

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2024



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабилов У.Ю.

«21» мая 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»**

Ташкент 2024

1. Вводная часть
Коды по МКБ-10/11:

L63/ED70.20	Гнездная алопеция
L63.0/ED70.21	Гнездная алопеция тотальная
L63.1	Алопеция универсальная;
L63.2	Гнездная плешивость (лентовидная форма);
L63.8/ED70.2Y	Другая гнездная алопеция;
L63.9/ED70.2Z	Гнездная алопеция неуточненная
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11249 / https://mkb-11.com/index.php?id=ED70.2

Дата разработки и пересмотра протокола: 2024 год, дата пересмотра 2027 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

- | | | | |
|----|-----------------|---|------------|
| 1. | Сабилов У.Ю. | Директор центра, д.м.н., проф. | РСНПМЦДВиК |
| 2. | Азимова Ф.В. | Ведущий научный сотрудник,
дерматовенеролог, трихолог, д.м.н. | РСНПМЦДВиК |
| 3. | Курбанова К.Ш. | Врач дерматовенеролог,
дерматокосметолог | РСНПМЦДВиК |
| 4. | Боходирова А.А. | Врач дерматовенеролог, ученый
секретарь | РСНПМЦДВиК |
| 5. | Рахматова М.С. | Помощник заместителя директора
по научной работе,
Врач дерматовенеролог | РСНПМЦДВиК |

Рецензенты:

1. Нино Лорткипанидзе - Президент Грузинского общества исследования волос, профессор.
2. Ганиева Шахноза Турсуновна - Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ЦРПКМР, к.м.н.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате ____ _____ 202__ года (протокол №__).

Оглавление

<u>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ».....</u>	<u>5</u>
<u>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ».....</u>	<u>40</u>
<u>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ».....</u>	<u>53</u>

Список сокращений

МКБ	международная классификация болезней
КВД	кожно-венерологический диспансер
УД	уровень доказательности
МНН	международное непатентованное название
ФСГ	фолликулостимулирующий гормон
ЛГ	лютеинизирующий гормон
ДГЭА	дегидроэпиандростерон
мл	миллилитр
мг	милиграмм
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ВРО	бензоила пероксид
ИМТ	индекс массы тела
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
КФК	креатининфосфокиназа
АЛаТ	аланинаминотрансфераза
АСаТ	аспартатаминотрансфераза
ТГ	триглицериды
СОЭ	скорость оседания эритроцитов;
СРБ	С - реактивный белок
УЗИ	ультразвуковое исследование
ИФА	иммуноферментный анализ
ИХЛА	иммунохемилюминесцентный анализ
ПЦР	полимеразная цепная реакция
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение
ИК	инфракрасный
ПИФ	прямая иммунофлюоресценция
в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи и дерматокосметологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Категория пациентов в данной нозологии: больные с гнездной алопецией

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики
(диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных,
реабилитационных вмешательств**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических,
диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть.

2.1. Введение

Гнездная алопеция является распространенным типом потери волос или алопеции у людей; это аутоиммунное заболевание с переменным, обычно рецидивирующим течением. Гнездная алопеция поражает приблизительно 2% населения, как это было задокументировано несколькими крупными эпидемиологическими исследованиями в Европе, Северной Америке и Азии. Распространенность гнездной алопеции в начале 1970-х годов составляла от 0,1% до 0,2%, а заболеваемость в течение жизни — 1,7% (1,2,3). Считается, что гнездная алопеция не имеет половой дихотомии, но некоторые исследования доказывают, что распространенность смещается в сторону женщин у пациентов >45 лет (12,4). В большинстве исследований не сообщается о существенных различиях в возрасте начала, продолжительности или типе гнездной алопеции по этнической принадлежности. Начало гнездной алопеции может наступить в любом возрасте; однако у большинства пациентов это состояние развивается до 40 лет, средний возраст начала составляет от 25 до 36 лет. Ранняя гнездная алопеция (средний возраст начала составляет от 5 до 10 лет) в основном проявляется в виде более тяжелого подтипа, такого как универсальная алопеция (11,33,5).

Предрасположенность к гнездной алопеции является генетической. У 10-20% больных имеется семейный анамнез заболевания, а истинная частота заболевания, вероятно, еще выше, так как легкие случаи могут остаться незамеченными. Генетическая предрасположенность имеет полигенную природу.

Прослеживается связь ГА с определенными HLA аллелями II класса, особенно с DQB1*03 и DRB1*1104. HLA аллели DQB1*0301 (HLA-DQ7) и DRB1*1104 (HLA-DR11) могут быть ассоциированы с тотальной и универсальной алопецией. Триггерными факторами заболевания могут являться стрессы, вакцинация, вирусные заболевания, инфекционные заболевания, антибиотикотерапия, наркозы и т.д. (15,16,17).

В нормальных условиях волосяные фолликулы образуют область, где аутоантигены не могут быть распознаны из-за отсутствия главного комплекса гистосовместимости (МНС) в проксимальном наружном корневом влагалище и матричных клетках. При гнездной алопеции иммунная привилегия нарушается специфическими триггерами, такими как микротравма, вирусная инфекция или эндокринная дисфункция, что приводит к нарушению иммунной регуляции. Кроме того, эктопическая экспрессия МНС класса I, распознаваемая аутореактивными CD8 + Т-клетками, может напрямую и неблагоприятно влиять на анагеновые волосяные фолликулы, приводя к фолликулярному апоптозу (6).

2.2 Определение

Гнездная алопеция (ГА) — хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин (у 7-66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос.

2.3. Классификация:

В зависимости от объема и типа облысения различают следующие клинические формы гнездной алопеции:

- локальная (ограниченная);
- субтотальная;
- тотальная;
- универсальная.

Другими формами гнездной алопеции являются:

- многоочаговое (сетчатое) расположение участков алопеции;

- офиазиз;
- инверсный офиазиз (sisapho);
- диффузная форма.

Степени тяжести гнездной алопеции:

- прогрессирующая;
- стационарная;
- регрессирующая.

1.4 Клиническая картина

При локальной (ограниченной) форме ГА на волосистой части головы определяют один или несколько чётко очерченных округлых очагов алопеции. При субтотальной форме ГА на коже волосистой части головы отсутствует более чем 40% волос. При офиазисе очаги алопеции имеют лентовидную форму, охватывают всю краевую зону роста волос в затылочной и височных областях. При инверсном офиазисе (sisapho) очаги алопеции лентовидной формы распространяются на лобно-теменную и височную области. Диффузная форма ГА характеризуется частичным или полным диффузным поредением волос на волосистой части головы. При тотальной форме ГА наблюдается полная потеря терминальных волос на коже волосистой части головы. При универсальной форме ГА волосы отсутствуют на коже волосистой части головы, в области роста бровей, ресниц, на коже туловища.

Стадии патологического процесса.

Активная (проградиентная, прогрессирующая) стадия. Субъективные симптомы, как правило, отсутствуют, некоторые больные могут предъявлять жалобы на зуд, жжение или боль в местах поражения. Типичные очаги поражения представляют собой участки нерубцового облысения округлой или овальной формы с неизменным цветом кожи. Реже наблюдаются очаги умеренно-красного или персикового цвета. Проксимально суженные и дистально широкие волосы в форме восклицательного знака являются характерным признаком, часто заметным на поражённом участке или по его периферии. В активной фазе заболевания на границах поражений тест на натяжение волос может быть положительным – зона так называемых «расшатанных волос». Граница зоны не превышает 0,5-1 см. ГА может распространяться практически на любую зону волосяного покрова, однако примерно у 90% больных поражается волосистая часть головы. На начальном этапе заболевание не затрагивает седые волосы (18,19).

Стационарная стадия. Вокруг очага алопеции зона «расшатанных волос» не определяется, кожа в очаге неизмененная.

