

17. Litak J., Ke M.S., Gutierrez M.A., Soriano T., Lask G.P. Generalized lichenoid reaction from tattoo. *Dermatol. Surg.* 2007; 33(6): 736—40.
18. Guteruth J., Hein R., Fend F., Ring J., Jakob T. Cutaneous pseudolymphoma arising after tattoo placement. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2007; 21(4): 566—7.
19. Kahofer P., El Shabrawi-Caelen L., Horn M., Kern T., Smolle J. Pseudolymphoma occurring in a tattoo. *Eur. J. Dermatol.* 2003; 13(2): 209—12.
20. Patrizi A., Raone B., Savoia F., Bacci F., Pileri A., Gurioli C., Neri I. Tattoo-associated pseudolymphomatous reaction and its successful treatment with hydroxychloroquine. *Acta Derm. Venereol.* 2009; 89(3): 327—8.
21. Antonovich D.D., Callen J.P. Development of sarcoidosis in cosmetic tattoos. *Arch. Dermatol.* 2005; 141(7): 869—72.
22. Baumgartner M., Feldmann R., Breier F., Steiner A. Sarcoidal granulomas in a cosmetic tattoo in association with pulmonary sarcoidosis. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2010; 11 (8): 900—2. doi: 10.1111/j.1610-0387.2010.07391.x.
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tattoo-associated nontuberculous mycobacterial skin infections—multiple states, 2011—2012. *MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep.* 2012; 61(33): 653—6.
24. Ghorpade A. Inoculation (tattoo) leprosy: a report of 31 cases. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2002; 16(5): 494—9.
25. Trefzer U., Schmollack K.P., Stockfleth E., Sterry W., Kolde G. Verrucae in a multicolored decorative tattoo. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2004; 50(3): 478—9.
26. Fraga G.R., Prossick T.A. Tattoo-associated keratoacanthomas: a series of 8 patients with 11 keratoacanthomas. *J. Cutan. Pathol.* 2010; 37(1): 85—90. doi: 10.1111/j.1600-0560.2009.01286.x. <http://www.jcadonline.com/multiple-eruptive-keratoacanthomas-arising-in-a-tattoo>.
27. Paradisi A., Capizzi R., De Simone C., Fossati B., Proietti I., Amerio P.L. Malignant melanoma in a tattoo: case report and review of the literature. *Melanoma Res.* 2006; 16(4): 375—6.
28. Stinco G., De Francesco V., Frattasio A., Quinkenstein E., Patrone P. Malignant melanoma in a tattoo. *Dermatology.* 2003; 206(4): 345—6.
29. Birnie A.J., Kulkarni K., Varma S. Basal cell carcinoma arising in a tattoo. *Clin. Exp. Dermatol.* 2006; 31(6): 820—1.
30. Doumat F., Kaise W., Barbaud A., Schmutz J.L. Basal cell carcinoma in a tattoo. *Dermatology.* 2004; 208(2): 181—2.
31. Kluger N., Phan A., Debarbieux S., Balme B., Thomas L. Skin cancers arising in tattoos: coincidental or not? *Dermatology.* 2008; 217(3): 219—21.
32. Omidian M., Emad-Mostofi N. Basal cell carcinoma arising from traditional tattoo. *Arch. Iran. Med.* 2009; 12(2): 198.
33. West C.C., Morrill A.N., Pedelty L., Lam D.G. Cutaneous leiomyosarcoma arising in a tattoo — 'a tumour with no humour'. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2009; 62(5): e79—80. doi: 10.1016/j.bjps.2008.09.021
34. Kluger N., Koljonen V. Tattoos, inks, and cancer. *Lancet Oncol.* 2012; 13(4): 161—8.
35. Koh M.J., Teo R.Y., Liu T.T. Multiple epidermal cysts occurring in a tattoo. *Singapore Med. J.* 2009; 50(11): 376—7.
36. Horner K.L., Chien A.J., Edenholm M., Hornung R.L. Winnie the Pooh and psoriasis too: an isomorphic response of guttate psoriasis in a tattoo. *Pediatr. Dermatol.* 2007; 24(5): E70—2.
37. Smith S.F., Feldman S.R. Tattoo sites and psoriasis. *J. Drugs Dermatol.* 2011; 10(10): 1199—200.
38. Jolly M. Discoid lupus erythematosus after tattoo: Koebner phenomenon. *Arthr. Rheum.* 2005; 53(4): 627.
39. La Placa M., Passarini B. Subacute cutaneous lupus erythematosus after a tattoo. *Clin. Exp. Dermatol.* 2009; 34(5): 632—3. doi: 10.1111/j.1365-2230.2008.03040.x.
40. Kluger N., Mathelier-Fusade P., Moguelet P. Scleroderma-like reaction restricted to the red parts of a tattoo. *Acta Derm. Venereol.* 2009; 89(1): 95-6. doi: 10.2340/00015555-0542.

