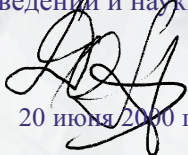


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

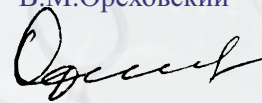
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



20 июня 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



20 июня 2000 г.

Регистрационный № 74-0005

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Витебск 2000
Минск 1999

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.П. Адаскевич, И.В. Тихоновская

Рецензент: д-р мед.наук, проф. Л.Г. Барабанов

Методические рекомендации по клинике, диагностике и лечению гнездовой алопеции предназначены для врачей – дерматовенерологов, косметологов, физиотерапевтов. Могут быть полезны студентам высших учебных медицинских учреждений.

Методические рекомендации утверждены Минздравом Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
КЛИНИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ	6
ДИАГНОСТИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ	9
Схема обследования больного алопецией	9
Микроскопическое исследование волос	10
Техника забора волос	10
Лабораторные исследования:	12
Инструментальные исследования	13
Примеры формулировки диагноза при гнездной алопеции:	13
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНЕЗДНОГО ОБЛЫСЕНИЯ	14
Грибковые инфекции волосистой части головы	14
Другие инфекции с поражением волосистой части головы	15
ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ	19
ЛЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ	20
Традиционная терапия	21
Препараты, улучшающие микроциркуляцию:	21
Препараты меди, цинка, железа	22
Биогенные стимуляторы	23
Ноотропные препараты	23
Психотропные препараты	24
Гормональная терапия	24
Иммуносупрессивная терапия	26
МЕСТНАЯ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ	28
Раздражающая терапия	30
Физиолечение гнездной алопеции	32
Постоянный ток	32
Импульсная терапия	34
Высокочастотная электротерапия	35

ВВЕДЕНИЕ

Гнездная алопеция (гнездная плешивость, alopecia areata, круговидное облысение) — хронический дерматоз, характеризующийся патологическим выпадением волос, обусловленным различными воздействиями на волосяной фолликул и клинически проявляющийся формированием очагов с полным отсутствием волос на волосистой части головы, области бороды (у мужчин), бровей, ресниц и туловища.

По данным различных авторов от 1% до 4% больных, обращающихся за помощью к дерматологу, предъявляют жалобы на выпадение волос. 97% больных гнездной алопецией являются лицами трудоспособного возраста.

Этиология гнездной алопеции точно не выяснена. Дискутируется делящаяся в течение всей жизни аномальная реакция кератиноцитов волосяного фолликула при генетической детерминированности на эндогенные или экзогенные влияния. О том, что гнездная алопеция не является лишь ограниченным заболеванием волосяного фолликула, свидетельствуют сопровождающие ее нарушения роста ногтей и обнаруживаемые при гистологическом исследовании изменения на видимо здоровой коже.

Патогенез гнездной алопеции гипотетичен и все рассматриваемые точки зрения имеют равные права на существование. В последнее время большинство авторов считают, что иммунная система играет ведущую роль в развитии алопеции. Вероятно, речь идет о клеточноопосредованной иммунной реакции позднего типа, которую можно интерпретировать как «нумулярную экзему» волосяного фолликула.

При обследовании больных гнездной алопецией обнаруживаются изменения реоэнцефалограммы головного мозга в виде хронической цереброваскулярной недостаточности за счет изменения тонуса средних и мелких мозговых артерий и нарушения сократительной способности венул (Глазырина Э.В., 1995).

По данным А. Tosti, S. Pretolani et al. (1997) *Helicobacter pilori* может стимулировать иммунную систему с местным и системным воспалительным процессом. При многочисленных исследованиях был выявлен повышенный уровень антител к этому возбудителю у лиц с гнездовой алопецией по сравнению с контрольной группой. Имеются сведения о роли токсоплазменной инфекции в развитии гнездовой алопеции. Различные авторы сообщают о нарушении функций желез внутренней секреции у этой категории больных.

Таким образом, перед назначением лечения необходимо комплексное обследование с целью выявления возможных патогенетических механизмов развития гнездовой алопеции у каждого больного индивидуально, что даст возможность целенаправленного лечения.

КЛИНИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Клинические проявления гнездной алопеции весьма характерны: на фоне полного здоровья, без субъективных признаков (редко может быть покалывание в месте формирования очага) образуются округлые или овальные очаги лишенные волос. В безволосых участках кожа вследствие потери волос и уменьшения луковиц несколько втянута («утоплена»). Она имеет вид слоновой кости или же небольшое воспаление. Признаки атрофии отсутствуют, устья волосяных фолликулов сохраняются. Наиболее часто процесс начинается в затылочной области, что говорит о заинтересованности в развитии заболевания затылочного нерва.

Выделяют 6 клинических форм проявлений гнездного облысения: локальная (очаговая), лентовидная (офиазис), субтотальная, тотальная, универсальная, с поражением ногтей.

1. Локальная (очаговая) форма характеризуется изолированными очагами выпавших волос, округлой формы с практически неизменной кожей на месте поражения .

2. Лентовидная форма (офиазис Цельса) проявляется наличием очага поражения, первоначально локализующегося в области затылка и затем постепенно распространяющегося в виде ленты до ушных раковин или висков. Для этой формы алопеции характерны переход очага поражения на гладкую кожу и прогностически неблагоприятное течение. Иногда, сформировавшись однажды, очаг не прогрессирует дальше и не регрессирует, несмотря на проводимое лечение .

3. Субтотальная форма характеризуется обширными очагами поражения, образовавшимися в результате слияния более мелких очагов.

4. При тотальной форме волосы отсутствуют на всей поверхности головы, включая волосы ресниц, бровей, а у мужчин — бороды. Клинические формы могут трансформироваться друг в друга, что особенно выражено при злокачественном течении заболевания.

5. При универсальной гнездной алопеции волосы отсутствуют на всей поверхности кожи тела человека.

6. Гнездная алопеция с поражением ногтей. Поражение ногтей при гнездной алопеции коррелирует с тяжестью процесса и наблюдается у 46% больных в виде точечных вдавлений, продольной исчерченности, онихолексиса, волнообразных ногтей — «песчаные волны», красные Lunulae. Очень часто у пациентов ногти могут иметь признаки микроонихии за счет постоянного покусывания, что может быть индикатором эмоциональной неустойчивости. Зачастую поражения ногтей предшествуют выпадению волос и долгое время остаются измененными после отрастания их.

Тяжесть течения определяется площадью поражения волосистой части головы: до 25% — легкая; 25–50% — средняя и свыше 50% — тяжелая степень тяжести.

Очень сложно дать прогноз течению гнездной алопеции, поскольку из локальных форм за короткий промежуток времени может развиваться субтотальная и тотальная алопеция. О тяжести заболевания можно судить после наступления стационарной или регрессирующей стадии.

