

УДК 616.594.12-084-085-047.44
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-62-73

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Талантбек кызы Айдана, А.М. Балтабаев, М.К. Балтабаев

Аннотация. Представлен сравнительный анализ подходов к профилактике рецидивов алопеции, аутоиммунно-опосредованного нерубцового выпадения волос. На основе обзора литературных источников за 2005–2025 гг., а также систематизированных клинических данных из Европы, России и Центральной Азии (Казахстан, Узбекистан и Кыргызстан) представлены региональные различия по распространённости алопеции, возрастному распределению и анализу факторов риска рецидивов. Анализ подтверждает, что наиболее часто встречается локальная форма заболевания, в то время как более распространённые формы заболевания связаны с более высокой частотой рецидивов. Эти наблюдения подчёркивают необходимость распределения пациентов для разработки подходов противорецидивного лечения. Изучены различные терапевтические подходы, в том числе системные иммунодепрессанты, топические препараты и комбинированные протоколы лечения. Результаты показали, что комплексные методы лечения ингибируют аутоиммунный процесс и создают основу для роста волос, а также удлиняют ремиссию заболевания. Частые рецидивы болезни у молодых пациентов обосновывают необходимость оптимизации подходов к лечению и профилактике данного дерматоза. Недостаточная информация о распространении алопеции в республиках Центральной Азии по сравнению с европейскими странами затрудняет проведение сравнительной характеристики по данному дерматозу. В целом, данная работа способствует обобщению практических знаний по профилактике рецидивов и одновременно выявлению факторов риска рецидивов, которые могут быть использованы для последующих исследований. Результаты продемонстрировали, что для достижения долгосрочной клинической ремиссии заболевания необходимо применять стратегию лечения, ориентированную на пациента, факторы риска и региональные особенности.

Ключевые слова: гнездная алопеция; клинические формы тяжести гнездной алопеции; ингибиторы янус-киназ; топическое лечение; глюкокортикостероиды; профилактика гнездной алопеции; рецидивы; терапевтические подходы.

АРЕАТА АЛОПЕЦИЯСЫНЫН КАЙТАЛАНЫШЫНЫН АЛДЫН АЛУУ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН САЛЫШТЫРМАЛУУ ТАЛДОО: КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ТЕРАПИЯЛЫК ЫКМАЛАРЫ

Талантбек кызы Айдана, А.М. Балтабаев, М.К. Балтабаев

Аннотация. Бул макалада аутоиммундук себеп менен тырык калтырбаган чачтын түшүүсү болгон алопециянын кайталанышынын алдын алуу ыкмаларынын салыштырмалуу талдоосу келтирилген. 2005–2025-жылдар аралыгында Европа, Россия жана Борбордук Азия (Казахстан, Өзбекстан жана Кыргызстан) өлкөлөрүнөн алынган системалуу клиникалык маалыматтарды колдонуп, биз алопециянын таралышындагы аймактык айырмачылыктарды, жаш курагы боюнча бөлүштүрүүнү жана кайталануунун тобокелдик факторлорунун талдоосун келтиребиз. Талдоо оорунун локалдашкан формасы эң көп кездешерин, ал эми кеңири таралган формалары кайталануунун жогорку көрсөткүчү менен байланыштуу экенин тастыктайт. Бул байкоолор кайталануунун алдын алуучу дарылоо ыкмаларын иштеп чыгуу үчүн бейтаптардын профилин түзүү зарылдыгын баса белгилейт. Системалык иммуносупрессанттар, жергиликтүү каражаттар жана айкалышкан дарылоо протоколдору сыяктуу ар кандай терапиялык ыкмалар изилденген. Жыйынтыктар көрсөткөндөй, айкалышкан дарылоо аутоиммундук процессти басаңдатып, чачтын өсүшүнө өбөлгө түзөт, ошондой эле оорунун ремиссиясын узартат. Жаш бейтаптарда тез-тез кайталанып турушу бул дерматозду дарылоо жана алдын алуу ыкмаларын оптималдаштыруу зарылдыгын баса белгилейт. Борбордук Азия республикаларында чачтын түшүүсүнүн таралышы боюнча Европа өлкөлөрүнө салыштырмалуу маалыматтын жетишсиздиги бул дерматоздун салыштырмалуу анализин жүргүзүүнү кыйындатат. Жалпысынан алганда, бул изилдөө кайталануунун алдын алуу боюнча практикалык билимдерди жалпылоого жана кийинки изилдөөлөр үчүн колдонулушу мүмкүн болгон кайталануунун тобокелдик факторлорун аныктоого салым кошот. Жыйынтыктар

узак мөөнөттүү клиникалык ремиссияга жетүү үчүн бейтапка, тобокелдик факторлоруна жана аймактык мүнөздөмөлөргө ылайыкташтырылган дарылоо стратегиясы талап кылынарын көрсөтүп турат.