Поступила 14.05.13

© Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ, А.В. МИКРЮКОВ, 2013

УДК 616.517-06:616-056.257]-036.1

Клинико-лабораторные характеристики псориаза, ассоциированного с гормонально-метаболическими нарушениями

Ю.Н. Перламутров¹, А.В. Микрюков²

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; ²Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Повышение уровня заболеваемости тяжелыми формами псориаза с высоким удельным весом коморбидности обуславливает актуальность глубокого рассмотрения вопроса течения дерматоза на фоне избыточной массы тела и ожирения больных. В ходе исследования установлены статистически значимые различия течения псориаза в зависимости от индекса массы тела. Выявлены характерные гормонально-метаболические отклонения и нарушение пищевого поведения, а также качества жизни у больных с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с группой пациентов с нормальными показателями индекса массы тела при псориазе.

Ключевые слова: вульгарный псориаз, избыточная масса тела, ожирение, гормонально-метаболические отклонения, пищевое поведение, качество жизни больных

Сведения об авторах:

Перламутров Юрий Николаевич — доктор мед. наук, профессор; Микрюков Антон Владимирович — соискатель (mgmsu-skin@mail.ru).

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PSORIASIS ASSOCIATED WITH HORMONAL METABOLIC DISORDERS

Yu. N. Perlamutrov¹, A. V. Mikryukov²

¹A. I. Evdokimov Moscow University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; ²Moscow Research and Clinical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russia

Increasing incidence of severe forms of psoriasis with high incidence of comorbidities necessitates special attention to the dermatosis course in patients with excessive body weight and obesity. Our study detected significant differences in the course of psoriasis in patients with different body weight indexes. Characteristic hormonal metabolic disorders and disorders in the food behavior and quality of life were detected in patients with excessive body weight and obesity in comparison with the group of psoriasis patients with normal body weight index.

Key words: *psoriasis vulgaris, excessive body weight, obesity, hormonal metabolic disorders, food behavior, quality of life*

В последние годы на фоне роста заболеваемости псориазом отмечается увеличение частоты его тяжелых форм: псориазической эритродермии, пустулезного и артропатического псориаза, что значительно снижает качество жизни пациентов и эффективность лечения, сокращая сроки ремиссии и инвалидизируя больных [1—6].

Этиология псориаза изучена не полностью [7]. Исследователями доказан мультифакторный характер псориаза с преимущественно генетическим детерминированием, при этом доля генетической компоненты составляет 60—70%, а средовой — 30—40% [8].

Псориаз связывают с повышенным риском развития сопутствующих заболеваний (ожирение, инсулиновая резистентность и сердечно-сосудистые поражения), особенно на фоне распространенности факторов нездорового образа жизни, и летальности [9, 10]. Часто у больных псориазом выявляют так называемый метаболический синдром [11].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о зависимости развития псориаза и тяжести его течения от индекса массы тела — ИМТ (масса тела, кг/рост², м). Ожирение ведет к повышению риска развития псориаза, обуславливает его более длительное, хроническое течение, а снижение массы тела при этом способствует благоприятному течению дерматоза [12]. Резистентность к инсулину и абдоминальное ожирение играют важную роль в патогенезе метаболического синдрома, который обнаруживают у 90% больных с избыточной массой тела и ожирением [13].

