

Денсаулық сақтау министрлігінің
Медициналық қызметтер сапасы бойынша
біріккен комиссиясының
2017 жылғы «29» маусымдағы
№ 24 хаттамасымен мақұлданған

ДИАГНОСТИКАНЫҢ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫ

АЛОПЕЦИЯ

1. КІРІСПЕ БӨЛІМ:

1.1. АХЖ-10 коды (тары)

АХЖ-10	
Коды	Атауы
L63	Ұяшықты алопеция
L63.0	Толық қамтитын алопециясы
L 63.1	Жан-жақты алопециясы
L 63.2	Ұяшықты қасқабастық (жолактәріздес түрі)
L63.8	Басқа да ұяшықты алопеция
L63.9	Нақтыланбаған ұяшықты алопеция

1.1 Хаттаманы әзірлеу күні: 2017 жыл.

1.3 Хаттамада пайдаланылатын қысқартулар:

АЛаТ	—	аланин-аминотрансферазасы
АСаТ	—	аспартат-аминотрансферазасы
ТТГ	—	тиреотропты гормон
ГКС	—	глюкокортикостероидтар

1.4 Хаттаманы пайдаланушылар: жалпы практика дәрігерлері, терапевттер, педиатрлар, дерматовенерологтар.

1.5 Пациенттердің санаты: балалар, ересектер.

1.6 Дәлелділік деңгейінің шкаласы:

А	Жоғары сапалы мета-талдау, РБЗ-ны жүйелік шолу немесе жүйелік қатенің өте төмен ықтималдығы (++) бар ірі РБЗ, олардың нәтижелері тиісті популяцияға қолданылуы мүмкін.
В	Когортты немесе жағдай-бақылау зерттеулерін жоғары сапалы (++) жүйелік шолу немесе жүйелік қатенің өте төмен тәуекелі бар жоғары сапалы (++) когортты немесе жағдай-бақылау зерттеулері немесе жүйелік қатенің жоғары емес (+) тәуекелі бар РБЗ, олардың нәтижелері тиісті популяцияға қолданылуы мүмкін.

С	Когортты немесе жағдай-бақылау зерттеуі немесе жүйелік қатенің жоғары емес тәуекелі бар рандомизациясыз бақыланатын зерттеу, олардың нәтижелері тиісті популяцияға қолданылуы мүмкін немесе жүйелік қатенің өте төмен немесе жоғары емес тәуекелі бар (++) РБЗ, олардың нәтижелері тиісті популяцияға тікелей қолданыла алмайды.
D	Жағдайлар сериясының сипаттамасы немесе бақыланбайтын зерттеу не сарапшылардың пікірі.
GPP	Үздік клиникалық практика.

1.7 Анықтама [1,2, 12-14]: Алопеция – шаш фоликуласына әртүрлі әрекет етумен және баста, сақалда, қаста, кірпікте және денеде толық шаштары жоқ ошақтары клиникалық тұрғыдан қалыптасумен негізделген шаштардың паталогиялық түсіп қалуы.

1.8 Жіктеме [1,11-14]:

Түрі бойынша:

- қарапайым;
- прегипертензионды;
- атопикалық;
- аутоиммунды;
- араласқан.

Нысандары бойынша:

- жергілікті;
- жолақтәріздес;
- субтоталды;
- толық;
- жан-жақты (қатерлі) түрі;
- тырнақ пластинкалары жараланған ұяшықты алопеция.

Ауырлық дәрежесі бойынша:

- жеңіл 25 % көлемге дейін, жекеошақтар 3,5 см диаметрде;
- орташа 25-50 % көлемге дейін, ошақтар 5-10 см диаметрде;
- ауыр 75 % көлемге дейін.

Ағымы бойынша:

- асқынған;
- жеделдеу;
- созылмалы.

Белсенділік дәрежесі бойынша:

- үдемелі;

- стационарлы;
- регрессивті.

2. ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ ЖӘНЕ ЕМ-ШАРАЛАРЫ [1, 10-19]:

Диагностикалық өлшемшарттар:

Шағымдар:

- Шаштың түсуі.

