

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).

diagnose the disease and to persuade the patient to consult a psychiatrist. Two cases with trichotillomania are described: a girl aged 16 years with involvement of the hairy part of the head and a little girl aged 6 years with eyebrows and eyelids involvement. The causes of disease, age-associated clinical symptoms, and most informative diagnostic methods (trichoscopy, trichogram, microscopic examination of the hairs) are discussed. The basic therapeutic methods used in psychiatry, prognosis, and disease course are described.

Key words: *trichotillomania, therapy, diagnosis, clinical picture, trichoscopy, microscopy*

Первичные психические нарушения, встречающиеся в дерматологической практике, многообразны, в их числе трихотилломания (ТТМ), онихотилломания, онихофагия, невротические эксфолиации, патологическое щипание кожи, боязнь паразитов (дерматозойный бред). Общий признак этих заболеваний — самоиндуцированность.

ТТМ — хроническая травматическая алопеция, развивающаяся в результате навязчивого состояния, при котором пациент не может противостоять желанию выдергивать собственные волосы на голове или других участках тела. Впервые ТТМ была описана французским дерматологом Франсуа Анри Аллопо (F.A.Hallopeau) в 1889 г. ТТМ наблюдается при невротических состояниях, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга.

Заболевание довольно распространенное — им страдает 0,6—1% населения [1], 0,6% учащихся колледжей [2]. ТТМ нередко сочетается с трихофагией, онихофагией, самоповреждениями кожи [1].

Среди пациентов преобладают лица женского пола в возрасте от 11 до 16 лет. Во взрослом возрасте у женщин ТТМ наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин [3].

Кожа и ее придатки хорошо иннервированы густой сетью афферентных сенсорных и эфферентных автономных нервных волокон. Этот фактор важен в патогенезе самоиндуцированных дерматозов [4], так как кожный покров часто становится фокусом снижения напряжения.

Наличие заболевания отражается в социальной сфере: подростки боятся обнаружения ровесниками участков облысения, негативной оценки и социального неприятия, в семье часты ссоры, непонимание, напряженность в отношениях, что ведет к усилению стресса и экзациации ТТМ, взрослые тратят значительные суммы на методы сокрытия ТТМ и лечение [5]. Пациенты с ТТМ чаще первично обращаются к дерматологу, так как не желают признать у себя психическое заболевание [6] и ищут другие причины потери волос. Кроме того, они могут вырывать волосы бессознательно или сознательно отрицать факт их вырывания. В связи с этим именно дерматолог должен поставить правильный диагноз, для чего необходимо быть знакомым с эпидемиологией, клинической картиной, дифференциальной диагностикой и возможностями лечения этого состояния [7, 8]. Приводим наши клинические наблюдения 2 случаев ТТМ.

Наблюдение № 1. Больная Ю., 16 лет, рост 170 см, масса тела 71 кг, студентка-отличница из многодетной семьи (родители, 2 брата и сестра) со строгим воспитанием. Обратилась к дерматологу 22.12.12 по настоянию матери. Со слов больной, год назад перестали расти волосы на голове, а затем стали выпадать. Выпадение сопровождается снижением чувствительности кожи головы и отклонениями в настроении в последние месяцы. Консультирована трихологом, по его значению принимала препарат иннеов 3 мес без успеха, за-

тем прошла процедуру «снятия порчи», после чего волосы немного отросли, но 2 мес назад вновь стали выпадать. Мать пациентки отметила странное явление, что выпадающих волос в постели, на одежде и в квартире не находит.

Объективно: волосы светлые, средней длины, выявлен обширный очаг диффузной алопеции в теменной области справа с переходом на затылок имеющий неправильную форму без четких границ (рис. 1). Волосы в очаге сильно разрежены, грубые, разной длины (рис. 2). На коже в очаге мелкопластинчатое шелушение, воспалительные изменения отсутствуют. Тест легкого выдергивания волос по краю очага алопеции отрицательный. Световая микроскопия сохранившихся волос: стержни волос разной толщины, кончики обломаны или расщеплены, пигмент распределен равномерно, волосные луковички без особенностей. При световой микроскопии чешуек кожи и волос в зоне очага облысения мицелия патогенных грибов не обнаружено. Свечения в лучах лампы Вуда не наблюдалось. В клиническом и биохимическом анализе крови и общем анализе мочи: изменений не обнаружено. При обследовании эндокринологом выявлено умеренное увеличение щитовидной железы. На основании клинической картины, анамнеза и данных световой микроскопии волос диагностирована трихотилломания. Пациентка факт выдергивания волос однако отрицала, через несколько дней после визита к дерматологу призналась матери, что выдергивает волосы. Направлена на лечение к психиатру. В дальнейшем проходила лечение у психотерапевта без применения медикаментов.