Стадия регресса. В очаге алопеции наблюдается рост vellus – пушковых депигментированных волос, а также частичный рост терминальных пигментированных волос. При возобновлении роста волос, как правило, первоначальные волосы гипопигментированы, но с течением времени цвет обычно возвращается. У больных ГА (у 7-66%) могут наблюдаться специфические дистрофические изменения ногтей: точечное изъязвление ногтей, трахионихия, линии Бо, онихолексис, истончение или уплотнение ногтей, онихомадезис, койлонихия, точечная или поперечная лейконихия, красные пятнистые лулулы. До 50% больных даже без лечения выздоравливают в течение года (спонтанная ремиссия). При этом у 85% больных отмечается более одного эпизода заболевания. При манифесте ГА до пубертатного возраста вероятность развития тотальной алопеции составляет 50%. При тотальной/универсальной алопеции вероятность полного выздоровления составляет менее 10%. Прогноз отягощают ранний возраст начала заболевания, его длительность, семейный анамнез, наличие сопутствующей атопии и других аутоиммунных заболеваний (20).

3. Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1. Диагностические критерии

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573125/>

3.1.1. Жалобы и анамнез:

Пациенты предъявляют жалобы общее на выпадение волос и появление округло-овальных очагов выпадения волос на волосистой части головы. В некоторых случаях больные могут предъявлять жалобы на зуд, жжение или боль в местах поражения.

При тотальной форме пациенты жалуются на выпадение волос не только на волосистой части головы, но и на бровях, ресницах, бороде у мужчин.

При универсальной форме гнездной алопеции пациенты жалуются на выпадение волос и на волосистой части головы, бровях, ресницах и туловище.

Также некоторые пациенты, особенно дети до 14 лет, предъявляют жалобы на изменение ногтевых пластинок.

3.1.2 Физикальное обследование:

А	<p>Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> наличия на коже очагов алопеции с чёткими границами;<input type="checkbox"/> наличия в очаге пеньков волос в виде восклицательного знака и «зоны расшатанных волос» на границе очага (активная стадия);<input type="checkbox"/> наличия в очаге роста светлых пушковых волос (в стадии регресса); иногда по одному краю очага имеются обломки волос в виде восклицательного знака, а на противоположном – рост веллуса;<input type="checkbox"/> обнаружения при осмотре ногтей признаков ониходистрофии: наперстковидных вдавливаний, продольной исчерченности, изменений свободного края в виде волнистых узур.
----------	--

3.1.3.Лабораторные исследования

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.1998.tb00727.x>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862393/>

С	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> обнаружения при микроскопическом исследовании эпилированных из очага волос дистрофичных проксимальных концов в виде «оборванного каната»;<input type="checkbox"/> микроскопического исследования кожи и волос на наличие патогенных грибов;<input type="checkbox"/> микроскопического исследования волос, эпилированных из краевой зоны очага (выявление дистрофичных концов волос – признака, патогномичного для гнездной алопеции);<input type="checkbox"/> клинического анализа крови;<input type="checkbox"/> скрининговые (отборочные) тесты на сифилис<input type="checkbox"/> подтверждающие тесты на сифилис<input type="checkbox"/> общий анализ мочи<input type="checkbox"/> общий анализ кала<input type="checkbox"/> биохимического анализа крови: АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, холестерин, сахар крови, щелочная фосфатаза (при подозрении на токсическую алопецию, а также перед назначением фотохимиотерапии с применением фотосенсибилизаторов внутрь);<input type="checkbox"/> анализа крови на гормоны щитовидной железы (Т3 свободного, Т4 свободного, ТТГ, АТ к ТПО, АТ к ТГ) для исключения патологии щитовидной железы и пролактин для исключения пролактинемии.<input type="checkbox"/> определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА
----------	--

- гистологического исследования фрагмента кожи волосистой части головы
- Гистологически гнездная алопеция характеризуется состоящим в основном из Т клеток воспалительным инфильтратом внутри и вокруг луковиц анагеновых волосяных фолликулов. Однако гистопатологические признаки заболевания зависят от стадии заболевания, в случае хронических очагов классические признаки могут отсутствовать;
- иммунологический анализ крови;
- выявление инфекций в крови и биосубстратах
- исследование целиакии
- проверка на инвазию гельминтов
- микологическое исследование биосубстратов организма (световая микроскопия и ПИФ)
- молекулярно-генетические исследования

3.1.4. Эпидемиологический анамнез:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521674/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22011591/>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-25153>

Пациенты с гнездной влопецией, сообщающие о семейном анамнезе заболевания, оцениваются от 0% до 8,6%. У детей частота семейного анамнеза, как сообщается, составляет от 10% до 51,6%. Одно исследование показало, что у мужчин вероятность наличия семейного анамнеза выше, чем у женщин.

Не было обнаружено существенной разницы в частоте возникновения гнездной алопеции между мужчинами и женщинами ни в одном из двух популяционных исследований. Однако десять различных исследований, проведенных в больницах по всему миру, указали на преобладание женщин в соотношении от 2,6:1 до 1,2:1. Напротив, четыре исследования показали преобладание мужчин в соотношении от 2:1 до 1,1:1.

У детей преобладание мужчин составило 1,4:1 в двух исследованиях, причем одно исследование указывало на мальчиков как на имеющих более тяжелую форму поражения; третье исследование сообщало о девочках как о имеющих более тяжелую форму заболевания.

Наиболее распространенным местом поражения была затылочная область, пораженная у 38,4% мужчин и 33,4% женщин. При первом обращении у 58% взрослых пациентов наблюдалась очаговая потеря волос, поражающая менее половины кожи головы.

У детей у 80%–85% наблюдалась легкая или умеренная потеря волос, поражающая менее половины кожи головы. Более поздний возраст начала заболевания коррелировал с менее обширной алопецией, или, другими словами, начало в первые 2 десятилетия чаще ассоциировалось с тяжелой алопецией. Тотальная и универсальная алопеция наблюдалась в 7,3% случаев гнездной алопеции и всегда возникала в возрасте до 30 лет.

Прогноз отягощают ранний возраст начала заболевания, его длительность, семейный анамнез, площадь поражения, изменения ногтей, наличие сопутствующей атопии и других аутоиммунных заболеваний

3.1.5. Инструментальные исследования:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028992/>

С 4	<ul style="list-style-type: none">• Трихоскопия• Фототрихограмма• УЗИ внутренних органов• Исследование лампой Вуда
----------------	---

Дифференциальная диагностика проводится с трихотилломанией, диффузной токсической алопецией, травматической алопецией, трихофитией волосистой части головы, рубцовыми алопециями.

При трихотилломании очаги алопеции имеют неправильную форму, могут быть по типу «языков пламени», располагаются обычно в области висков, темени, в области бровей, ресниц. В центральной части очага нередко наблюдается рост терминальных волос. В очаге волосы могут быть обломаны на разной высоте. Зона расшатанных волос при потягивании волос с края очага не определяется. Трихотилломания может возникнуть на фоне ГА, для которой иногда характерен зуд, и расчесывание может войти в привычку. Диффузная токсическая алопеция обычно ассоциирована с острыми токсическими состояниями: отравлением солями тяжелых металлов, химиотерапией, приемом цитостатиков, длительным подъемом температуры. При травматической алопеции волосы равномерно обломаны на одной высоте в центре очага, не наблюдаются признаки воспаления, в анамнезе – эпизод жестокого обращения или механического повреждения приборами для укладки. При трихофитии волосистой части головы во время осмотра обнаруживают воспалительный валик по периферии очага и наличие «пеньков» - волос, обломанных на уровне 2-3мм от поверхности кожи. Заболевание может сопровождаться воспалением и шелушением, которое, как правило, не наблюдается при ГА. При микроскопическом исследовании на грибах обломков волос выявляют друзы грибов внутри и снаружи волосяного стержня. При рубцовой алопеции кожа в очаге поражения блестящая, фолликулярный аппарат не выражен. Клинические проявления иногда затрудняют диагностику, в этом случае рекомендуется проведение гистологического исследования. У детей с врожденным одиночным участком облысения в височной зоне следует проводить дифференциальную диагностику с темпоральной триангулярной алопецией.

3.1.6. Показания для консультации специалистов

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/615/615258d9f33e185fa49b7e12fd3e2ecc.docx>

С	<ul style="list-style-type: none">• Консультация терапевта/педиатра при наличии симптомов сопутствующего заболевания;
----------	---

- Консультация иммунолога при наличии нарушений в иммунологическом анализе крови;
- Консультация эндокринолога – при наличии симптомов нарушения функции щитовидной железы.
- Консультация психотерапевта и невролога– при наличии отказа от посещения учебных заведений, общественных мест, угнетённого настроения, дисморфофобии.