Ауру анамнезі:

- ауру басталу жасы;
- қоздырғыш факторларымен байланысы;
- жақын туысқандарында берілген паталогияның кездесуі, іліспелі аурулар.

Физикалық зерттеп-қараулар:

Патогномиялық белгілер:

- нақты шекаралары бар алопеция ошақтарының таралуы;
- ошақта немесе оның шеттерінде сынған шаштарының таралуы;
- ошағында ашық түсті мамық шаштарының өсуі

Зертханалық зерттеулер [ДД – В]:

- **қанның жалпы анализі:** тромбоциттердің жоғары саны (эндогенді интоксикация);
- микроскопия кезінде шаш ошағынан «үзілген арқан» түріндегі дистрофты проксималды шеттерінің анықталуы;
- саңырауқұлақтарға микроскопиялық зерттеу;
- Ошақтарда терінің трахиоскопиясы;
- **биохимиялық қан анализі:** глюкозаны, жалпы ақуызды, холестерин, билорубин, креатинин, несепнәр, АЛаТ, АСаТ, I және II дәрежелі иммунограмма мөлшерін анықтау, қанды жыныс гормондарының құрамына (эстроген, прогестерон), Т-4, Т-4, ТТГ анықтау.

Аспаптық зерттеулер: ерекше және міндетті емес, патогенетикалық себеп-салдар байланыстарын анықтаған кезінде келесіні өткізу ұсынылған:

- **эхоэнцефалография** (бас миында паталогиялық үрдістерді алып тастау үшін);
- **түрік тоқымының рентгенографиясы** (көлемді түзілімдерді алып тастау үшін толық қамтитын және жан-жақты түрлері кезінде);
- **бас миы тамырларының реовазографиясы** немесе **бас және мойынның тамырларының доплерографиясы.**

Мамандардың консультациялары үшін көрсетілімдер:

- терапевтің консультациясы – тері үрдісінің жүруін нашарлататын іліспелі терапевтикалық паталогияның кездесуі кезінде;
- невропатологтың консультациясы – шаш түсуінің патогенетикалық себеп-салдар байланыстарын анықтау үшін;

- эндокринологтың консультациясы – шаш түсуінің патогенетикалық себеп-салдар байланыстарын анықтау үшін;
- психотерапевттің консультациясы – медициналық-әлеуметтік қалпына-келу үшін.

2.1 Диагностикалық алгоритм: (сызба)



Шағым	Бастың шашты бөлігінде			
Тексерудің нақты мәліметтері	Түсіп қалу ошақтары анық шекарасыз		Көлденең ошақтар. Домалақ және сопақ пішінді, өлшемі диаметрде 1-ден және одан да жоғары	
Дерматоскопия	Ошақтары әртүрлі пішінге және көлемге ие, негізінен шеке, маңдай-самай белдемінде орналасқан, шаштар бірдей деңгейде сынған	Тазылық ошақтары анық шекараларсыз, шоғырлануы анықталмаған	Қабыршақтану, шаштар 2-3 немесе 6-8 мм деңгейде сынып қалған	Тері түсі сәл қызғылт немесе қалыпты, түбіршіктердің кездесуі,
Зертханалық диагностика	Қанның жалпы талдауы, невропатолог кеңесі	Қанның жалпы талдауы, қанның биохимиялық талдауы,	Ошақтан паталлергиялық материалды микроскопиялық диагностикалау,	Ошақтануы бойынша, глюкозаны, жалпы ақуызды, холестерин,

		терапевт кеңесі	люминисцентті шам астынан сәулелендіру	билорубин, креатининді, несенәрді, АЛТ, АСТ,
Диагнозы	Трихотилломания	Улылық алопеция	Бастың шашты бөлігінің алопециясы	Уяшықты алопеция

2.2 Дифференциалды диагноз және қосымша зерттеулердің негіздемесі [1, 11-19]:

<i>Диагнозы</i>	<i>Дифференциалды диагностикаға арналған негіздеме</i>	<i>Зерттеулер</i>	<i>Диагнозды жоққа шығару өлшемшарттары</i>
Трихотилломания	Шеттері кедір-бұдыр ошақтары, жиі тоқырлану ошақтарында шаштардың қалуы, велюс пен босаған шаштарының белдемдерінің жоқтығымен	Диагностика биоптат гистологиясының негізінде жүргізіледі (геморрагия және қабыршақтарының жарылуы, телоген фазасында шаштардың жоқтығы)	1. Ауру емделушінің әдет пен әуестігінің бұзылуына жатады; 2. Шаштарды жылу әдетін басу кезінде шаштың түсіп қалуы орын алады; 2. Пациенттердің арасында 11-16 жас аралығындағы әйел жынысты пациенттер көптен кездеседі; 3. Тақырлану учаскілері әдетте симметриялы болып орналасады
Бастың шашты бөлігінің микозы	Ошақтың шеттері бойынша қабынған валик және тері бетінен 2-3 мм биіктікте сынған шаштар түбіршіктерінің таралуы арқылы анықталады.	Диагнозды растау үшін микозға микроскопиялық зерттеулер жүргізіледі – шаш иінінің ішкі және сыртқы жақтарында қышыма друзулары анықталады.	1. Балалар мен жасөспірімдерде жиі кездеседі 2. Бастың шашты бөлігінде бірқалыпты гипермиясы, терінің қабыршақтануы және тері бетінен 1-2 немесе 5-6 мм деңгейде шаштың сынып қалу орын алған дөңгелек пішінді ошақтар анықталады 3. Вудтың люминисцентті шамы арқылы жарықтандыру
Уытты алопеция	Цитостатиктерді, антикоагулянттарды,	Диагноз ауру анамнезі негізінде, теріде	1. ауру көбнесе интоксикацияның анық

	химиотерапияны, психотропты дәрі-дәрмектерді қабылдау және ауыр инфекциялық үрдіс кезіндегі анық тәуелділікпен байқалады	және/немесе денеде ошақты немесе толық алопеция түріндегі клиникалық көрсеткіштер негізінде анықталады.	көрінген белгілерден басталады. 2. Біруақытта ішкі ағзаларға да таралу жағдайлары да кездеседі
--	--	---	---

3. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕНГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ [18-21, 38-41]: берілген диагноз қойылған барлық пациенттер амбулаториялық деңгейде емделеді.

3.1 Дәрі-дәрмексіз емдеу:

- **Диета:** №15 үстел, тамақта қанның тұтқырлығын жоғарлату есебінен судың тұтыну мөлшерін жоғарлату (шеттегі қанның қоюлану белгілері)

Физиоэмделу:

- утолқын ұзындығы 308-нм (C) болатын эксимерлі лазерді қолдана отырып еңсіз жолақты фототерапия. Лазерлік сәулелендірудің алғашқы мөлшері – ең төменгі эритемалы мөлшерлемеден 50 мДж/см² төмен. Кейін мөлшерлемелі әр екі сеанс сайын 50 мДж/см² жоғарлайды. Жараланған учаскіні аптасына 2 рет сәулелендіреді, бірақ ол 24 сеанстан аспауы тиіс [20-24].

- **ГА ауыр түрлері кезінде** – ПУВА-терапия (C). Псорален және процедураға 2 сағатқа дейін дене салмағына 0,5 мг мөлшерлемемен оның түрлендіргіштері қолданылады. Сәулелендіру мөлшерлемесі – 1 см² 1 Дж бастап 1 см² 15 Дж бірқалыпты жоғарлату арқылы жүргізіледі [25-35].