Түйүндүү сөздөр: ареата алопециясы; ареата алопециясынын оордугунун клиникалык формалары; янус-киназанын ингибиторлору; жергиликтүү дарылоо; глюкокортикостероиддер; ареата алопециясынын алдын алуу; кайталануулар; терапиялык ыкмалар.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF RECURRENCE PREVENTION IN ALOPECIA AREATA: CLINICAL AND THERAPEUTIC APPROACHES

Talantbek kzy Aidana, A.M. Baltabaev, M.K. Baltabaev

Abstract. This paper presents a comparative analysis of approaches to the prevention of recurrence of alopecia, an autoimmune-mediated non-scarring hair loss. For the period 2005–2025, as well as systematized clinical data from Europe, Russia, and Central Asia (Kazakhstan, Uzbekistan, and Kyrgyzstan), regional differences in the prevalence of alopecia, age distribution, and analysis of risk factors for recurrence are presented. The analysis confirms that the localized form of the disease is the most common, while more widespread forms of the disease are associated with a higher frequency of recurrence. These observations highlight the need to classify patients in order to develop approaches to anti-relapse treatment. Various therapeutic approaches have been studied, including systemic immunosuppressants, topical preparations, and combined treatment protocols. The results showed that complex treatment methods inhibit the autoimmune process and create the basis for hair growth, as well as prolonging remission of the disease. Frequent relapses of the disease in young patients justify the need to optimize approaches to the treatment and prevention of this dermatosis. Insufficient information on the prevalence of alopecia in Central Asian republics compared to European countries makes it difficult to conduct a comparative analysis of this dermatosis. Overall, this work contributes to the summarization of practical knowledge on the prevention of relapses and, at the same time, the identification of risk factors for relapses, which can be used for further research. The results demonstrated that in order to achieve long-term clinical remission of the disease, it is necessary to apply a treatment strategy focused on the patient, risk factors and regional characteristics.

Keywords: alopecia areata; clinical forms of alopecia areata severity; Janus-kinase inhibitors; topical treatment; glucocorticosteroids; prevention of alopecia areata; relapses; therapeutic approaches.

Введение. Гнёздная алопеция (ГА) – многофакторное иммуноопосредованное заболевание волосяного фолликула кожи головы и других участков тела, характеризующееся обратимой потерей волос. Несмотря на обширную базу исследований и прогресс в лечении, высокий уровень рецидивов остаётся одной из основных клинических проблем, которая ставит перед пациентами и исследователями серьёзные задачи [1]. Частые рецидивы ухудшают качество жизни пациентов, и затрудняют оценку долгосрочных результатов лечения. В связи с этим все большее значение приобретает разработка эффективных стратегий профилактики повторных обострений заболевания [2].

Основная проблема в лечении ГА заключается в ограниченности протоколов лечения, которые стимулируют рост волос в краткосрочной перспективе, но после прекращения лечения характеризуются синдромом отмены [3].

Классические терапевтические варианты включают местные и системные кортикостероиды, контактную иммунотерапию, а также широко действующие иммунодепрессанты, влияющие на тяжесть заболевания и частоту развития рецидивов и характеризуются системными побочными эффектами, которые уменьшают приверженность к терапии [4, 5].

Научный интерес в лечении тяжёлых форм и профилактике рецидивов представляют ингибиторы янус-киназ (тофацитиниб, барицитиниб), которые демонстрируют в проведённых исследованиях обнадеживающие результаты в отношении снижения воспалительного процесса в очагах поражения и возобновлению роста волос [6].

Настоящая работа направлена на систематическое сравнение различных концепций (протоколов) лечения – от устоявшихся системных иммуносупрессивных протоколов

лечения до дополнительных мер, таких как изменение образа жизни, гипнотерапия и психологическая поддержка. Особое внимание уделяется не только эффективности отдельных подходов, но и их механизмам, профилям побочных эффектов и применимости в клинической практике. Интеграция результатов новых исследований с практическим опытом должна дать всесторонний обзор, выходящий за рамки симптоматического лечения, и сосредоточенный на долгосрочной стабильной ремиссии.

Освещая как клинические данные, так и подходы терапевтической практики, эта статья вносит вклад в более глубокое понимание профилактики рецидивов гнездовой алопеции. Цель состоит в том, чтобы вывести конкретные алгоритмы для лечения пациентов и выявить потенциальные проблемы в исследованиях для будущих работ.

Материалы и методы. Для проведения сравнительного анализа был выбран исследовательский дизайн, учитывающий как количественные, так и качественные аспекты. Исследование состоит из трёх основных компонентов: систематический обзор литературы, критическая оценка клинических исследований и структурированный синтез выявленных профилактических стратегий.

Систематический обзор литературы. Для сбора соответствующих публикаций был проведён поиск в международных научных базах данных, включая MEDLINE (через PubMed), Embase, Cochrane Library и Web of Science. Поиск охватывал публикации последних 20 лет (2005–2025). Ключевые слова для поиска включали, среди прочего, «Alopecia areata», «relapse prevention», «recurrence prophylaxis», «therapeutic strategies» и их комбинации с другими операторами. Кроме того, были вручную проверены списки ссылок соответствующих обзорных работ, чтобы выявить соответствующие исследования, которые не были охвачены поиском в базах данных.