Наблюдение № 2. Больная Б., 6 лет, рост 118 см, масса тела 25 кг. Мать пациентки обратилась к дерматологу 06.07.10 в связи с выпадением ресниц и бровей у дочери. Из анамнеза: через 20 мин после стресса (съела много шоколадных конфет, была уличена и наказана мамой) выпали ресницы и частично брови, после чего на веках образовались мелкие корочки и гнойнички. Консультирована окулистом: демодекс не обнаружен, назначена гидрокортизоновая мазь, через 3 дня корочки исчезли, ресницы стали восстанавливаться, но брови продолжали выпадать. Проведено аллергологическое исследование — сывороточные аллергопробы были отрицательными. Из анамнеза: в 2-летнем возрасте была травма (отец ударил по голове), после чего в течение нескольких лет наблюдалось нарушение сна, низкая температура тела — 35,2°C, обильное потоотделение, лечилась у невропатолога (диагноз не известен).

Объективно: выявлено разрежение бровей, особенно их наружной части, с обеих сторон (рис. 3, 4). Волоски на бровях разной длины, кожа не изменена. Ресницы отсутствуют участками, как на нижних, так и на верхних веках. Оставшиеся ресницы разной длины, много коротких. Пациентка отрицала выдергивание ресниц и бровей, но ее мать такой возможности не исключала. На основании клинической картины и анамнеза поставлен диагноз трихотилломании. Девочку направили на консультацию к психиатру, где при обследовании выявлены судорожная активность головного мозга, гидроцефальный синдром, повышенное внутричерепное давление, задержка речевого развития. Диагностирован невроз навязчивых состояний, трихотилломания, назначены фенибут, пантогам, витамины. Через 1 мес лечения девочка вновь выдергивала ресницы, в дальнейшем получила 2 курса лечения финлепсином и беллатаминалом по 3 мес с интервалом 6 мес. Выпадения ресниц и бровей после лечения не наблюдалось. Через 3 года продолжает лечение у психиатра.



Рис. 1. Больная Ю., 16 лет. Трихотилломания: очаг диффузной алопеции в теменной области с переходом на затылочную.



Рис. 2. Та же больная. Волосы в очаге сильно разрезаны, грубые, разной длины.

Обсуждение

В развитии ТТМ у детей имеют значение психические травмы. ТТМ встречается в семьях с жестким типом воспитания, требовательными и придирчивыми родителями, добивающимися значимых результатов в учебе и внешкольных занятиях любыми способами, использующих методы эмоционального воздействия и даже жестокое обращение с детьми. Дети в семье испытывают дефицит внимания, общения, ласки, поощрения. В таких случаях выдергивание волос является реакцией протеста ребенка на сложившуюся ситуацию. Ощущение причиненной себе боли и повреждения может ослаблять внутреннее чувство изоляции и дистресса [6]. В ряде случаев удается выяснить причину возникновения, мотивацию и психологический смысл ТТМ. В двух приведенных случаях причины возникновения ТТМ вполне очевидны. Заболевание начинается в детстве (обычный возраст 10—13 лет, средний возраст 11 лет) или юности, редко — до 6-летнего возраста [9]. Наблюдается бимодальное течение с первым пиком в дошкольном возрасте и вторым — в начале полового созревания [10]. Постпубертатное начало заболевания обычно протекает тяжелее [11]. Если среди взрослых пациентов преобладают женщины, то среди детей эта разница не так заметна [9].

Выдергивание волос может быть автоматическим (бессознательным) и сознательным (в ответ на рас-

познаваемые триггерные факторы), нередко имеется сочетание обоих вариантов. В детском возрасте преобладает автоматическое выдергивание. Возможно, дети не могут выразить или неспособны распознать триггерные факторы [5]. Многие пациенты описывают состояние напряженности или другие неприятные ощущения, предшествующие выдергиванию волос или сопутствующие сдерживанию позыва к выдергиванию, а во время и после завершения своих действий испытывают удовольствие, облегчение и радость [12].

В результате выдергивания происходит заметная потеря волос. Излюбленные места выдергивания волос — легкодоступная лобно-теменная область, ресницы, брови, реже — лобковые волосы, волосы на теле и лице [13]. У взрослых и подростков наиболее частым местом выдергивания волос является волосистая часть головы, у детей в возрасте до 6 лет и старше чаще страдают ресницы, у подростков до 18 лет — волосы на лобке [14].