3.2 Дәрі-дәрмекпен емдеу: берілген дәрі-дәрмектерді қолдану әртүрлі емдеу нұсқауларына және түріне байланысты алынады (ескертуде берілген емдеу әдісін таңдау үшін көрсеткіштер берілген). Мысалы, жүйелік ГКС таңдау алопецияның ауыр түрлерінде – ересектер мен балаларда толық қамтитын немесе тез тараған субтоталды алопеция кезінде қолдану қажет. Топикалық ГКС (кремдер, жақпа майлар, лосьондар) витаминдер, микроэлементтер және иммуномодуляторларды бірге пайдалана отырып алопецияның ошақты түрінен бастап қолданады, терапияның ұзақтығы 4-тен 8 аптаға дейін. Топикалық ГКС тиімділігі болмаған жағдайда перифериялық вазодилаторлар, дитранол, физиотерапия (ПУВА) және жүйелік ГКС (стандартты терапия немесе пульстерапия) қосылады.

Ұяшықты алопецияның түзілуінде имунды жүйенің ролі анықталған кезінде иммуносупрессивті дәрі-дәрмектер – циклоспорин, метотрексат қолданылады. Дәрі-дәрмектер ұзақ мерзім бойы жүріп жатқан толық қамтитын алопеция кезінде, рецидивті созылымға және қарапайым терапияға емделмейтін ауру кезінде қолданылады [32-41].

Емделуші күйзеліске және эмоционалды құбылмалыққа бейімділігі болатын болса, психолог немесе психиатрдың кеңесі ұсынылады.

Жеке тоқырлау ошағы бар пациенттер үшін ең жақсы емделу нұсқасы ол бақылау

тактикасы жатады, себебі бір жылдан кем жеке ошақтары бар пациенттерде аполеция аяқ асты қайтып кетеді.

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (100% қолдану ықтималдығы бар):

Дәрілік топ	Дәрілік заттар	Көрсетілімдер	Дозалау, қолдану тәсілі	Дәлелділік деңгейі	Ескертпе
Топиялық глюкокортикостероидтар	Преднизолон	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	крем, мазь 0,5% тәулігіне 2 рет	C	Жергілікті имунитетті қалыптастыру, қабынуды басу мақсаттары үшін
	Бетаметазона валерат	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	крем 0,1% тәулігіне 2 рет	C	
	Бетаметазона дипропионат	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	0,05% мазь тәулігіне 2 рет	C	
	Гидрокортизона бутират	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	крем 0,1% тәулігіне 2 рет	B	
	Метилпреднизолона ацепонат	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	крем 0,1% 1 раз в день	C	
	Мометазона фураат	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	крем 0,1% тәулігіне 1 рет	C	
	Бетаметазон	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Ампула 1,0 мл в/к 2 см ² 0,1 мл-ден әр 4-6 аптада	C	

	Дипроспан (преднизолонның синетикалық түрі)	Алопецияның жан- жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Кристалды суспензия, Ампула 1,0 мл в/к 2 см ² 0,1 мл- ден әр 2 аптада	С	
	Триамцинолона ацетонид,	Алопецияның жан- жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Егуге арналған суспензия әр 4-6 аптада көптеген тері асты егу түрінде 0,5-1 см аралықпен 30 калибрлі инемен 0,5 дюймға 0,1 мл енгізіледі. Бір сеанс кезінде ең жоғарғы мөлшерлемесі 20 мг құрау қажет.	В	
	Клобетазола пропионат,	Алопецияның ауыр түрлерінде	мазь 0,05% тәулігіне 2 рет сыртқа окклюзивті танғыш астынан, тепаияның ұзақтылығы 2 айға дейін .	В	
Перифериялық вазодилататор	Миноксидил	Алопецияның жан- жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Лосьон (2–5% р- раминоксидила) тәулігіне 2 рет	А	Дәрі-дәрмек фолликулалар дың ынталандыру шысы болып саналады.

