|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Приложение к Приказу**  **Министерства здравоохранения**  **Приднестровской Молдавской Республики**  **от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 года№\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Клинические рекомендации**  **«Гнездная алопеция»**  **Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ10): L63/L63.0/L63.1/L63.2/L63.8/L63.9**  **Возрастная категория: Взрослые/дети**   |  |  | | --- | --- | |  |  |   **Год утверждения: 2022 (пересмотр каждые 5 лет)**  **Оглавление**  [**Список сокращений 3**](#_Toc122091598)  [**Термины и определения 4**](#_Toc122091599)  [**1. Краткая информация 5**](#_Toc122091600)  [**1.1 Определение 5**](#_Toc122091601)  [**1.2 Этиология и патогенез 5**](#_Toc122091602)  [**1.3 Эпидемиология 6**](#_Toc122091603)  [**1.4 Кодирование по МКБ 10 7**](#_Toc122091604)  [**1.5 Классификация 7**](#_Toc122091605)  [**1.6 Клиническая картина 7**](#_Toc122091606)  [**2. Диагностика 8**](#_Toc122091607)  [**2.1 Жалобы и анамнез 8**](#_Toc122091608)  [**2.2 Физикальное обследование 8**](#_Toc122091609)  [**2.3 Лабораторная диагностика 9**](#_Toc122091610)  [**2.4 Инструментальная диагностика 10**](#_Toc122091611)  [**3. Лечение 11**](#_Toc122091612)  [**3.1 Консервативное лечение 12**](#_Toc122091613)  [**3.2 Хирургическое лечение 19**](#_Toc122091614)  [**3.3 Иное лечение 19**](#_Toc122091615)  [**4. Реабилитация 19**](#_Toc122091616)  [**5. Профилактика и диспансерное наблюдение 20**](#_Toc122091617)  [**6. Организация медицинской помощи 20**](#_Toc122091618)  [**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома 20**](#_Toc122091619)  [**Критерии оценки качества медицинской помощи 20**](#_Toc122091620)  [**Приложение А1.**](#_Toc122091621) [**Состав рабочей группы 26**](#_Toc122091622)  **Приложение А2.** [**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 27**](#_Toc122091623)  [**Приложение Б.**](#_Toc122091624) [**Алгоритмы действий врача 29**](#_Toc122091625)  [**Приложение В.**](#_Toc122091626) [**Информация для пациента 31**](#_Toc122091627) | |
|  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
|  | |

**Список сокращений**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АТ – антитела

МКБ – Международная классификация болезней

ПУВА – сочетанное применение фотосенсибилизаторов из группы псораленов с длинноволновым ультрафиолетовым излучением

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

РЭГ – реоэнцефалограмма

ТГ – тиреоглобулин

ТТГ – тиреотропный гормон

ТПО – тиреоидная пероксидаза

Т3 – трийодтиронин

Т4 – тироксин

HLA (Human Leukocyte Antigens) – главный комплекс гистосовместимости

Термины и определения

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

**1. Краткая информация**

## 1.1 Определение

Гнездная алопеция — 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 [1].

## 1.2 Этиология и патогенез

В основе развития заболевания предполагается местный аутоиммунный механизм повреждения волосяного фолликула, который ведёт к нарушению иммунной толерантности клеток, образующих фолликул, и прекращению специфической рецепции из его волосяного сосочка [1].

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 гнездной алопеции 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

Ассоциированные с гнездной алопецией состояния.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы наблюдаются у 8-28% больных, при этом наличие тиреоидных антител в крови не имеет клинической корреляции с тяжестью гнездной алопеции. Витилиго наблюдается у 3-8% больных гнездной алопецией. Атопия по сравнению с общей популяцией регистрируется у больных ГА в 2 раза чаще.

Наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания у больных гнездной алопецией: трисомия по хромосоме 21 (синдром Дауна), пернициозная анемия, аутоиммунный полигландулярный синдром, целиакия, дефицит железа, дефицит витамина D, трихотилломания.

У родственников пациентов с гнездной алопецией существует повышенный риск развития диабета 1 типа; напротив, коэффициент заболеваемости у самих больных по сравнению с общим населением может быть ниже. У пациентов наблюдается высокий уровень психических заболеваний, особенно тревожных и депрессивных расстройств [1].

## 1.3 Эпидемиология

Гнездная алопеция является распространенным видом облысения. Заболеваемость и распространенность гнездной алопеции зависят от географических и этнических различий, а также от иммуногенетического фона больных. Заболеванию подвержены лица обоего пола. Частота встречаемости гнездной алопеции составляет 0,7-3,8 %. Риск возникновения заболевания в течение жизни составляет 1,7%.  Гнездная алопеция в равной степени встречается как у мужчин, так и у женщин. Первый очаг облысения появляется у 20% больных в детском возрасте, у 60% больных – в возрасте до 20 лет, у 20% больных - в возрасте старше 40 лет [1]. До 50% больных даже без лечения выздоравливают в течение года (спонтанная ремиссия). При этом у 85% больных отмечается более одного эпизода заболевания. При манифестации гнездной алопеции 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, площадь поражения, изменения ногтей, наличие сопутствующей атопии и других аутоиммунных заболеваний [2-4].