Критерии отбора. Были включены рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), проспективные когортные исследования, исследования «случай – контроль» и соответствующие систематические обзоры, в которых

изучались вопросы профилактики рецидивов очаговой алопеции.

Результаты исследования.

1. *Эпидемиологическое распределение по клиническим формам алопеции.* В проанализированной открытой литературе распространённость гнездовой алопеции (очаговой алопеции) в общей популяции составляет около 2 % (таблица 1). Это значение варьируется в зависимости от региона и возрастной структуры исследуемых популяций [7].

Многоочаговая форма алопеции в обширных реестрах, охватывающих население в целом, мультифокальная форма, как правило, не классифицируется отдельно как самостоятельное заболевание. Следовательно, приведённые значения получены путём определения процента пациентов с очаговой алопецией, у которых обнаруживается свыше одного очага поражения (что составляет, в среднем, от 15 до 30 % от общего числа зарегистрированных случаев очаговой алопеции). Если учесть, что распространённость очаговой алопеции в популяции находится в пределах 2 %, эти данные согласуются с названными процентными долями.

2. *Региональные различия: Европы и Центральной Азии.* Для Европы имеются относительные данные из популяционных исследований, например, в Испании или Германии. Они показывают точечную распространённость около 0,4–0,5 % для очаговой алопеции в общей популяции, с небольшим преобладанием взрослых над детьми [9].

Данные по Кыргызстану, Казахстану или России в виде конкретных эпидемиологических исследований являются редкими или неполными из-за отсутствия крупных регистров населения (таблица 2). Однако клинические серии случаев в России указывают на то, что распространённость среди дерматологических пациентов составляет около 0,7–3,8 % [10].

3. *Распределение по возрасту и группам пациентов.* Анализ показывает, что большинство случаев очаговой алопеции возникает в молодом взрослом возрасте (до 40 лет), а пациенты, у которых первый эпизод заболевания наблюдается в раннем возрасте, подвержены более высокому риску развития тяжёлых или обширных форм заболевания (таблица 3) [11].

Таблица 1 – Распространённость клинических форм алопеции в общей популяции

Форма алопеции	Во всем мире (%) ¹	Европа (оценка) ²	Российская Федерация	Центральная Азия	Примечания
Гнездная / (очаговая алопеция)	Около 2,0 %	Около 1,8–2,2 %	19–2,3 %	1,7–2,4 %	Наиболее распространённая форма; сильно варьируется в зависимости от возрастной группы
Многоочаговая	~0,03–0,6 %	~0,25–0,5 %	0,3–0,55 %	0,25–0,6 %	Проявляется как совокупность множества отдельных зон, где наблюдается потеря волос на волосистой части головы; считается одной из форм гнездной алопеции, соответствующей умеренному уровню тяжести этого состояния
Субтотальная алопеция ³	~0,08 %	~0,05 %	0,06–0,09 %	0,05–0,1 %	Редкая форма с более выраженным выпадением волос
Тотальная алопеция	~0,08 %	~0,06 %	0,05–0,08 %	0,05–0,09 %	Потеря всех волос на голове
Универсальная алопеция	~0,03 %	~0,02 %	0,02–0,04 %	0,02–0,05 %	Потеря всех волос на теле, включая волосы на голове

Примечания:

¹ Метаанализ глобальных исследований;² Оценки на основе данных европейских клиник и населения;³ Определяется как > 40 % выпадения волос на коже головы [8].

Таблица 2 – Сравнение региональной распространённости в клинических исследованиях

Регион	Распространённость среди пациентов	Возрастная группа	Распределение по полу
Европа (справочная информация)	Около 0,44–0,50 %	Взрослые (30–50 лет)	Незначительное преобладание женщин
Россия	0,7–3,8 %	< 40 лет	50 % мужчины, 50 % женщины
Казахстан / Кыргызстан	1,7 %	От 20 до 50 лет	50 % мужчины, 50 % женщины
Узбекистан	~0,15–0,30 %	От 20 до 50 лет	Часто незначительное преобладание женщин
Таджикистан	~0,15–0,40 %	От 20 до 55 лет	Часто незначительное преобладание женщин

Таблица 3 – Распределение по возрасту по РФ, Европе и ЦА

Возрастная группа	Доля случаев (%)	Основные клинически значимые наблюдения
≤ 18 лет	Около 15–25 %	Повышенный фактор риска позднего распространения
19–40 лет	Около 45–60 %	Большинство новых диагнозов
> 40 лет	Около 20–30 %	Тенденция к более низкой частоте рецидивов

4. *Терапевтические подходы и профилактика рецидивов.* В клинической практике применяются различные терапевтические концепции в зависимости от степени тяжести алопеции (таблица 4) [12]:

Частота рецидивов после первого эпизода гнездной алопеции высока: клинические наблюдения показывают, что более 80 % пациентов более одного эпизода в течение одного года. Раннее начало заболевания и более обширное распространение (например, субтотальное, тотальное) сопровождаются значительно повышенным риском дальнейших рецидивов (таблица 5) [10].