В течении гнездной алопеции выделяют три стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. В прогрессирующей (прогредиентной) стадии при легком потягивании волос по краю очага происходит их безболезненная эпиляция на расстоянии 1,5–2 см от края очага облысения — зона «расшатанных волос». Эпилированные из пограничной зоны волосы дистрофичны и многократно расщеплены, не имеют корневой щели. Длина кончика зависит от интенсивности дистрофии матрицы. Чем интенсивнее поражена матрица, тем короче кончик.

У пожилых седовласых пациентов могут выпадать только пигментированные волосы и оставаться лишь поседевшие. При развитии острой и занимающей большую площадь гнездовой алопеции в таких случаях возникает впечатление «поседения за ночь».

В стационарной стадии зона «расшатанных волос» определяется нечетко или не определяется вообще.

При регрессирующей стадии заболевания в очаге облысения начинают расти пушковые волосы (веллус), которые постепенно утолщаются и пигментируются. Иногда уже отросшие волосы в очаге облысения отличаются по цвету от нормальных волос и имеют пеструю окраску (полиозис). Очень часто в течении гнездовой алопеции наблюдается следующая картина: отмечается рост пушковых волос и одновременно определяется зона «расшатанных волос». В таких случаях устанавливается прогрессирующая стадия заболевания, несмотря на то, что рост волос может опередить выпадение и очаг поражения в итоге зарастет волосами. Лечение, особенно местное, назначается соответственно прогрессирующей стадии.

ДИАГНОСТИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Схема обследования больного алопецией

Анамнез

- длительность болезни, наличие ремиссий (отрастание терминальных волос)
- наличие аналогичного заболевания у кровных родственников;
- наличие атопического состояния у пациентов или у кровных родственников;
- эмоциональные стрессы, лихорадка (температура тела 39°C и выше),
- прием препаратов, вызывающих выпадение волос (цитостатики, притивозачаточные препараты, антикоагулянты прямого действия).

Осмотр

- общий осмотр (наличие сопутствующей кожной патологии, поражение волос, ресниц, бровей, подмышечных впадин, лобка; изменение ногтей, проявления гирсутизма);
- осмотр очага поражения (форма очага, наличие атрофии, морфологических элементов сыпи, определение зоны расшатанных волос).

Микроскопическое исследование волос

Правила забора волос для микроскопии:

- за две недели до микроскопии с волосами не должны проводиться косметические процедуры;
- забор волос проводится на 5-й день после мытья;
- при очаговом облысении волосы забираются по краю очага и на участке, противоположном очагу облысения; при диффузном облысении волосы забирают на 2 см сзади от лобной линии и на 2 см сбоку от височной линии;
- при длинных волосах перед эпиляцией их можно остричь на длину до 2 см;
- микроскопию волос производят в день забора волос.

Техника забора волос

На бранши кровоостанавливающего зажима надевают резинку от велосипедного ниппеля, захватывают не менее 50 волос и резким движением эпилируют волосы. Затем фиксируют волосы между предметным и покровным стеклом при помощи капельки воды и рассматривают под объективом 40.

Различают следующие формы корней волос, которые могут обнаруживаться при микроскопическом исследовании.

1. Анагеновые волосы: при эпиляции они обрываются главным образом в участках между средней и верхней лукообразной частью и имеют светлую зону между кератогенной зоной стержня волоса и такой же темной зоной долей бульбочки. Внутреннее и наружное корневые влагалища могут окружать анагеновые волосы.

Под воздействием эпиляционного процесса анагеновые волосы могут претерпевать следующие изменения:

- анагеновые волосы без волосяных влагалищ. Они называются диспластическими анагеновыми волосами. Эти волосы трудно эпилируются.

-обломанные анагеновые волосы. Наличие этих волос указывает на неверную технику эпиляции или повышенную ломкость волос.

2. Дистрофические анагеновые волосы, возникающие в результате сильного повреждения волосяной матрицы. В зависимости от длительности и интенсивности патогенного фактора омоложение волосяного стержня происходит с различной силой и волос обламывается с кончиком в виде заостренного карандаша. Дистрофические анагеновые волосы всегда патологичны.

3. Катагеновые волосы. Это колбообразные корни и в отличие от телогеновых волос имеют еще более темную кератогенную зону и окружены частицами внутреннего и наружного корневых влагалищ.

4. Телогеновые волосы. Эти волосы колбообразные. Они потеряли волосяные влагалища и кератогенную зону. Колбообразный корень может быть окружен эпителиальным мешком.

При нормальной трихограмме 89% волос находятся в анагеновой фазе; до 1% — в катагеновой фазе; до 20% — в телогеновой фазе. Этим и объясняется физиологическая потеря волос до 150 в сутки.

При гнездной алопеции соотношение волос, находящихся в различных стадиях развития может изменяться, обнаруживаются дистрофические анагеновые волосы. По периферии очага увеличивается количество телогеновых волос. Обнаружение телогенового корня говорит о медленно прогрессирующем течении; дистрофические волосы характерны для быстрой прогрессии. Аналогичные изменения обнаруживаются на противоположном, клинически здоровом участке кожи (до 60% случаев).

При микроскопическом исследовании волос обращают внимание на состояние стержня волоса для исключения патологии стержня, ведущей к возникновению облысения (врожденные формы алопеции, сильное повреждающее действие экзогенных факторов, включая косметические средства).

Гистологическое исследование очага поражения проводят в сомнительных случаях для уточнения и подтверждения диагноза.

Лабораторные исследования:

- серологическое исследование крови на сифилис (показано всем больным), ВИЧ (в упорных случаях заболевания);
- общий анализ крови с определением числа тромбоцитов (повышенное число тромбоцитов говорит об эндогенной интоксикации);
- радиоизотопное исследование крови для определения уровня гормонов крови (T_3 , T_4 , эстрадиол, кортизол, тестостерон, пролактин, АКТГ). Для большей достоверности результата исследование нужно проводить неоднократно с выведением средних показателей;
- анализ мочи на содержание 17-кетостероидов и 17-оксикетостероидов;
- биохимический анализ крови (аланин-, аспаргин-аминотрансферазы, креатинин, триглицериды, общий белок, билирубиновые фракции), исследование содержания микроэлементов (цинк, медь, калий, натрий, железо, магний); метаболизм кальция;
- иммунологические исследования (интерфероны, интерлейкины, фактор некроза и роста опухолей)

Инструментальные исследования

Эхоэнцефалография, рентгенография области турецкого седла. По показаниям — ядерно-магнитный резонанс головного мозга, яичников, надпочечников; реовазография сосудов головного мозга, сосудов верхних конечностей; ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Примеры формулировки диагноза при гнездной алопеции:

1. Гнездная алопеция, очаговая форма, обычный тип, прогрессирующая стадия.
2. Гнездная алопеция, субтотальная форма, смешанный тип, стационарная стадия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНЕЗДНОГО ОБЛЫСЕНИЯ

Грибковые инфекции волосистой части головы

Микроспория волосистой части головы характеризуется образованием очагов поражения с многочисленными серовато-белыми чешуйками. Почти все волосы обламываются на одном уровне (5–8 мм от поверхности кожи). Волосы серовато-белого цвета за счет муфты из грибов, располагающейся вокруг волоса. Вблизи с одним крупным очагом имеется несколько маленьких очажков с обломанными волосами. Диагноз микроспории волосистой части головы подтверждается обнаружением возбудителя микроскопически и культурально. При освещении очагов поражения лампой Вуда (люминесцентная диагностика) пораженные волосы светятся изумрудно-зеленым светом.

