

УДК 616.594.14-616.085

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГНІЗДОВОЇ АЛОПЕЦІЇ

Рябова О.О., Кацура В.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Гніздова (вогнищева) алопеція – це автоімунне захворювання, що проявляється випадінням волосся у вигляді округлих вогнищ різної величини без утворення рубців. На сьогоднішній день незважаючи на незначну поширеність даного захворювання в популяції, а саме 0,1-0,2%, дане захворювання становить актуальну медико-соціальну проблему, що обумовлено молодим віком хворих (до 40 років), тривалим перебігом захворювання, можливим поширенням вогнищ випадіння волосся аж до тотальної алопеції, косметичними дефектами, які впливають на соціальну адаптацію хворих та тривалою терапією для досягнення ефекту [1, 3].

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні іноземні та вітчизняні рекомендації щодо лікування гніздової алопеції.

Методи дослідження. Нами було проведено аналітичний огляд сучасних іноземних та вітчизняних рекомендацій щодо лікування хворих на гніздову алопецію.

Основні результати. З огляду на сучасні іноземні та вітчизняні рекомендації терапія гніздової алопеції включає лікування основного захворювання, на тлі якого розвинулася алопеція, місцеве, системне лікування та психологічну підтримку [1, 3].

Серед засобів місцевої терапії рекомендовані топічні кортикостероїди, зокрема, досліджено застосування флуоцинолону ацетоніду, бетаметазону дипропіонату, клобетазолу пропіонату у вигляді аплікацій або із використанням оклюзійної пов'язки та було отримано позитивний косметичний ефект. Найпоширенішим побічним ефектом був розвиток місцевого фолікуліту, у деяких хворих спостерігалася поява телеангіектазій та місцевої атрофії. Також кортикостероїди можуть бути застосовані внутрішньовогнищево. Широко використовують гідрокортизону ацетат та тріамцінолону ацетонід. В деяких випадках таку терапію розглядають як першу лінію лікування, що значно перевершує за ефективністю місцеві кортикостероїди [1, 3].

Місцева (контактна) імунотерапія рекомендована як індукційна терапія, що призводить до розвитку алергічного контактного дерматиту шляхом місцевого застосування потужних контактних алергенів, а саме дибутілестеру скварикової кислоти (SADBE) та дифенілциклопропенону (DPCP). Більшість досліджень із застосуванням місцевої імунотерапії мають показник успішності 30-50%. Косметично успішний ефект спостерігався у пацієнтів із тяжкою гніздовою алопецією (ураження > 50%) [1, 3].

Серед місцевих засобів терапії також досліджено антралін, міноксидил, аналоги простагландину (латанопрост, біматопрост) [3].

Терапія гніздової алопеції із застосуванням системних кортикостероїдів (преднізолон, метилпреднізолон) за даними досліджень іноді є виправданою, однак після відміни препарату часто виникає випадіння волосся, тому треба ре-

тельно зважувати користь з довгостроковими ризиками. Системні кортикостероїди ефективні завдяки своїм імунодепресивним ефектам. Але слід враховувати розвиток побічних реакцій, що можуть спостерігатися як при короткочасній, так і при тривалій терапії системними кортикостероїдами, а саме розвиток стероїдного діабету, збільшення ваги, артеріальна гіпертензія, психологічні зміни, остеопороз, стрії, вугрі, гіпертрихоз та пурпура. Прогнози відповіді на лікування системними кортикостероїдами включають тривалість захворювання 6 місяців або менше, вік менше 10 років з моменту початку захворювання та мультифокальне захворювання [1, 3].

Серед інших засобів системної терапії досліджено імунодепресанти, а саме, системні інгібітори кальциневрину – циклоспорин, антиметаболіти – метотрексат [1, 3]. Проведені дослідження показали, що застосування циклоспорину як імунодепресанта та стимулятора росту волосся при гніздовій алопеції дає позитивний косметичний ефект, але враховуючи наявність несприятливих ефектів, частоту рецидивів після припинення лікування, а також неможливість досягти тривалих ремісій, застосування циклоспорину для лікування гніздової алопеції обмежене [1].

За даними іноземних досліджень застосування метотрексату як в комплексі з преднізолоном, так і без нього показало позитивний ефект при гніздовій алопеції з тривалим перебігом та великою зоною облісіння. Але для підтримки росту волосся необхідним є тривала підтримуюча терапія метотрексатом, що підвищує ризик розвитку небажаних явищ [3, 4].

На сьогоднішній день немає однозначних даних щодо використання біологічних препаратів (адаліумаб, етанерцепт та інфліксимаб) при лікуванні вогнищевої алопеції. Також тривають дослідження щодо застосування системних інгібіторів JAK при гніздовій алопеції. В деяких дослідженнях була підтверджена ефективність системних інгібіторів JAK, але для підтримання досягнутого ефекту слід продовжувати лікування даними препаратами [2, 3].

Висновки. Таким чином, гніздова (вогнищева) алопеція є актуальною медико-соціальною проблемою. Для лікування гніздової алопеції застосовують як топічні, так і системні засоби. На сьогоднішній день тривають дослідження нових препаратів для лікування гніздової алопеції.

Список літератури

1. Вогнищева (гніздова) алопеція: загальні рекомендації щодо діагностики та лікування / В.О. Кушнір та ін. *Дитячий лікар*. 2019. Т. 1, № 64. С.5–14.
2. Bokhari L, Sinclair R. Treatment of alopecia universalis with topical Janus kinase inhibitors - a double blind, placebo, and active controlled pilot study. *Int. J. Dermatol.* 2018. Vol. 57. P. 1464–1470.
3. Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*. 2019. Vol. 154, № 6. P. 609–623.
4. Phan K., Ramachandran V., Sebaratnam D.F. Methotrexate for alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019. Vol. 80, № 1. P. 120–127.