Дерматотропты дәрі-дәрмектер	Дитранол	Алопецияның жан-жақты түрінен басқа, ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Мазь Тәулігіне 1 рет	С	Кері әсерлер: кабыну реакциялары және қоршаған сау терінің дақталануы
Микроэлементтер	Сульфат мырышы	Ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Ұнтақ 0,2 г тәулігіне 1 рет 2 ай бойы	С	
	Мырыш оксиді	Ұяшықты алопецияның барлық түрлерінде	Ұнтақ 0,1 г 0,02 - 0,05 г (детям) тәулігіне 2 рет 2 ай бойы		
Глюкокортикостероидтар жүйелік*	Преднизолон	Алопецияның субтоталды түрі және оның қарқынды таралуы	таблетка 5 мг (курстық мөлшерлеме 40-60 мг)	С	Көрсеткіштер бойынша ауырлық дәрежесіне байланысты (алопецияның толық қамтитын түрі)
	Бетаметазон	Алопецияның субтоталды түрі және оның қарқынды таралуы	ампулалар 1,0 мл 7-10 күнде 1 рет (4-тен 6 процедураға дейін)	С	
Антиметаболиттер	метотрексат	Алопецияның ауыр түрлері	- таблеткалар, егуге арналған ерітінді 15-30 мг аптасына 1 рет ауыз арқылы немесе тері астынан 9 ай	С	

			бойы; оң тиімділік-терапияны 18 айға дейін ұзарту. - егуге арналған ерітінді 15-30 мг аптасына 1 рет ауыз арқылы немесе тері астынан 10-20 мг преднизолонмен бірге ауыз арқылы шаштың өсуі басталғанша дейін. - оң тиімділік болмаған жағдайда – метотрексатты тоқтату		
<i>Иммунодепрессанттар</i> [44, 48].	циклоспорин	Алопецияның ауыр түрлері	Капсулалар, ішке қабылдауға арналған ерітінділер тәулігіне дене салмағының кг 2,5-6 мг, 2-12 ай бойы. Оң клиникалық нәтижеге қол жеткізген кезінде мөлшерлемені	С	

			біртіндеп толық тоқтатқанша дейін төмендетеді.		
--	--	--	--	--	--

ескертпе: * - дәлелділік базасы қазіргі уақытта сенерліктей дәрежеге жетпеген дәрі-дәрмектер.

Қосымша дәрілік заттардың тізбесі:

Дәрілік топ	Дәрілік заттар	Көрсетілімдер	Дозалау, қолдану әдісі	Дәлелділік деңгейі	Ескертпе
Перифириялық қан айналымын жақсартатын дәрі-дәрмектер *	Бұзаулар қанынан алынған депротейнизированный гемодериват	Таралған түрлері және қайталанбалы ауру кезінде	ампулалар 5,0 мл, 1 ай		Микроциркуляцияны және тері астындағы қанды белсендіру арқылы шаштың өсуін ынталандыру
Калий және магний жетіспеушілігін толтыратын дәрі-дәрмектер*	Орот қышқылы	Калий және магний жетіспеушілік аясында алопецияның түрлері, жүйелік ГКС терапиясы кезінде	таблеткалар 0,5 тәулігіне 3 рет		Гормонотерапияның барлық курсына, кері әсерлерін төмендету үшін

3.3 Хирургиялық араласу: жоқ.

3.5 Одан әрі емдеу:

- Құрамында витаминдер мен микроэлементтердің үлкен мөлшері бар тиімді тамақтану;
- Қауіптілік факторларын шектеу;
- Ілеспелі паталогияны емдеу;
- Витаминотерапия, фитотерапия, адаптогендер, липотропты дәрі-дәрмектер курсы;
- Шипажайлық-курорттық емделу

3.6. Емдеу тиімділігінің индикаторы:

- *Емдеу тиімділігін бағалау өлшемшарттары:*

0 балл – тиімділіктің жоқтығы;

1 балл – веллюстың сирек өсуі;

2 – веллюс және терминалды шаштардың өсуі;

3 – терминалды шаштардың өсуі.

- Шаш құрылысының қалпына келуі және барлық учаскілерде ошақтарда шаштың өсіп кетуі (ер адамдарда бастың шашты бөлігі, сақал мен мұрт белдемі және денедегі мамық шаштары)

4. ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ТИПІН КӨРСЕТЕ ОТЫРЫП, ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ҮШІН КӨРСЕТІЛІМДЕР:

4.1 Жоспарлы емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдер: жоқ.