При осмотре выявляют участки поредения волос или облысения на волосистой части головы, бровях, ресницах, лобке. Участки облысения могут быть единичными или множественными, округлыми, линейными или причудливой формы. Кожа в местах облысения нормальная или грубая на ощупь, устья волосяных фолликулов четко обозначены. Оставшиеся волосы обычно разной длины, они могут быть обломаны в середине или выглядеть как маленькие черные точки или щетина. Нередки эксфолиации кожи волосистой части головы и проявления пиодермии в виде корочек, прикрывающих эксфолиации, гнойничков, эритемы, отека. Обычно не находят шелушения. Тест легкого выдергивания волос в зоне окружающей очаг алопеции негативный [6]. Клиническая картина у взрослых не зависит от возраста заболевания [9, 14].

Помимо раздражения и инфицирования кожи в местах выдергивания волос, нередко заметно повреждение и инфицирование кожи пальцев, постоянно выдергивающих волосы. У тех, кто съедает выдернутые волосы (трихотиллофагия), могут быть нарушения пищеварительного тракта, в котором обнаруживают волосяные клубки трихобензоар (описаны преимущественно у детей) [1].

При дерматоскопии и трихоскопии выявляют короткие обломанные волосы разной длины с клиновидными или грубыми, резко обломанными кончиками. Поверхность волосистой части головы не изменена. Устья волосяных фолликулов четко очерчены, без явлений перифолликулярного воспаления [12].



Рис. 3. Больная Б., 6 лет. Трихотилломания: разрежение бровей, преимущественно их наружной части, с обеих сторон. Волосы на бровях разной длины, кожа не изменена. Участки отсутствия ресниц на верхних веках.

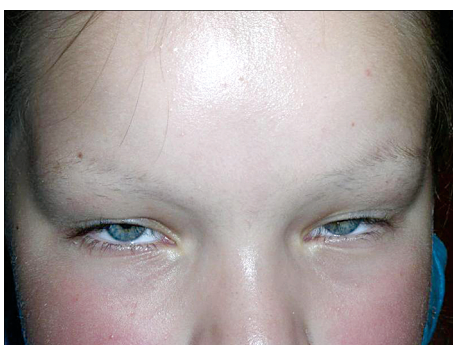


Рис. 4. Та же больная. Участки отсутствия ресниц на нижних веках, оставшиеся ресницы разной длины.

Трихограмма: можно обнаружить трихомалации, характеризующиеся увеличенной плотностью катагенных волос и травмированных волосных луковиц без перифолликулярного воспаления. Характерно также присутствие атрофических, перегнутых под острым углом ригидных корней, похожих на лопа-ты, характерных для катагенных волос, анагенные волосы с разорванными корневыми влагалищами и полное отсутствие телогенных волос [12].

Дифференциальная диагностика может быть очень трудной, тем более что не исключены случаи сочетанного поражения (описан случай сочетания ТТМ с грибковым поражением волос) [15]. Дифференцировать ТТМ следует от гнездовой и андрогенной алопеции, алопеции от натяжения, муцинозной алопеции, фолликулярного красного плоского лишая, дискоидной красной волчанки, псевдопеллады, декарвирующего фолликулита и сифилиса.

Биопсия кожи травматична и у детей затруднительна, тем не менее помогает в сложных случаях. Трихоскопия отличается простотой проведения, неинвазивностью, не требует сложного оборудования, что обеспечивает ей явное преимущество перед другими диагностическими методами [16]. Дифференцировать ТТМ от других нарушений роста волос помогают также дерматоскопия кожи и световая микроскопия волос. Они позволяют отличить ТТМ от гнездовой алопеции, грибковых поражений, генетических аномалий волос (монилектрикс, узловатый трихорексис, бамбуковидные, скрученные и кольцевидные волосы).

Трихоскопическая картина гнездовой алопеции отличается от ТТМ наличием гиперкератотических пробок в устьях волосных фолликулов (желтые точки), кадаверизированных волос (черные точки), волос в форме восклицательных знаков (видны при длине 1 мм и меньше), дистрофических и растущих волос [12]. На трихограмме выявляют диспластические и дистрофические анагенные волосы. Характерна также зона расшатанных легко выдергивающихся волос по краю очага облысения при гнездовой алопеции. Осмотр под лампой Вуда и световая микроскопия позволяют исключить грибковые поражения.