## 1.4 Кодирование по МКБ 10

**Гнездная алопеция** (L63):

 L63.0 – Алопеция тотальная;

 L63.1 – Алопеция универсальная;

 L63.2 – Гнездная плешивость (лентовидная форма);

 L63.8 – Другая гнездная алопеция;

 L63.9 – Гнездная алопеция неуточненная.

## 1.5 Классификация

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

1. локальная (ограниченная);
2. субтотальная;
3. тотальная;
4. универсальная.

Другими формами гнездной алопеции являются:

1. многоочаговое (сетчатое) расположение участков алопеции;
2. офиазиз;
3. инверсный офиазиз (sisapho);
4. диффузная форма.

## 1.6 Клиническая картина

При локальной (ограниченной) форме гнездной алопеции на волосистой части головы определяют один или несколько чётко очерченных округлых очагов алопеции.

При субтотальной форме гнездной алопеции 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 офиазизе (sisapho) очаги алопеции лентовидной формы распространяются на лобно-теменную и височную области.

Диффузная форма гнездной алопеции характеризуется частичным или полным диффузным поредением волос на волосистой части головы.

При тотальной форме гнездной алопеции наблюдается полная потеря терминальных волос на коже волосистой части головы.

При универсальной форме гнездной алопеции волосы отсутствуют на коже волосистой части головы, в области роста бровей, ресниц, на коже туловища.

К тяжелым формам гнездной алопеции относятся: выпадение волос ≥50% площади волосистой части головы, тотальная, универсальная формы.

**2. Диагностика**

## 2.1 Жалобы и анамнез

При давности заболевания менее 1 месяца могут быть следующие субъективные симптомы: гиперемия, жжение, зуд в области выпадения волос [2-4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4**

## 2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании определяются следующие объективные симптомы:

При активной (проградиентной, прогрессирующей) стадии 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 неизмененным 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 пораженном 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.

У больных ГА (у 7-66%) могут наблюдаться специфические дистрофические изменения ногтей: точечное изъязвление ногтей, трахионихия, линии Бо, онихорексис, истончение или уплотнение ногтей, онихомадезиз, койлонихия, точечная или поперечная лейконихия, красные пятнистые лунулы, изменений свободного края в виде волнистых узур.

Трихоскопия: наличие «желтых точек» (фолликулы, заполненные гиперкератотическими массами), «черных точек» (кадаверизированных волос, представляющих собой комедоноподобные фолликулярные закупоривания), волос в виде «восклицательных знаков» (дистофически измененных волос, суженных в проксимальной части), могут присутствовать: обломанные волосы, конические, тюльпановидные, закрученные колечком в виде свиного хвостика, волосы по типу монилетрикс, зигзагообразные.

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.

При стационарной стадии вокруг очага алопеции зона «расшатанных волос» не определяется, кожа в очаге неизмененная.

Трихоскопия: могут присутствовать желтые точки, веллус.

При регрессирующей стадии в очаге алопеции наблюдается рост веллюса – 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 [2-4].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 4)**

## 2.3 Лабораторная диагностика

* **Рекомендуется** при сомнительном диагнозе- микроскопическое исследование кожи и волос на дерматомицеты, исследование аутоантител, относящихся к иммунологическим критериям системной красной волчанки, антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (методом РМП).

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Рекомендуется** при сомнительном диагнозе - верификация диагноза гнездной алопеции с помощью патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала кожи.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

***Комментарии:*** Гистологически ГА в активную стадию характеризуется выраженным лимфогистиоцитарным инфильтратом, который располагается периваскулярно и перифолликулярно с проникновением в волосяную луковицу, с преобладанием Т-лимфоцитов. возможен периваскулярный отек. Однако гистопатологические признаки ГА зависят от стадии заболевания, в случае хронических очагов классические признаки могут отсутствовать. В хроническую стадию преобладают фиброзные и атрофические процессы с перифолликулярным и периваскулярным склерозом, минимальным лимфогистиоцитарным инфильтратом, уменьшением и частично атрофией волосяных фолликулов

* **Рекомендовано** проведение следующих лабораторных методов исследования: клинический анализ крови развернутый, клинический анализ мочи, определение в крови уровня кортизола (при планировании лечения глюкокортикоидными средствами системного действия – до лечения и спустя 4 недели после его окончания), биохимический анализ крови общетерапевтический: АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, креатинин, мочевая кислота, мочевина холестерин, сахар крови, щелочная фосфатаза (при подозрении на токсическую алопецию, перед назначением системной терапии или фотохимиотерапии с применением фотосенсибилизаторов внутрь с контролем показателей 1 раз в 4 недели) [5];

