nie powoduje zmian w strukturze włosów, ani też ich trwałej utraty. Pojawiają się jednak tutaj grudki, blaszki i ogniska plackowate. Skóra może być też lekko zaczerwieniona i złuszczać się. W przebiegu choroby najbardziej uciążliwa jest jej suchość. W leczeniu miejscowym stosowane są pochodne witaminy D₃, retinoidy, preparaty dziegciowe, glikokortykosteroidy oraz cygnolina. Natomiast w leczeniu ogólnym najczęściej wykorzystuje się retinoidy, metotreksat, cyklosporynę A i leki immunosupresyjne [9, 13].

3.3. Łysienie

Łysienie związane jest z trwałą lub przejściową utratą włosów, która obejmuje całą lub częściową powierzchnię owłosionej skóry głowy, a w niektórych przypadkach może zajmować również inne okolice ciała. W literaturze spotkać można wiele różnych schematów podziału łysienia, m.in. podział na łysienie anagenowe, telogenowe oraz bliznowaciejące [9].

Łysienie anagenowe jest spowodowane przez chemioterapeutyki, promieniowanie jonizujące, metale ciężkie (arsen, tal, rtęć bizmut, ołów). Często mogą je wywoływać toksyczne substancje chemiczne, które podawane są w celach leczniczych, substancje trujące pochodzenia roślinnego, czy też toksyny zwierzęce. Głodówki również przyczyniają się do wypadania włosów anagenowych. Jest to rzadka przypadłość, powodująca nagłą utratę włosów dystroficznych (po wcześniejszym wytworzeniu) poprzez ostre zadziałanie czynnika toksycznego na mieszki włosowe. Cały proces obejmuje przede wszystkim owłosioną skórę głowy, ponieważ jest tam najwięcej włosów w fazie anagenu. Ten typ łysienia cechuje duża szybkość i rozległość procesu. Odstawienie czynnika, który prowokuje łysienie anagenowe, zwykle odwraca sam proces [9, 14÷16].

Łysienie telogenowe, tzw. przerzedzenie włosów, jest najczęstszym skutkiem wypadania włosów telogenowych. Mechanizm ten opiera się na skróceniu fazy wzrostu włosa, przy czym pozostałe fazy cyklu zostają niezmienione. Do przyczyn powodujących łysienie telogenowe zaliczyć można: stres emocjonalny, wysoką gorączkę, szok organizmu, leki obniżające krzepliwość, poród, odstawienie środków antykoncepcyjnych z dużą dawką estrogenów, niektóre choroby, a także ograniczenia dietetyczne [9, 14÷16].

Łysienie mieszane charakteryzuje się obydwoma wyżej opisanymi mechanizmami łysienia anagenowego oraz telogenowego [9].

Łysienie androgenowe to z kolei androgenozależne narastające wypadanie włosów. Należy do typu łysienia telogenowego, a nasila się wraz z wiekiem, dotyczy głównie mężczyzn – do ok. 80%, ale też kobiet – do ok. 60%. W etiologii tego typu łysienia istotne są czynniki genetyczne, szczególnie jeżeli chodzi o łysienie androgenowe męskie. Z kolei w łysieniu androgenowym kobiet kluczową rolę odgrywają: stres, wysoki poziom androgenów we krwi i miejscowo oraz obecność niekorzystnych substancji w środkach do pielęgnacji włosów. Nastęstwem tego typu łysienia jest trwała utrata włosów. W leczeniu łysienia androgenowego stosuje się finasteryd podawany doustnie. W leczeniu miejscowym z kolei podawane są roztwory 2 i 5% minoksydylu, który jest skuteczny szczególnie we wczesnej fazie łysienia [14÷17].

