

На правах рукописи
Романова

Романова Юлия Юрьевна

**Качество жизни и психосоматические расстройства при алопециях: клиника, типология,
комплексная терапия**

14.01.10 – Кожные и венерические болезни

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2022

Работа выполнена в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Львов Андрей Николаевич

доктор медицинских наук

Романов Дмитрий Владимирович

Официальные оппоненты:

Тамразова Ольга Борисовна – доктор медицинских наук, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, факультет непрерывного медицинского образования, Медицинский институт, кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии, профессор кафедры

Выборных Дмитрий Эдуардович – доктор медицинских наук, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лаборатория по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови, заведующий лабораторией

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «16» мая 2022 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.09 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д.19.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1 и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «__» _____ 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент

Чебышева Светлана Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В связи с широкой распространённостью алопеций в популяции (Piraccini V.M. et al., 2014; Mirzoyev S.A. et al., 2014; Sinikumpu S.P. et al., 2014; Kovacevic M. et al., 2017) - патологий, имеющих психологические и социальные последствия (Tucker P., 2009; Picardi A. et al., 2000), существует потребность в учете и разносторонней оценке качества жизни и психосоматических расстройств у данной группы больных (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004; Prinsen C. et al., 2010). Однако использование шкал для оценки качества в клинической дерматологической практике у больных алопециями ограничено. Более широкому применению специалистами препятствуют, прежде всего, сложности, связанные с выбором подходящего опросника для оценки качества жизни больных и интерпретацией результатов. По мнению ряда исследователей, основной общедерматологический опросник для определения качества жизни больных - Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ) имеет ряд теоретических и методологических ограничений (Nijsten T. et al., 2012; de Korte J. et al., 2002). Является актуальным тестирование и сравнительная оценка ДИКЖ с другими опросниками, в частности, с опросниками, детализирующими отдельные сферы качества жизни больных и адаптированных для пациентов с алопециями. Примером такого опросника является Специфический для патологии волос Скиндекс-29 (Скиндекс-29^B, Hair Specific Skindex-29).

Имеющиеся данные указывают на связь качества жизни дерматологических больных с психическим благополучием, что определяет актуальность изучения сопутствующих психосоматических расстройств и их вклада в качество жизни применительно к пациентам с алопециями (Prinsen C. et al., 2010; Sampogna F. et al., 2004; Picardi A. et al., 2000; Кочергин Н.Г. с соавт., 2006). Исследования сопутствующих психических расстройств посвящены главным образом гнездовой алопеции (ГА) - патологии, традиционно относимой к «классическим» психосоматическим заболеваниям (García-Hernandez M.J. et al., 1999; Panconesi E., Hautmann G., 1996; Gupta M.A. et al., 1997; Hunt N., McNale S., 2004). Согласно данным работ частота коморбидных психических расстройств при ГА может достигать 66% (Ruiz-Doblado S. et al., 2003). Недостаточно изучена проблема сопутствующих психосоматических расстройств при наиболее часто встречающихся диффузных формах алопеций (андрогенетической алопеция - АГА и диффузном телогеновом выпадении волос - ТВВ) (Грищенко Ю.В. 2011; Урюпина Е.Л. с соавт., 2017). В целом при алопециях сведения о психосоматических расстройствах чаще ограничиваются результатами психометрического обследования (Грищенко Ю.В. 2011; Урюпина Е.Л. с соавт., 2017; Kökçam I. et al., 1999; Karia S.V. et al., 2011), в связи с чем определение спектра и особенностей психосоматических расстройств при алопециях в результате клинического интервью врача-психиатра является актуальной задачей. Так, отсутствует общая типология психосоматических расстройств при алопециях как патологий, объединенных общим симптомом (потеря волос с

формированием облысения). В частности, требуется уточнение структуры провоцированных алопециями нозогенных реакций.

Актуальной проблемой является своевременная диагностика и ведение пациентов с трихотилломанией (ТТМ) - первичной психической патологией, объектом реализации которой являются волосы (Романов Д.В. с соавт., 2019). Есть основания полагать, что ТТМ может быть клинически неоднородной патологией (Christenson G.A. et al., 1994), в связи с чем терапия расстройства может требовать дифференцированного подхода. Отдельной проблемой является гиподиагностика ТТМ дерматологами: более чем в 50% случаев пациентам первично ставится неверный диагноз, чаще ГА (Christenson G.A. et al., 1991). Путем повышения эффективности диагностики ТТМ является развитие неинвазивного оптического метода диагностики - трихоскопии с выделением значимых для дифференциальной диагностики ТТМ признаков. При проведении систематического обзора данных литературы обнаружено малое количество исследований, содержащих оценку частоты трихоскопических признаков при ТТМ, выявлены методологические ограничения имеющихся работ (Романова Ю.Ю. с соавт., 2019).