4.2 Шұғыл емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдер: жоқ.

5. СТАЦИОНАРЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ: жоқ.

6. ХАТТАМАНЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ АСПЕКТІЛЕРІ:

6.1 Әзірлеушілердің тізімі:

- 1) Батпенова Гүлнәр Рыскелдіқызы – медицина ғылымдарының докторы, «Астана медицина университеті» АҚ дерматовенерология кафедрасының меңгерушісі;
- 2) Жетпісбаева Зульфия Сейтмағамбетовна – медицина ғылымдарының кандидаты, «Астана медицина университеті» АҚ дерматовенерология кафедрасының доценті;
- 3) Таркина Татьяна Викторовна – медицина ғылымдарының докторы, «Астана медицина университеті» АҚ дерматовенерология кафедрасының доценті;
- 4) Цой Наталья Олеговна –PhD, «Астана медицина университеті» АҚ дерматовенерология кафедрасының ассистенті
- 5) Мажитов Талғат Мансұрұлы – медицина ғылымдарының докторы, «Астана медицина университеті» АҚ клиникалық фармакология және интернатура кафедрасының профессоры, клиникалық фармаколог.

6.2 Мүдделер қақтығысының жоқтығын көрсету: жоқ

6.3 Рецензенттер:

1) Нұрмұхамбетов Жұмаш Наскенұлы – медицина ғылымдарының докторы, Семей қаласы Мемлекеттік медицина университетінің иммунология және дерматовенерология кафедрасының профессоры.

6.4 Хаттаманы қайта қарау шарттары: жарияланғаннан кейін және қолданысқа енгізілген күнінен бастап 5 жыл өткен соң немесе дәлелділік деңгейі бар жаңа әдістер болған кезде хаттама қайта қаралады.

6.5 Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

- 1) Скрипкина Ю.К. Кожные и венерические болезни [Текст]: учебник- Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2007.- 544с.:ил.
- 2) Федеральные клинические рекомендации по ведению больных гнездой алопецией. Москва 2012 г.
- 3) «Лечение кожных и венерических болезней». // Руководство для врачей. И.М. Романенко В.В. Калуга, СЛ Афонин. Москва 2006 г.
- 4) Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей. // Под ред. А.А.Кубановой, В.И. Кисиной. Москва, 2005 г.
- 5) Evidence based (s3) guidelines for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men // 2006 British Association of Dermatologists, British Journal of Dermatology, 149, 692–699.
http://www.turkderm.org.tr/pdfs/S3_guideline_androgenetic_alopecia.pdf
- 6) Guidelines Guidelines for the management of alopecia areata // Accepted for publication 17 April 2007.
- 7) The therapeutic effect and the changed serum zinc level after zinc supplementation in alopecia areata patients who had a low serum zinc level. Park H, Kim CW, Kim SS, Park CW. // Ann Dermatol. 2009 May;21(2):142-6. Epub 2009 May 31.
- 8) Combination of topical garlic gel and betamethasone valerate cream in the treatment of localized alopecia areata: a double-blind randomized controlled study. // Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2007 Jan-Feb;73(1):29-32.
- 9) Evidence based (s3) guidelines for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men 2005 British Association of Dermatologists, British Journal of Dermatology.-149.-692–699
http://www.turkderm.org.tr/pdfs/S3_guideline_androgenetic_alopecia.pdf.
- 10) Wolff H, Fischer TW, Blume-Peytavi U, - Dtsch Arztebl Int - May 27, 2016; 113 (21); 377-86
- 11) Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. Br J Dermatol. 2012 May;166(5):916-26.
- 12) Gilhar A¹, Etzioni A, Paus R, «Published April 19, 2012. The New England journal of medicine, Volume 366, Issue 16; Pages 1515-25.