Цель настоящего исследования — изучение клинико-лабораторных особенностей и течения вульгарного псориаза у больных с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 124 больных вульгарным псориазом (68 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 46,39 ± 6,83 года). 94 больных (1-я группа) были с избыточной массой тела (ИМТ не менее 25) и ожирением (ИМТ не менее 30), у 30 больных ИМТ составил до 25 (2-я группа).

Всем больным проводили дерматологический осмотр с определением PASI.

Антропометрия состояла из определения ИМТ, индекса «талия — бедро» (отношение объема талии к объему бедер, см), с расчетом избытка массы тела (в %) по отношению к средней массе тела для данного пола и возраста [14]. Ожирение 1-й степени характеризуется избытком массы 15—30%, ожирение 2-й степени — 30—50%, ожирение 3-й степени — 50—100%.

Процент жира в организме определяли расчетным методом:

Процент жира в организме = $(4,95/M_{\text{отн}} - 4,5) \cdot 100\%$,
 $M_{\text{отн}} = 1,1369 - 0,0598 \cdot \lg$ суммы четырех кожных складок (triceps, biceps, subscapularis, suprailiac).

Объем висцеральной жировой ткани (ВЖТ, л) определяли по формуле:

$\text{ВЖТ} = 0,731 \cdot \text{СДТ} - 11,5$,

где СДТ — сагиттальный диаметр туловища (в см), измеряемый в положении обследуемого лежа на спине.

Оценку липидного статуса больных проводили спектрофотометрическими оптимизированными методами с помощью стандартизованных наборов реактивов («Roche», Швейцария) при использовании автоматического анализатора Hitachi 911. Оценка липидного статуса включала определение концентрации общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности в сыворотке крови.

Всем пациентам проводили стандартный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы с определением уровня гликемии (в ммоль/л) до, через 1,5 и 3 ч после нагрузки глюкозой. Концентрацию глюкозы в капиллярной крови исследовали с помощью глюкометра One Touch Ultra («Джонсон и Джонсон», США).

Концентрацию иммунореактивного инсулина (ИРИ) в плазме крови определяли реактивом DSL 10-1600. В методике используется принцип «одношагового» сэндвичного иммуноферментного анализа (ИФА). Содержание лептина в сыворотке крови определяли методом ИФА с помощью набора фирмы «DRG Instruments GmbH» (Германия). Содержание грелина определяли методом конкурентного ИФА с помощью стандартного набора для определения грелина («Phoenix Pharmaceuticals», США) в соответствии с прилагаемыми инструкциями. Концентрации инсулина, лептина и грелина в сыворотке крови оценивали натощак после 12-часового голодания.

Резистентность к инсулину выявляли методом математической модели оценки гомеостаза — индекса Homeostasis Model Assesmaent (НОМА-IR):

(ИРИ плазмы натощак, мкЕД/мл • глюкоза натощак, ммоль/л): 22,5.

Особенности пищевого поведения оценивали с помощью голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) [15], который отражает ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение. DEBQ состоит из 33 утверждений, каждое из которых тестируемый должен оценить в отношении себя как «никогда» (1 балл), «редко» (2 балла), «иногда» (3 балла), «часто» (4 балла) и «очень часто» (5 баллов). 31-й вопрос анализируется в противоположных значениях.

Для определения уровня качества жизни больных использовали дерматологический индекс качества жизни.