Психиатрическая коморбидность у взрослых пациентов встречается часто и включает тревожные состояния, нарушения настроения, аппетита и личности, а в юношеском возрасте — тревожные состояния и разрушительное поведение [5]. Поскольку заболевание затрагивает эмоционально лабильный возраст, больные тщательно скрывают участки облысения и факт выщипывания.

Для эффективного лечения ТТМ важно установить хороший контакт врача с пациентом. Вместе с тем в работе с пациентом четко устанавливаются границы врач—пациент, врач не позволяет собой манипулировать. Во избежание конфронтации может быть полезно не напрямую направить пациента к психиатру, обозначив его неадекватность, а подчеркнуть влияние стресса или депрессии на течение болезни, чтобы подтолкнуть пациента к визиту к психиатру.

Частая неосознанность производимых действий, смущение и стыдливость детей, стражающих трихотилломанией, затрудняют сбор анамнеза. Учитыва-

вая скрытность, застенчивость и предыдущий опыт общения с врачами, следует подчеркнуть, что цель расспросов — собрать как можно больше информации о болезни, а не выяснение «всей правды» и не «выведение на чистую воду» пациента.

Подростков предпочтительнее расспросить без родителей, учитывая их стремление уменьшить значимость заболевания как «слишком раздутой проблеме», стремление «не ударить в грязь лицом». Родителей рекомендуется пригласить после окончания беседы, чтобы дать им общую оценку ситуации, уважая право подростка на конфиденциальность, но также учитывая необходимость для родных понимания сущности заболевания и важности выполнения назначенного лечения [5]. Взрослых консультируют без свидетелей. Лечение ТТМ проводится психиатром.

Роль и задачи дерматолога:

- поставить диагноз ТТМ;
- провести дифференциальную диагностику;
- попытаться идентифицировать психологические проблемы, проявляющиеся в ТТМ;
- назначить симптоматическое лечение;
- убедить пациента или его родственников посетить психиатра.

Дерматологическая часть лечения заключается в назначении антисептиков и антибиотиков при развитии вторичного инфицирования, противогрибковой терапии при необходимости, топических глюкокортикостероидов при воспалении, стимуляторов роста волос.

Психиатрические методы оценки ТТМ и лечения

Анкетирование. Существуют разные анкеты, обычно простые, включающие 5—7 вопросов. Цель анкетирования — узнать, сколько времени уходит на выдергивание волос, как пациент сопротивляется позыву к выдергиванию, есть ли возможность контроля позыва, как ощущает себя после, как заболевание влияет на жизнь.

Фотографирование. Фотографирование в процессе лечения — свидетельство его успешности. Однако не всегда удается получить согласие пациента или его родителей на фотосъемку [5].

Лечение ТТМ рекомендуется начать как можно раньше, поэтому очень важна своевременная диагностика. Раннее лечение предотвращает развитие выраженных эмоциональных нарушений и коморбидных состояний. Методы лечения [1—5, 10] включают: когнитивную и поведенческую терапию, тренинг отмены привычки (habit reversal training); поддерживающие консультации; группы поддержки; гипноз; медикаментозную терапию; комбинированные подходы.

В когнитивной и поведенческой терапии выделяют 3 основных элемента: тренировка осознания — улучшение осознания пациентом того, что он делает и что этому действию предшествует позыв; контроль стимула — методы уменьшения вероятности того, что пациент начнет выдергивать волосы; тренировка конкурирующего ответа — пациента учат при появлении позыва заниматься тем, что исключает выдергивание волос, до прекращения позыва, например, садиться на собственные руки [5]. Медикаментозное лечение

[1—5, 10, 12] включает: антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина); препараты, блокирующие опиатные рецепторы; агонисты каннабионидных рецепторов; модулятор глутамата N-ацетилцистеин (1200 мг/сут); нейролептики; анксиолитики (если беспокойство доминирует).

В дошкольном возрасте медикаментозное лечение применяется редко, но по мере взросления все чаще [10]. Коморбидность и ответ на лечение не зависят от возраста [2, 10, 14].

Течение и прогноз. У маленьких детей течение болезни может быть самоограниченным, т. е. выздоровление может произойти само собой [17]. У детей более старшего возраста ТТМ чаще ассоциирована с психическим заболеванием, поэтому протекает хронически с рецидивами. У взрослых пациентов рецидивы довольно часты [5]. Прогноз зависит от коморбидного состояния, своевременности начала лечения, комплексного подхода, знаний и владения психиатром современными методами, комплаентности.