- серологические исследования для исключения сифилиса [6-10];

-определение в крови ТТГ, АТ к ТПО, АТ к ТГ, трийодтиронина свободного, тироксина свободного для исключения патологии щитовидной железы [11];

-определение в крови 25- гидроксивитамина D (или 25 гидроксикальциферола), цинка [12, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

## 2.4 Инструментальная диагностика

* **Рекомендовано** проведение трихоскопии или дерматоскопии волосистой части головы [14-16].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 4)**

*Комментарии:**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 грибы 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.*

**2.5 Иная диагностика**

* **Рекомендована** консультация врача-психиатра при наличии психоэмоциональных

нарушений, тревожности, депрессивного состояния и т.п. [17].

* **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**
* **Рекомендована** консультация врача-эндокринолога при выявлении эндокринной патологии, в том числе заболеваний щитовидной железы [11].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

* **Рекомендована** консультация врача-невролога при нарушениях сна [17,18].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 4)**

**3. Лечение**

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.

## 3.1 Консервативное лечение

* **Рекомендовано** в активную стадию гнездной алопеции, характеризующуюся развитием местного иммунного воспаления, назначение противоспалительной терапии, направленной на подавление цитотоксических Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов. В хронической стадии гнездной алопеции на фоне уменьшения воспалительных реакций, противовоспалительная терапия должна быть дополнена средствами, улучшающими микроциркуляцию в тканях и обладающими антифиброзной и антисклеротической активностью.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 3)**

* **Рекомендовано** назначение системной терапии глюкокортикостероидами:

- преднизолон 200 мг в неделю перорально в течение 3 месяцев [1,19].

*Комментарии:* *возможно назначение системной терапии преднизолона детям с 17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии преднизолоном.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2**)

или

- преднизолон, начиная с 40 мг в сутки перорально (с постепенным снижением дозы) в течение 6 недель [1] или 0,4-0,6 мг/кг/сут исходная дозировка со снижением в течение 6 недель [1,20,21].

*Комментарии:**возможно назначение системной терапии преднизолона детям с 17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии преднизолоном.* *Возможно применение других глюкокортикостероидных средств в дозировке эквивалентной преднизолону.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

или

- преднизолон\*\* 80-100 мг в сутки перорально в течение 3 последовательных дней ежемесячно каждые 3 месяца [1, 22].

*Комментарии:**возможно назначение системной терапии преднизолона детям с 17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии преднизолоном.* *Возможно применение других глюкокортикостероидных средств в дозировке эквивалентной преднизолону.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

или

метилпреднизолон\*\* 250 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 последовательных дней каждые 3 месяца (при давности заболевания не более 1 года) [1, 23-26].

*Комментарии:* *возможно назначение системной терапии метилпреднизолона детям с 17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную*

*эффективность системной терапии метилпреднизолоном.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

или

метилпреднизолон 15мг/кг перорально 3 дня каждые 2 недели в течение 24 недель,

при получении положительного эффекта - продление терапии до 36 недель [27].

*Комментарии:* *возможно назначение системной терапии метилпреднизолона детям с 17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную*

*эффективность системной терапии метилпреднизолоном.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Рекомендовано** назначение системной терапии антиметаболитами:

- метотрексат в целевой дозе 15-25 мг в неделю в течение 1-31 месяца. При применении у детей младше 18 лет целевая доза составляет 0,4 мг/кг/неделю.

или

Спарринг-терапия: - метотрексат 15-20 мг 1 раз в неделю в сочетании с преднизолоном 10-20 мг в сутки перорально до возобновления роста волос [1, 28, 29, 30].

*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 – фолиевая кислота перорально 5- 10 мг/сут.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Рекомендовано** назначение системной терапии селективными иммунодепрессантами:

- циклоспорин\*\* 2,5-6 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 6-12 месяцев. При достижении положительного клинического результата дозу постепенно понижают до полной отмены [31,32].

или

Спарринг терапия: - циклоспорин 2,5-5 мг/кг в сутки перорально в сочетании с метипреднизолоном 20-24 мг/сут со снижением дозировки метилпреднизолона в течение 3 недель до 4мг/сут с сохранением дозировки 2-4мг/сут метипреднизолона в зависимости от клинического результата не более 24 недель.

*Комментарии:* *спарринг-терапия в сочетании с метилпреднизолоном эффективнее, чем монотерапия циклоспорином. Возможно назначение системной терапии циклоспорином детям с 15-17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии циклоспорином.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Рекомендовано** пациентам с тяжелыми формами алопеций назначение иммуносупрессантов:

- тофацитиниб 5мг 2 раза в день перорально в течение 3-6-12 месяцев [33-36].