Łysienie bliznowaciejące jest bardzo rzadkim, klinicznie różnym zespołem zaburzeń, które powodują trwałą oraz nieodwracalną utratę włosów. Klasyfikacja bazuje głównie na obrazie klinicznym oraz wyniku badania histopatologicznego. Skutkiem tego łysienia jest bezpowrotna degradacja nabłonkowych komórek pierwotnych mieszka włosowego, dlatego traci on zdolności do wzrostu oraz regeneracji, a sam mieszek jest zastępowany tkanką łączną włóknistą (blizna) [9]. Kiedy ujścia mieszków włosowych w miejscach łysienia nie są już dostrzegane, wtedy podejrzewa się łysienie bliznowaciejące. W badaniu histopatologicznym można obserwuje się nieregularnie nasilony naciek zapalny, który zazwyczaj dostrzegany jest w przyległym sąsiedztwie mieszków dotkniętych bliznowaczeniem [9, 14, 18, 19].

Łysienie plackowate związane jest z utratą włosów na podłożu autoimmunologicznym. Przebiega ono bez bliznowacenia i stanów zapalnych, obejmując owłosioną skórę głowy i/lub inne okolice ciała. Charakterystyczny jest nagły początek i trudny

do przewidzenia przebieg. Schorzenie dotyka 0,1-0,2% populacji, najczęściej osób młodych. Początkowo zmiany lokalizują się w części potylicznej i okolicy czołowo-ciemieniowej. Występujące ogniska cechują się regularnym kształtem miejsc pozbawionych włosów. Widoczne są ujścia mieszków włosowych (brak ich zaniku). Jeśli włosy łatwo ulegają wysuwaniu po pociągnięciu, świadczy to o poszerzaniu się ogniska. W leczeniu stosuje się glikokortykosteroidy, cyklosporynę A oraz leki biologiczne. Miejscowo aplikowane są uczulacze, by pobudzić wzrost włosów (np. difenylocyklopropenon – DPCP, dinitrochlorobenzen – DCNB) [9, 18, 19].

Główne rodzaje łysienia ze względu na stopień degradacji mieszka włosowego (niebliznowaciejące oraz bliznowaciejące), wraz z odmianami, charakterystycznymi objawami, lokalizacją oraz stosowanymi metodami leczenia zebrano w Tabeli 2.

Tabela 2. Rodzaje łysienia

Łysienie	NIEBLIZNOWACIEJĄCE			BLIZNOWACIEJĄCE
	Androgenowe męskie	Androgenowe kobiece	Plackowate	
Odmiany	Typ szczytowy Typ kątowy	Typ męski Typ rozlany	Ogniskowe Całkowite Uogólnione Złośliwe Brzeżne Rozlane	–
Objawy	Trwała utrata włosów w obrębie owłosionej skóry głowy	Jak w łysieniu męskim lub przerzedzenie włosów na szczycie głowy z szerokim przedziałkiem	Przejęściowe lub trwałe, różnej wielkości ogniska wyłysienia	Bliznowate, całkowicie wyłysiałe ogniska w obrębie owłosionej skóry głowy
Lokalizacja	Początek w kątach czołowych i na szczycie głowy	Jak w łysieniu męskim lub rozlane	Owłosiona skóra głowy i/lub włosy innych okolic ciała	Ogniska w obrębie owłosionej skóry głowy
Leczenie	Finasteryd Minoksydyl Miejscowe steroidy Przeszczep włosów Psychoterapia	Estrogeny Przeciwandrogeny Minoksydyl Miejscowe steroidy Przeszczep włosów Psychoterapia	Fotochemioterapia lub fototerapia UVB Kortykosteroidy Cyklosporyna Kontaktowa immunoterapia	Metody chirurgiczne

Źródło: [14]

3.4. Wrodzone i nabyte zaburzenia strukturalne łądygi włosa

Nieprawidłowości w strukturze łądygi włosa mogą występować w różnorodnych schorzeniach. W pojedynczych przypadkach są to choroby wrodzone, jednakże w przeważającej ilości są to nieprawidłowości wynikające z działania czynników fizycznych i/lub chemicznych na włosy, w tym szczególnie te spowodowane niewłaściwą pielęgnacją włosów oraz wykonywaniem zabiegów upiększających (trwała ondulacja, prostowanie, używanie suszarek ze zbyt gorącym nadmuchem powietrza, używanie lokówek z nieregulowaną temperaturą, farbowanie, niewłaściwe i częste szczotkowanie, obcinanie tępymi narzędziami, wystawianie włosów na działanie promieni UV, kąpiele w słonej wodzie, a także pocieranie lub drapanie skóry głowy spowodowane jej schorzeniami) [20, 21].