Поверхностная антропонозная трихофития волосистой части головы проявляется очагами поражения, покрытыми сероватыми чешуйками, с обломанными волосами на уровне 2–3 мм от поверхности кожи. Могут наблюдаться умеренно выраженные воспалительные явления. Очаги поражения неправильных очертаний с нечеткими границами.

Хроническая трихофития волосистой части головы наблюдается у лиц женского пола и характеризуется образованием «атрофических плешинок» с волосами, обломанными на уровне кожи в виде точек — «черноточечная алопеция». Шелушение может быть настолько выражено, что маскирует обломанные волосы. Диагноз трихофитии подтверждается микроскопически и, в сомнительных случаях, бактериологически.

При фавусе у устья волосяных фолликулов возникают корочки, которые увеличиваясь, достигают размеров щитков (скутулы). Это чистая культура возбудителя блюдцеобразной формы с пронизанным в центре волосом. Волосы блеклые, как бы запыленные, легко выдергиваются. От пациента исходит «амбарный» мышиный запах. На месте скутул остается рубцовая атрофия. Диагноз фавуса подтверждается микроскопически и при помощи люминесцентной диагностики (зеленоватое свечение).

Другие инфекции с поражением волосистой части головы

Мелкоочаговая алопеция при сифилисе проявляется округлыми очагами, не сливающимися между собой. Могут поражаться брови в виде мелких очажков, так называемое «омнибусное» выпадение, начинающееся чаще с наружного края. Ресницы в результате последовательного отрастания имеют разную длину — признак Пинкуса. Диагноз сифилитической алопеции подтверждается положительными серологическими реакциями на сифилис.

Трихотилломания. Чаще всего трихотилломанией страдают люди, подвергнувшиеся психической травме. Иногда это заболевание развивается в результате привычки дергать себя за волосы. Клинически трихотилломания проявляется очагами облысения в лобно-теменной области со сломанными короткими волосами длиной 2,5–3 см (более короткие волосы невозможно захватить пальцами). От постоянного потягивания волосы извиты, закручены. Зона расшатанных волос не определяется, но иногда расшатанные постоянным потягиванием волосы могут легко эпилироваться. Чаще всего пациенты отрицают приращивание к волосам, а если и признают, то не считают это причиной выпадения волос. В упорных случаях, когда не удается установить факт постоянного выдергивания волос, проводят гистологическое исследование. При гистологическом исследовании обнаруживаются многисленные пустые волосяные каналы. Некоторые фолликулы серьезно поражены. Матрикс волоса расщеплен. Эпителий фолликула отделен от соединительно-тканного влагалища, вокруг фолликула определяются кровоизлияния. Поврежденные фолликулы могут формировать мягкие, закрученные волосы (Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986). Чаще гистологическая картина соответствует норме.

Травматическая алопеция. Случайная травматическая алопеция может возникнуть в результате травмы (драки, раны волосистой части головы). При длительном нахождении в вынужденном положении, что влечет за собой нарушение кровоснабжения (операции, ограниченность движения или полная обездвиженность), может наблюдаться выпадение волос в местах волосистой части головы, подвергнувшихся давлению. Лечение этот вид алопеции не требует. После устранения причины рост волос восстанавливается самостоятельно.

Андрогенетическая алопеция по типу «шапочки кардинала». Проявления этого состояния начинается в период полового созревания и чаще всего страдают мужчины. Клинически характеризуется очагом разрежения, а со временем и полного выпадения волос в области темени при сохранении волос на других участках головы. Скорость формирования очага облысения у каждого индивидуальна и процесс может длиться несколько лет. Зона расшатанных волос не определяется, кожа в очаге поражения не изменена. Микроскопически может определяться повышенное количество телогеновых волос.

Псевдопелада Брока. Как правило, этим заболеванием страдают женщины старше 40 лет, хотя не исключены случаи возникновения заболевания у детей. Заболевание характеризуется появлением очага выпадения волос, чаще в области темени. Кожа в очаге поражения гладкая, блестящая с явлениями атрофии. Если появляется несколько очагов, то они, сливаясь между собой, образуют очаг с клиновидными очертаниями. В очаге сохраняются единичные длинные волосы. Процесс протекает медленно. В случае злокачественного течения полное облысение может наступить в ближайшие годы после начала заболевания. В свежих очагах поражения имеется умеренный перифолликулярный инфильтрат из лимфоцитов, располагающийся вокруг средней трети эпителиального фолликула (Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986). Инфильтрат проникает в наружное корневое влагалище и сальные железы, иногда частично разрушая их. В поздней стадии в дерме отмечается значительный фиброз, местами с остатками воспалительных инфильтратов. Эпидермис атрофичен и уплощен, эпителиальные фолликулы волос и сальные железы отсутствуют, мышцы-подниматели волос и потовые железы часто сохранены.

При склеродермии поражение волосистой части головы встречается относительно редко и проявляется образованием отежных пятен жемчужно-белого цвета с фиолетовым периферическим венчиком. После разрешения процесса остается очаг атрофии, на котором отсутствует рост волос. Диагноз склеродермии волосистой части головы при отсутствии характерных поражений на других участках тела можно установить при помощи гистологического исследования, когда обнаруживаются отек дермы, склерозирование коллагеновых волокон, атрофия сальных и потовых желез.

Поражение волосистой части головы при *хронической дискоидной красной волчанке* характеризуется возникновением очагов со всеми признаками этого заболевания: эритема, фолликулярный гиперкератоз, атрофия с формированием рубцовой алопеции. При отсутствии характерных поражений на других участках тела, диагноз красной волчанки волосистой части головы устанавливается при помощи гистологического исследования (Lever W. F., 1975): 1) гиперкератоз с кератотическими пробками в устьях волосяных фолликулов и углублениях эпидермиса; 2) атрофия росткового слоя эпидермиса; 3) гидропическая дистрофия базального слоя эпидермиса; 4) лимфоцитарный инфильтрат; 5) отек, расширение сосудов верхней части дермы.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Если гнездная алопеция возникла после окончания пубертатного периода, у 80% больных рост волос возобновляется. Повторный рост депигментированных волос в очагах алопеции проводит иногда *полиозу*. У 33% больных волосяной покров полностью восстанавливается в течение года, хотя довольно часто бывают рецидивы в течение от нескольких недель до 5 лет после зарастания первого очага (ов) (40–50% случаев). Во многих случаях возникновение новых и зарастание старых очагов уравнивают друг друга. У 20–30% — заболевание не проходит и через несколько лет. Плохие прогностические признаки для гнездной алопеции: тотальная алопеция до окончания пубертатного периода, частые рецидивы, дистрофические изменения ногтей, очаги облысения на затылке, с переходом на гладкую кожу (краевая алопеция, или *офиязис*). Прогностически неблагоприятным признаком рассматривают наличие пеладных волос в пограничных областях прогрессирующих очагов. Пеладные волосы длиной 0,2–0,7 см, слабо пигментированные, часто расщепленные на концах и переходящие проксимально в конус или заостренный конец (волосы в виде восклицательного знака). Обнаружение кадаверизированных волос также является прогностически неблагоприятным признаком. Клинически эти волосы представляют собой черноватые комедоноподобные фолликулярные закупоривания. Микроскопическое их исследование показывает, что речь идет о трихомалатических продуктах дегенерации остатков волосяной матрицы, пигментных пластинок, внутреннего корневого влагалища. Это клинимоρφологический эквивалент острой денерации матрицы и поэтому является признаком, который говорит о быстром прогрессировании очагов.

ЛЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Эффективность лечения гнездной алопеции тяжело оценить, потому что возможно: во-первых, самоизлечение, а во вторых — прогрессирование процесса, несмотря даже на радикальные методы (применение глюкокортикоидов, цитостатиков), поэтому при выборе терапии гнездной алопеции необходимо сопоставить уровень риска назначаемой терапии, тяжесть заболевания и предполагаемый терапевтический эффект.

Гнездная алопеция — гетерогенное заболевание и комбинированная терапия, индивидуально подобранная, с учетом патогенеза может принести косметически приемлемый эффект. Лучше всего поддается лечению недлительно существующая алопеция, с локальными формами проявления.

Перед началом лечения больному необходимо провести максимально полное обследование с последующей коррекцией выявленной патологии (санация очагов хронической инфекции, нормализация функций внутренних органов и т. д.).

При лечении гнездной алопеции условно можно выделить 6 групп лечебных мероприятий:

1. Традиционная терапия.
2. Гормональная терапия (прием глюкокортикоидов внутрь и наружно).
3. Раздражающая терапия.
4. Иммуносупрессивная терапия (прием внутрь и наружное применение иммуносупрессоров).
5. Физиотерапия.
6. Нетрадиционные методы лечения (акупунктура и фитотерапия).

Традиционная терапия

Несмотря на разработку новых методов лечения гнездной алопеции, традиционная терапия не утратила своего значения, особенно в случае очаговой формы облысения, недоступности новых препаратов, противопоказаний к радикальным методам терапии (глюкокортикоиды внутрь ПУВА-терапия).

Препараты, улучшающие микроциркуляцию:

– ксантинола никотинат (синоним компламин, теоникол) — сочетает свойства никотиновой кислоты и теофиллина. Улучшает периферическое кровоснабжение, расширяет периферические сосуды. Назначают внутрь по 1 таблетке (при необходимости по 2–3 таблетки) три раза в день после еды. Курс лечения 2 мес. Препарат противопоказан в первом триместе беременности, при остром инфаркте миокарда, геморрагиях;

– пентоксифиллин (трентал) — способствует накоплению в тканях циклического АМФ, улучшает микроциркуляцию, тормозит агрегацию тромбоцитов, уменьшает вязкость крови. Назначают по 1 таблетке 2–3 раза в день, не разжевывая, после еды в течение 2–3 недель. Противопоказан при остром инфаркте миокарда, массивных кровотечениях, в первые месяцы беременности. Есть наблюдения, подтверждающие повышение эффективности препарата в сочетании с дидинамотерапией;

– дипиридамол (курантил) — тормозит агрегацию тромбоцитов, стимулирует синтез простаглицлинов, ингибирует синтез тромбосанов. Препарат принимают натощак за 1 ч до еды 1–2 драже 3 раза в день от нескольких недель до нескольких месяцев. Противопоказан при распространенном склерозирующем атеросклерозе;

– доксиум — ангиопротектор, нормализующий проницаемость сосудистой стенки, улучшающий микроциркуляцию и реологические свойства крови. Обладает коллагенотрофическим и десенсибилизирующим действием. Назначают по 0,25 3 раза в день после еды в течение 1–1,5 мес.

Препараты меди, цинка, железа

Эффективность цинка оспаривается некоторыми авторами, но учитывая действие на организм (активирует ферменты, осуществляющие синтез ДНК, стимулирует регенерацию тканей, иммунологические процессы, поддерживает стабильность клеточных мембран, усиливает анаболические процессы, необходим для нормальной активности щелочной фосфатазы, ферментов печени и поджелудочной железы), препарат может применяться для лечения гнездной алопеции. Принимают окись цинка в виде порошка 50 мг по 1 порошку 2–3 раза в день после еды, запивая молоком. Курс лечения — 1–3 мес., в некоторых случаях до восстановления роста волос (4–8 мес.). Цинк содержится в препарате цинктерал; принимают по 1 таблетке до еды 2 раза в день; курс лечения до 3 мес.

Медь является кофактором многих ферментов, стимулирует кроветворение, синтез белка. Применяют в виде 0,5% раствора сульфата меди по 15 капель 3 раза в день во время еды, запивая молоком или добавляя раствор в молоко. Курс лечения индивидуален. Препараты цинка и меди не рекомендуется применять одновременно.

Железо входит в состав гемоглобина, стимулирует функцию кроветворных органов. Иногда единственным проявлением дефицита железа в организме может быть выпадение волос. Сироп алоэ с железом принимают по 1 чайной ложке на прием, растворив в 1/4 стакана воды, 3 раза в день 15–30 дней. После приема рот необходимо тщательно прополоскать для предотвращения окрашивания зубов. Лактат железа (в виде порошка) по 1,0 г (для взрослых) три раза в день 2–4 недели. Железа глицерофосфат по 1,0 г 3 раза в день 2–4 недели. По данным некоторых авторов препараты железа эффективны при хроническом телогеновом выпадении волос. Препараты железа не следует применять с молоком (содержащиеся в нем кальций и фосфаты образуют комплексы, которые выпадают в осадок и не всасываются), тетрациклином и фитиновой кислотой. Прием препаратов железа можно сочетать с приемом меди.

Биогенные стимуляторы

Экстракт алоэ жидкий по 1 столовой ложке 2–3 раза в день в течение 30–40 дней. Экстракт алоэ жидкий для инъекций по 1 мл подкожно ежедневно в течение 30–50 дней. Противопоказан при беременности, сердечно-сосудистых заболеваниях, нефрозонофритах.

Гумизоль по 1 мл первые 2–3 дня ежедневно, затем по 2 мл 1 раз в день внутримышечно в течение 20–30 дней.

Спленин вводят по 1–3 мл внутримышечно 10–15 дней. Оказывает иммуностимулирующее действие, повышает обеззараживающие функции печени.

Ноотропные препараты

Ноотропил в капсулах по 400 мг три раза в день в течение 1–1,5 мес. Положительно влияет на обменные и энергетические процессы, повышает устойчивость клеток мозга.