*Комментарии:* *возможно назначение системной терапии тофацитинибом детям с 15-17 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность системной терапии тофацитинибом.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Не рекомендовано в прогрессирующую стадию назначение системных и наружных сосудорасширяющих средств, в том числе миноксидил, аминексил, мивал.**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Рекомендовано** пациентам в стационарную и регрессирующую стадии с тяжелыми формами гнездной алопеции назначение системных и наружных **вазодилятаторов,** в том числе: миноксидил, раствор 5% или 2% 2 раза в сутки не менее 3 месяцев [1,37,38].

*Комментарии:* *миноксидил в наружной терапии разрешен детям с 8 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**При локальной (ограниченной) гнездной алопеции:**

* **Рекомендовано** в активную стадию гнездной алопеции, характеризующуюся развитием местного иммунного воспаления, назначение противоспалительной терапии, направленной на подавление цитотоксических Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов. В хронической стадии гнездной алопеции на фоне уменьшения воспалительных реакций, противовоспалительная терапия должна быть дополнена средствами, улучшающими микроциркуляцию в тканях и обладающими антифиброзной и антисклеротической активностью.

**Рекомендовано** применение клобетазола пропионата 0,05% мазь 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 2 месяцев [1, 39].

*Комментарии:* *разрешен детям с 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

* Рекомендовано назначение цинка сульфата 5 мг на кг массы тела 3 раза в сутки перорально после еды в течение 3 месяцев [48-50].

*Комментарии:* *разрешен детям с 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* **Рекомендовано пациентам с локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции** внутриочаговое введение глюкокортикостероидных препаратов:

- триамцинолон каждые 4-6 недель в виде 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 [51-54]. 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 [57].

*Комментарии:* *возможно назначение внутриочагового введения триамцинолона*

*ацетонид детям с 12 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и*

*вероятную эффективность внутриочагового введения триамцинолона ацетонида. 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 [55, 56].*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

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 3-4 недели, общее количество введенного препарата на всех участках не должно превышать 2 мл в течение 2 недель [58].

При отсутствии положительного эффекта через 6 месяцев после начала лечения внутриочаговое введение препарата должно быть прекращено.

*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.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

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 3-4 недели, общее количество введенного препарата на всех участках не должно превышать 2 мл в течение 2 недель [58].

*Комментарии: возможно назначение внутриочагового введения бетаметазона дипропионат (2 мг) + бетаметазона динатрия фосфат (5 мг) детям с 12 лет. Следует сопоставлять риск развития побочных эффектов и вероятную эффективность внутриочагового введения триамцинолона ацетонида. 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.*

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 4)

* Не рекомендованов прогрессирующую стадию назначение системных инаружных сосудорасширяющих средств, в том числе миноксидил, аминексил, мивал.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* Рекомендовано в стационарную и регрессирующую стадии назначение системных

и наружных сосудорасширяющих средств

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

миноксидил, раствор 2% 2 раза в сутки до возобновления роста волос

или

миноксидил, раствор 5% 2 раза в сутки до возобновления роста волос [1, 37, 59, 60].

*Комментарии:* *миноксидил в наружной терапии разрешен детям с 8 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

* Рекомендовано назначение наружно одного из следующих топических глюкокортикостероидных препаратов: флуоцинолона ацетонид, крем 0,25% 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 2 месяцев [61, 62].

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 2 лет, не более 5 дней подряд.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

или

бетаметазона дипропионат 0,05% лосьон, крем 2 раза в сутки с продолжительностью

терапии до 2 месяцев [1, 63].

*Комментарии: возможно назначение детям с 8 лет. Следует сопоставлять риск*

*развития побочных эффектов и вероятную эффективность терапии.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

или

клобетазола пропионат 0,05% крем 2 раза в сутки под окклюзионную повязку с

продолжительностью терапии до 2 месяцев [39].

*Комментарии: рекомендуется детям с 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 4)**

или

гидрокортизона бутират\*\* 0,1% крем, эмульсия 2 раза в сутки с продолжительностью

терапии до 2 месяцев [1].

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 4)**

или

мометазона фуроат\*\* 0,1% крем, лосьон 2 раза в сутки с продолжительностью терапии

до 2 месяцев [1].

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 2 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

или

метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем, эмульсия 2 раза в сутки с продолжительностью терапии до 2 месяцев [1].

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 12 лет.*

* Рекомендовано назначение наружно одного из топических ингибиторов кальциневрина [64, 65]: пимекролимус 1% крем ежедневно 2 раза в сутки в течение 3 месяцев

или

такролимус 0,1% мазь ежедневно 2 раза в сутки в течение 3 месяцев

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 2 лет 2 раза в сутки не более 6 недель.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**При локализации алопеции в области роста ресниц**:

* Р**екомендовано** назначение наружно офтальмологические средства, простагландины F2a [66, 67]:

- биматопрост 0,03% раствор ежедневно вечером наносить на основание ресниц верхнего века в течение 1-4 месяцев, при достижении клинического эффекта терапию можно продолжить;

или

- 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.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

* **Рекомендовано** при тяжелых формах гнездной алопеции назначение ПУВА-терапии.