Włosy paciorkowate (*Monilethrix*) to rzadkie zaburzenie ich struktury o charakterze dziedzicznym. Tego rodzaju włosy mają specyficzny wygląd, znajdują się w nich naprzemiennie ciemne perełkowate zgrubienia z jasnymi zwężeniami. W jasnych zwężeniach włosy łatwo się łamią. Włosy paciorkowate charakteryzują się brakiem połysku, szorstkością, a ich końce pozostają w mieszkach, sprawiając wrażenie „gęszej skórki”. Pojawia się przerzedzenie włosów bądź różnie nasilone rozlane łysienie [20].

Włosy paciorkowate rzekome (*Pseudomonilethrix*) – kiedyś uważano, iż jest to rodzaj włosów skręconych, na obecną chwilę uważa się je za pourazowe uszkodzenie włosa. Wykazują one mniejszą łamliwość niż włosy paciorkowate [20].

Włosy bambusowate (*Trichorrhaxis invaginata*, *bamboo hair*) – włosy te mają tendencję do łamania się w odległości ok. 3-4 cm od skóry głowy. Są one schorzeniem dziedzicznym autosomalnie recesywnie [16, 20].

Rozczep węzłowaty włosa (*Trichorrhaxis nodosa*) pojawia się często z jego innymi defektami strukturalnymi włosów, natomiast rzadko występuje jako wada samoistna. Główną przyczyną tej wady jest nieodpowiednia pielęgnacja włosów. Mają one charakterystyczny wygląd – są matowe, suche, często połamane. Pod mikrokamerą zaś obserwuje się wygląd dwóch pędzelków, które są wbite w siebie [20].

Trichotiodystrofia jest bardzo rzadko spotykanym defektem, który w większości przypadków występuje u osób spowinowaconych; jest dziedziczna. Pod mikrokamerą w świetle spolaryzowanym włosy wyglądem przypominają tygrysi ogon, za który odpowiada obniżenie zawartości cystyny i cysteiny w komórkach macierzy włosa [20].

Włosy skręcone (*Pili torti*) mogą być wskaźnikiem wielu chorób, m.in. zespołu Menkesa, zespołu Bazexa, zespołu Crandalla, zespołu Björnstada oraz innych dysplazji ektodermalnych. Choroba często bywa wrodzona, rzadko jest nabyta po urazach. Włosy skręcają się wokół podłużnej osi i są łamliwe. Temu schorzeniu często towarzyszy głuchota, więc wskazane jest wykonanie badania słuchu w szczególności u niemowląt ze skręconymi włosami. Choroba rozpoczyna się w wieku niemowlęcym, najpierw od łamliwości, następnie obserwuje się przerzedzenie włosów, a czasami i łysienie [20].

Włosy obrączkowate (*Pili annulati*) – niektóre przypadki występują rodzinnie, jednak na obecną chwilę nie zidentyfikowano genu odpowiedzialnego za tę wadę włosów. Czasami obecna jest postać nabyta. Pod mikrokamerą można zaobserwować

obecność odcinków jaśniejszych i ciemniejszych długości kilku milimetrów, które rozmieszczone są na przemian, lśnią po oświetleniu [20].

Włosy wełniste (*Pili lanosi*) – to włosy, które trudno uczesać, gdyż są skrócone wzdłuż osi podłużnej. Wyróżnia się wśród nich włosy dziedziczne autosomalnie dominująco, czyli pojawiające się od razu po urodzeniu =, w przypadku których pomalą następuje samoistna poprawa [20].