- 13) Gilhar A, Etzioni A, Paus R, - N. Engl. J. Med. - April 19, 2012; 366 (16); 1515-25
- 14) Stefanato C.M. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010; 56, 24—38.
- 15) Inui S., Nakajima T., Nakagawa K., Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases *Int J Dermatol* 2008 Jul; 47 (7): 688—93.
- 16) Jain N, Doshi B, Khopkar U, - *Int J Trichology* - October 1, 2013; 5 (4); 170-8
- 17) Finner AM, Otberg N, Shapiro J, - *Dermatol Ther* - July 1, 2008; 21 (4); 279-94
- 18) Olsen E.A., Messenger A. G., Shapiro J., Bergfeld W.F., Hordinsky M.K., Roberts J.L., Stough D., Washenik K., Whiting D.A. Evaluation and treatment of male and female pattern hair loss // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2005. – Vol. 52 (2). – P. 301–311.
- 19) Lee WS, Lee HJ, Choi GS, Cheong WK, Chow SK, Gabriel MT, Hau KL, Kang H, Mallari MR, Tsai RY, Zhang J, Zheng M, - *J Eur Acad Dermatol Venereol* - August 1, 2013; 27 (8); 1026-34
- 20) Scarinci F, Mezzana P, Pasquini P, Colletti M, Cacciamani A, - *Cutan Ocul Toxicol* - June 1, 2012; 31 (2); 157-9.
- 21) Al-Mutairi N. 308-nm excimer laser for the treatment of alopecia areata. *Dermatol Surg* 2007; 33:1483-1487.
- 22) Al-Mutairi N. 308-nm excimer laser for the treatment of alopecia areata in children. *Pediatr Dermatol* 2009; 26:547-50.
- 23) Zakaria W, Passeron T, Ostovari N, Lacour JP, Ortonne JP. 308-nm excimer laser therapy in alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 837-838.
- 24) Raulin C, Gundogan C, Greve B, Gebert S. Excimer laser therapy of alopecia areata - side-by-side evaluation of a representative area. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005; 3: 524-526.
- 25) Gundogan C, Greve B, Raulin C. Treatment of alopecia areata with the 308-nm xenon chloride excimer laser: case report of two successful treatments with the excimer laser. *Lasers SurgMed* 2004; 34: 86-90.
- 26) Claudy AL, Gagnaire D. PUVA treatment of alopecia areata. *Arch Dermatol* 1983; 119:975-8.
- 27) Lassus A, Eskelinen A, Johansson E. Treatment of alopecia areata with three different PUVA modalities. *Photodermatology* 1984; 1:141-144.
- 28) Van der Schaar WW, Sillevis Smith JH. An evaluation of PUVA-therapy for alopecia areata. *Dermatologica* 1984; 168:250-252.
- 29) Mitchell AJ, Douglass MC. Topical photochemotherapy for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12:644-649.
- 30) Taylor CR, Hawk JL. 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.
- 31) 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.
- 32) Gupta AK, Ellis CN, Cooper KD et al. Oral cyclosporine for the treatment of alopecia areata. A clinical and immunohistochemical analysis. *J AM Acad Dermatol* 1990; 22:242-50.
- 33) Fiedler-Weiss VC. Topical minoxidil solution (1% and 5%) in the treatments of alopecia areata.

- 34) Coronel-Perez IM, Rodriguez-Rey EM, Camacho-Martinez FM. Latanoprost in the treatment of eyelash alopecia in alopecia areata universalis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2010; 24:481-5;
- 35) Faghihi G, Andalib F, Asilian A. The efficacy of latanoprost in the treatment of alopecia areata of eyelashes and eyebrows. *Eur J dermatol* 2009; 19:586-7.
- 36) Acikgoz G, Caliskan E, Tunca M. The effect of oral cyclosporine in the treatment of severe alopecia areata.
- 37) Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *British Journal of Dermatology* 2012; 166: 916-926.
- 38) 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.
- 39) 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.
- 40) Gupta AK, Ellis CN, Cooper KD et al. Oral cyclosporine for the treatment of alopecia areata. A clinical and immunohistochemical analysis. *J AM Acad Dermatol* 1990; 22:242-50.
- 41) Acikgoz G, Caliskan E, Tunca M. The effect of oral cyclosporine in the treatment of severe alopecia areata.