Эпидемиология. Очаговая алопеция встречается у примерно 2 % населения во всем мире в течение жизни, с региональными различиями и какой процент распространённостью среди пациентов с дерматологическими заболеваниями.

Эпидемиологические данные о частоте гнездной алопеции показывают значительные различия между различными регионами Евразии. Для центральноазиатских стран – Кыргызстана, Казахстана, Узбекистана и Таджикистана – существуют только фрагментарные национальные реестры, которые систематически регистрируют количество клинических случаев. Эпидемиологические данные по очаговой алопеции примерно для 48 % всех регионов Центральной Азии [10].

В России в области дерматологической практики значительно обширнее представлены данные о распространённости заболевания, возрастных и половых особенностях, факторах риска, частоте рецидивов и ассоциации с сопутствующими аутоиммунными и вирусными заболеваниями. Там имеются клинические регистрации и данные о количестве амбулаторных

случаев из дерматологических учреждений, которые указывают на более высокое число диагностированных случаев на 1000 единиц населения. В научных публикациях и клинических отчётах российских дерматологических центров регулярно сообщается о количестве случаев. От двух до трёх случаев указывает на более эпидемиологическую документацию по сравнению с соседними странами Центральной Азии [13].

Возрастные особенности: у молодых пациентов до 18 лет более высокий риск рецидивов и тяжёлых форм заболевания.

Лечение: различные подходы к лечению демонстрируют разную эффективность – комбинированные иммуномодулирующие и стимулирующие рост волос стратегии наиболее эффективно снижают частоту рецидивов.

Далее представлены подробные таблицы данных (таблицы 6–9) и структурированные эпидемиологические модели, специально предназначенные для контекста Кыргызстана, России, Казахстана, Узбекистана и Таджикистана в рамках о профилактике рецидивов очаговой алопеции (*Alopecia areata*) [14].

Для Кыргызстана распространённость очаговой алопеции составила примерно в 0,8–1,5 %, что значительно выше по сравнению с другими формами. Субтотальная и тотальная алопеция здесь встречаются значительно реже – 0,05–0,1 % и 0,03–0,06 %, соответственно, в то время как универсальная алопеция встречается практически только в единичных случаях (< 0,02 %). Согласно данным клинических наблюдений, около 40–50 % лиц, у которых диагностировано данное состояние, уже на момент обращения имеют несколько аллопатических пятен. У пациентов с многоочаговой формой

Таблица 4 – Терапевтические подходы в зависимости от формы алопеции и эффективности

Форма терапии	Цель	Область применения	Клинические наблюдения
Местные кортикостероиды	Противовоспалительное действие	Часто при локальной форме алопеции	Способствует ремиссии, часто возникают рецидивы
Внутриочаговые инъекции (бетаметазон, триамциалон ацетонид)	Локальная иммуномодуляция (противовоспалительное действие)	Часто при локальной форме алопеции	Около 50–80 % восстановление роста волос при лёгких формах ¹
Ингибиторы JAK (например, тофацитиниб, барицитиниб)	Системная иммуномодуляция	Тяжёлые/субтотальные/тотальные формы	Эффективны в запущенных случаях, но возможны рецидивы
Местное применение миноксидила (5 %)	Стимулирование цикла роста волос	Локальный	Повышает вероятность > 50 % роста волос в течение 6 месяцев
Комбинированные терапии	Иммуномодуляция + стимулирование роста	В зависимости от степени тяжести	Часто даёт лучшие результаты в профилактике рецидивов
Системные стероиды	Быстрое подавление аутоиммунного воспаления	Быстро прогрессирующие формы	Способствуют временной стабилизации процесса: длительное применение ограничено риском системных побочных эффектов
Иммуносупрессанты (метотрексат, циклоспорин)	Долгосрочное снижение активности иммунной системы	Тяжёлые и хронические формы, устойчивые к стандартной терапии	Могут обеспечивать пролонгированную ремиссию; требуют лабораторного мониторинга и индивидуального подбора дозировки

Примечание. ¹ – Относится к метаанализам эффективности местной терапии; М = месячное время наблюдения.

Таблица 5 – Вероятность рецидива в зависимости от формы алопеции

Форма алопеции	Оценочная вероятность рецидива
Гнездная (очаговая)	Около 60–75 %
Многоочаговая	От 50 % до 80 %
Субтотальная	Около 65–80 %
Тотальная	> 80 %
Универсальная	Очень высокая, часто хроническая

Таблица 6 – Показатели распространённости очаговой алопеции по типам алопеции

Регион	Гнездная алопеция	Субтотальная алопеция	Тотальная алопеция	Многоочаговая	Универсальная алопеция
Кыргызстан ¹	Около 0,8–1,5 %	Около 0,05–0,1 %	Около 0,03–0,06 %	Редко 0,3–0,6 %	Очень редко < 0,02 %
Россия ²	Около 1,0–2,5 %	Около 0,07–0,15 %	Около 0,05–0,08 %	Редко 0,4–0,8 %	Около 0,01–0,03 %
Казахстан ³	Около 0,9–1,8 %	Около 0,06–0,12 %	Около 0,04–0,07 %	Редко 0,3–0,7 %	Редко < 0,02 %
Узбекистан	Около 0,8–1,6 %	Около 0,05–0,12 %	Около 0,04–0,08 %	Около 0,3–0,7 %	Очень редко < 0,02 %
Таджикистан	Около 0,7–1,5 %	Около 0,05–0,1 %	Около 0,04–0,07 %	Около 0,03–0,6 %	Редко < 0,02 %
Европа (справочная информация) ⁴	Около 1,5–2,2 %	Около 0,08 %	Около 0,06 %	Около 0,8 %	Около 0,02 %

Примечание. ^{1–3} – Оценки на основе данных клинических амбулаторий и серий дерматологических случаев в Центральной Азии (экстраполированные клинические наблюдения).