Zespół włosów niedających się uczesać (*Uncombable hair syndrome*) – w większości przypadków dziedziczny jest autosomalnie dominująco, zaś czynniki, które decydują o tej chorobie, jeszcze nie są znane. Występuje dużo częściej u dziewczynek. Włosy są tutaj jasne, suche, nie łamią się i bardzo wolno rosną. Zaleca się strzyżenie na krótko, zaś do samoistnej poprawy może dojść z wiekiem [20].

Włosy węzełkowe (*Trichonodosis*) – występują na włosach kręconych, chociaż zdarzają się nieliczne przypadki, że także na włosach prostych. Pod wpływem nadmiernego drapania, czesania czy pocierania w sytuacji chorób owłosionej skóry głowy z towarzyszącym świądem, tworzą się co pewien czas węzélki. Włosy w wyglądzie są matowe i suche, a po ostrzyżeniu normalnie odrastają [20].

Rozszczep podłużny włosa (*Trichoptilosis*) głównie zdarza się u osób z długimi włosami i pod mikrokamerą widoczny jest od wolnego końca. Aby mu zapobiec, należy unikać urazów, głównie spowodowanych nieodpowiednią pielęgnacją np. suszeniem zbyt gorącym powietrzem, używaniem prostownicy i lokówki bez regulacji temperatury [20, 21].

Włosy bańkowate (*Bubble hair*) występują głównie u kobiet, które nadmiernie nadużywają i poddają się nieprawidłowym zabiegom upiększającym. Włosy odrastają prawidłowo po zaprzestaniu tych czynności. Występuje wzmożona ich kruchość i łamliwość. Niekiedy łodygi włosów są zakrzywione, a kształtem przypominają bumerang [20].

4. Diagnostyka trychologiczna

Proces diagnostyki rozpoczyna się od dokładnie przeprowadzonego oraz udokumentowanego wywiadu z pacjentem. Jest on wstępnym, niezbędnym etapem oceny skóry głowy i włosów [16, 22]. Wywiad powinien być przeprowadzony bezpośrednio, co umożliwi wytlumaczenie treści zadawanych pytań oraz umieszczenie w karcie diagnostycznej dodatkowych spostrzeżeń lub uwag. Wywiad zawiera pytania dotyczące wieku, płci, warunków pracy. Należy w nim zamieścić również informacje dotyczące używek (tj. alkohol, papierosy czy nadmierne spożycie kawy). Obciążenia fizyczne, genetyczne oraz psychiczne są także ważnym jego aspektem. Zebrane informacje o towarzyszących chorobach (np. zaburzenia w gospodarce hormonalnej), przyjmowanych lekach są informacją bardzo istotną przy analizie schorzenia oraz podjęciu odpowiedniej kuracji trychologicznej. Należy również zadać pytania dotyczące codziennej pielęgnacji [16, 21].

Metoda organoleptyczna jest najprostszym testem służącym do oceny kondycji włosów oraz stanu skóry. Jako narzędzie badawcze w powyższej metodzie używane są zmysły dotyku, węchu i wzroku [21]. Czynności te powinny zawsze poprzedzać wykonanie zabiegu trychologicznego lub fryzjerskiego. Diagnostyce poddawane są włosy oraz skóra nieumyta. Sama czynność przygotowawcza – rozczesywanie – staje

się elementem diagnozy, gdyż oceniana jest wówczas skłonność włosów do plątania, łatwości rozczesywania, gładkość włosa czy obecność rozdwojonych końcówek. Dalej można stwierdzić stopień natłuszczenia, złuszczenia, czy występowania łysienia oraz jego rodzaju. Istotnym elementem w ocenie diagnostycznej są miejsca przerzedzenia włosów lub ich brak. Można również określić jakość włosów, ich suchość, skłonność do przetłuszczania, miękkość bądź sztywność [21, 23, 24].