3.1.7. Прогноз гнездной алопеции неблагоприятен при:

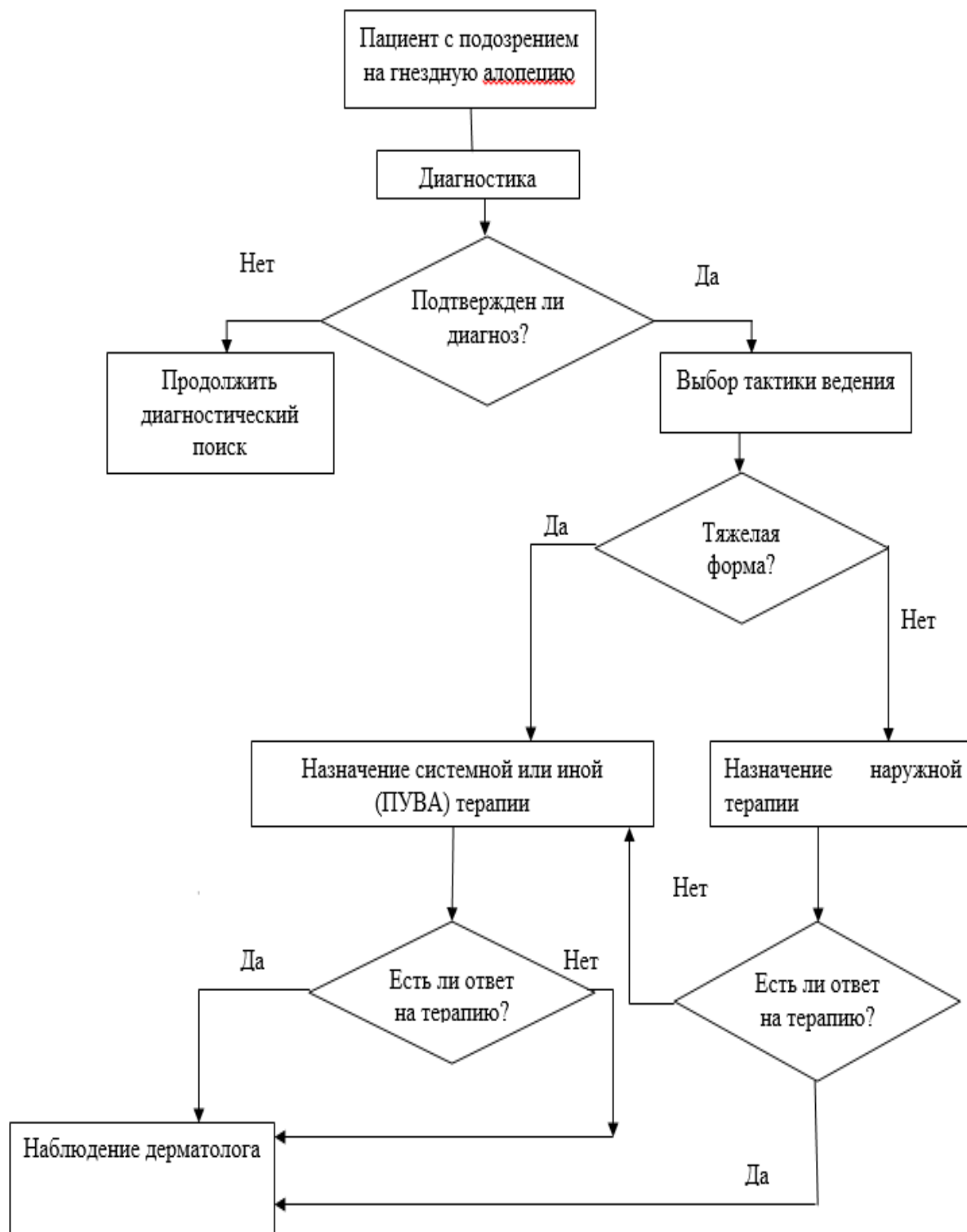
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

С

- Начало заболевания в детском возрасте до 6 лет;
- Продолжительность эпизода более 1 года;
- Обширная область или офоазис;
- Тяжесть заболевания в начале заболевания;
- Поражение бровей, ресниц и выпадение волос вне кожи головы;
- Поражение ногтей, ямки на ногтях и трахионихия;
- Связь с атопией;
- Связь с аутоиммунными заболеваниями, в основном эндокринными;
- Семейный анамнез;
- Связь с генетическими заболеваниями, такими как синдром Дауна.

2) диагностический алгоритм:

<https://diseases.medelement.com/disease>



3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Трихотилломания	Очаги алопеции имеют неправильную форму, располагаются обычно в области висков, темени, в области бровей, ресниц. В центральной части очага нередко наблюдается рост терминальных волос. В очаге волосы могут быть обломаны на различной длине. При микроскопическом исследовании определяют корни волос в стадии анагена или телогена, дистрофичные волосы отсутствуют.	Микроскопия корней волос, видеотрихоскопия.	Наличие патологических волос в очагах
Диффузная токсическая алопеция	Выпадение волос ассоциирована с острыми токсическими состояниями: отравлением солями тяжёлых металлов, химиотерапией, приёмом цитостатиков, длительном подъёме температуры до 39°C и выше.	Видеотрихоскопия, анализ крови на наличие тяжёлых металлов	Наличие патологических волос в очагах
Трихофития волосистой части головы	При клиническом осмотре обнаруживают воспалительный валик по периферии очага и наличие «пеньков» – волос, обломанных на уровне 2-3 мм от поверхности кожи. Заболевание может сопровождаться воспалением и шелушением, которое, как правило, не наблюдается при гнездовой алопеции. При микроскопическом исследовании на грибки обломков волос выявляют друзы грибов внутри или снаружи волосяного стержня.	Микроскопическое и культуральное исследование на грибы	Очаги не имеют воспалительного характера и нет обломков волос в очагах.
Рубцовая алопеция	Кожа в очаге поражения блестящая, фолликулярный аппарат не выражен.	Гистологическое исследование, видеотрихоскопия	Очаги округло-овальной формы, с сохранёнными волосяными фолликулами
Травматическая алопеция	волосы равномерно обломаны на одной высоте в центре очага, не наблюдаются признаки воспаления, в анамнезе – эпизод жестокого обращения или механического повреждения приборами для укладки.	Видеотрихоскопия	Наличие патологических волос в очагах

4) Тактика лечения на амбулаторном уровне:

В	Амбулаторное лечение показано пациентам с локальными формами гнездовой алопеции;
----------	--

4.1 Немедикаментозное лечение:

С 4	Диетотерапия не применяется
----------------	-----------------------------

4.2 Медикаментозное лечение:

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска и дозировка	Уровень доказательности	Ссылки
Топические глюкокортикостероидные препараты	Флуоцинолона ацетонид	Крем 0,25% 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 2 месяцев	С	Advances in the management of alopecia areata, 2012 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/
	Бетаметазона дипропионат	Крем 0,05% 2 раза в день в течение 6 месяцев лосьон 0,05% 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 12 недель		Alopecia areata, 2015 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/
	Мометазона фураат	Крем 0,1% 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 2 месяцев		Clobetasol propionate, 0.05%, vs hydrocortisone, 1%, for alopecia areata in children: a randomized clinical trial, 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/
	Клобетазол	Мазь, крем 0,05% под окклюзионную повязку на ночь 6 дней в неделю, продолжительность лечения - до 6 месяцев.		Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/

<p>Топический ингибитор кальциневрина</p>	<p>Такролимус</p> <p>Пимекролимус</p>	<p>Мазь 0,1% 0.03% мазь ежедневно 2 раза в сутки до 6 месяцев</p> <p>Мазь 1% ежедневно 2 раза в сутки до 6 месяцев</p>	<p>C</p> <p>Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata, 2019</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/</p> <p>Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов, 2014</p> <p>https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422</p> <p>Alopecia Areata: An Update on Treatment Options for Children, 2017</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/</p>
<p>Микроэлементы</p>	<p>Сульфат цинка</p>	<p>Таблетки 5 мг по 5 мг 3 раза в день</p>	<p>C</p> <p>The role of micronutrients in alopecia areata: A Review, 2018</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685931/</p> <p>Comparison of zn, cu, and fe content in hair and serum in alopecia areata patients with normal group, 2014</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246935/</p>

