ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ: ОТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Умарова М.
Научный руководитель: Агзамходжаева С.С., Ташкентский Государственный медицинский университет г.Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730173

Актуальность. Андрогенетическая алопеция (АГА) является хроническим прогрессирующим заболеванием, характеризующимся истончением терминальных волос в генетически предрасположенных участках кожи головы. Современные методы трансплантации волос позволяют перераспределить андроген-резистентные фолликулярные единицы донорской зоны в области выраженного поредения, однако не устраняют прогрессирование алопеции в нетрансплантированных волосах. Стабильный эстетический результат требует сочетания рационального хирургического планирования, оценки потенциального прогрессирования заболевания и индивидуально подобранной поддерживающей терапии.

Цель исследования. Целью исследования является определение основных принципов персонализации хирургического лечения методом FUE и последующего терапевтического сопровождения пациентов с алопецией, направленного на достижение естественного результата трансплантации и долгосрочный контроль прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы и международных экспертных рекомендаций, посвященных диагностике андрогенетической алопеции, отбору пациентов для трансплантации волос, технологии FUE, оценке донорской зоны, планированию линии роста волос и методам консервативного контроля прогрессирования АГА.

Результаты и обсуждение. Анализ современных данных показывает, что персонализация лечения должна начинаться еще до принятия решения о трансплантации волос. Ключевое значение имеет установление точного диагноза и определение активности заболевания, а также оценка донорского ресурса. Донорская зона должна рассматриваться как ограниченный биологический ресурс, который необходимо планировать с учетом предполагаемой динамики алопеции на протяжении жизни пациента. Персонализированное формирование линии роста волос также должно учитывать не только пожелания пациента, но и возраст, анатомические пропорции лица, степень существующего поредения и прогноз дальнейшей потери волос. Индивидуальный подбор диаметра инструмента для FUE, направления экстракции, распределения одно-, двух- и многоволосных фолликулярных единиц и плотности имплантации позволяет минимизировать травматизацию донорской области и формировать более естественный эстетический результат. После хирургического восстановления в зависимости от пола пациента, формы алопеции, сопутствующих заболеваний, гормонального статуса и противопоказаний могут рассматриваться антиандрогенные подходы, включая ингибиторы 5α-редуктазы у соответствующих групп пациентов. В качестве дополнительных методов могут использоваться аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP), и низкоинтенсивная лазерная/световая терапия (LLLT). Сравнение данных во времени позволяет оценивать состояние нетрансплантированных волос, выявлять признаки дальнейшего их истончения и своевременно корректировать

лечебную стратегию. Таким образом, современный персонализированный подход может быть представлен последовательностью: диагностика → оценка прогрессирования алопеции → анализ донорского ресурса → индивидуальное планирование FUE → трансплантация → послеоперационное наблюдение → терапевтический контроль заболевания → долгосрочная оценка результата.

Заключение. Персонализация хирургической тактики требует учета возраста пациента, степени и активности алопеции, характеристик донорской области, потенциального прогрессирования заболевания и возможностей сохранения донорского ресурса. Наиболее рациональной современной стратегией является переход от концепции «однократной трансплантации волос» к модели долгосрочного управления алопецией, объединяющей хирургическое восстановление методом FUE, контроль заболевания, объективный мониторинг и индивидуальную коррекцию терапии.