Психотропные препараты

Сибазон по 5 мг два раза в день в течение 1–1,5 мес. Оказывает транквилизирующее действие, снимает внутреннюю напряженность и тревогу, улучшает сон. При выраженных проявлениях депрессии назначают «Азафен» по 25 мг (1/2 таблетки) два-три раза в день.

α-адреноблокаторы

Фентоламин таблетки по 0,025 г (25 мг) назначают по 2 таблетки (для взрослых) 3–4 раза в день после еды в течение 3–4 недель при выраженном повышении симпатического тонуса. За счет расширения периферических сосудов усиливает кровоснабжение кожи, снижает чувство напряженности и беспокойства при диэнцефальной патологии симпатико-адреналового типа.

Гормональная терапия

Абсолютных показаний к назначению глюкокортикоидов при гнездной алопеции нет. Очень часто этот вид лечения дает временный эффект, то есть после прекращения приема препаратов волосы выпадают снова. Но тем не менее этот метод лечения нельзя забывать, тем более, что даже временный эффект от лечения приносит психологическое удовлетворение пациентам, дает им надежду на выздоровление. Перед назначением препаратов больному необходимо объяснить возможные побочные эффекты, несмотря на то, что назначаемые дозы, как правило, побочных эффектов не вызывают.

Показанием к назначению глюкокортикоидов внутрь может быть недавно возникшая алопеция, с поражением волосистой части головы не более 50%. При универсальной алопеции и длительно существующей глюкокортикоиды, как правило, неэффективны.

Назначают преднизолон по 40 мг в сутки в течение 6–8 недель с последующим снижением дозы в зависимости от состояния больного и динамики заболевания. Некоторыми авторами предлагается лечение преднизолоном до 6 мес., но в этом случае дозы препарата 20–30 мг в сутки. В последнее время широко используется пролонгированный глюкокортикоид дипроспан. Вводят по 1 мл внутримышечно с интервалом 1–2 недели. На курс лечения — 3–5 инъекций.

Прием таблетированных глюкокортикоидов, по нашему мнению, предпочтительнее, потому что позволяет контролировать дозу препарата в зависимости от течения заболевания.

M. Vedamurthy (1998) рекомендует применять для лечения тотальной гнездовой алопеции бетаметазон 0,5 мг в виде минипульс-терапии. Принимают 5 мг бетаметазона (целестон) однократно внутрь вместе с завтраком два дня подряд в неделю. Автор сообщает, что рост волос можно ожидать через 3 мес. после начала лечения. Опыт применения этого метода лечения в нашей клинике указывает на его перспективность.

Местно применяются различные гормональные мази в виде смазывания и аппликации. При смазывании очагов поражения нужно захватывать 1 см видимо здоровой кожи. Можно применять глюкокортикоиды с окклюзионной повязкой под полиэтиленовую пленку или одноразовую шапочку для принятия душа на ночь в течение нескольких недель. Этот метод используется преимущественно при тотальной алопеции.

Широко используют внутриочаговое введение глюкокортикоидов. Безыгольным инъектором вводят гидрокортизон один раз в неделю в возрастающей дозировке: 0,2–0,4–0,6–0,8–1 мл и далее по 1 мл. Каждое впрыскивание обеспечивает попадание в кожу 0,1 мл эмульсии гидрокортизона. Курс лечения состоит из 10 процедур в течение 2,5 мес.

Дипроспан вводится при помощи инсулинового шприца в расчете 0,1 мл на 2 см² очага поражения с интервалом 1 неделя. На курс лечения — не более 10 инъекций. Рост волос восстанавливается через 4–6 недель. Иногда в самом очаге поражения отмечается рост волос островками.

По данным некоторых авторов, стероиды вводят внутриочагово каждые 7–14 дней, пока очаг не будет обколот три раза. Внутрикожные инъекции нельзя производить в височной и передней теменной зонах. Есть сообщения о возникновении слепоты после попадания препаратов, способных кристаллизоваться в крупные сосуды, а затем в сосуды сетчатки.

Иммуносупрессивная терапия

Для лечения гнездного облысения применяют циклоспорин А, который не повреждает иммунные клетки, а действует на уровне цитокинов, ингибируя их продукцию, подавляя экспрессию тканевых антигенов II класса. Кератиноциты волосяных луковиц в здоровой коже не экспрессируют антигены I и II класса главного комплекса гистосовместимости (ГКГ). При гнездной алопеции в волосяных фолликулах, находящихся в анагеновой фазе, обнаружены АГ HLA-ABC и HLA-DR. Телогеновые волосяные фолликулы в меньшей степени экспрессируют антигены ГКГ второго класса. Вокруг них лимфоцитарные инфильтраты выражены меньше, чем вокруг анагеновых волосяных фолликулов. Лимфоцитарные инфильтраты образуются раньше, чем экспрессируются антигены HLA-DR, то есть экспрессия антигенов является вторичным событием и временной, поскольку исчезает после перехода фолликула в телогеновую фазу независимо от того происходит излечение или нет.

По данным зарубежных авторов, препарат эффективен при «старом» облысении, тотальном и универсальном, в случае, когда предыдущее лечение: глюкокортикоиды, фотохимиотерапия, местная иммуносупрессивная терапия не принесли эффекта. Перед назначением препарата необходимо исследовать давление крови, функцию почек и печени пациента. Контроль функции этих органов необходимо производить в процессе лечения ежемесячно.

По схеме J. Bartenijev (1996) препарат применяют первые три месяца по 5 мг/кг ежедневно, затем по 3 мг/кг ежедневно с последующей отменой препарата. J. Ferrando (1996) рекомендует назначать циклоспорин А по 5 мг/кг в течение 6 мес. Рост волос наблюдается через 2–3 мес. после начала приема препарата. Wilma F. Bergfeld (1997) отмечает положительный эффект при лечении циклоспорином А у 25–75% больных. По их данным, препарат эффективен у больных с тотальной и универсальной алопецией, при поражении волосистой части головы более 50%.

Такролимус (Tacrolimus, Fujimycin/FK 506) — новый иммуносупрессор, который, как и циклоспорин применяется при трансплантации органов. При местном применении вызывает рост волос более эффективно, чем циклоспорин. Препарат может применяться местно и оказывает иммуносупрессивное действие только на ограниченном участке. Однако использование препарата для восстановления волос остается под вопросом, так как при длительном применении наблюдаются нервные расстройства.

МЕСТНАЯ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ

В настоящее время самым эффективным способом лечения гнездной алопеции считается местное применение ирритантов — веществ, вызывающих контактную сенсibilизацию. Применяются вещества, которые в природе и техническом окружении человека не встречаются, не обладают тератогенным, мутагенным и канцерогенным свойствами (отрицательный ANES-тест): динитрохлорбензол (ДНХБ), дибутиловый эфир скваровой кислоты, дифенилциклопропенон. В Республике Беларусь перечисленные препараты не зарегистрированы, но перспективность их применения очевидна.