Контактные сенсibilизаторы	Дифенилциклопропенон	0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% и 2% раствор	С	Treatment of pediatric alopecia areata with anthralin: A retrospective study of 37 patients, 2018 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/
	Антралин	5%, 2,0% раствор		Diphenylcyclopropenone in patients with alopecia areata. A critically appraised topic, 2015 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица 2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска и дозировка	Уровень доказательности	Ссылки
Системные кортикостероиды	Преднизолон	Таблетки 5 мг 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев или начиная с 40 мг в сутки перорально (с постепенным снижением дозы) в	А	Consensus on the treatment of alopecia areata – Brazilian Society of Dermatology, 2020 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/

	<p>Бетаметазон</p> <p>Метилпреднизолон</p>	<p>течение 6 недель или 0,4-0,6 мг/кг/сут исходная дозировка со снижением в течение 12 недель</p> <p>Ампулы 1,0 мл 1 раз в 7-10 дней (от 4 до 6 процедур)</p> <p>Раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 250 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 последовательных дней каждые 3 месяца</p>	<p>Prevention and management of glucocorticoid-induced side effects: A comprehensive review: Gastrointestinal and endocrinologic side effects, 2017</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/</p>
<p>Кортикостероиды - внутриочаговое введение</p>	<p>Триамцинолона ацетонид (кеналог)</p> <p>Бетаметазона</p>	<p>Суспензия 40мг/1 мл каждые 4-6 недель в виде внутрикожных инъекций с интервалом в 0,5-1 см по 0,1мл. Максимальная доза триамцинолона ацетонида за сеанс должна составлять не более 20 мг. Вводится в концентрации в среднем 2,5- 5 мг/мл или не более 10мг/мл . При отсутствии положительного эффекта через 6 месяцев после начала лечения внутриочаговое введение препарата должно быть прекращено.</p> <p>Внутрикожное введение в очаг поражения из расчета</p>	<p>А</p> <p>A Study to Evaluate the Efficacy of Various Topical Treatment Modalities for Alopecia Areata, 2012</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/</p> <p>Intralesional betamethasone as a therapeutic option for alopecia areata, 2018</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p>

	дипропионат (2мг) + бетаметозона динатрия фосфат (5мг) (дипросан)	0,2 мл/см2. Введение препарата проводится каждые 3-4 недели, общее количество введенного препарата на всех участках не должно превышать 2 мл в течение 2 недель	В	https://diseases.medelement.com/disease/
Витаминотерапия	Цианокобаламин (Витамин В12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	В	Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	В	Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/
	Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	В	Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/
	Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50	В	Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/

	<p>мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки.</p> <p>Курс лечения составляет 10–30 инъекций.</p>		
Альфа-липоевая кислота	<p>в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут.</p> <p>Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца</p>	В	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>
Альфа-токоферола ацетат (Витамин Е)	<p>Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)</p>	В	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>
Витамин А + Е	<p>внутри после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)</p>	В	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>
Ретинола ацетат (Витамин А)	<p>Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ</p> <p>33 000–100 000 МЕ/сут</p>	В	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>
Аскорбиновая кислота (Витамин С)	<p>Внутрь, в/м, в/в</p> <p>Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах</p>	В	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>

	<p>Холекальциферол (Витамин D)</p>	<p>Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь - 200 000 МЕ однократно внутрь - 150 000 МЕ однократно внутрь - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь</p>	<p>B</p>	<p>Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386567/</p>
<p>Гепатопротекторы</p>	<p>Эссенциальные фосфолипиды</p>	<p>в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43</p>	<p>C</p>	<p>Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/</p>

		кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.		
	Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день Внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	С	Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/
	Антраль	внутри после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	С	Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/
	Адеметионин	Рекомендуемая доза составляет 10-25 мг адеметионина на 1 кг массы тела в сутки. Обычно суточная доза составляет 1-2 таблетки в сутки (от 400-800 мг адеметионина в сутки) и может быть увеличена до 4 таблеток в сутки (до 1600 мг адеметионина в сутки). Эффект обычно проявляется через 7-14 дней лечения и сохраняется при дальнейшем применении препарата.	С	Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/

	Азатиоприн	мг в неделю. Таблетки 50 мг начальные дозы 0,5–1 мг/кг/день можно увеличить до 2–3 мг/кг/день в зависимости от переносимости пациентом. Дозу 2,5 мг/кг/день можно рассматривать для резистентных пациентов с гнездной алопецией		
Ангиопротекторы	Пентоксифиллин	Внутрь. Рекомендуемая доза препарата составляет 100 мг (1 таб.) 3 раза/сут с последующим медленным повышением дозы до 200 мг (2 таб.) 2-3 раза/сут. Максимальная разовая доза - 400 мг. Максимальная суточная доза - 1200 мг.	С	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Никотиновая кислота	Внутрь, в/в, в/м или п/к взрослым по 50-100 мг 2-4 раза в сутки. Для взрослых максимальная разовая доза составляет 100 мг, максимальная суточная доза - 500 мг	С	
Селективный иммунодепрессант (ингибитор сигнальной системы JAK/STAT)	Тофацитиниб	5мг 2 раза в день перорально в течение 3-17 месяцев	В	Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition, 2014 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/ JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis, 2019
	Барицитиниб	Внутрь. Рекомендуемая доза составляет 4 мг 1 раз/сут.		

				https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/
Противомаларийные средства	Гидроксихлорохин	Таблетки 200 мг 5 мг/кг/день до достижения эффекта	C	Successful treatment of alopecia totalis with hydroxychloroquine: report of 2 cases, 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/ Alopecia areata update: part II. Treatment, 2010 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/
Системные и топические вазодилататоры:	Миноксидил	Раствор 2% и 5% 2 раза в сутки	C4	Minoxidil for patchy alopecia areata: systematic review and meta-analysis, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/ Combination tofacitinib and oral minoxidil treatment for severe alopecia areata, 2021 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/ Миноксидил в практике врача трихолога, 2018 https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa/viewer
Офтальмологические средства, простагландины	Биматопрост наружно	Раствор 0,03% ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев,	C	Lack of efficacy of topical latanoprost and bimatoprost ophthalmic solutions in promoting eyelash growth in patients with alopecia areata, 2009

	Латанопрост наружно	при достижении клинического эффекта терапию можно продолжить Раствор 0,005% ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев, при достижении клинического эффекта терапию можно продолжить		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/ Bimatoprost in the Treatment of Eyelash Universalis Alopecia Areata, 2010 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/
Противовоспалительные препараты	Сульфасалазин	Таблетки 500 мг 2 раза в день или 15–30 мг/кг/день в двух ежедневных дозах	С	Is there a role for sulfasalazine in the treatment of alopecia areata https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/ Mesalazine in the Treatment of Extensive Alopecia Areata: A New Therapeutic Option?, 2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029002/
Антидепрессанты	Доксепин	Внутри. При умеренно выраженной степени депрессии и/или тревожности начальная доза составляет 75 мг/сут. В	В	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/

		<p>дальнейшем индивидуально подбирают эффективную дозу, которая обычно составляет 75-150 мг/сут. Увеличение дозы проводят постепенно. При значительно выраженной депрессии и/или тревожности эффективная доза может достигать 300 мг/сут. У больных с минимально выраженными нарушениями могут оказаться эффективными меньшие дозы - 25-50 мг/сут. Кратность приема - 1-2 раза/сут (при однократном приеме в течение дня доза доксепина не должна превышать 150 мг). При расстройствах сна большую часть суточной дозы принимают вечером.</p>		
	<p>Миртазапин</p>	<p>Внутри 15-45 мг/сут преимущественно 1 раз/сут перед сном. Дозу постепенно увеличивают до 30-45 мг/сут. Антидепрессивный эффект развивается постепенно, обычно через 2-3 недели от начала лечения, однако прием следует продолжать еще в течение 4-6 месяцев. Если в течение 6-8 недель лечения терапевтического эффекта не отмечается, лечение следует прекратить.</p>	<p>В</p>	<p>Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/</p>

	Отмену мirtазапина проводят постепенно.		
Пароксетин	<p>рекомендуется принимать 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая</p> <p>Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.</p>	В	<p>Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/</p>
Гидроксизин	<p>Внутрь. По 12.5-50мг/сут</p> <p>Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг.</p> <p>У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза.</p> <p>Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а</p>		

		также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.		
Седативные препараты	Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	В	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	В	
Иммуномодулирующие препараты	Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	В	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> • внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение	В	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/

		иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;		
--	--	---	--	--

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Алгоритм терапии гнездной алопеции в зависимости от степени тяжести:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Степени тяжести гнездной алопеции	Дозировка, способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Топические глюкокортикостероиды	Флуоцинолона ацетонид	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	крем 0,25% 2 раза в день	C	С целью нормализации местного иммунитета, снятия воспаления
	Бетаметазона дипропионат	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	крем 0,05% и лосьон 0,05% 2 раза в день	C	

	Мометазона фураат	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	лосьон 0,1% 1 раз в день	С	
	Клобетазол	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	крем 0,05%	В	
Глюкокортикостероиды - внутриочаговое введение	Триамцинолона ацетонид	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	суспензия для инъекций каждые 4-6 нед в виде множественных внутрикожных инъекций с интервалом в 0,5-1 см по 0,1 мл вводится иглой 30 калибра длиной 0,5 дюйма. Максимальная доза за сеанс должна составлять 20 мг	А	С целью нормализации местного иммунитета, снятия воспаления
	Дипроспан (синтетическое производное преднизолона)	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	кристаллическая суспензия, Ампула 1,0 мл в/к по 0,1 мл на 2 см ² каждые 2 нед	В	

Периферический вазодилататор	Миноксидил	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	Лосьон (2–5% р-раминоксидила) 2 раза в сутки	С	Препарат представляет собой стимулятор фолликулов
Контактные sensibilizatory	Дифенилциклопропенон Антралин раствор	Все формы гнездной алопеции, за исключением универсальной	0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% и 2% раствор 5% до 2,0%	С	Побочные эффекты: воспалительные реакции и пигментация окружающей здоровой кожи.
Микроэлементы	Цинка сульфат	Все формы гнездной алопеции	Таб по 5 мг 3 раза в день	С	
Противомалярийные средства	Гидроксихлорохин	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	Таблетки 200 мг, 5 мг/кг/день до достижения эффекта	С	
Противовоспалительные препараты	Сульфасалазин	При рефрактерных формах гнездной алопеции	Таблетки 500 мг, 2 раза в день или 15–30 мг/кг/день в двух ежедневных дозах	С	минимизирует рецидивы при прекращении приема пероральных стероидов.
Офтальмологические средства, простагландины	Биматопрост наружно	При локализации процесса в области ресниц	Раствор 0,03% раствор ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев	С	рекомендуется детям с 12 лет.

	Латанопрост наружно		Раствор 0,005% раствор ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев		
Топический ингибитор кальциневрина	Такролимус Пимекролимус	Все формы гнездной алопеции	мазь 0,1% 2 раза в день мазь 1% 2 раза в день	С	Нормализует местную иммунную систему и оказывает противовоспалительное действие
Глюкокортикостероиды системные	Преднизолон	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	таблетка 5 мг (курсовая доза 40-60 мг); 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев; 80-100 мг в сутки перорально в течение 3 последовательных дней ежемесячно каждые 3 месяца;	А	по показаниям, в зависимости от степени тяжести

	Метилпреднизолон	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	250 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 последовательных дней каждые 3 месяца.	С	
	Бетаметазон	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	ампулы 1,0 мл 1 раз в 7-10 дней (от 4 до 6 процедур)	С	
Иммунодепрессанты	Метотрексат	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	<p>- таблетки, раствор для инъекций 15-30 мг 1 раз в нед. перорально или подкожно в течение 9 мес.; при получении положительного эффекта – продление терапии до 18 мес.</p> <p>- раствор для инъекций 15-30 мг 1 раз в неделю перорально или подкожно в сочетании с преднизолоном 10-20 мг в сутки перорально до возобновления роста волос.</p> <p>- при отсутствии положительного эффекта – отмена метотрексата.</p>	С	по показаниям, в зависимости от степени тяжести

	Циклоспорин	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	капсулы, раствор для приема внутрь 2,5-6 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 2-12 месяцев. При достижении положительного клинического результата дозу постепенно понижают до полной отмены	С	
	Азатиоприн	Субтотальная, тотальная и универсальная формы	таблетки 50 мг, начальные дозы 0,5–1 мг/кг/день можно увеличить до 2–3 мг/кг/день в зависимости от переносимости пациентом. Дозу 2,5 мг/кг/день можно рассматривать для резистентных пациентов с гнездной алопецией	С	по показаниям, в зависимости от степени тяжести

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- регресс количества выпадающих волос;
- проба потягивания «зона расшатанных волос» не определяется;
- рост новых пушковых и терминальных волос в очагах;
- отсутствие появления новых очагов выпадения волос.

5. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

5.1 Показания для плановой госпитализации:

Субтотальная форма гнездной алопеции
Тотальная форма гнездной алопеции
Универсальная форма гнездной алопеции
Прогрессирующие стадии заболевания

5.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО
НОЗОЛОГИИ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»**

Ташкент-2024

2.1. Введение

Гнездная алопеция является распространенным типом потери волос или алопеции у людей; это аутоиммунное заболевание с переменным, обычно рецидивирующим течением. Гнездная алопеция поражает приблизительно 2% населения, как это было задокументировано несколькими крупными эпидемиологическими исследованиями в Европе, Северной Америке и Азии. Распространенность гнездной алопеции в начале 1970-х годов составляла от 0,1% до 0,2%, а заболеваемость в течение жизни — 1,7% (1,2,3). Считается, что гнездная алопеция не имеет половой дихотомии, но некоторые исследования доказывают, что распространенность смещается в сторону женщин у пациентов >45 лет (12,4). В большинстве исследований не сообщается о существенных различиях в возрасте начала, продолжительности или типе гнездной алопеции по этнической принадлежности. Начало гнездной алопеции может наступить в любом возрасте; однако у большинства пациентов это состояние развивается до 40 лет, средний возраст начала составляет от 25 до 36 лет. Ранняя гнездная алопеция (средний возраст начала составляет от 5 до 10 лет) в основном проявляется в виде более тяжелого подтипа, такого как универсальная алопеция (11,33,5).

Предрасположенность к гнездной алопеции является генетической. У 10-20% больных имеется семейный анамнез заболевания, а истинная частота заболевания, вероятно, еще выше, так как легкие случаи могут остаться незамеченными. Генетическая предрасположенность имеет полигенную природу.

Прослеживается связь ГА с определёнными HLA аллелями II класса, особенно с DQB1*03 и DRB1*1104. HLA аллели DQB1*0301 (HLA-DQ7) и DRB1*1104 (HLA-DR11) могут быть ассоциированы с тотальной и универсальной алопецией. Триггерными факторами заболевания могут являться стрессы, вакцинация, вирусные заболевания, инфекционные заболевания, антибиотикотерапия, наркозы и т.д. (15,16,17).

В нормальных условиях волосяные фолликулы образуют область, где аутоантигены не могут быть распознаны из-за отсутствия главного комплекса гистосовместимости (МНС) в проксимальном наружном корневом влагалище и матричных клетках. При гнездной алопеции иммунная привилегия нарушается специфическими триггерами, такими как микротравма, вирусная инфекция или эндокринная дисфункция, что приводит к нарушению иммунной регуляции. Кроме того, эктопическая экспрессия МНС класса I, распознаваемая аутореактивными CD8 + Т-клетками, может напрямую и неблагоприятно влиять на анагеновые волосяные фолликулы, приводя к фолликулярному апоптозу (6).

2.2 Определение

Гнездная алопеция (ГА) — хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин (у 7-66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос.

А

В настоящее время методов излечения заболевания не существует. Терапия проводится с целью восстановления роста волос, но доказать ее эффективность в долгосрочной перспективе не представляется возможным. Вероятность спонтанной ремиссии при гнездной алопеции с очагами таков: 1/3 – в течение 6 месяцев, 1/2 - в течение 1 года, 2/3- в течение 5 лет; по истечении этого срока полные ремиссии встречаются редко. Процент рецидивов в течение 5 лет – 80%, в течение 20 лет - 100%. Процент полной ремиссии при тотальной и универсальной алопеции при

продолжительности заболевания от 5 лет составляет 1% у детей и менее 10% у взрослых.

Основные терапевтические подходы:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10539276/>

A

Местная терапия: используется при любых формах гнездной алопеции. Возможна монотерапия.