Полученные данные обработали методом вариационной статистики. Для сравнения числовых данных (после проверки данных на нормальное распределение) использовался метод дисперсионного анализа ANOVA (для нескольких групп) и *t*-критерий Стьюдента для двух независимых вы-

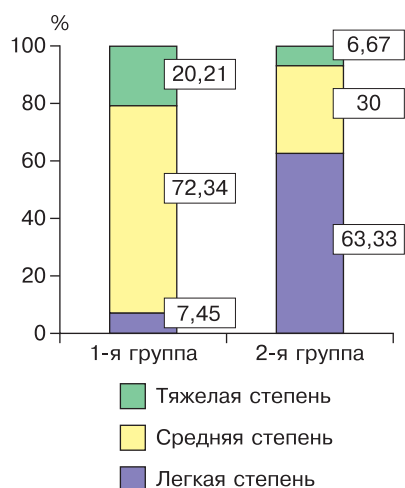


Рис. 1. Распределение больных по степени тяжести течения псориаза.

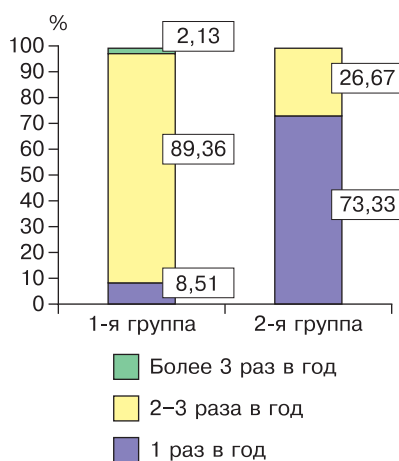


Рис. 2. Частота рецидивов заболевания при псориазе.

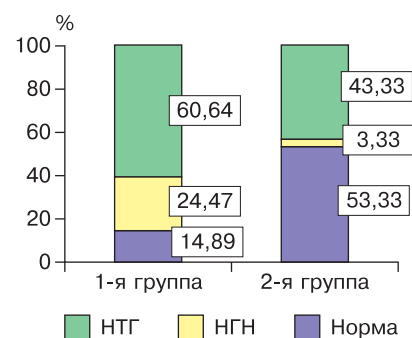


Рис. 3. Распределение больных вульгарным псориазом по уровню отклонений в углеводном обмене.

борок. Для нахождения различий между качественными показателями использовали метод χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для вычисления которого прибегали к построению сетки «2×2» и «3×2», а также точный критерий Фишера для небольших выборок. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$ (95% уровень значимости) и $p < 0,01$ (99% уровень значимости).

Результаты и обсуждение

При оценке тяжести течения псориаза в двух сравниваемых группах средние значения индекса PASI составили $27,68 \pm 3,19$ и $9,95 \pm 1,06$ балла соответственно ($p \leq 0,05$). При этом у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (1-я группа) преимущественно регистрировали течение дерматоза средней степени тяжести — у 68 (72,34%), реже отмечалось легкое течение — у 7 (7,45%) и тяжелое течение — у 19 (20,21%). Во 2-й группе больных вульгарным псориазом (без повышения массы тела) преобладало легкое течение заболевания — у 19 (63,33%), реже отмечалась средняя степень тяжести — у 9 (30%), тяжелое течение констатировано у 2 (6,67%) больных ($p \leq 0,05$) (рис. 1).

Другим критерием, позволяющим судить о тяжести патологического процесса, является частота его рецидивов (рис. 2).

У 8 (8,51%) больных 1-й группы отмечено по 1 обострению в год, у 84 (89,36%) — 2—3 раза в год, у 2 (2,13%) — более 3 раз в год. Во 2-й группе анализ анамнестических данных позволил выявить более благоприятное течение дерматоза, что характеризовалось возникновением рецидивов 1 раз в год у подавляющего числа больных — 22 (73,33%). Обострения 2—3 раза в год зарегистрированы у 8 (26,67%), более частые рецидивы не отмечались ни у одного из пациентов данной группы ($p \leq 0,05$).