**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 1 см 2**[40-45,46,47].

*Комментарии:* Детям не применяется

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).**

**Рекомендовано** при локальной форме:

Узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера с длиной волны 308 нм. Начальная доза лазерного 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[68-70].

*Комментарии:* рекомендуется *детям с 4 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 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 [71-72].

*Комментарии:* *рекомендуется детям с 15 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**Диетотерапия** не применяется.

**Обезболивание:** не применяется

4. Реабилитация

Реабилитация не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Не применяется.

**6.** **Организация медицинской помощи**

Лечение проводится амбулаторно, в условиях медицинского учреждения дерматовенерологического профиля. Показания к госпитализации: отсутствуют.

**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома**

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 20лет - 100%. Процент полной ремиссии при тотальной и универсальной алопеции при продолжительности заболевания от 5 лет составляет 1% у детей и менее 10% у взрослых.

**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).

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Проведена системная терапия (глюкокортикостероидными средствами или метотрексатом или циклоспорином) при тяжелых формах алопеции (субтотальной, тотальной, универсальной) | 2, 4 | В, С |
| 2 | Проведена наружная терапия глюкокортикостероидными препаратами или внутриочаговое введение глюкокортикостероидных препаратов при **локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции** | 2, 4 | В, С |
| 3 | Проведена наружная терапия миноксидилом 5% или 2% в стационарную или регрессирующую стадию гнездной алопеции | 4 | С |

**Список литературы**

1. Messenger A.G., McKillop J., Farrant P., McDonagh A.J., Sladden M. British Association of Dermatologists’ guidelines for the management of alopecia areata 2012. British Journal of Dermatology 2012; 166: 916-926.

2. Darwin E., Hirt P., Fertig R. et al. [Alopecia Areata: Review of Epidemiology, Clinical Features, Pathogenesis, and New Treatment Options](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5939003/). Int J Trichology. 2018 Mar-Apr; 10(2): 51–60.

3. [Strazzulla L.C](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Strazzulla%20LC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29241771)., [Wang E. H. C](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wang%20EHC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29241771)., [Avila L](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Avila%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29241771). et al. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. [J Am Acad Dermatol.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29241771) 2018 Jan;78(1):1-12. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.1141.

4. Alkhalifah A. Alopecia areata update. Dermatol Clin. 2013; 31:93–108.

5. Brzezińska-Wcisło L., Bergler-Czop B., Wcisło-Dziadecka D., Lis-Święty A. New aspects of the treatment of alopecia areata. Postepy Dermatol Alergol. 2014; 31(4):262–265. doi:10.5114/pdia.2014.40923

6. Hernandez-Bel P., Unamuno B., Sanchez-Carazo J.L.et al. Syphilitic alopecia: a report of 5

cases and a review of the literature. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104:512–517.

7. Bi M.Y., Cohen P. R., Robinson F.W., Gray J. M. Alopecia syphilitica—report of a patient

with secondary syphilis presenting as moth-eaten alopecia and a review of its common mimickers. Dermatol Online J. 2009; 15:6.

8. The moth-eaten alopecia of secondary syphilis. A histopathological study of 12 patients. Am J

Dermatopathol. 1995; 17:158.

9. Lee J.Y., Hsu M.L. Alopecia syphilitica, a simulator of alopecia areata: histopathology and

differential diagnosis. J Cutan Pathol. 1991; 10:87.

10. Tognetti L., Cinotti E., Perrot J.L. et al. Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings.

Dermatol Pract Concept. 2017;7 (3):55–59.

11. Lee S., Lee Y. B., Kim B. J.et al. Screening of thyroid function and autoantibodies in patients

with alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol 2019; 80:1410.

12. Lee S., Kim B. J., Lee C. H. et al. Increased prevalence of vitamin D deficiency in patients

with alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Jul;

32(7):1214-1221.

13. Almohanna H.M., Ahmed A. A., Tsatalis J. P. et al. The Role of Vitamins and Minerals in

Hair Loss: A Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2019 Mar; 9 (1): 51-70. doi: 10.1007/s13555-018-0278-6 Epub 2018 Dec 13

14. Mahmoudi H., Salehi M., Moghadas S. et al. Dermoscopic findings in 126 patients with

alopecia areata: A cross-sectional study. Int J Trichol 2018; 10:118-23.

15. Inui S., Nakajima T., Nakagawa K. et al. Clinical significance of dermoscopy in alopecia

areata: analysis of 300 cases. Int J Dermatol. 2008; 47(7): 688

16. Jain N., Doshi B., Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified. Int J

Trichology. 2013; 5 (4):170–178. doi:10.4103/0974-7753.130385

17. Kuty-Pachecka M. Psychological and psychopathological factors in alopecia areata.

Psychiatr Pol. 2015; 49 (5): 955-64.