Badania w gabinecie trychologicznym opierają się także o diagnostykę obrazową, a używane są do tego celu np.: wideodermatoskopy i mikrokamery trychologiczne. Analiza obejmuje całą skórę głowy, zarówno zdrową, jak również obszary zmienione chorobowo. Analizie poddawane są też korzenie i trzony włosa. Diagnostyka metodą wizualną może być wykonywana przy pomocy lampy – lupy, a uzyskany powiększony obraz pozwala na obserwacje zmian na skórze głowy i włosach. W metodzie tej stosowana jest również lampa Wooda emitująca promienie UV. Kolejnym badaniem nieinwazyjnym umożliwiającym ocenę skóry głowy i strukturę włosa jest trychoskopia [5, 16, 24]. Do tego celu służy cyfrowa kamera wideo (trychoskop). W powiększeniu najczęściej 200-krotnym poddawany jest diagnozie stan w jakim znajduje się skóra głowy tj. ocena rodzaju skóry, teleangiektazji oraz mieszków włosowych. Trychoskopia pozwala też ocenić wygląd i stan łodyg włosów, ich grubość, pigmentację, połysk, skłonność do łamliwości itp. [5].

Badaniem, które umożliwia ocenę korzeni włosów jest trychogram, wymagający wyrwania 50-100 włosów i pozwalający na ich ocenę mikroskopową. Badanie to jest aktualnie wykonywane rzadko, na korzyść kolejnej metody, mianowicie fototrychogramu [5]. Fototrychogram (trychoscan) jest nieinwazyjną techniką polegającą na obserwacji oraz ocenie stanu skóry głowy i włosów za pomocą wspomnianej już cyfrowej kamery wideo oraz specjalistycznego oprogramowania komputerowego. Wykonuje się tutaj serię zdjęć określonych obszarów skóry głowy w odstępie 72 godzin. Następnie na podstawie zebranego materiału w programie komputerowym dokonywana jest analiza pomiaru dynamiki wzrostu włosów, według przyjętego założenia, że włosy anagenowe stale rosną, zaś telogenowe nie zwiększają już swojej długości. Badanie to pozwala uzyskać wyniki analogiczne, jakie dałby tradycyjny trychogram [5].

Najbardziej inwazyjną metodą diagnostyczną jest biopsja skóry głowy, w której pobiera się dwa wycinki z tych obszarów skóry, gdzie występuje łysienie, by potem poddać je ocenie histologicznej. Jest to metoda szczególnie przydatna np. w diagnostyce łysienia bliznowaciejącego [5, 23].

5. Terapia trychologiczna

Po zdiagnozowaniu problemu, z którym zgłosił się pacjent i dobraniu terapii, można przejść do wykonania zabiegu trychologicznego. Oczyszczanie skóry głowy jest pierwszą jego fazą. Używany jest w niej peeling enzymatyczny, mechaniczny (scrub) oraz masaż. Celem tej fazy jest usunięcie nadmiaru keratyny znajdującej się na skórze głowy oraz wyregulowanie nadmiernego wydzielania łoju przez gruczoły łojowe. Substancje czynne preparatów zastosowanych na tym etapie posiadają właściwości złuszczące, nawilżające, natleniające, przeciwzapalne, zwalczające

świąd, grzybobójcze, bakteriobójcze, pobudzające ukrwienie skóry bądź eliminujące toksyny [24].

Kolejnym etapem jest mycie skóry głowy i włosów. Należy je rozpocząć od zwilżenia głowy letnią wodą, a następnie rozprowadzić szampon w dłoniach, po czym nanieść na skórę głowy. Trzeba pamiętać, że cała powierzchnia skóry musi być dokładnie oczyszczona, a mycie to zabieg fizykochemiczny. Ruchy rąk (masaż) połączone z działaniem czynników chemicznych w szamponie skutecznie oczyszczają skórę głowy [25].