Оценка антропометрических показателей определила степень выраженности повышения массы тела у больных псориазом, а также характер ожирения (табл. 1).

При сравнении антропометрических показателей у женщин и мужчин в обеих группах были получены значимые различия, что проявлялось увеличением объема талии, ВЖТ и процента жира в организме у женщин 2-й группы и только процента жира в организме у всех больных 1-й группы. Были констатированы значимые различия по всем исследуемым параметрам у пациентов 1-й группы, как у женщин, так и у мужчин, при этом показатели у женщин имели тенденцию к увеличению у всех больных. Учитывая тот факт, что были выявлены высокие показатели уровня ВЖТ, можно утверждать, что у больных псориазом преобладает абдоминальный тип ожирения.

Биохимический анализ и ИФА крови позволили выявить степень гормонально-метаболических отклонений у больных псориазом с избыточной массой тела и ожирением (табл. 2, 3; рис. 3).

Параметры липидного обмена у больных 1-й группы характеризовали наличие дислипидемии по атерогенному типу. Анализ показателей липидного спектра крови у обследованных больных позволил установить, что у большинства — 80 (85,11%) больных наблюдалась дис- и/или гиперлипидемия и только у 14 (14,89%)

Показатель	1-я группа (n = 94)		2-я группа (n = 30)	
	мужчины (n = 56)	женщины (n = 38)	мужчины (n = 12)	женщины (n = 18)
Индекс массы тела	$29,15 \pm 4,29^*$	$36,06 \pm 2,99^*$	$21,23 \pm 2,72$	$23,52 \pm 3,41$
Объем талии, см	$110,39 \pm 4,57^*$	$116,27 \pm 4,39^*$	$68,26 \pm 4,16$	$74,19 \pm 6,07^{**}$
Висцеральная жировая ткань, л	$2,11 \pm 0,31^*$	$2,26 \pm 0,09^*$	$1,54 \pm 0,02$	$1,92 \pm 0,12^{**}$
Доля жира в организме, %	$45,08 \pm 2,98^*$	$51,38 \pm 3,09^{**}$	$27,43 \pm 3,62$	$31,51 \pm 5,12^{**}$

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: статистически значимые различия ($p < 0,05$): * — по отношению к показателям во 2-й группе; ** — по отношению к показателям у мужчин.

Таблица 2

Показатели липидного обмена у больных псориазом

Показатель	1-я группа (n = 94)		2-я группа (n = 30)		Референсные значения
	мужчины (n = 56)	женщины (n = 38)	мужчины (n = 12)	женщины (n = 18)	
Холестерин, ммоль/л	5,46 ± 0,11*	5,6 ± 0,12*	4,54 ± 0,16	5,01 ± 0,09	0—6,5
Лipoproteины высокой плотности, ммоль/л	0,72 ± 0,04*	0,52 ± 0,48*	1,09 ± 0,06	0,78 ± 0,02	0,9—3
Лipoproteины низкой плотности, ммоль/л	5,31 ± 0,18*	5,75 ± 0,84	4,69 ± 0,11	5,12 ± 0,24	0—3,4
Лipoproteины очень низкой плотности, ммоль/л	1,10 ± 0,02*	1,49 ± 0,04*	0,62 ± 0,02	0,95 ± 0,09	0—1,04
Триглицериды, ммоль/л	2,76 ± 0,05*	2,94 ± 0,06*	1,67 ± 0,03	1,82 ± 0,07	0—2,2
Коэффициент атерогенности	4,46 ± 0,19*	4,85 ± 0,19*	3,12 ± 0,18	3,94 ± 0,22	2—2,5

были нормальные значения липидограммы. У 19 (20,21%) больных имелись признаки липидной триады, что является характерным признаком метаболического синдрома. Необходимо отметить, что большинство показателей липидов в обеих группах не выходили за пределы референсных, однако значения индекса атерогенности в 1-й группе превышали максимальный уровень нормы в среднем в 1,94 раза, а у больных без повышения ИМТ — в 1,41 раза.