ЛИТЕРАТУРА

- Rodrigues-Barata A.R., Tosti A., Rodríguez-Pichardo A., Camacho-Martínez F. N-acetylcysteine in the treatment of trichotillomania. *Int. J. Trichology*. 2012; 4(3): 176—8.
- Minichiello W.E., O'Sullivan R.L., Osgood-Hynes D., Baer L. Trichotillomania: clinical aspects and treatment strategies. *Harv. Rev. Psychiatry*. 1994; 1(6): 336—44.
- Christenson G.A., Crow S.J. The characterization and treatment of trichotillomania. *J. Clin. Psychiatry*. 1996; 57(Suppl. 8): 42—7.
- Gupta M.A. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin. Dermatol*. 2013; 31(1): 110—7.
- Franklin M.E., Zgrabbe K., Benavides K.L. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev. Neurother*. 2011; 11(8): 1165—74.
- Wong J.W., Nguyen T.V., Koo J.Y. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J. Dermatol*. 2013; 58(1): 44—8. doi: 10.4103/0019-5154.105287.
- Gieler U., Consoli S.G., Tomás-Aragones L., Linder D.M., Jemec G.B., Poot F., et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm. Venereol*. 2013; 93(1): 4—12. doi: 10.2340/00015555-1506.
- Gordon-Elliott J.S., Muskin P.R. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clin. Dermatol*. 2013; 31(1): 3—10. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.001.
- Cohen L.J., Stein D.J., Simeon D., Spadaccini E., Rosen J., Aronowitz B., Hollander E. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *J. Clin. Psychiatry*. 1995; 56(7): 319—26.
- Bruce T.O., Barwick L.W., Wright H.H. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Paediatr. Drugs*. 2005; 7(6): 365—76.
- Odlaug B.L., Chamberlain S.R., Harvanko A.M., Grant J.E. Age at onset in trichotillomania: clinical variables and neurocognitive performance. *Prim. Care Companion CNS Disord*. 2012; 14(4). pii: PCC.12m01343. doi: 10.4088/PCC.12m01343.
- Gude D., Naveed S. Comprehending trichotillomania. *Int. J. Trichology*. 2012; 4(2): 100—1.
- Mathew J. Trichoscopy as an aid in the diagnosis of trichotillomania. *Int. J. Trichology*. 2012; 4(2): 101—2.
- Flessner C.A., Lochner C., Stein D.J., Woods D.W., Franklin M.E., Keuthen N.J. Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2010; 198(12): 896—900.
- Fellner M.J. Trichotillomania in a young male complicated by tinea capitis associated with *Cryptococcus laurentii* and *Candida parapsilosis*. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol*. 2013; 6(1): 71—3. doi: 10.2147/CCID.S43047.
- Haliasos E.C., Kerner M., Jaimes-Lopez N., Rudnicka L., Zalaudek I., Malvey J., et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. *Pediatr. Dermatol*. 2013; 30(2): 163—71. doi: 10.1111/pde.12097.
- Sah D.E., Koo J., Price V.H. Trichotillomania. *Dermatol. Ther*. 2008; 21(1): 13—21. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00165.x.

Поступила 02.07.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616-002.73-06:616.711-07

Диагностическая значимость остеокальцина при лепрозных остеодеструктивных осложнениях

О.В. Дегтярев¹, У.А. Сазыкина², Е.Н. Лазарева³

¹Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России; ²ФГУ Научно-исследовательский институт по изучению лепры Минздрава России, Астрахань; ³кафедра инфекционных болезней ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России

Представлены данные исследования по определению уровня белка остеокальцина у больных лепрой с остеодеструктивными осложнениями и у больных группы сравнения с другой патологией. В обеих группах отмечалось повышение концентрации остеокальцина, но в разной степени. Значительное повышение концентрации этого белка обнаружено у больных лепрой с остеодеструктивными изменениями. Увеличение концентрации остеокальцина в сыворотке крови в 10 раз свидетельствует о деструктивных изменениях в костной ткани.

Ключевые слова: остеокальцин, лепра, ревматоидный артрит, туберкулез опорно-двигательного аппарата, лихорадка

Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович — доктор мед. наук, доцент (niil@astmail.astranet.ru); Сазыкина Ульяна Андреевна — аспирант (sazikina.ulyana@yandex.ru); Лазарева Елена Николаевна — кандидат мед. наук, ассистент.