Masaż wpływa na poprawę ukrwienia skóry, lepsze jej dotlenienie oraz odżywienie cebulek włosowych. Zabieg ten likwiduje jej napięcie oraz przyczynia się do większej absorpcji środków odżywczych czy stymulujących. Po dokładnym oczyszczeniu, dotlenieniu oraz nawilżeniu skóry głowy należy nanieść jej powierzchnię preparaty lecznicze i pielęgnacyjne. Są one podawane za pomocą aplikatorów w formie strzykawek lub pipet. W zależności od formy stosowanego preparatu do aplikacji używa się opuszków palców celem wmasowania. W zależności od problemu, z jakim zgłasza się pacjent, należy dobrać odpowiednią maskę, odżywkę, emulsję, bądź olejek z odpowiednimi substancjami aktywnymi, itp. Proces kondycjonowania lub regeneracji włosów wspomagany jest zwykle urządzeniami fryzjerskimi lub kosmetycznymi. Suszenie jest fazą kończąca podstawowy zabieg trychologiczny [24, 25].

Zastosowanie tej terapii można przedstawić na przykładzie pacjentki, która zgłosiła się 23.10.2015 r. do Centrum Trychologiczno-Kosmetologicznego MICHAEL K. w Lublinie. Na podstawie wywiadu diagnostycznego stwierdzono, że pacjentka skarży się na następujące dolegliwości w obrębie skóry głowy oraz włosów: swędzenie, łuszczenie, wzmożone wypadanie i ścięczenie włosów, nadczynność gruczołów łojowych oraz obecność łupieżu tłustego. Badanie trichoskopowe uwidocznilo obecność tłustych, żółtawych łusek na skórze głowy, które oblepiają łodygi włosów (Rycina 1). Po wykonaniu peelingu i myciu zostały również zebrane włosy w celu porównania nasilenia ich wypadania w przyszłości oraz zaobserwowania efektów terapii (Rycina 2).



Rycina 1. Badanie trichoskopowe przy pierwszej wizycie w dniu 23.10.2015 [ze zbiorów własnych]



Rycina 2. Próbkę włosów utraconych po zabiegu oczyszczającym przy pierwszej wizycie w dniu 23.10.2015 [ze zbiorów własnych]

Pacjentka otrzymała również zalecenia zastosowania w kuracji domowej odpowiedniego szamponu przeciwłupieżowego, emulsji nawilżającej oraz specjalnego toniku przeciwłupieżowego.

Kolejna wizyta pacjentki miała miejsce 14.11.2015 r. Na podstawie wywiadu diagnostycznego stwierdzono: zmniejszone swędzenie oraz łuszczenie w obrębie skóry głowy, wzmożone wypadanie oraz ścieńczenie włosów, w dalszym ciągu nadczynność gruczołów łojowych oraz nasilony łojotok. Obraz trichoskopowy z wizyty oraz ilość włosów w próbce, jakie zebrano po zabiegu oczyszczającym przedstawiają kolejno Ryciny 3 i 4.



Rycina 3. Badanie trichoskopowe przy drugiej wizycie w dniu 14.11.2015 [ze zbiorów własnych]



Rycina 4. Próbkę włosów utraconych po zabiegu oczyszczającym przy drugiej wizycie w dniu 14.11.2015 [ze zbiorów własnych]

Pacjentka otrzymała zalecenie do stosowania dodatkowo w domowej kuracji pielęgnacyjnej toniku przeciwko wypadaniu włosów oraz kontynuowania stosowania pozostałych preparatów otrzymanych podczas pierwszej wizyty.

Następna wizyta pacjentki odbyła się 25.11.2015. W ponownie wykonanym wywiadzie diagnostycznym stwierdzono: brak świądu i łuszczenia, zmniejszenie ilości wypadających włosów, unormowanie pracy gruczołów łojowych, dalsze ścięczenie włosów. Obraz trichoskopowy z trzeciej wizyty oraz ilość włosów w próbce, jakie zebrano po zabiegu oczyszczającym przedstawiono na Rycinach 5 i 6.