По мнению К.Н. Суворовой, А.Г. Гаджигороевой (1999) к применению местной иммуносупрессивной терапии могут быть следующие показания: тяжелые формы алопеции (субтотальные, с потерей волос более 50%, тотальные, универсальные) или одиночные крупные очаги гнездной алопеции диаметром более 6 см; торпидность к проводимой ранее терапии; стационарная стадия заболевания. Противопоказанием к лечению служит беременность; индивидуальная гиперчувствительность к препарату или его растворителю; возраст до 5 лет.

Побочные эффекты местной иммуносупрессивной терапии: нарушение пигментации (витилиго, дисхромии), снижение клеточного иммунитета, перекрестные аллергические реакции (особенно у ВИЧ-инфицированных пациентов), зуд кожи, регионарное увеличение лимфатических узлов, возникновение злокачественных лимфом. Купироваться чрезмерные аллергические проявления могут отменой препарата на 2 недели и с использованием в последующем более низких концентраций; местным применением глюкокортикоидных мазей или приемом глюкокортикоидов внутрь (20 мг преднизолона или однократное введение внутримышечно дипроспана 1,0) (Суворова К.Н., Гаджигороева А.Г., 1999).

Tian Huang (1998) приводит наблюдение терапевтического действия кампотецина — алкалоида с антинеопластической активностью, получаемого из определенного вида пальмы, произрастающей в Китае. Препарат применяли в виде 0,02% раствора в 95% этаноле местно два раза в день в течение 8 недель.

***Вещества, применяемые для местной
иммуносупрессивной терапии***

Название вещества	Способ сенсibilизации	Режим приема	Длительность лечения
ДНХБ (динитрохлорбензол)	1% раствор на пораженные участки кожи или аппликацией 500 мг/г ДНХБ в ацетоне на кожу предплечья.	1 раз в неделю в концентрациях от 0,05 до 0,5% в зависимости от степени реакции	в течение трех мес.
Дибутиловый эфир скваровой кислоты	2% раствор в ацетоне.	через две недели после сенсibilизации препарат наносят в концентрации 0,1%–0,2%–0,5%–0,8% 1–2 раза в неделю	в течение 2–3 недель
Дифенилциклопропенон	0,01% раствором на предплечье; на скальпе — 2% раствором.	минимальные концентрации, вызывающие реакцию воспаления, 1 раз в неделю	в течение 3–6 мес.

Раздражающая терапия

V.C. Fiedler-Weiss, C.M. Buys (1987) применяли крем антралин 0,5–1% концентрации. Основная масса больных была со средней и тяжелой степенью поражения течения заболевания. Начинали лечение с малой концентрации крема 0,5% и если в течение 6 мес. не наблюдали терапевтического эффекта, то начинали применять 1% крем. Терапевтический результат в среднем наблюдался через 11 недель после начала лечения. Причем было замечено, что успех был быстрее достигнут при использовании 1% крема, но при применении этой концентрации увеличивалась частота побочных эффектов. При использовании 0,5% крема антралина косметический эффект достигался через 23 недели от начала лечения. Частоту применения и время экспозиции подбирали индивидуально для каждого пациента. Из побочных эффектов при применении антралина наблюдались: локализованный зуд, эритема, шелушение, поверхностная пиодермия, регионарная лимфаденопатия. Все указанные явления проходили после кратковременного прекращения приема препарата. Крем смывали шампунями с содержанием цинка.

Для местного лечения гнездного облысения применяют 2–5% раствор и мазь миноксидила под различными коммерческими названиями «Регейн», «Алопекси», «Прегейн». Специальной дозировочной пипеткой наносят на высушенную кожу, начиная с центральной части очага облысения 1 мл препарата 2 раза в день с интервалом 12 ч. Первые признаки роста волос могут наблюдаться через 3–4 мес. после начала применения препарата. Препарат применяют длительно — до 62 недель. По данным различных авторов, терапевтический успех наблюдается у 79% больных. Побочных явлений препарат, как правило, не вызывает, за исключением тех случаев, когда отмечается индивидуальная непереносимость препарата или компонентов его носителя. У некоторых больных может наблюдаться рост волос на переносице, в области висков. В кровяное русло препарат всасывается незначительно от 0 до 2,5 мг/дл даже после 30-месячного применения (Koperski S.A. et al., 1987). Несмотря на это, препарат не следует применять у беременных и кормящих грудью. Пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы перед назначением препарата необходима консультации кардиолога.

Силокаст — препарат для наружного применения при гнездной алопеции. Содержит 3% мивала, 65% димексида и 32% касторового масла. Втирают в очаги поражения 1–2 раза в день до достижения косметического эффекта.

Мелагинин — кубинский препарат, представляющий собой вытяжку из плаценты здоровых женщин, содержащую липопротеины с молекулярным весом от 1500 до 4000 дальтон. Применяют наружно до трех месяцев. Обладает биостимулирующим и фотосенсибилизирующим действием. Достоинством этого препарата является первоначальный рост пигментированных волос. При других методах терапии восстановление роста начинается с бесцветных пушковых волос.

Физиолечение гнездной алопеции

При гнездной алопеции применяются практически все виды физиотерапии. Метод физиотерапии при гнездной алопеции определяется с учетом общего состояния больного, обнаруженных изменениях внутренних органов. Противопоказаниями к проведению физиолечения при гнездной алопеции являются общие противопоказания к этому методу лечения: новообразования или подозрения на них, острые воспалительные и гнойные процессы, системные заболевания крови, резко выраженный атеросклероз, декомпенсация сердечной деятельности, лихорадка, экзема, дерматит, нарушение целостности кожного покрова, беременность.

Постоянный ток

1. Гальванизация — воздействие на организм постоянным током малой силы (50 мА) и низкого напряжения (30–80 Вт). *Используемая аппаратура:* портативные аппараты АГН-32, АГН-33, «Поток-1», ГР-1М, ГР-2 и др.

Методика применения: чаще всего применяется гальванизация воротниковой зоны по А.Е. Щербакову. Процедуру гальванизации дозируют по силе и продолжительности воздействия. Максимально допустимая величина тока считается $0,1 \text{ мА/ см}^2$. Главным критерием нормальной интенсивности воздействия являются ощущения больного: чувство ползания «мурашек», слабое жжение, легкое покалывание в области наложения электродов. Положение больного — лежа. Один электрод в форме шалевого воротника помещают на верхнюю часть спины таким образом, чтобы его концы покрывали надплечья и ключицы до второго межреберного промежутка спереди. Второй электрод площадью 300 см^2 помещают в пояснично-крестцовой области. Воротниковый электрод соединяют с положительным полюсом аппарата для гальванизации. Через каждую процедуру длительность воздействия увеличивают на 2 мин, силу тока на 2 мА, начиная с 6 мин и 6 мА доводят их до 16 мин и 16 мА. Процедуры проводят ежедневно или через день.

2. Электрофорез — воздействие на организм постоянным током и вводимых с помощью его лекарственных веществ. Преимущества электрофореза: подведение лекарств к патологическому очагу; отсутствие побочных реакций; продленное действие (до 15–20 дней); безболезненность; усиленное действие препаратов за счет введения их в ионизированном состоянии.