18. McCall W. V., Reboussin B. A., Cohen W. Subjective measurement of insomnia and quality

of life in depressed inpatients. J Sleep Res.2000 Mar; 9(1):43-8.

19. Kar B.R., Handa S., Dogra S. et al. Placebo-controlled oral pulse prednisolone therapy in

alopecia areata. J Am Acad Dermatol 2005; 52: 287-290.

20. Olsen E. A., Carson S. C., Turney E. A. Systemic steroids with or without 2% topical

minoxidil in the treatment of alopecia areata. Arch Dermatol 1992; 128: 1467-1473.

21. Price V.H. Treatment of hair loss. N Engl J Med 1999; 341(13):964-973.

22. Sharma V.K. Pulsed administration of corticosteroids in the treatment of alopecia areata. Int

J Dermatol 1996; 35: 133-136.

23. Nakajima T. et al. Pulse corticosteroid therapy for alopecia areata: study of 139 patients.

Dermatology. 2007;215(4):320-4.

24. Luggen P., Hunziker T. High-dose intravenous corticosteroid pulse therapy in alopecia

areata: own experience compared with the literature. J Dtsch Dermatol Ges. 2008 May; 6 (5):375-8.

doi: 10.1111/j.1610-0387.2007.06608. x. Epub 2008 Jan.

25. Assouly P., Reygagne P., Jouanique C. et al. Intravenous pulse methylprednisolone therapy

for severe alopecia areata: An open study of 66 patient. [Article in French]. Ann Dermatol Venereol 2003; 130(3): 326-330.

26. Kurosawa M., Nakagawa S., Mizuashi M., et al. A comparison of the efficacy, relapse rate

and side effects among three modalities of systemic corticosteroid therapy for alopecia areata.

Dermatology 2006; 212(4):361-5.

27. Bin Saif G. A., Al-Khawajah M. M., Al-Otaibi H. M et al. Efficacy and safety of oral mega

pulse methylprednisolone for severe therapy resistant Alopecia areata. Saudi Med J. 2012

Mar;33(3):284-91.

28. Joly P. The use of methotrexate alone or in combination with low doses of oral

corticosteroids in the treatment of alopecia totalis or universalis. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 632-636

29. Royer M., Bodemer C., Vabres P. et al. Efficacy and tolerability of methotrexate in severe

childhood alopecia areata. Br J Dermatol 2011;165(2):407-10.

30. Phan K., Ramachandran V., Sebaratnam D.F. Methotrexate for alopecia areata: A systematic

review and meta-analysis J Am Acad Dermatol 2019 Jan;80(1):120-127.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2018.06.064. Epub 2018 Jul 10

31. Jang Y. H., Kim S. L., Lee K. C. A Comparative Study of Oral Cyclosporine and

Betamethasone Minipulse Therapy in the Treatment of Alopecia Areata. Ann Dermatol. 2016

Oct;28 (5):569-574. Epub 2016 Sep 30

32. Açıkgöz G., Calışkan E., Tunca M. The effect of oral cyclosporine in the treatment of severe

Alopecia areata. Cutan Ocul Toxicol.2014Sep; 33(3): 24752.doi: 10.3109/15569527.2013.839997.Epub 2013 Oct 22

33. Kennedy Crispin M., Ko J.M., Craiglow B. G et al. JCI Insight. 2016 Sep 22; 1(15):e89776.

doi: 10.1172/jci.insight.89776. Safety and efficacy of the JAK inhibitor tofacitinib citrate in patients with alopecia areata.

34. Almutairi N., Nour T. M., Hussain N. H. Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of Severe

Alopecia Areata: An Open-Label Comparative Study. Dermatology. 2019; 235(2):130-136. doi:

10.1159/000494613. Epub 2018 Dec 19

35. Liu L. Y, Craiglow B. G., Dai F. Tofacitinib for the treatment of severe alopecia areata and

variants: A study of 90 patients. J Am Acad Dermatol. 2017 Jan; 76(1):22-28. doi: 10.1016/j.jaad.2016.09.007. Epub 2016 Nov 2

36. Phan K., Sebaratnam D. F. JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-

analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 May;33(5):850-856. doi: 1037 Fiedler-Weiss VC.

Topical minoxidil solution (1% and 5%) in the treatment of alopecia areata. J Am Acad Dermatol 1987; 16:745-748.

38. Fiedler-Weiss V. C., West D. P, Buys C. M. et al. Topical minoxidil dose-response effect in

alopecia areata. Arch Dermatol 1986;122(2):180-182.

39. Tosti A., Piraccini B. M, Pazzaglia M et al. Clobetasol propionate 0.05% under occlusion in

the treatment of alopecia totalis/universalis. J Am Acad Dermatol 2003; 49:96-98.

40. Lassus A., Eskelinen A., Johansson E. Treatment of alopecia areata with three different

PUVA modalities. Photodermatology 1984; 1:141-144.