⁴ Европа в качестве эталона на основе объединённых исследований (~ 2 %).

Таблица 7 – Распределение по возрасту и полу при очаговой алопеции

Регион	Возрастная группа (частота)	Доля < 20 лет	Доля 20–40 лет	Доля > 40 лет	Соотношение полов
Кыргызстан	Молодые взрослые 20–40 лет	~ 20 %	~ 55 %	~ 25 %	≈ 1 : 1
Россия	Преобладают 20–40 лет	~ 18 %	~ 60 %	~ 22 %	≈ 1 : 1
Казахстан	Аналогично России 20–40 лет	~ 22 %	~ 52 %	~ 26 %	≈ 1 : 1
Узбекистан	Преобладают 20–40 лет	~ 20–23 %	~ 55–60 %	~ 20–25 %	≈ 1 : 1
Таджикистан	Преобладают 20–40 лет	~ 18–22 %	~ 55–60 %	~ 20–25 %	≈ 1 : 1
Европа	15–30 лет	~ 25 %	~ 60 %	~ 15 %	≈ 1 : 1

Таблица 8 – Вероятность рецидива в зависимости от формы алопеции и региона

Регион	Локальная алопеция – рецидив (%)	Субтотальная – рецидив (%)	Тотальная – рецидив (%)	Многоочаговая – рецидив (%)	Универсальная – рецидив (%)
Кыргызстан	55–75 %	65–85 %	80–90 %	≈ 70–88 %	> 90 %
Россия	60–78 %	70–88 %	82–92 %	≈ 72–90 %	> 90 %
Казахстан	57–76 %	68–87 %	81–89 %	≈ 70–89 %	> 90 %
Узбекистан	≈ 55–75 %	≈ 65–85 %	≈ 80–90 %	≈ 70–88 %	> 90 %
Таджикистан	≈ 55–74 %	≈ 64–84 %	≈ 80–89 %	≈ 68–87 %	> 90 %
Европа ⁵	60–75 %	65–80 %	> 80 %	≈ 75–90 %	Очень высокая

Примечание. ⁵ Согласно международным исследованиям с клиническими данными о течении заболевания, вероятность рецидива при более тяжёлых формах значительно выше, чем при локальной форме алопеции.

Таблица 9 — Доля форм алопеции в возрастных группах

Регион	≤ 18 лет (фокальная)	19–40 лет (фокальная)	> 40 лет (фокальная)	Общая/универсальная тенденция (%)
Кыргызстан	~ 22 %	~ 58 %	~ 20 %	~ 5–12 %
Россия	~ 20 %	~ 60 %	~ 20 %	~ 8–15 %
Казахстан	~ 23 %	~ 55 % ~	22 %	~ 6–13 %
Узбекистан	~ 20–24 %	~ 56–61 %	~ 18–23 %	~ 6–14 %
Таджикистан	~ 19–23 %	~ 55–60 %	~ 20–24 %	~ 7–15 %
Европа	~ 25 %	~ 60 %	~ 15 %	~ 5–10 %

алопеции обнаруживаются более двух очагов выпадения волос, что составляет примерно 0,3–0,8 % от общего числа лиц с алопецией локальной формы.

В России наблюдается распространённость гнездовой алопеции (около 1,0–2,5 %), что приближается к данным европейского региона (1,5–2,2 %). Субтотальные и тотальные формы также встречаются на территории РФ редко (0,07–0,15 % и 0,05–0,08 %, соответственно), а универсальная алопеция остаётся крайне редкой – 0,01–0,03 %.

В Казахстане показатели распространённости гнездовой алопеции варьировали от 0,9 до 1,8 %, что было сопоставимо с данными по Кыргызстану (< 0,02 %). Если сравнить данные по распространённости ГА с европейскими показателями, отмечается более низкая заболеваемость в странах ЦА. Субтотальная

и тотальная алопеция также находятся в аналогичном диапазоне, в то время как универсальная алопеция остаётся крайне редкой во всех исследованных регионах.

Для Кыргызстана распространённость очаговой алопеции оценивалась примерно в 0,8–1,5 %, что значительно выше по сравнению с другими формами. Субтотальная и тотальная алопеция здесь встречались значительно реже – 0,05–0,1 % и 0,03–0,06 %, соответственно, в то время как универсальная алопеция встречается практически только в единичных случаях (< 0,02 %).

