

**ФГБОУ ДонГМУ Минздрава России
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО**

Современные представления о патогенезе и лечении гнездной алопеции

Донецк
11.10.2023

Доц. Провизион А.Н.
Асп. Зубаревская О.А.

- Гнездная алопеция (ГА) является распространенным воспалительным иммуноопосредованным заболеванием, при котором запускается аутоиммунный ответ, направленный на волосяные фолликулы, что приводит к нерубцовому выпадению волос на коже головы, лице и других участках кожного покрова

Pratt C.H., King L.E., Messenger A.G., Christiano A.M., Sundberg J.P. Alopecia areata. *Nat. Rev. Dis. Primers.*, 2017, Vol. 3, 17011. doi: 10.1038/nrdp.2017.11.

- Значительная роль в развитии ГА принадлежит наследственным факторам, причем отягощенный наследственный анамнез, варьирует от 10 до 20%

Darwin E., Hirt P.A., Fertig R., Doliner B., Delcanto G., Jimenez J.J. Alopecia Areata: Review of Epidemiology, Clinical Features, Pathogenesis, and New Treatment Options. *Int. J. Trichology.*, 2018, Vol. 10, no. 2, pp. 51-60.

- Повышенная концентрация адренокортикотропного гормона и эстрадиола коррелировали с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов в коже, что указывает на потенциальную роль психологических и патофизиологических факторов, вызывающих ГА

Lim C.P., Severin R.K., Petukhova L. Big data reveal insights into alopecia areata comorbidities. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.*, 2018, Vol. 19, pp. 57-61.

- Показана ассоциация ГА с аутоиммунными заболеваниями, такими как ревматоидный артрит, целиакия, диабет 1 типа, псориаз, аутоиммунный тиреоидит, витилиго

Chang Y.J., Lee Y.H., Leong P.Y., Wang Y.H., Wei J.C.C. Impact of rheumatoid arthritis on alopecia: a nationwide population-based cohort study in Taiwan. *Front. Med. (Lausanne)*, 2020, Vol. 7, 150. doi: 10.3389/fmed.2020.00150.

- Выявлена ассоциация ГА с atopическими заболеваниями (аллергический ринит, бронхиальная астма, atopический дерматит) и ранним дебютом тяжелых форм выпадения волос.

Lim C.P., Severin R.K., Petukhova L. Big data reveal insights into alopecia areata comorbidities. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.*, 2018, Vol. 19, pp. 57-61.

- Аутоиммунный процесс опосредован CD4+ и CD8+Т-лимфоцитами, воздействующими на α -меланоцитстимулирующий гормон и трансформирующий фактор роста- β волосяных фолликулов

Guo H., Cheng Y., Shapiro J., McElwee K. The Role of Lymphocytes in the Development and Treatment of Alopecia Areata. *Expert. Rev. Clin. Immunol.*, 2015, Vol. 11, no. 12, pp. 1335-1351.

Клиника гнездовой алопеции

- внезапное начало
- округлые очаги отсутствия волос
- атрофия отсутствует
- волосяные фолликулы сохранены

Прогрессирующая стадия

- наличие зоны «расшатанных волос»
- увеличение размеров очагов

Стационарная стадия

- зона «расшатанных волос» не четкая, размеры очага не меняются

Регрессирующая стадия

- рост пушковых волос (веллюс) в очаге, которые постепенно утолщаются и пигментируются

- **Легкая** – до 25% поражения
- **Средняя** - 25 – 50 %
- **Тяжелая** - свыше 50 %

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 (sisarho)
- Диффузная форма

Дифференциальная диагностика ГА

- Микроспория волосистой части головы
- Трихофития
- Фавус
- Вторичный сифилис
- Трихотилломания и др.