41. Van der Schaar W.W., Sillevis Smith J.H. An evaluation of PUVA-therapy for alopecia

areata. Dermatologica 1984; 168:250-252.

42. Mitchell A. J., Douglass M. C. Topical photochemotherapy for alopecia areata. J Am Acad

Dermatol 1985; 12:644-649.

43. Taylor C. R., Hawk J. L. PUVA treatment of alopecia areata partialis, totalis and universalis:

audit of 10 years’ experience at St John’s Institute of Dermatology. Br J Dermatol 1995; 133:914-918.

44. Healy E., Rogers S. PUVA treatment for alopecia areata - does it work? A retrospective

review of 102 cases Br J Dermatol 1993; 129:42-44.

45. Freire P. C. B., Riera R., Martimbianco A. L. C., Petri V., Atallah A. N. Minoxidil for patchy

alopecia areata: systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 Mar 5 doi: 10.1111/jdv.15545.

46. Mohamed Z., Bhouri A., Jallouli A., et al. Alopecia areata treatment with a

phototoxic dose of UVA and topical 8-methoxypsoralen. J Eur Acad Dermatol

Venereol. 2005; 19:552-555.

47. Kamel M. M., Salem S. A., Attia H. H. Successful treatment of resistant alopecia areata with

a phototoxic dose of ultraviolet A after topical 8-methoxypsoralen application. Photodermatol

Photoimmunol Photomed. 2011; 27:45-50.

48. Al-Gurairi F., Al-Waiz M., Sharquie K. E. Oral zinc sulphate in the treatment of recalcitrant

viral warts: Randomized placebo controlled trial. Br J Dermatol 2002; 146: 423-431.

49. Sharquie K. E., Najim R. A., Al-Dori W. S. et al. Oral zinc sulfate in the treatment of

Behcet’s disease: a double blind cross-over study. J Dermatol 2006: 33: 541-546.

50. Ead R. D. Oral zinc sulphate in alopacia areata-a double blind trial. Br J Dermatol 1981: 104:

483-484.

51. Kubeyinje E. P. Intralesional triamcinolone acetonide in alopecia areata amongst 62 Saudi

Arabs. East Afr Med J 1994; 71: 674-675.

52. Abell E., Munro D. D. Intralesional treatment of alopecia areata with triamcinolone

acetonide by jet injector. Br J Dermatol 1973; 88:55-59.

53. Shapiro J., Price V. H. Hair regrowth. Therapeutic agents. Dermatol Clin 1998: 16: 341-356.

54. Chang K. H, Rojhirunsakool S., Goldberg L. J. Treatment of severe alopecia areata with

intralesional steroid injections. J Drugs Dermatol 2009: 8: 909-912.

55. Shapiro J., Madani S. Alopecia areata: Diagnosis and management. Int J Dermatol 1999; 38

(Suppl 1): 19-24.

56. Porter D., Burton J.L. A comparison of intra-lesional triamcinolone hexacetonide and

triamcinolone acetonide in alopecia areata. Br J Dermatol 1971; 85:272-273.

57. Sohn K. C., Jang S., Choi D.K. et al. Effect of thioredoxin reductase 1 on glucocorticoid

receptor activity in human outer root sheath cells. Biochem Biophys Res Commun 2007: 356: 810-815.

58. Gregoriou S., Kazakos С., Rigopoulos D. Treatment options for alopecia areata, Expert

Review of Dermatology 2011, 6:5, 537-548.

59. Price V. H. Double-blind, placebo-controlled evaluation of topical minoxidil in extensive

alopecia areata. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 730-736.

60. Olsen E.A., Carson S.C., Turney E. A. Systemic steroids with or without 2% topical

minoxidil in the treatment of alopecia areata. Arch Dermatol 1992; 128(11): 1467-1473.

61. Gill K. A., Baxter D. L. Alopecia totalis. Treatment with fluocinolone acetonide. Arch

Dermatol 1963; 87: 384-386.

62. Pascher F., Kurtin S., Andrade R. Assay of 0.2 percent fluocinolone acetonide cream for

alopecia areata and totalis. Efficacy and side effects including histologic study of the ensuing localized

acneform response. Dermatologica 1970; 141(3): 193-202.

63. Mancuso G., Balducci A., Casadio C. et al. Efficacy of betamethasone valerate foam

formulation in comparison with betamethasone dipropionate lotion in the treatment of mild-to-moderate alopecia areata: A multicenter, prospective, randomized, controlled, investigator blinded trial. Int J Dermatol 2003; 42: 572-575.

64. Ucak H., Kandi B., Cicek D. et al. The comparison of treatment with clobetasol propionate

0.05% and topical pimecrolimus 1% treatment in the treatment of alopecia areata. J Dermatolog Treat.

2012 Dec;23(6):410-20. doi: 10.3109/09546634.2011.590788. Epub 2011 Jul 25

65. Sotiriou E. et al. Tacrolimus ointment 0.1% in the treatment of active patchy alopecia areata

of childhood European Journal of Pediatric Dermatology 17(4):227-230.