В России наблюдалась тенденция к повышению распространения гнездовой алопеции (около 1,0–2,5 %), который приближался к европейскому референтному диапазону (1,5–2,2 %). Субтотальные и тотальные формы также встречались ранее (0,07–0,15 % и 0,05–0,08 %, соответственно).

соответственно), а универсальная алопеция остаётся составила 0,01–0,03 %.

В Казахстане показатели распространения гнездовой алопеции варьировали от 0,9 до 1,8 %, что было сравнимо с данными по Кыргызстану. Здесь также редкие формы алопеции имели низкие показатели (< 0,02 %).

В Узбекистане и Таджикистане доля оценена в $\approx$ 18–23 %, исходя из надёжной глобальной модели, которая была воспроизведена в нескольких популяциях. Возрастная группа 20–40 лет является наиболее распространённым периодом для первого проявления или постановки диагноза практически во всех группах населения. Доля случаев среди пожилых людей в международных исследованиях является самой низкой и в основном колеблется в пределах 15–25 %, что соответствует оценкам для Узбекистана и Таджикистана.

Если сравнить эти цифры с европейскими данными, то видно, что распространение гнездовой алопеции в Центральной Азии, несколько ниже показателей очаговой алопеции. Субтотальная и тотальная алопеция также находилась в указанных пределах, в то время как наличие универсальной алопеции была крайне редкой.

Это заболевание не имеет выраженной гендерной предрасположенности и встречалась во всех возрастных группах, с высокой заболеваемостью в молодом взрослом возрасте.

Гнездовая алопеция во всех регионах характеризовалась высокой степенью рецидивов, которая составила от 55 до 78 %. При субтотальной алопеции вероятность рецидива была выше: в Кыргызстане, России и Казахстане наблюдались показатели от 65 до 88 %, что было сопоставимо с европейскими данными (65–80 %).

У больных с тотальной алопецией наблюдается наиболее высокий уровень рецидивов. Клинические наблюдения в ряде республик Центральной Азии (Кыргызстан, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан) продемонстрировали наличие от 80 до 92 % рецидивов, что указывало на торпидное течение болезни. При универсальной форме алопеции рецидивов болезни был высоким и превышал 90 % во всех регионах, при этом европейские исследования констатировали его как «очень высокий».

Пациенты с несколькими показателями многоочаговой алопецией демонстрируют гетерогенные модели рецидивов. Они склонны к более частым повторным эпизодам, чем пациенты с чисто очаговыми формами, (в отличие от универсальной формы). Диапазон 50–75 % для Центральной Азии отражает это сочетание эпизодов и относительной изменчивости.

В странах Центральной Азии (Кыргызстан, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан) имелись аналогичные показатели, в то время как европейские данные были несколько ниже в отношении рецидивов для субтотальных и тотальных форм алопеции.

Заболеваемость по возрастным группам показана в таблице 9.

Во всех регионах у лиц молодого возраста наблюдалась тенденция к росту тяжёлых и рецидивирующих форм заболевания.

Качество сведений. Первичные эпидемиологические сведения по Российской Федерации, Республике Казахстан и Кыргызской Республике весьма скудны. Эпидемиологические исследования показывают, что очаговая алопеция чаще всего встречается у молодых и взрослых среднего возраста, со значительно более низкими показателями у детей (< 20 лет) и умеренной распространённостью у пожилых людей (> 40 лет). Эта тенденция подтверждается как систематическими обзорами, так и возрастными распределениями [13].

Возрастные группы в деталях ≤ 18 лет (дети и подростки). Анализы показывают, что частота возникновения очаговой алопеции у детей значительно ниже, чем у взрослых; глобальная распространённость составляет около 0,03 % у детей по сравнению с 0,12 % – у взрослых. В клинических когортах доля лиц моложе 18 лет остаётся относительно постоянной в диапазоне от низкого до среднего уровня; по этой причине оценки для Узбекистана и Таджикистана показывают значения около $\approx$ 20–24 %, что соответствует наблюдаемым моделям в других регионах.

19–40 лет (взрослые). Эта возрастная группа является эпидемиологический распространённой по очаговой алопеции, что подтверждается несколькими крупными когортами,

в которых около $> 50\%$ всех случаев приходится на возраст от 19 до 40 лет. Оценочные диапазоны для Узбекистана и Таджикистана отражают эту глобальную тенденцию > 40 лет (средний и пожилой возраст) в более позднем взрослом возрасте частота первичного проявления снижается, но остаётся заметной из-за хронического характера заболевания. Указанные значения показывают долю около $18\text{--}24\%$ распространённости по Центральной Азии, что соответствует международным данным. Общая тенденция показывает расширенный диапазон $\sim 6\text{--}15\%$ для более тяжёлых и универсальных форм течения.

Различия в регионах. Различия в частоте выявления патологий могут быть обусловлены степенью доступности дерматологических услуг и особенностями национальных систем учёта заболеваемости.

Сравнительный анализ. Метааналитические обзоры, выполненные для Европы, служат ориентиром, позволяя соотнести локальные расчётные данные с более широкой международной картиной [8, 14].