При анализе результатов стандартного глюкозотолерантного теста выявлено три варианта углеводного статуса у больных вульгарным псориазом: норма, нарушение концентрации глюкозы натощак (НГН) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Среди пациентов 1-й группы только у 14 (14,89%) не обнаружено нарушений углеводного обмена. У остальных 80 (85,11%) выявлены различные варианты нарушения углеводного статуса, из них у 23 (24,47%) — повышение концентрации глюкозы плазмы крови натощак с нормальными показателями постнагрузочной глюкозы, у 57 (60,64%) — нарушение толерантности к глюкозе, что более неблагоприятно с точки зрения прогноза развития сердечно-сосудистой патологии. Во 2-й группе доля пациентов с отсутствием нарушений в углеводном обмене составила 16 (53,33%) человек и пациенты с НТГ — 14 (43,33%), что характеризует высокий риск сердечно-сосудистой патологии, несмотря на отсутствие увеличения массы тела.

Анализ результатов ИФА (см. табл. 3) показал гиперлептеинемию как у пациентов с повышением ИМТ, так и с ИМТ менее 25, при этом уровень грелина соответствовал референсным значениям. У пациентов 1-й группы была отмечена выраженная инсулинорезистентность, которая характеризовалась повышением концентрации базального уровня инсулина и индекса НОМА-IR в среднем в 2 раза.

Исследование пищевого поведения у больных 1-й группы выявило следующее соотношение его нарушений: эмоциогенное пищевое поведение — 20,21%, экстернальное пищевое поведение — 43,62%, ограничительное пищевое поведение — 36,17%. Во 2-й группе, несмотря на отсутствие повышения массы тела, выявлены сопоставимые отклонения: эмоциогенное пищевое поведение — 20%, экстернальное пищевое поведение — 36,67%, ограничительное пищевое поведение — 43,33%, что объясняет первичную гормонально-метаболическую составляющую повышения массы тела у больных вульгарным псориазом.

Показатели качества жизни в сопоставимых группах значимо отличались, что характеризовалось средними значениями индекса DLQI в 1-й и 2-й группе — 15,79 ± 0,27 и 8,43 ± 0,41 балла соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов с вульгарным псориазом с избыточной массой тела и ожирением нарушение качества жизни было в 2 раза более выраженным по сравнению с таковым у пациентов без повышения ИМТ.

Таблица 3

Содержание гормонов метаболического баланса у больных псориазом

Показатель	1-я группа (n = 94)		2-я группа (n = 30)		Референсные значения
	мужчины (n = 56)	женщины (n = 38)	мужчины (n = 12)	женщины (n = 18)	
Лептин, нг/мл	40,96 ± 18,41*	62,19 ± 15,88	30,93 ± 9,43	33,85 ± 11,56	0,5—27
Грелин, пг/мл	0,51 ± 0,11*	0,48 ± 0,12*	0,88 ± 0,16	0,88 ± 0,16	0,1—0,89
Инсулин, МЕ/мл	21,31 ± 2,94	17,34 ± 3,59	9,84 ± 1,15	9,84 ± 1,15	4,3—15,3
Индекс НОМА-IR	5,55 ± 0,83	6,13 ± 1,29	2,04 ± 0,21	2,04 ± 0,21	0—3

Выводы

1. У больных с избыточной массой тела и ожирением выявлено более тяжелое и часто рецидивирующее течение вульгарного псориаза.

2. Вульгарный псориаз сопровождается нарушениями гормонально-метаболического статуса как при увеличении индекса массы тела, так и при нормальных его значениях; наиболее выраженные изменения зарегистрированы у женщин с превышением массы тела и ожирением, что значительно повышает риск кардиоваскулярной патологии.

3. Выявленные нарушения пищевого поведения больных вульгарным псориазом не зависят от уровня отклонений антропометрических показателей.