66. Vila T., Camacho Martinez F. Bimatoprost in the Treatment of Eyelash Universalis Alopecia

Areata. Int J Trichology. 2010 Jul-Dec; 2(2): 86–88. doi: 10.4103/0974-7753.77511

67. Roseborough I., Lee H., Chwalek J. Lack of efficacy of topical latanoprost and bimatoprost

ophthalmic solutions in promoting eyelash growth in patients with alopecia areata. J Am Acad

Dermatol. 2009 Apr;60(4):705-6. doi: 10.1016/j.jaad.2008.08.029.

68. Mlacker S., Aldahan A.S., Simmons B.J. et al. A review on laser and light-based therapies

for alopecia areata. JCosmetLaser Ther. 2017 Apr; 19(2):93-99. doi: 10.1080/14764172.2016.1248440. Epub 2017 Jan 25

69. Al-Mutairi N. 308-nm excimer laser for the treatment of alopecia areata in children. Pediatr

Dermatol. 2009 Sep-Oct; 26(5):547-50. doi: 10.1111/j.1525-1470.2009.00980.x.

70. Darwin E., Arora H., Hirt P.A. et al. A review of monochromatic light devices for the

treatment of alopecia areata. Lasers Med Sci. 2018 Feb; 33(2):435-444. doi: 10.1007/s10103-017-2412- 6 Epub 2017 Dec 17

71. Trink A., Sorbellini E., Bezzola P. et al. A randomized, double-blind, placebo-and active-

controlled, half-head study to evaluate the effects of platelet-rich plasma on alopecia areata. Br J

Dermatol. 2013; 169:690–4.

72. Sukhbir Singh. Role of platelet-rich plasma in chronic alopecia areata: Our centre

experience. Indian J Plast Surg. 2015 Jan-Apr; 48(1): 57–59. doi: 10.4103/0970-0358.155271

# Приложение А1

# Состав рабочей группы

**Председатель:**

Барановская Н.Т. – врач-дерматовенеролог высшей категории, заместитель главного врача по организационно-методической работе государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

**Члены:**

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Перчун А.М. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Манталуца А.В. – врач-дерматовенеролог, заведующая стационарным отделением государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории, заведующая кожвенотделением государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провелглавный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» **Е.П. Бузук –** главный врачгосударственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

# Приложение А2

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1.Врачи-специалисты: дерматовенерологи, педиатры.

2.Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным

специальностям.

Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию-не реже один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

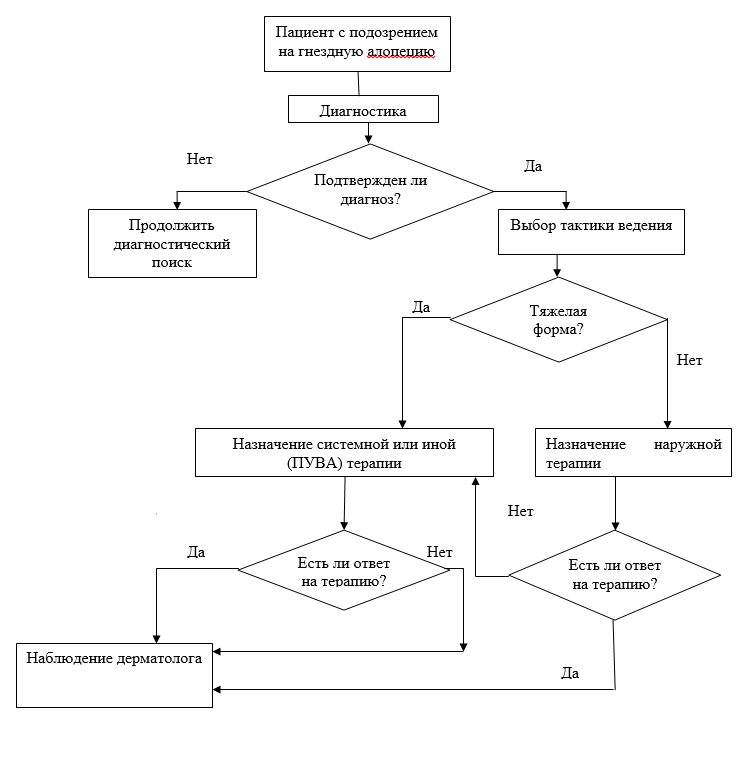
Сведения о показаниях к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);
4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение №1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года №894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

Приложение Б

# Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

1. Больным с длительным отсутствием бровей может предлагаться дерматография или медицинская татуировка (трихопигментация).
2. Различные маскирующие средства для наружного нанесения (пудры для волос, карандаши, аэрозоли), волосяные протезы, парики, системы замещения волос, шиньоны и другие накладки рекомендуются больным с ГА на период терапии или при отсутствии эффекта от лечения.