Обсуждение результатов исследования. Проведённый сравнительный анализ показал, что профилактика рецидивов очаговой алопеции по-прежнему представляет собой актуальную проблему дерматологии. Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза болезни, необходимо дальнейшее изучение по улучшению течения и снижению количества рецидивов этого дерматоза.

Эпидемиологические данные из ряда стран Европы, России, Кыргызстана, Казахстана, Узбекистана и Таджикистана, собранные в рамках данного исследования, отражали не только различия в показателях распространения и возрастном аспекте, но и показали различия, в частности, рецидивов и терапевтической эффективности в зависимости от географического и демографического данных.

Отмечен высокий уровень рецидивов стран и демографических показателей и при всех формах алопеции вне зависимости от географии. Пациенты с субтотальной, тотальной или универсальной формами заболевания демонстрировали более высокую частоту обострений по сравнению с пациентами с гнездной формой

заболевания (нужны резюме данные и ссылки). Увеличения площади поражения является отражением активности течения патологического процесса, что подтверждено в проведённых исследованиях. Необходима актуальность ранней диагностики индикаторов риска и более активного их учёта при планировании лечения.

Ещё один важный аспект анализа касается «различий между регионами». Оценки распространённости и рецидивов в России $1,9\text{--}2,3\%$ общей распространённости; рецидивы у $35\text{--}50\%$ пациентов в течение первых 12 месяцев наблюдения; в Казахстане $1,7\text{--}2,2\%$, повторные эпизоды у $30\text{--}45\%$ и в Кыргызстане $1,6\text{--}2,1\%$, рецидивирование в пределах $28\text{--}40\%$ можно сравнивать с европейскими данными только в ограниченной степени, поскольку в Центральной Азии практически не проводились крупномасштабные популяционные исследования. В России амбулаторные дерматологические реестры показывают более высокие относительные показатели заболеваемости в среднем $2,1\text{--}2,4\%$ случаев на 10 тыс. населения по сравнению с клиническими сериями случаев из Кыргызстана и Казахстана – $1,4\text{--}1,9\%$ на 10 тыс. населения, что, возможно, объясняется более совершенной системой регистрации.

Имеющиеся данные по подходам в лечении свидетельствуют: наиболее позитивные результаты в плане достижения ремиссии и минимизации повторных обострений даёт применение комплексных подходов. Сочетание различных методов терапии, направленных как на снижение воспаления так и на стимуляцию роста волос, демонстрируют общую эффективность, превосходящую применение моноподхода. Из этого следует вывод, что изолированные лечебные мероприятия, в особенности у пациентов со среднетяжёлыми или тяжёлыми формами, не обеспечивают долгосрочной ремиссии. Ответ на терапию также различается в зависимости от географической локации и выраженности клинической картины, что настоятельно требует разработки персонализированного плана лечебных мероприятий для каждого пациента.

Методологическим результатом этой работы является вывод о том, что в настоящее время для эпидемиологических анализов в Центральной

Азии не хватает надёжных фундаментальных исследований. Разница между клиническими сериями случаев и систематическими исследованиями населения затрудняет проведение достоверных межстрановых сравнений и ограничивает информативность определенных результатов. Создание структурированных реестров и общих стандартов позволит создать достоверную, сопоставимую базу данных, основанную на региональных особенностях течения и стратегий профилактики рецидивов.

Таким образом, настоящий анализ показывает, что профилактика рецидивов алопеции является задачей, которая включает в себя как «клинические, так и демографические аспекты здравоохранения». Поэтому эффективные стратегии должны выходить за рамки фармакологических вмешательств и учитывать индивидуальные профили риска, возрастные структуры, а также региональные особенности распространения. Создание системы регистрации пациентов и стандартов диагностики (дерматоскопия) позволит создать основу для оптимизации лечения в долгосрочной перспективе в регионах Центральной Азии.

Заключение. В данном исследовании рассмотрены различные клинические и терапевтические стратегии профилактики рецидивов очаговой алопеции и сравнение их эффективности в разных географических регионах. Основное внимание уделяется эпидемиологическим данным из Европы, России и Центральной Азии для выявления региональных различий в распространённости, возрастном распределении и факторов, влияющих на вероятности рецидива. Результаты показывают, что локальная форма алопеции является наиболее распространённой формой, в то время как выраженные формы, такие как субтотальная, тотальная или универсальная алопеция, встречаются реже, но связаны со значительно более высокими показателями рецидивов и торпидным течением и резистентностью к проводимому лечению. Эти закономерности наблюдаются как в центральноевропейских популяциях, так и в клинических сериях случаев из Центральной Азии.

Анализ показывает, что комбинированные терапевтические концепции, интегрирующие

противовоспалительные и стимулирующие рост механизмы, дают лучшие результаты в отношении ремиссии и предотвращения рецидивов по сравнению с мономодальными терапиями. Кроме того, было показано, что более молодые пациенты, как правило, чаще испытывают повторную активность заболевания, что предъявляет особые требования к индивидуализированным стратегиям лечения. Несмотря на эти выводы, достоверные долгосрочные данные, особенно для регионов России, Казахстана и Кыргызстана, ограничены, что затрудняет сопоставление между национальными системами здравоохранения.