Используемая аппаратура: применяются аппараты, используемые для гальванизации, но между кожей и электродами помещают прокладку, смоченную лекарственным средством.

Методика применения: электрофорез производят непосредственно на очаги поражения. Для улучшения окислительно-восстановительных процессов в нервной ткани из лекарственных препаратов используют глутаминовую кислоту 0,5–2% раствор в подщелоченной до pH=7,8–8,0 дистиллированной воде (вводится с (-) электрода); 2–5% раствор аскорбиновой кислоты (вводится с (-) электрода). Сосудорасширяющим действием обладает никотиновая кислота 0,5–2% раствор которой вводится с (-) электрода; эуфиллин 2–5% раствор вводится с (-) электрода. Снижает концентрацию норадреналина в очаге облысения 0,1% раствор резерпина. Непосредственно в очаги поражения можно вводить с (+) электрода 0,5–1% раствор цинка сульфата. Процедуры проводят ежедневно или через день. На курс лечения — 10–12 процедур.

Импульсная терапия

1. Электросонтерапия — воздействие на центральную нервную систему постоянным импульсным током. *Используемая аппаратура:* «Электросон-4-Т», «Электросон-5», «Электросон-3». *Методика применения:* процедуру проводят в затемненной комнате, лежа. Electrodes, смоченные водой или лекарством накладывают на веки (отрицательный полюс) и на сосцевидные отростки (положительный полюс). Больной должен почувствовать легкое покалывание, вибрацию. Частота импульса зависит от обнаруженных изменений в ЦНС. Продолжительность процедуры 30–90 мин ежедневно или через день 10–15 воздействий.

2. *Амплипульстерапия* — воздействие на больного переменными синусоидальными модулированными токами малой силы. *Используемая аппаратура*: «Амплипульс-4», «Амплипульс-5», «Стимул-1», «Стимул-2». *Методика применения*: электроды располагают на 2 см сзади от угла нижней челюсти и на сосцевидном отростке. Основная схема: режим переменный, род работы — III, частота модуляций — 100 Гц, глубина модуляций — 75%, длительность посылок 2–3 с, 3–5 мин; род работы IV, частота — 70 Гц, глубина модуляций — 75–100%, длительность посылок 3–5 мин. Курс лечения — 8–10 процедур ежедневно.

Высокочастотная электротерапия

1. *Ультратонотерапия* — использование переменных синусоидальных токов ультразвуковой частоты. *Используемая аппаратура*: «Ультратон» с ректальными, вагинальными и грибовидными (для наружного применения) электродами. *Методика применения*: воздействуют на пораженный участок волосистой части головы. Различают малые (3 Вт), средние (4–6 Вт) и большие (7–10 Вт) дозировки. Продолжительность процедуры может колебаться от 5 до 20 мин и зависит от площади поражения. На курс лечения — от 8–10 до 16–20 процедур.

2. *Дарсонвализация* — воздействие на организм переменным высокочастотным импульсным током высокого напряжения и малой силы. *Используемая аппаратура*: «Искра». *Методика применения*: проводят местную дарсонвализацию волосистой части головы гребешковым электродом по лабильной или стабильной методике. Дозировка выходного напряжения сориентирована на ощущения больного. Время воздействия не должно превышать 15 мин, на курс лечения — от 3–5 до 16–20 процедур.

3. Индуктотермия — воздействие на организм переменным магнитным полем высокой частоты. *Используемая аппаратура:* ИКВ-4. *Методика применения:* при гнездной алопеции индуктотермию назначают на область надпочечников. Во время процедуры пациент ощущает легкое тепло. Продолжительность воздействия 15–30 минут. На курс лечения — 10–15 процедур.

Миллиметровая волновая (ММВ-терапия) или крайне высокочастотная терапия (КВЧ-терапия) — применение с лечебно-профилактической целью электромагнитных волн миллиметрового диапазона. *Используемая аппаратура:* а) аппараты «Явь-1» («Явь-1-5», «Явь-1-7,1», Явь-Универсал», являющиеся источником миллиметровых волн частотой 53534 ± 10 МГц (5,6 мм) и 42194 ± 100 МГц (7,1 мм) с полосой модуляций до — 100 МГц (г. Фрязино, Московской области);

б) аппараты «Электроника-КВЧ» («Электроника-КВЧ-01/ 02/03/04/101 и 102), обеспечивающие воздействие миллиметровыми волнами в различных режимах и при различных параметрах (г. Киев, Украина);

в) аппараты КВЧ-терапии «Прамень» (модели П14Т, П14Т-1 и др.), усовершенствованные аппараты серии «Явь» (г. Гомель, Беларусь).

Методика применения: для КВЧ-терапии используются электромагнитные колебания частотой 37–65 ГГц (длина волны 4–8 мм). В большинстве случаев применяют фиксированные частоты КВЧ-излучений, плотность потока энергии которых не превышает 10 мВт/см², а при воздействии на точки акупунктуры до 5 мВт/см². Процедуры можно проводить как в непрерывном, так и в импульсном режимах, а также с частотой модуляций. Процедуры проводят на обнаженные участки тела в удобной для пациента позе (лежа или сидя). Воздействуют на область грудины. Частоту подбирают индивидуально с учетом субъективных ощущений пациента. Из местной реакции пациенты должны отмечать тепло, перистальтику, чувство «легкого массажа», «вибрации». Если не удастся вызвать местную реакцию, то частоту подбирают с учетом общей реакции организма в виде чувства расслабления, сонливости, легкой слабости, снижения артериального давления. В тех случаях, когда не удастся добиться сенсорного ответа ни на одной из частот, лечение проводят на частоте 61,5 ГГц, на которой наиболее часто встречается сенсорная реакция с положительным терапевтическим эффектом.

Длительность процедур от 20 до 60 минут ежедневно или через день. Курс лечения — от 10–12 до 30 процедур. Повторные курсы КВЧ-терапии могут проводиться через 8–12 недель

Светолечение — применение с лечебными и профилактическими целями электромагнитных колебаний оптического диапазона (света), включающих инфракрасное, видимое и ультрафиолетовое излучения.

1. Лазеротерапия — использование для лечения низкоэнергетического лазерного излучения. *Используемая аппаратура:*

– на базе гелий-неоновых лазеров, работающих в непрерывном режиме генерации излучения с длиной волны 0,63 мкм и выходной мощностью 1–200 мВт (аппараты УФЛ-01 «Ягода», АФЛ-1, АФЛ-2, «ШАТЛ-1», «АЛМТ-01», «ФАЛМ-1», «Платан-М1», «Раскос» и др.);

– на базе полупроводниковых лазеров, работающих в непрерывном режиме генерации излучения с длиной волны 0,67–1,3 мкм и выходной мощностью 1–50 мВт (АЛТП-1, АЛТП-2, «Изель», «Мазик», «Вита», «Колокольник» и др.);

– на базе полупроводниковых лазеров, работающих в импульсном режиме генерации излучения с длиной волны 0,8–0,9 мкм, мощностью импульса 2–15 Вт и длительностью импульса 10^{-7} – 10^{-9} с («Узор», «Узор-2К», «Лазурит-3М», «Нега», «Азор-2К», «Лита-1», «Эффект» и др.).