Системная терапия: Обширное заболевание (оценка SALT \geq 50). Быстрое прогрессирование потери волос до \geq 50% в течение 4 месяцев с момента начала заболевания. Все поражения, которые не поддались лечению в течение 6 месяцев местным или внутриочаговым введением кортикостероидов. Пациенты с большими или множественными поражениями, которых сложно лечить с помощью внутриочаговой терапии из-за дискомфорта, связанного с количеством необходимых инъекций, а также пациенты, у которых наблюдается атрофия кожи после внутриочагового введения кортикостероидов или побочные эффекты после применения местных стероидов. Выпадение волос в области бровей, ресниц, туловища.

Тактика при отсутствии эффектов от лечения: медицинская татуировка (трихопигментация, татуаж, микроблейдинг и т.п.), парики, шиньоны, накладки, системы замещения волос, маскирующие средства для наружного нанесения на кожу головы и волосы (загустители, пудры, волокна для волос).

Системная терапия

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088990/>

**A
3**

Рекомендуются для лечения тотальной и универсальной форм гнездной алопеции системные кортикостероиды:

Преднизолон, таблетки, 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев;

преднизолон, таблетки, начиная с 40 мг в сутки перорально (с постепенным снижением дозы) в течение 6 недель;

Преднизолон, таблетки, 80-100 мг в сутки перорально в течение 3 последовательных дней ежемесячно каждые 3 месяца;

Бетаметазон, ампулы 1,0 мл 1 раз в 7-10 дней (от 4 до 6 процедур)

Метилпреднизолон, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 250 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 последовательных дней каждые 3 месяца.

Комментарии: было описано несколько форм системного введения кортикостероидов для лечения гнездной алопеции. В литературе нет единого мнения о дозе и продолжительности ежедневного применения пероральной кортикотерапии. Частота хэффективности при системной кортикостероид терапии высока, но у многих пациентов наблюдаются рецидивы при снижении дозы или вскоре после отмены лекарств. Для пациентов, которые реагируют на кортикостероид, но становятся зависимыми от стероидов, комбинация с другим системным препаратом может быть более эффективна, чтобы избежать усугубления побочных действий кортикостероидов.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735937/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184911/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048013/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746635/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374131/>

Рекомендуются для лечения тотальной и универсальной форм гнездной алопеции антимаетаболиты:

Метотрексат - 15-30 мг 1 раз в неделю перорально или подкожно в течение 9 месяцев; при получении положительного эффекта – продление терапии до 18 месяцев, при отсутствии положительного эффекта – отмена метотрексата;

**С
4**

Циклоспроин - 2,5-6 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 2-12 месяцев. При достижении положительного клинического результата дозу постепенно понижают до полной отмены;

Азатиоприн - начальные дозы 0,5–1 мг/кг/день можно увеличить до 2–3 мг/кг/день в зависимости от переносимости пациентом. Дозу 2,5 мг/кг/день можно рассматривать для резистентных пациентов с гнездной алопецией.

Комментарии: средняя продолжительность лечения метотрексатом может занять от 6 до 12 месяцев. Таблетированные формы - в 2 приема через 12 часов, инъекции - 1 раз в неделю. Возможно назначение терапии метотрексатом детям с 15 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность терапии метотрексатом. Эффективность терапии метотрексатом у детей ниже, чем у взрослых. При отсутствии эффекта в течение 6 месяцев терапия прекращается. Не ранее, чем через 24 часа – фольевая

кислота перорально 5- 10 мг/сут. Метотрексат в сочетании с низкими дозами преднизолона показал возобновление роста терминальных волос у 96% пациентов с гнездной алопецией. Полное возобновление роста волос было продемонстрировано у 15%–64% пациентов. Панцитопения является наиболее распространенной токсичностью при использовании низких доз метотрексата. Пациенты с почечной недостаточностью, гипоальбуминемией, те, кто использует ошибочно высокие дозы, и те, кто использует другие препараты, которые взаимодействуют с метотрексатом (например, противовоспалительные препараты), подвергаются повышенному риску. Сообщалось о случаях интерстициального пневмонита и нарушения функции печени. Добавка фолиевой кислоты уменьшает побочные эффекты метотрексата, особенно желудочно-кишечные. Были описаны различные дозы и частоты приема, от 5 мг в неделю до 1–5 мг/день.

Циклоспорин — является конкурентным химиотерапевтическим ингибитором дигидрофолатредуктазы, иммунодепрессант, способный подавлять активацию вспомогательных Т-клеток и подавлять выработку гамма-интерферона, уменьшая перифолликулярный воспалительный инфильтрат. Высокая рецидивирующая активность и высокая частота долгосрочных побочных эффектов ограничивают его применение. Это единственный иммунодепрессант, для которого контролируемое двойное слепое рандомизированное исследование продемонстрировало ответ при гнездной алопеции. Его использование ограничено высокой частотой рецидивов после отмены и побочными эффектами, особенно нефротоксичностью, иммуносупрессией и артериальной гипертензией. Сообщаемая нефротоксичность, обычно вызванная преренальной вазоконстрикцией, но была обратимой.

Азатиоприн — антиметаболит и распространенными побочными эффектами его применения являются желудочно-кишечные симптомы, повышение уровня печеночных ферментов, панкреатит и угнетение костного мозга. Наиболее высокая эффективность наблюдается в сочетании с системным/инъекционным кортикостероидами.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27699253/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/>

С	Рекомендовано для лечения тяжелых форм гнездной алопеции иммуносупрессантов (Ингибиторы янус-киназы): Руксолитиниб - в дозе 20 мг два раза в день в течение трех-шести месяцев лечения
----------	--

Тофацитиниб - в дозе 5 мг два раза в день до увеличения дозы до 10 мг. в сутки

Комментарии: возможно назначение системной терапии тофацитинибом детям с 15 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии тофацитинибом. Наиболее распространенными осложнениями являются легкие инфекции, в основном верхних дыхательных путей и мочевыводящих путей. Также сообщалось о дислипидемии, лейкопении, повышении уровня печеночных ферментов, головной боли, желудочно-кишечных жалобах, усталости, акне и увеличении веса. На сегодняшний день нет сообщений о новообразованиях, реактивации туберкулеза или госпитализации из-за побочных эффектов. Долгосрочные данные по безопасности все еще ограничены.

Другие методы лечения

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/>

C
3

Рекомендовано применение у пациентов с тяжелыми формами гнездовой алопеции противомаларийного средства с противовоспалительным действием и иммуномодулирующим эффектом:

Гидроксихлорохин - 5 мг/кг/день до достижения эффекта

Комментарии: в случае длительного применения препарата следует уделять особое внимание токсичности для глаз. Наиболее часто сообщаемыми побочными эффектами являются желудочно-кишечная непереносимость и головная боль.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685931/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246935/>

C
2

Рекомендовано применение при всех формах гнездовой алопеции микроэлементов Сульфат цинка 5 мг на кг массы тела 3 раза в сутки перорально после еды в течение 3 месяцев

Комментарии: микроэлемент, который участвует в метаболизме и стабилизации клеточных мембран. Входит в состав основных ферментов, участвует в различных биохимических реакциях. Влияет на процессы регенерации, передачу нервных импульсов.

При приеме внутрь стимулирует процессы регенерации кожи и рост волос, оказывает иммуномодулирующее и в высоких дозах - рвотное действие.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029002/>

С	Рекомендовано применение при рефрактерных формах гнездной алопеции иммуномодулятора и иммунодепрессанта Сульфасалазин 1,5 г 2 раза в день или 15–30 мг/кг/день в двух ежедневных дозах
----------	--

Комментарии: действует как иммуномодулятор и иммунодепрессант и используется при нескольких аутоиммунных заболеваниях, таких как язвенный колит, болезнь Крона и псориаз. Неконтролируемое открытое исследование продемонстрировало показатели возобновления роста волос при использовании сульфасалазина (1,5 г 2 ×/день) от 25% до 68% у пациентов с рефрактерной гнездной алопецией, отдельно или в сочетании с терапией КТ, действуя как средство, щадящее КТ. Однако профиль побочных эффектов остается ограничивающим фактором. Недавно сообщалось о возобновлении роста волос при использовании месалазина (15–30 мг/кг/день в двух ежедневных дозах), связанном или не связанном с местной пероральной КТ или миноксидилом/бетаметазоном при лечении пяти детей и подростков (2–17 лет) с рефрактерной и тяжелой гнездной алопецией. Кроме того, препарат минимизирует рецидивы при прекращении приема пероральных стероидов.

