

<https://doi.org/10.25208/vdv16790>

Выбор терапии тяжелых форм гнездной алопеции

© Галлямова Ю.А.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Гнездная алопеция — хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов, стойким или временным нерубцовым выпадением волос. Лечение тяжелой формы гнездной алопеции представляет собой сложную задачу. При данной форме заболевания показаны системные глюкокортикоиды, которые, несомненно, имеют ряд побочных эффектов, оказывающих отрицательное действие на весь организм. Автор статьи демонстрирует клинические примеры терапии таких пациентов, основываясь на собственном клиническом опыте и данных научной литературы. Современная медицина предлагает новый подход к лечению тяжелых форм гнездной алопеции — препараты, основанные на блокировании янус-киназ (JAK) / сигнального преобразователя и активаторов транскрипционного пути (STAT). В настоящее время в арсенале трихолога появились новые возможности терапии тяжелых форм гнездной алопеции. FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США) одобрило два ингибитора янус-киназ — барицитиниб и ритлцитиниб. Тофацитиниб является репрезентативным ингибитором пан-JAK, который блокирует JAK1/3, но слабо ингибирует JAK2. Представленные автором клинические примеры терапии демонстрируют не только ее высокую эффективность, но и безопасность лечения ингибиторами янус-киназ пациентов с самыми тяжелыми формами гнездной алопеции — тотальной и универсальной.

Ключевые слова: очаговая алопеция; гнездная алопеция; клинический случай; ингибиторы янус-киназ; биологические методы лечения

Конфликт интересов: автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы автора.

Согласие пациентов: пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Галлямова Ю.А. Выбор терапии тяжелых форм гнездной алопеции. Вестник дерматологии и венерологии. 2025;101(2):94–99. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16790>



<https://doi.org/10.25208/vdv16790>

A choice of therapy for severe forms of alopecia areata

© Yulia A. Gallyamova

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

Alopecia areata is a chronic organ-specific autoimmune inflammatory disease with a genetic predisposition. Alopecia areata is characterized by damage to hair follicles, persistent or temporary non-scarring hair loss. A treatment of severe form of alopecia areata is a difficult task. Systemic glucocorticoids are indicated in the severe form of alopecia areata, which undoubtedly have side effects with a negative influence on health. The main idea of the article demonstrates clinical examples of the therapy for such patients, which based on the clinical experience. Modern medicine offers a new approach to the treatment of severe forms of alopecia areata, which bases on blocking Janus kinase (JAK). JAK converts and activates the transcription pathway in the pathogenesis of the disease. Currently, FDA (US Food and Drug Administration) has approved two Janus kinase inhibitors: baricitinib and ritlecitinib. Tofacitinib is a representative pan-JAK inhibitor that blocks JAK1/3 but inhibits JAK2 weakly. Tofacitinib hasn't been approved for alopecia areata by FDA yet. The article demonstrates high effectiveness tofacitinibe of the therapy severe forms of alopecia areata: total and universal and also the safety of treatment.

Keywords: alopecia areata; case report; tofacitinib; JAK inhibitors; biologic therapy

Conflict of interest: the author declares that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Funding source: the work was done through financing at the place of work of the author.

Patient consent: the patients voluntarily signed an informed ransent to the publicatton of pe^n a l r r ^ ю a ! information in anonymous form in the journal "Vestnik Dermatologii i Venera^M".

For citation: Gallyamova YuA. A choice of therapy for severe forms of alopecia area. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2025;101(2):94-99. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16790>



Актуальность

Глюкокортикостероиды (ГКС) — неотъемлемая и часто обязательная часть терапии многих заболеваний кожи и волос. В настоящее время дерматологи имеют возможность ограничиваться только применением топических ГКС с риском минимальных побочных эффектов. Однако существует ряд острых и хронических дерматозов, которые требуют системного назначения данных средств, иногда пожизненно. К таким заболеваниям относится тяжелая форма гнездовой алопеции (ГА). Согласно клиническим рекомендациям РОДВК «Гнездовая алопеция» при тяжелой форме ГА рекомендуются ГКС в высоких дозах — от 40 мг/сут. На фоне бесспорного терапевтического эффекта данная группа препаратов имеет ряд побочных эффектов, которые влекут за собой не только снижение качества жизни, но и серьезные нарушения со стороны различных органов и систем пациента [1-3].

Таким образом, при лечении тяжелых форм ГА врачи и пациенты сталкиваются с большой проблемой, которая вытекает из двух составляющих — высокой дозы и длительности применения ГКС, что, несомненно, влечет множество побочных эффектов. Важным момен-

том является то, что ради эстетики (сохранения волос) используется терапия, оказывающая отрицательное влияние на весь организм пациента. В дополнение к перечисленным проблемам лечения тяжелых форм ГА с применением ГКС наш практический опыт указывает на невысокий процент успеха терапии.

Приводим только некоторые из многочисленных клинических примеров неуспешного лечения тяжелой формы ГА с помощью системной ГКС-терапии.

Первый клинический случай

Пациентка К., 28 лет, масса тела — 60 кг, обратилась с жалобами на потерю волос волосистой части головы. Лечилась амбулаторно, проведено лечение: мазь бетаметазон 2 раза/день на очаги; бетаметазона дипропионат каждые 4 недели в виде внутриволосных инъекций, всего проведено 4 сеанса. Со слов пациентки, на фоне лечения отмечается увеличение площади потери волос.

Патологический процесс представлен очагами алопеции с неровными границами, сливающимися между собой, площадь поражения составляет более 25% (рис. 1, а), отмечаются зона «расшатаанных волос», симптом «обгорелой спички». Трихоскопия: наличие



Рис. 1. Пациентка 28 лет, диагноз «гнездовая алопеция, тяжелая форма»: а — до начала терапии; б — через 1,5 месяца терапии; в — через 12 недель терапии; г — трихоскопия («обломанные волосы», «черные точки», «желтые точки», «восклицательные знаки») через 12 недель

Fig. 1. Patient 28 years old, diagnosis "severe alopecia areata": а — before therapy; б — after 1.5 months of therapy; в — after 12 weeks of therapy; г — trichoscopy (broken hair, black dots, yellow dots, exclamation marks) at 12 weeks of therapy