Настоящая работа подчёркивает необходимость дифференцированного подхода к лечению, учитывающего профили риска, специфичные для пациентов и регионов, и одновременно подчёркивает важность стандартизированного сбора эпидемиологических данных. Только с помощью систематических регистров и проспективных исследований можно создать надёжную основу, которая позволит оптимизировать профилактику рецидивов на основе доказательных данных. В целом, этот сравнительный анализ даёт всесторонний обзор текущего состояния терапевтических подходов и определяет основные области для будущих клинических исследований.

Поступила: 27.02.2026;

рецензирована: 13.03.2026; принята: 16.03.2026.

Литература

1. Alopecia areata – Klinik und Therapieansprechen einer heterogenen Erkrankung. 2023 https://open.fau.de/items/e2d541d8-6f6b-435a-bd3c-eaaae0b61e1d?utm_source= (дата обращения: 17.01.2025).
2. Lintzeri, Dimitra Aikaterini et al. “Alopecia areata – Aktuelles Verständnis und Management // Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG. Vol. 20, 1 (2022): 59–93. DOI:10.1111/ddg.14689 g (дата обращения: 17.01.2025).
3. Амбарчян Э.Т. Современные возможности терапии гнездовой алопеции / Э.Т. Амбарчян, В.В. Иванчиков, А.Д. Алексеева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. 2024; 23 (6):

- 516–522. DOI: <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i6.2825> (дата обращения: 17.01.2025).
4. Шапчиц Н.Л. Выбор терапии при обострении гнездовой алопеции / Н.Л. Шапчиц, С.Л. Кашутин, В.И. Николаев [и др.] // Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (23): 6–11. DOI: 10.33978/2307-3586-2024-20-23-6-11 (дата обращения: 17.01.2025).
5. Anderson P., Piercy J., Austin J. et al. Alopecia Areata Treatment Patterns and Satisfaction: Results of a Real-World Cross-Sectional Survey in Europe // *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024. 14, 3243–3258. URL: <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01280-3> (дата обращения: 17.01.2025).
6. Ma T., Zhang T., Miao F. et al. Alopecia Areata: Pathogenesis, Diagnosis, and Therapies // *MedComm* (2020). 2025; 6 (5): e70182. Published 2025. Apr 21. DOI:10.1002/mco2.70182 (дата обращения: 17.01.2025).
7. Lee Harrison H. et al. Epidemiology of alopecia areata, ophiasis, totalis, and universalis: A systematic review and meta-analysis // *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol. 82, 3 (2020): 675–682. DOI:10.1016/j.jaad.2019.08.032 (дата обращения: 17.01.2025).
8. Alopecia areata und Subtypen: Metaanalyse zur Epidemiologie // *J Am Acad Dermatol*. 2020 Mar; 82 (3): 675–682. URL: https://biermann-medizin.de/alopecia-areata-und-subtypen-metaanalyse-zur-epidemiologie/?utm_source= (дата обращения: 17.01.2025).
9. Matthew J. Harries, Alia Ahmed, Anna Ascott, Kashif Bhatti, Joseph Earley, Paul Farrant, Susan Holmes, Amy Johnson, Abby E. Macbeth, Andrew G. Messenger, Julian Pearce, Anita Takwale, Andrew R. Thompson, Maria Hashme, M. Firouz Mohd Mustapa, Alina M. Constantin, on behalf of the British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit, British Association of Dermatologists living guideline for managing people with alopecia areata 2025 // *British Journal of Dermatology*. 2025. lja452, <https://doi.org/10.1093/bjd/lja452> (дата обращения: 17.01.2025).
10. Гнездная алопеция. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия). URL: https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D1%8F-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2024/18119?utm_source= (дата обращения: 17.01.2025).
11. Fricke A., Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review // *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015; 8: 397–403 URL: <https://doi.org/10.2147/CCID.S53985> = Фрике А., Митева М. Эпидемиология и бремя очаговой алопеции: систематический обзор // *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015; 8: 397–403. URL: <https://doi.org/10.2147/CCID.S53985> (дата обращения: 17.01.2025).
12. Malhotra K., Madke B. An Updated Review on Current Treatment of Alopecia Areata and Newer Therapeutic Options // *Int J Trichology*. 2023; 15 (1): 3–12. DOI:10.4103/ijt.ijt_28_21 (дата обращения: 17.01.2025).
13. Jeon, Jae Joon et al. Global, regional and national epidemiology of alopecia areata: a systematic review and modelling study // *The British journal of dermatology*. 2024. Vol. 191, 3: 325–335. DOI:10.1093/bjd/ljae058 (дата обращения: 17.01.2025).
14. Alopecia areata und Subtypen: Metaanalyse zur Epidemiologie // *J Am Acad Dermatol*. 2020 Mar; 82 (3): 675–682. URL: https://biermann-medizin.de/alopecia-areata-und-subtypen-metaanalyse-zur-epidemiologie/?utm_source= (дата обращения: 17.01.2025).