4. Повышение массы тела и ожирение способствуют выраженному нарушению качества жизни больных вульгарным псориазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шилов В.Н. Псориаз — решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). М.: Издатель В.Н. Шилов; 2001: 89—303.
2. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006; 4: 11—5.
3. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Котельникова А.Б., Матусевич С.Л. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006; 4: 32—4.
4. Новицкая Н.Н., Якубович А.И. Некоторые аспекты комплексного лечения псориагической болезни. Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2009; 2: 53—4.
5. Zachariae R., Zachariae H., Blomqvist K., Davidsson S., Molin L., Mørk C., Sigurgeirsson B. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. Br. J. Dermatol. 2002; 146(6): 1006—16.
6. Mrowietz U., Asadullah K. Dimethylfumarate for psoriasis: more than a dietary curiosity. Trends Mol. Med. 2005; 11(1): 43—8.
7. Пинсон И.Я., Довжанский С.И., Берцанская А.М., Олисова О.Ю. К вопросу о патогенезе псориаза. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006; 2: 24—7.
8. Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Бердникова Э.Р., Чуверова К.А. Особенности наследования псориагической болезни на основе анализа родословных. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2009; 3: 44—8.
9. Wakkee M., Thio H., Prens E., Sijbrands E.J., Neumann H.A. Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated psoriasis patients. Atherosclerosis. 2007; 190(1): 1—9.
10. Boehncke S., Thaci D., Beschmann H., Ludwig R.J., Ackermann H., Badenhoop K., Boehncke W.H. Psoriasis patients show signs of insulin resistance. Br. J. Dermatol. 2007; 157(6): 1249—51.
11. Alexandroff A.B., Pauriah M., Camp R.D., Lang C.C., Struthers A.D., Armstrong D.J. More than skin deep: atherosclerosis as a systemic manifestation of psoriasis. Br. J. Dermatol. 2009; 161(1): 1—7.
12. Sterry W., Strober B.E., Menter A.; International Psoriasis Council. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. Br. J. Dermatol. 2007; 157(4): 649—55.
13. Love T.J., Qureshi A.A., Karlson E.W., Gelfand J.M., Choi H.K. Prevalence of the metabolic syndrome in psoriasis: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003—2006. Arch. Dermatol. 2011; 147(4): 419—24. doi: 10.1001/archdermatol.2010.370.
14. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., ред. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М.: МИА; 2006: 23—30.
15. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. Int. J. Eat. Disord. 1986; 5(2): 295—315.

Поступила 04.05.13

© В.И. АЛЬБАНОВА, 2013
УДК 616.8-009.28-036.1-07-08

Трихотилломания

В.И. Альбанова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

С некоторыми первичными психическими нарушениями (трихотилломания, онихотилломания, онихофагия, невротические экскориазии, дерматозойный бред) пациенты обращаются к дерматологу. Задача дерматолога — не только поставить правильный диагноз, но и убедить пациента посетить психиатра. Описано 2 случая трихотилломании — у девушки 16 лет с поражением волосистой части головы и девочки 6 лет с поражением бровей и ресниц. Обсуждаются причины заболевания, возрастные особенности клинической симптоматики, наиболее информативные методы диагностики (трихоскопия, трихограмма, световая микроскопия волос). Изложены основные методы лечения, применяемые в психиатрии, прогноз и течение заболевания.

Ключевые слова: трихотилломания, лечение, диагностика, клиническая картина, трихоскопия, световая микроскопия

TRICHOTILLOMANIA

V.I. Albanova

I.M. Setchenov First Moscow Medical University, Moscow, Russia

Patients with some primary mental disorders (trichotillomania, onychotillomania, onichophagia, neurotic excoriations, dermatozoic delirium) frequently consult a dermatologist. The task of the dermatologist is to

Сведения об авторе:

Альбанова Вера Игоревна — доктор мед. наук, профессор (albanova@rambler.ru).