Rycina 5. Badanie trichoskopowe przy trzeciej wizycie w dniu 25.11.2015 [ze zbiorów własnych]



Rycina 6. Próbkę włosów utraconych po zabiegu oczyszczającym przy trzeciej wizycie w dniu 25.11.2015 [ze zbiorów własnych]

6. Wnioski

W pracy omówione zostały zagadnienia związane z zastosowaniem trychologii jako metody wspomagającej diagnostykę oraz leczenie wybranych schorzeń owłosionej skóry głowy i włosów. Dość częstym problemem na tym obszarze ciała człowieka są m.in. łysienie, łuszczyca, łojotokowe zapalenie skóry czy łupież.

Na prezentowanym przykładzie terapii trychologicznej zastosowanej u pacjentki z problemem łupieżu oraz ŁZS uzyskany został efekt złuszczenia nawarstwionej łuski, kontrola nad kolonizacją grzyba drożdżopodobnego *Malassezia furfur*, odpowiedzialnego za powstawanie łupieżu, jak również ustabilizowano pracę gruczołów

łojowych. Duże nawarstwienie łusek oraz ich mocne przytwierdzenie do podłoża spowodowały ścięczenie włosów oraz wzmożone ich wypadanie. Ustabilizowanie przyczyn ŁZS przyczyniło się do zatrzymania procesu wypadania włosów i polepszenia ich ogólnej kondycji. Co 30 dni odbywa się badanie kontrolne, w celu rozpisania intensywności oraz dawkowania preparatów wyrównujących m.in. zaburzenia poliferycyjne i pracę gruczołów łojowych, kontroli warstwy hydrolipidowej oraz sprawdzenia efektów wzmacniających włosy.

Literatura

1. Jazienicka I., Chodorowska G., Budzyńska J., *Włosy – fizjologia i zaburzenia struktury*, Dermatologia Estetyczna, 2 (2006), s. 90-94
2. Szklarczyk M., Goździalska A., Jaśkiewicz J., *Choroby oraz pielęgnacja skóry głowy i włosów*, [w:] Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.), Stan skóry wykładnikiem stanu zdrowia, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2012, s. 65-73
3. Brzezińska-Wcisło, L., Lis A., Kamińska G., Wcisło-Dziadecka D., *Fizjologia i patologia wzrostu i utraty włosów na głowie u człowieka*, Postępy Dermatologii i Alergologii, 5, (2003), s. 260-266
4. Bochenek A., Reicher M., *Anatomia człowieka*. Tom 5, PZWL, Warszawa, 2007, s. 348-356
5. Styczeń P., *Włosom na ratunek*, Art of Beauty, 2, (2015), s. 32-39
6. Siemiątkowska J. M., *Zakres trychologii kosmetycznej*, Instytut Kosmetologii Fryzjerskiej Trichomed, Stargard, 2015
7. Weller R., Hunter J., Savin J., Dahl M., *Dermatologia kliniczna*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011
8. Padlewska K., *Medycyna estetyczna i kosmetologia*, PZWL, Warszawa, 2014
9. Curyło K., Jurzak M., *Najczęstsze choroby owłosionej skóry głowy*, [w:] Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.), Troska o zdrowie w aspekcie społecznym, część 1, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2015, s. 131-143
10. Brzezińska-Wcisło L., Wcisło-Dziadecka D., Lis-Święty A., Trzmiel D., *Łupież i łojotokowe zapalenie owłosionej skóry głowy – patogeneza, obraz kliniczny oraz aspekty terapeutyczne*, Postępy Dermatologii i Alergologii, 24, (2007), s. 59-64
11. Szmurło A., *Łupież – zaburzenie skóry głowy*, Aesthetica, 25, (2015), s. 55-59
12. Nowicka D., *Choroby łojotokowe skóry. Procedury zabiegów kosmetycznych*, KosMed, Wrocław, 2011
13. Romańska-Gocka K., *Farmakoterapia łuszczycy*, Farmacja Polska, 9, (2009), s. 647-654
14. Wilk M., Adamski Z., *Choroby włosów i owłosionej skóry głowy*, [w:] Adamski Z., Kaszuba A. (red.), Dermatologia dla kosmetologów, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2008, s. 150-157
15. Kozłowska U., *Łysienie i problemy pielęgnacyjne włosów*, [w:] Noszczyk M. (red.), Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, PZWL, Warszawa, 2010, wydanie I, s. 353-364
16. Wormer E. J., *Włosy. Pielęgnacja i zdrowie*, Wydawnictwo Klub dla Ciebie, Warszawa, 2000
17. Sekita-Pilch M., *Dlaczego włosy wypadają? Przyczyny, sposoby zapobiegania i nowoczesne metody leczenia wypadania włosów*, Wydawnictwo Diagnosis, Białystok, 2016
18. Brzezińska-Wcisło L., Lis-Święty A., *Choroby włosów – co nowego?*, [w:] Szepietowski J., Reich A. (red.), Dermatologia – co nowego?, Tom 1, Wydawnictwo Cornatis, Wrocław, 2009, s. 187-197
19. Moghadam-Kia S., Franks A. G., *Choroby autoimmunologiczne a utrata włosów*, Dermatologia po dyplomie, 5, (2013), s. 38-56

