Гнездная алопеция

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L63 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Гнездная алопеция — хроническое аутоиммунное нерубцовое выпадение волос с возможным поражением ногтей. Диагноз в основном клинический; в практике важны оценка формы и стадии, исключение имитирующих заболеваний, выбор терапии по тяжести и стадии процесса.

Главное

- Диагноз гнездной алопеции устанавливают на основании клинических проявлений заболевания.
- Тяжелые формы: выпадение волос на ≥50% площади волосистой части головы, тотальная и универсальная алопеция.
- Субтотальная форма — отсутствие более 40% волос на волосистой части головы; тотальная — полная потеря терминальных волос на голове; универсальная — отсутствие волос на коже волосистой части головы, в области роста бровей, ресниц и на коже туловища.
- Трихоскопия или дерматоскопия рекомендована всем пациентам для диагностики заболевания и стадии процесса; УУР С, УДД 4.
- Пациентам с гнездной алопецией для исключения патологии щитовидной железы рекомендованы ТТГ, свободные Т3 и Т4, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину; УУР В, УДД 2.
- Методов излечения нет; цель лечения — восстановление роста волос. При гнездной алопеции с очагами возможна спонтанная ремиссия: у 1/3 за 6 месяцев, у 1/2 за 1 год, у 2/3 за 5 лет.
- Лечение проводят амбулаторно в медицинском учреждении дерматовенерологического профиля; показаний к госпитализации нет.

Диагностика

1. Соберите жалобы и давность процесса: чаще субъективных симптомов нет; при длительности менее 1 месяца иногда бывают гиперемия, жжение и зуд в зоне выпадения.
2. При осмотре определите форму алопеции: локальная, субтотальная, тотальная, универсальная, офиазис, инверсный офиазис, диффузная или многоочаговая.
3. Оцените активность: в активной стадии ищите «расшатанные» волосы по краю очага шириной до 0,5–1 см, волосы в виде «восклицательного знака»; в стационарной стадии эта зона отсутствует; в регрессии появляется веллюс и терминальные волосы.
4. Осмотрите ногти: при гнездной алопеции возможны точечное изъязвление ногтей, трахионихия, линии Бо, онихорексис, истончение или уплотнение ногтей, онихомадезис, койлонихия, лейконихия и другие дистрофии; УУР С, УДД 5.
5. Выполните трихоскопию или дерматоскопию всем пациентам для диагностики заболевания и стадии процесса; УУР С, УДД 4.
6. При сомнительном диагнозе исключайте дерматомикозы, системную красную волчанку и сифилис; при необходимости выполняйте биопсию кожи с гистохимическими и иммунофлюоресцентными методами; УУР С, УДД 5.
7. Дополнительно оцените ТТГ, свободные Т3/Т4, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, а также 25-ОН витамин D; для обоих блоков УУР В, УДД 2.

Лечение

- В активной стадии основа терапии — противовоспалительное лечение; в хронической стадии его дополняют средствами, улучшающими микроциркуляцию и обладающими антифиброзной и антисклеротической активностью. Для детей УУР С, УДД 3; для взрослых УУР С, УДД 4.
- При локальной ограниченной форме используют внутриочаговые глюкокортикоиды: триамцинолон каждые 4 недели внутрикожно по 0,1 мл с интервалом 0,5–1 см, максимум 20 мг за сеанс; прекратить, если за 6 месяцев нет эффекта. УУР С, УДД 5.

- Альтернатива для локальной формы — бетаметазон внутрикожно 0,2 мл/см² каждые 4–6 недель; суммарно за неделю на все участки не более 1 мл. УУР С, УДД 5.
- Наружные кортикостероиды: у взрослых возможны бетаметазон 0,05% спрей 2 раза/сут до 12 недель, бетаметон 0,05% крем 1 раз/сут 3 месяца, клобетазол 0,05% мазь под окклюзию на ночь 6 дней/нед до 6 месяцев или клобетазол 0,05% крем 2 раза/сут 12 недель; у детей — бетаметазон 0,05% спрей до 12 недель или клобетазол 0,05% крем по указанным схемам.
- При тяжелых формах у взрослых возможна системная терапия глюкокортикоидами: преднизолон 40 мг/сут внутрь с постепенным снижением 6 недель, или 200 мг/нед 3 месяца, или 300 мг 1 раз/мес 3 месяца, или метилпреднизолон 250 мг внутривенно 2 раза/сут 3 дня; УУР С, УДД 5.
- При тяжелых формах возможен метотрексат в целевой дозе 15–25 мг/нед 1–31 месяц; при применении у детей младше 18 лет целевая доза 0,38 мг/кг/нед. Возможно назначение метотрексата детям с 15 лет. При отсутствии эффекта в течение 6 месяцев терапию прекращают; фолиевую кислоту 5–10 мг/сут дают не ранее чем через 24 часа.
- При тяжелых формах возможны иммунодепрессанты: циклоспорин 3–5 мг/кг/сут внутрь 6–12 месяцев с постепенной отменой при эффекте, УУР В, УДД 2; тофацитиниб 5 мг 2 раза/сут 3–17 месяцев, УУР С, УДД 4; у взрослых барицитиниб 4 мг 1 раз/сут 36–52 недели, при отсутствии эффекта за 36 недель прекратить, УУР А, УДД 2.
- Миноксидил не используют у взрослых в прогрессирующую стадию; в стационарную и регрессирующую стадии у взрослых возможен 5% или 2% раствор наружно на очаги, а также 2% раствор 3 раза/сут 6–14 недель после системных глюкокортикоидов. У детей с 9 лет возможен 5% раствор 2 раза/сут или 2% раствор 3 раза/сут 6–14 недель после системных глюкокортикоидов.

Когда направить и как наблюдать

- При тревожности, депрессивных проявлениях, нарушениях сна и других психоэмоциональных нарушениях показана консультация психиатра; УУР С, УДД 4.
- При выявлении эндокринной патологии, включая заболевания щитовидной железы, направьте пациента к эндокринологу; УУР С, УДД 4.
- Госпитализация не требуется: лечение проводят амбулаторно в дерматовенерологическом учреждении.
- При отсутствии эффекта от лечения можно использовать трихопигментацию, татуаж, микроблейдинг, парики, шиньоны, накладки, системы замещения волос и наружные маскирующие средства.

Частые вопросы

Какие признаки отличают активную стадию гнездной алопеции?

В активной стадии очаги нерубцового облысения обычно округлые или овальные, по периферии могут быть волосы в виде «восклицательного знака» и положительный тест натяжения. Зона «расшатанных волос» не превышает 0,5–1 см.

Какие анализы нужны пациенту с гнездной алопецией?

Пациентам с гнездной алопецией для исключения патологии щитовидной железы показаны ТТГ, свободные Т3 и Т4, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину; также исследуют 25-ОН витамин D. Оба направления имеют УУР В, УДД 2.

Когда делать биопсию кожи при гнездной алопеции?

Биопсию кожи с патологоанатомическим исследованием, при необходимости с гистохимией и иммунофлюоресценцией, используют при сомнительном диагнозе. УУР С, УДД 5.

Когда можно назначать миноксидил?

У взрослых миноксидил не назначают в прогрессирующую стадию. В стационарную и регрессирующую стадии применяют 5% или 2% раствор наружно; детям наружный миноксидил разрешен с 9 лет.

Нужна ли госпитализация при гнездной алопеции?

Нет. В рекомендации указано, что лечение проводится амбулаторно в дерматовенерологическом учреждении, показаний к госпитализации нет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/196-gnezdnaya-alopeciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/196_2