Методика применения: процедуру проводят в удобном для пациента положении лежа или сидя. Облучают непосредственно очаги поражения. Время воздействия на один участок поражения не должно превышать 5 мин (общее время 20–30 мин). Облучение проводят с расстояния 50 см от кожи или контактно через световод. Мощность излучения колеблется от 0,5 до 100 мВт/см₂, чаще от 1 до 10 мВт/см₂. Курс лечения составляет от 10 до 15 процедур ежедневно. При соответствующих показаниях повторные курсы лечения можно провести через три месяца.

2. Фотохимиотерапия (ПУВА-терапия). Фотохимиотерапия при гнездной алопеции показана при отсутствии эффекта от других, более безопасных для пациента, методов лечения. Высокий терапевтический эффект наблюдается при лечении очаговых форм гнездной алопеции. При тотальной и универсальной формах терапевтический эффект сомнителен. После проведения ПУВА-терапии установлено существенное увеличение индекса активации комплемента на облученных и необлученных участках кожи, который увеличивается через 1–3 дня после облучения. В крови у больных нормализуется соотношение Т-хелперов/Т-супрессоров, что возможно, и стимулирует рост волос.

При легких степенях облысения возможно применение локальной фотохимиотерапии. Очаги поражения смазывают 0,5% раствором бероксана, 0,1% раствором псоберана, 0,1% раствором псоралена. Облучение производят в зависимости от индивидуальной чувствительности.

При тотальной гнездной алопеции применяется ПУВА-тюрбан-терапия. Методика применения: на голову накладывается салфетка, смоченная раствором 8-метоксипсоралена в концентрации 1,0 мг/л с температурой воды 37°C. Длительность аппликации 20 мин. В течение этого времени возможно дополнительное одно-двухкратное смачивание салфетки раствором. Затем проводится облучение УФА-лучами, начиная с 30–50% индивидуальной дозы. Процедуры проводятся 4 раза в неделю (понедельник, вторник, четверг, пятница).

По методике, предложенной В.И.Кулагиным (1992) ПУВА-терапию сочетают с аевитом по 1 капсуле в день, на курс лечения — 50 таблеток. Из фотосенсибилизаторов используют пувален или псорален по общепринятой методике. До лечения определяется биодоза для каждого пациента индивидуально. Лечение начинали с субэритемных доз 1,0–1,5–2,0 дж/см², которые постепенно увеличивали через 2–3 процедуры на 0,5–2,0 дж/см² и довели до 10 дж/см², придерживаясь этой плотности излучения в последующих сеансах. С увеличением плотности излучения возрастало и время нахождения пациента в кабине с 1–2 мин до 15 мин, а в отдельных случаях и до 20 мин в зависимости от клинической формы алопеции и терапевтического эффекта. Количество сеансов вначале составляло 5 процедур в неделю и, при необходимости, сокращалось с 4–5 недели до 4 процедур, а затем в амбулаторных условиях — и до 3–2 сеансов. Количество сеансов на курс варьировало от 25 до 40. Фотохимиотерапия с аевитом оказывает положительное влияние на иммунную систему, обмен гормонов желез внутренней секреции, микроциркуляцию.

Перед началом проведения лечения методом ПУВА-терапии необходима консультация терапевта, отоларинголога, офтальмолога и эндокринолога для исключения соответствующей патологии. Из побочных эффектов ПУВА-терапии могут наблюдаться фотодерматит, зуд и сухость кожи, развитие катаракты, возникновение витилигоподобных участков депигментации или гиперпигментации вследствие дегенерации меланоцитов; отложение амилоида в поверхностных слоях дермы. Недостатком ПУВА-терапии является то, что начавшийся рост волос препятствует проникновению УФ-лучей к коже. Некоторые авторы считают, что УФ-лучи стимулируют образование телогеновых волос.

Теплолечение — применение с лечебными целями сред, обладающих высокой теплоемкостью, низкой теплопроводностью и высокой теплоудерживающей способностью.

Парафино- и озокеритолечение. Методика парафино- и озокеритолечения. Парафин, нагретый до определенной температуры в парафинонагревателях, назначают по одной из методик — кюветно-аппликационной, салфетно-аппликационной или путем наслаивания на кожу с помощью кисти. Толщина аппликации — 1–2 см, средняя температура 50–55°C. Продолжительность процедуры — 20–40 мин. Курс лечения — 10–15 процедур, ежедневно или через день. При озокеритолечении также пользуются кюветно-аппликационным, салфетно-аппликационным способом или методом наслаивания. Температура озокерита — 46–50°C, продолжительность процедур — 20–30 мин. Курс лечения — 10–15 процедур, ежедневно или через день.

Криомассаж жидким азотом или хлорэтилом — до образования инея в очаге поражения, ежедневно или через день. На курс лечения — 20–25 процедур. В прогрессирующей стадии может вызвать усиление выпадения волос.

Схема дифференцированной терапии гнездной алопеции

Форма гнездной алопеции	Методы терапии в зависимости от стадии заболевания
Очаговая	<ul style="list-style-type: none">– <i>Прогрессирующая стадия:</i> традиционная терапия, физиолечение.– <i>Стационарная стадия:</i> традиционная терапия, местная иммуносупрессивная терапия (при очаге поражения свыше 6 см в диаметре), раздражающая терапия, физиолечение (включая фотохимиотерапию), массаж.
Лентовидная	<ul style="list-style-type: none">– <i>Прогрессирующая стадия:</i> традиционная терапия, системная гормональная терапия, физиолечение.– <i>Стационарная стадия:</i> традиционная терапия, местная иммуносупрессивная терапия, раздражающая терапия, физиолечение (включая фотохимиотерапию).
Субтотальная	<ul style="list-style-type: none">– <i>Прогрессирующая стадия:</i> традиционная терапия, системная иммуносупрессивная терапия, системная гормональная терапия, физиолечение.– <i>Стационарная стадия:</i> традиционная терапия, местная иммуносупрессивная терапия, раздражающая терапия, физиолечение.
Тотальная	<ul style="list-style-type: none">– <i>Прогрессирующая стадия:</i> традиционная терапия, системная иммуносупрессивная терапия, системная гормональная терапия, физиолечение.– <i>Стационарная стадия:</i> традиционная терапия, местная иммуносупрессивная терапия, раздражающая терапия, физиолечение, массаж.
Универсальная	<ul style="list-style-type: none">– <i>Прогрессирующая стадия:</i> традиционная терапия, системная иммуносупрессивная терапия, системная гормональная терапия, физиолечение– <i>Стационарная стадия:</i> традиционная терапия, местная иммуносупрессивная терапия, раздражающая терапия, физиолечение, массаж.

Примечание: традиционная терапия и физиолечение назначаются с учетом патогенетических механизмов гнездной алопеции и выявленной при обследовании патологии внутренних органов и систем.