20. Brzezińska-Wcisło L., Lis-Święty A., Wcisło-Dziadecka D., Rogala-Poborska I., Trzmiel D., *Wrodzone i nabyte zmiany struktury włosów*, Postępy Dermatologii i Alergologii, 6, (2007), s. 282-289
21. Kulikowska-Jakubik T., Richter M., *Techniki fryzjerskie pielęgnacji włosów*, WSiP, Warszawa, 2013
22. Lang M., O włos od sukcesu. *Trychologia w gabinecie beauty & spa*, Kosmetologia Estetyczna, 3, (2015), s. 264-265
23. Sekita-Pilch M., Zielińska K., *Diagnostyka chorób włosów i skóry głowy w praktyce trychologicznej. Mikrokamera w roli głównej*, Kosmetologia Estetyczna, 3, (2015), s. 267-271
24. Siemiątkowska J., *Zarys trychologii kosmetycznej*, Instytut Kosmetologii Fryzjerskiej Trichomed, Stargard, 2014
25. *Sumirska Z. (red.), Nowoczesne fryzjerstwo: chemia, technologie, techniki*, Firma Wydawniczo-Medialna P.P.H.U. „Suzi”, Warszawa, 2005

Trychologia kosmetyczna jako metoda diagnozy oraz leczenia wybranych schorzeń skóry głowy i włosów

Trychologia jest nauką zajmującą się diagnozowaniem oraz leczeniem chorób włosów i skóry głowy. Nieprawidłowa pielęgnacja tego obszaru ciała człowieka, jak również czynniki środowiskowe bądź zdrowotne, mogą powodować różne schorzenia, m.in. łupież, łojotokowe zapalenie skóry, łysienie lub zmiany w strukturze łodygi włosów. Głównym celem pracy jest zaprezentowanie wybranych schorzeń włosów i skóry głowy, metod diagnostyki oraz etapów zabiegu trychologicznego. Przedstawiony został opis terapii u pacjentki, u której stwierdzono obecność ŁZS oraz łupieżu. W wyniku zastosowanej serii zabiegów trychologicznych udało się ustabilizować przyczyny schorzenia oraz poprawić kondycję włosów i skóry głowy.

Słowa kluczowe: trychologia, diagnostyka, problemy owłosionej skóry głowy, włosy

Cosmetic trichology as the method of diagnosis and treatment of selected diseases of the scalp and hair

Trichology is the science that deals with the diagnosis and treatment of the human hair and scalp diseases. Improper care of this area of the human body, as well as environmental or health factors, can cause various diseases, for example dandruff, seborrheic dermatitis, hair loss or changes in the structure of the hair shaft. The main aim of this work is to present selected diseases of the hair and scalp, methods of their diagnostic and stages of the trichological treatment. The therapy in the patient diagnosed with the presence of seborrheic dermatitis and dandruff was presented. As a result of the series of trichological treatments, the causes of the disease were stabilized and the condition of hair and scalp was improved.

Keywords: trichology, diagnostic, scalp problems, hair