Внутриочаговая терапия кортикостероидами

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14616359/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/#bib0090>

А 3, В 2	Рекомендовано пациентам гнездной алопецией с изолированными очагами небольшого размера (<3 см), короткой продолжительностью или занимающими менее 25% кожи головы: Триамцинолона ацетонид - 2,5–10 мг/мл триамцинолона используется для кожи головы и 2,5–5 мг/мл для лица и других участков тела 1раз в 14 дней
-----------------------------	--

Бетаметазона дипропионат (2 мг) + бетаметазона динатрия фосфат (5мг)
 внутрикожное введение в очаг поражения из расчета 0,2 мл/см² , 1 раз в 28 дней

Гидрокортизона ацетата - 25 мг/мл 1 раз в 14 дней

Комментарии: возможно назначение внутриочагового введения триамцинолона детям с 12 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность внутриочагового введения триамцинолона. Побочные эффекты включают переходную атрофию и телеангиэктазии. Риск развития катаракты или повышения внутричерепного глазного давления увеличивается, когда кортикостероиды вводятся вблизи глаз, например в область бровей. Для снижения риска развития нежелательных явлений необходимо уменьшить объем препарата и количество инъекций на участке, а также избегать внутриэпидермальных инъекций. Для уменьшения болевых ощущений от инъекций до начала процедуры применяется местный анестезирующий препарат. Бетаметазон будучи более растворимым, дипропионат бетаметазона быстро всасывается. Менее растворимый динатриевый фосфат всасывается медленнее и поддерживает эффективную концентрацию препарата в течение более длительного времени. Методика заключается в инфильтрации 0,05–0,1 мл на прокол в дерму или верхнюю часть подкожной клетчатки с интервалом 0,5–1 см между проколами и интервалом от четырех до шести недель между сеансами.

Топическая кортикостероидная терапия

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/>

**С
4**

Рекомендовано для лечения всех форм тяжести гнездной алопеции Топические глюкокортикостероидные препараты:

Флуоцинолона ацетонид, крем 0,25% 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев;

Бетаметазона валерат, пена 0,1%, крем 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев;

Бетаметазона дипропионат, лосьон 0,05%, крем 0,05%, 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев;

Клобетазол 0,05% крем тонким слоем на очаги 2 раза в день, 2 курса по 6 недель с периодами отмены на 6 недель, общая длительность - 24 недели
Мометазона фураат, 0,1% лосьон 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев

Комментарии: Начальные признаки роста волос появляются через 6 недель. Преимущества этого терапевтического метода включают меньшие побочные эффекты по сравнению с системным путем, большую приверженность пациентов и возможность использования в нескольких транспортных средствах. Эффективность наружных кортикостероидов, по-видимому, увеличивается при применении под окклюзией. Наиболее распространенными побочными эффектами данных препаратов являются фолликулит, местная атрофия кожи, стрии, угревые высыпания, телеангиэктазии, дисхромия и редко подавление функции надпочечников.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/>

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422>

**C
4**

Рекомендовано для лечения всех форм тяжести гнездной алопеции топические ингибиторы кальциневрина:
Такролимус 0,1% два раза в день в течение шести месяцев
Пимекролимуса 1% два раза в день в течение шести месяцев

Комментарии: рекомендуется детям с 5 лет.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14996087/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa>

**C
4**

Рекомендовано назначать при всех формах гнездной алопеции системные и топические вазодилататоры:
Миноксидил 2% и 5% - по 1 мл 2 раза в день

Комментарии: миноксидил в наружной терапии разрешен детям с 8 лет. Терапевтический эффект наблюдается через 3-4 недели применения препарата. Стимулирующий эффект миноксидила на рост волос обусловлен вазодилатацией, ангиогенезом, открытием калиевых каналов сульфатом миноксидила, стимуляцией пролиферации клеток, ингибирование синтеза коллагена и стимуляцию фактора роста эндотелия сосудов и синтеза простагландинов. Ожидаемые побочные эффекты — гипертрихоз, контактный дерматит и зуд.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/>

В 1	<p>Рекомендована топическая иммунотерапия с использованием агентов, вызывающих аллергический контактный дерматит у пациентов при всех формах заболевания и также применяется в детском возрасте :</p> <p>Дифенилциклопропенон - наружно с постепенным увеличением концентрации 0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% и 2% до легкой эритемы;</p> <p>Антралин от 0,5% до 2,0% наружно</p>
----------------	---

Комментарии: Безопасная терапия, но необходимо соблюдать осторожность, чтобы избежать осложнений. Поскольку целью является вызвать местное раздражение, увеличение времени контакта препарата с кожей должно быть систематическим, избегая усиления раздражения. Использование антралина приводит к гиперпигментации обработанной области, но цвет вернется к норме после прекращения лечения. Подходит для применения у детей.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>

С 4	<p>Рекомендовано при локализации алопеции в области роста ресниц: офтальмологические средства, простагландины наружно:</p> <p>Биматопрост 0,03% раствор ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев, при достижении клинического эффекта терапию можно продолжить;</p>
----------------	--

Латанопрост 0,005% раствор ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев, при достижении клинического эффекта терапию можно продолжить

Комментарии: рекомендуется детям с 12 лет.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23607773/>

С
4 **Рекомендовано** при локальной и субтотальной форме, в стационарную и регрессирующую стадии:
Внутрикожное введение обогащенной тромбоцитами аутологичной плазмы в кожу волосистой части головы 1 раза в 3 недели в количестве 3 процедур

Комментарии: рекомендуется детям с 15 лет.

Физиотерапевтические методы лечения:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802065/>

С
4 УФО терапия
Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ- 311)
Узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера/света с длиной волны 308 нм. Начальная доза излучения на 50 мДж/см² минимальной эритемной дозы; в последующем доза излучения увеличивается на 50 мДж/ см² каждые два сеанса. Пораженный участок обрабатывается 2 раза в неделю, на курс не более 24 сеансов.
UVB волосистой части головы
Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА)
Неабляционный фракционный фототермолиз (длина волны 1550 нм)
Низкоуровневая фототерапия LLLT
Тулиевый лазер (длина волны 1927 нм)

Комментарии: рекомендуется детям с 4 лет.

Примечание: Физиотерапевтические процедуры назначаются с учётом формы, степени тяжести и площади поражения заболевания, а также имеющихся противопоказаний. Выбор фотосенсибилизатора при фототерапии определяется лечащим врачом с учётом диагноза, механизма действия препарата и его доступности. Перед фототерапией определяют минимальную эритемную дозу (МЭД) или фототоксическую дозу (ФТД)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>

<https://www.hilarispublisher.com/open-access/alopecia-areata-good-response-to-treatment-with-fractional-laser-in-5-cases-jctt-1000108.pdf>

C 4	<p>Рекомендовано при локальной форме:</p> <ul style="list-style-type: none">• неабляционный фракционный фототермолиз (длина волны 1550 нм): доза лазерного излучения 30-45 мДж/см², 6-8 зон повреждения, 8-10 проходов, 2-3 сеанса с интервалом 3-6 недель;• неабляционный фракционный фототермолиз (длина волны 1550 нм): доза лазерного излучения 10-15 мДж, МЛЗ 300/см²/проход, по 2 прохода на сеанс, курс из 24 сеансов с интервалом в неделю• тулиевый лазер (длина волны 1927 нм) с применением различных средств и сывороток, влияющих на волосяные фолликулы• низкоуровневая фототерапия
----------------	---

C 4	<p>Рекомендовано при субтотальной, тотальной и универсальной формах:</p> <ul style="list-style-type: none">• неабляционный фракционный фототермолиз: доза лазерного излучения 10-15 мДж, МЛЗ 300/см²/проход, 1 раз в 2 недели – 10 сеансов с интервалом в 2 недели в комбинации с 5% миноксидилом 2 раза в день ежедневно с нанесением сразу после сеанса фототермолиза• тулиевый лазер (длина волны 1927 нм) с применением различных средств и сывороток, влияющих на волосяные фолликулы• низкоуровневая фототерапия
----------------	--

Комментарии: рекомендуется детям с 8 лет.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>