Алгоритм обследования больных различными формами алопеции

- Фототрихограмма**
- ОАК**
- Ферритин, сывороточное железо.**
- Биохимический анализ крови**
- КСР, ВИЧ, гепатиты**
- Уровень кортизола в крови**
- Анализ крови на регулирующие гормоны гипофиза и щитовидной железы**
- КТ турецкого седла**
- УЗИ внутренних органов**
- Спектральный анализ волос**
- Консультация эндокринолога, гинеколога, невропатолога, психотерапевта**

Общие принципы лечения ГА

- Лечение сопутствующей патологии
- Общеукрепляющие, седативные
- Сосудорасширяющие средства, ноотропы
- Адаптогены и биогенные стимуляторы
- Препараты цинка и меди
- Физиотерапевтические методы: УФО, иглорефлексотерапия
- Наружно раздражающие и укрепляющие рост волос средства (настойка стручкового перца, миноксидил, мезотерапия (Hair care, Hair up))

Лечение ГА

- **1. Системная терапия при тяжелых формах ГА:**

- 1.1. *Глюкокортикостероидные препараты.*

- преднизолон 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев

или

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

или

- преднизолон 80-100 мг в сутки перорально в течение 3 последовательных дней ежемесячно каждые 3 месяца

или

- метилпреднизолон 250 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 последовательных дней каждые 3 месяца

- 1.2. *Антиметаболиты*

- 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

или

- метотрексат 15-30 мг 1 раз в неделю перорально или подкожно в сочетании с преднизолоном 10-20 мг в сутки перорально до возобновления роста волос

- 1.3. *Иммунодепрессанты.*

- циклоспорин 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

Лечение ГА

- **2. Системная терапия при локальной (ограниченной) ГА:**

- цинка сульфат 5 мг на кг массы тела 3 раза в сутки перорально после еды в течение 3 месяцев

- **3. Наружная терапия при тяжелых формах ГА:**

- миноксидил, раствор 5% (С), 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку до возобновления роста волос или
- клобетазола пропионат, мазь 0,05% (В) 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку с продолжительностью терапии до 2 месяцев

Лечение ГА

- **4. Наружная терапия при локальной (ограниченной) ГА:**

- 4.1. *Внутриочаговое введение глюкокортикостероидных препаратов.*

- триамцинолона ацетонид (В) каждые 4-6 недель 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 триамцинолона ацетонида за сеанс должна составлять 20 мг. Для уменьшения болевых ощущений от инъекций до начала процедуры применяется местный анестезирующий препарат. При отсутствии положительного эффекта через 6 месяцев после начала лечения внутриочаговое введение препарата должно быть прекращено. Побочные эффекты включают переходную атрофию и телеангиэктазии. Для снижения риска развития нежелательных явлений необходимо уменьшить объем препарата и количество инъекций на участке, а также избегать внутриэпидермальных инъекций.

или

- бетаметазона дипропионат (2 мг) + бетаметазона динатрия фосфат (5 мг): внутрикожное введение в очаг поражения из расчета 0,2 мл/см². Очаг равномерно обкалывают, используя туберкулиновый шприц и иглу 25 калибра. Введение препарата проводится каждые 4 недели, общее количество введенного препарата на всех участках не должно превышать 2 мл в течение 2 недель

- 4.2. *Миноксидил*

- миноксидил, раствор 2% 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку до возобновления роста волос

или

- миноксидил, раствор 5% 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку до возобновления роста волос

Лечение ГА

- 4.3. *Топические глюкокортикостероидные препараты:*
 - флуоцинолона ацетонид, крем 0,25% 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - бетаметазона валерат, пена 0,1%, крем 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - бетаметазона дипропионат, лосьон 0,05%, крем 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - клобетазола пропионат, крем 0,05% 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - гидрокортизона бутират, крем 0,1%, эмульсия 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - мометазона фураат, крем 0,1%, лосьон 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев
или
 - метилпреднизолона ацепонат, крем 0,1%, эмульсия 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев

- 4.4. *Аналоги простагландина F2a* применяются при формировании алопеции в области роста ресниц
 - латанопрост, раствор 0,03% ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века не менее 1 месяца до достижения клинического эффекта
или
 - биматопрост, раствор 0,03% ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века не менее 1 месяца до достижения клинического эффекта

Лечение ГА

- **Немедикаментозная терапия**

При локальной ГА – узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера с длиной волны 308-нм. Начальная доза лазерного излучения – на 50 мДж/см² меньше 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

При тяжелых формах ГА – ПУВА-терапия. Используется псорален и его производные в дозе 0,5 мг на кг массы тела за 2 часа до процедуры. Доза облучения – с постепенным увеличением от 1 Дж на 1см² до 15 Дж на 1см²

Спасибо за внимание