B 4	<p>Не рекомендовано при локальной форме:</p> <ul style="list-style-type: none">• при гнездной алопеции назначение фотохимиотерапии с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА)• в прогрессирующую стадию назначение системных и наружных сосудорасширяющих средств, в том числе миноксидил, аминексил, мивал
----------------	---

Комментарии: Два ретроспективных обзора сообщили о низкой эффективности метода. Частота рецидивов после лечения высока, и необходимы поддерживающие процедуры для поддержания роста волос, что может привести к неприемлемо высокой кумулятивной дозе УФА.

http://urniidvi.ru/files/kvb_3_12.pdf

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2016/4/1199728492016041102>

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferез-i-lazernaya-terapiya/viewer>

В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза
------------	---

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

С 5	НИЛИ Озонотерапия PRP-терапия
------------	-------------------------------------

В 3	При наличии изменений ногтевых пластин рекомендуются подологические процедуры
------------	---

4.3. Хирургическое вмешательство: не проводится

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2024

2.1. Введение

Гнездная алопеция является распространенным типом потери волос или алопеции у людей; это аутоиммунное заболевание с переменным, обычно рецидивирующим течением. Гнездная алопеция поражает приблизительно 2% населения, как это было задокументировано несколькими крупными эпидемиологическими исследованиями в Европе, Северной Америке и Азии. Распространенность гнездной алопеции в начале 1970-х годов составляла от 0,1% до 0,2%, а заболеваемость в течение жизни — 1,7% (1,2,3). Считается, что гнездная алопеция не имеет половой дихотомии, но некоторые исследования доказывают, что распространенность смещается в сторону женщин у пациентов >45 лет (12,4). В большинстве исследований не сообщается о существенных различиях в возрасте начала, продолжительности или типе гнездной алопеции по этнической принадлежности. Начало гнездной алопеции может наступить в любом возрасте; однако у большинства пациентов это состояние развивается до 40 лет, средний возраст начала составляет от 25 до 36 лет. Ранняя гнездная алопеция (средний возраст начала составляет от 5 до 10 лет) в основном проявляется в виде более тяжелого подтипа, такого как универсальная алопеция (11,33,5).

Предрасположенность к гнездной алопеции является генетической. У 10-20% больных имеется семейный анамнез заболевания, а истинная частота заболевания, вероятно, еще выше, так как легкие случаи могут остаться незамеченными. Генетическая предрасположенность имеет полигенную природу.

Прослеживается связь ГА с определёнными HLA аллелями II класса, особенно с DQB1*03 и DRB1*1104. HLA аллели DQB1*0301(HLA-DQ7) и DRB1*1104 (HLA-DR11) могут быть ассоциированы с тотальной и универсальной алопецией. Триггерными факторами заболевания могут являться стрессы, вакцинация, вирусные заболевания, инфекционные заболевания, антибиотикотерапия, наркозы и т.д. (15,16,17).

В нормальных условиях волосяные фолликулы образуют область, где аутоантигены не могут быть распознаны из-за отсутствия главного комплекса гистосовместимости (МНС) в проксимальном наружном корневом влагалище и матричных клетках. При гнездной алопеции иммунная привилегия нарушается специфическими триггерами, такими как микротравма, вирусная инфекция или эндокринная дисфункция, что приводит к нарушению иммунной регуляции. Кроме того, эктопическая экспрессия МНС класса I, распознаваемая аутореактивными CD8 + Т-клетками, может напрямую и неблагоприятно влиять на анагеновые волосяные фолликулы, приводя к фолликулярному апоптозу (6).

2.2 Определение

Гнездная алопеция (ГА) — хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин (у 7-66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Медицинская реабилитация не требуется

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется проводить пациентам мероприятия по профилактике прогрессирования заболевания (предупреждение стрессов, простудных заболеваний, санации хронических очагов инфекции в организме) [3,5,7].

Диспансерное наблюдение пациентов проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров. [1]

Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.

Литература:

1. Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 2021(<https://diseases.medelement.com/disease>)
2. Gip L, Lodin A, Molin L. Alopecia areata. A follow-up investigation of outpatient material. Acta Derm Venereol. 1969;49:180–188.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4184566/>
3. Walker SA, Rothman S. A statistical study and consideration of endocrine influences. J Invest Dermatol. 1950;14:403–413.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15428703/>
4. Ro BI. Alopecia areata in Korea (1982–1994) J Dermatol. 1995;22:858–864.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8557859/>
5. Whiting DA. Histopathologic features of alopecia areata. Arch Dermatol. 2003;139:1555–1559.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14676070/>
6. Fricke ACV, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015;8:397–403.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26244028/>
7. Pratt CH, King LE Jr, Messenger AG, Christiano AM, Sundberg JP. Alopecia areata. Nat Rev Dis Primers. 2017;3(1):17011. doi: 10.1038/nrdp.2017.11
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28300084/>
8. Kurosawa M., Nakagawa S., Mizuashi M., Sasaki Y., Kawamura M., Saito M. A comparison of the efficacy, relapse rate and side effects among three modalities of systemic corticosteroid therapy for alopecia areata. Dermatology. 2006;212:361–365.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16707886/>
9. Bin Saif G.A., Al-Khawajah M.M., Al-Otaibi H.M., Al-Roujayee A.S., Alzolibani A.A., Kalantan H.A. Efficacy and safety of oral mega pulse methylprednisolone for severe therapy resistant Alopecia areata. Saudi Med J. 2012;33:284–291.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22426909/>

10. Parente L. Deflazacort: therapeutic index, relative potency and equivalent doses versus other corticosteroids. BMC Pharmacol Toxicol. 2017;18:1.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28057083/>
11. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И. В. Алопеция. - М.: Медицинская книга. - Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2015.- 192 с
<https://www.vsmu.by/58-persons/1490-adaskevichup.html>
12. Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Исмагилов А.И., Инояттов А.Ш. Перспективные направления в лечении алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №3-4.- С.59-62.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_juranal/DERMATOLOGIYA_N-3-4_2012.pdf
13. Арифов С. С. К вопросу о лечении алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №1-2. - С. 44-48.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_juranal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf
14. Арифов С.С., Азимова Ф.В. К вопросу о лечении алопеции// Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №1-2.- С.44-48.
https://dermatology.uz/old/pdf/fail/DERMATOLOGIYA_Jurnal_N-4_2022_NEW.pdf
15. Балтабаев А.М., Ниязов Б.С., Балтабаев М.К., Токталиев Дж.Дж. Современные клинические аспекты течения гнездовой алопеции. Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2016; 4: 10–14
<https://omnidocor.ru/upload/iblock/8f5/8f500932f1b01b089394697f91554c2e.pdf>
16. Златогорский А., Шапиро Д. Трихология / под ред. А. Литуса. Пер. с англ. Ю. Овчаренко. 2-е изд., доп. и перераб. Киев: Родовид, 2016. 276 с
https://www.researchgate.net/publication/360570085_Peculiarities_of_clinical_course_and_diagnostic_of_alopecia_areata_with_comorbidity_Clinical_observations
17. Потекаев Н.Н., Терещенко Г.П., Гаджигороева А.Г. Современные представления об этиологии и патогенезе очаговой алопеции. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 4: 4-8.
<http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=208481>
18. Рахматов А. Б. Системное лечение диффузной алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2014. - N2Д4014(22). - С. 13-16.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_juranal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf
19. Рахматов А. Б., Курбанова Ш.М. Применений "Централ-Б" в дерматологии // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2014. - Том 24 N3-4. - С. 61-66.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_juranal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf
20. Рахматов А. Б., Рахматов Т.П., Рахматова Д.В. Новые возможности лечения болезней волос // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Т., 2013. - Том 17 N1. - С. 48-55.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_juranal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573125/>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.1998.tb00727.x>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862393/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521674/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22011591/>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-25153>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028992/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18613874/>

<httphttps://diseases.medelement.com/disease>

<s://www.rodv.ru/upload/iblock/615/615258d9f33e185fa49b7e12fd3e2ecc.docx>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10539276/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088990/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735937/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184911/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048013/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746635/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374131/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27699253/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029002/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14616359/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/#bib0090>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/>
<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14996087/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/>
<https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23607773/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802065/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>

<https://www.hilarispublisher.com/open-access/alopecia-areata-good-response-to-treatment-with-fractional-laser-in-5-cases-jctt-1000108.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>

<https://www.medscape.com/viewarticle/470170>