Актуальной задачей в свете развития пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи является разработка алгоритма психодерматологической диагностики для определения индивидуальной тактики комплексного ведения пациентов с алопециями.

Нуждаются в дальнейшем изучении механизмы реализации психогенных факторов в развитии алопеций. Накапливаются данные, иллюстрирующие участие нейрогенного воспаления в модуляции иммунных реакций при ГА посредством секреции ряда нейротрансмиттеров. В частности, требует уточнения значение в патогенезе ГА нейротрофина фактор роста нервов (NGF, nerve growth factor), учитывая его участие в стрессовом, иммунном ответе, регуляции роста волос и развитии ряда психических расстройств (Cordan Yazici A. et al., 2006; van der Steen P. et al., 1992; Picardi A. et al., 2003).

Степень разработанности темы исследования. Имеющиеся исследования качества жизни и психических расстройств преимущественно представлены публикациями о ГА, для других частых нозологий с потерей волос данные ограничены единичными работами (Williamson D. et al., 2001, Zhuang X.S. et al., 2013; Jun M. et al., 2018; Sanclemente G. et al., 2017; Грищенко Ю.В., 2011; Урюпина Е.Л., Малишевская Н.П., 2017). По данным мета-анализа данных (Rencz F. et al., 2016) пациенты с ГА испытывают значительное снижение качества жизни, которое имеет ассоциацию с психическими расстройствами. Анализ данных литературы в целом показывает, что степень разработанности проблемы качества жизни и психосоматических расстройств при алопециях оказалась недостаточной в следующем:

- в Российской Федерации отсутствуют сравнительные научные исследования качества жизни пациентов с различными нозологическими формами алопеций;

- не изучена структура сопутствующих психосоматических расстройств у больных алопециями, в частности, спектр и психопатологическая характеристика нозогенных реакций на потерю волос;

- не изучены отличительные трихоскопические признаки ТТМ, отсутствует единая клиническая типология расстройства;

- отсутствует психодерматологический алгоритм диагностики пациентов, который бы мог определить дифференцированный подход к ведению больных с учетом дерматологического и психосоматического статуса.

Цель исследования – научное обоснование и разработка комплексного психодерматологического алгоритма диагностики и тактики пациент-ориентированной терапии различных форм алопеций с учетом клинических данных, трихоскопических признаков, психосоматических расстройств и качества жизни пациентов

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ качества жизни у больных с часто встречающимися нозологическими формами алопеций (гнездная, андрогенетическая, телогеновая) и определить социодемографические, клинические и психосоматические параметры, ассоциированные со снижением качества жизни;

2. Определить клиническую структуру и психопатологические особенности сопутствующих психосоматических расстройств у пациентов с алопециями с разработкой их типологической дифференциации;

3. Оценить информативность различных трихоскопических признаков в диагностике первично психической патологии с аутодеструктивным поведением в отношении волос – трихотилломании и клиническую вариабельность расстройства с разработкой дифференцированной комплексной терапии;

4. Разработать алгоритм комплексной психодерматологической диагностики различных форм алопеций, основанный на клиническом, трихоскопическом, психопатологическом обследовании пациентов;

5. У пациентов с гнездной алопецией изучить ассоциацию психосоматических нарушений и клинических особенностей заболевания с уровнем фактора роста нервов в плазме крови больных.

Научная новизна работы. Впервые решена задача установления клинических, социодемографических и психосоматических параметров, ассоциированных со снижением качества жизни у пациентов с часто встречающимися формами алопеций, что имеет значение для развития дерматовенерологии. Впервые при алопециях как психометрически, так и в результате клинического обследования с участием психиатра определена структура и предложена типология

сопутствующих психосоматических расстройств, характеризующихся преобладанием спровоцированных алопециями нозогенных реакций. Впервые установлена частота и разнообразие патологических трихоскопических признаков при ТТМ и определена их значимость в дифференциальной диагностике с гнездной алопецией, что имеет теоретическое и практическое значение для решения проблемы гиподиагностики. Впервые выявлена неоднородность ТТМ - первичного психического расстройства с аутодеструктивным поведением в отношении волос: две клинических модели облысения (диффузная, очаговая) и три психопатологических типа (компульсивный, импульсивный, диссоциативный). Впервые предложен алгоритм комплексной психодерматологической диагностики различных форм алопеций, определяющий тактику пациент-ориентированной терапии больных.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные данные о значимых параметрах в снижении качества жизни пациентов с алопециями способствуют более широкому внедрению в клиническую практику психометрических шкал для оценки КЖ как важного инструмента для определения тяжести состояния больного и мониторинга эффективности проводимого лечения, способствуют улучшению взаимодействия врача и пациента. Полученные в работе результаты позволяют более эффективно решать сложные дифференциально-диагностические и терапевтические задачи, возникающие при оказании медицинской помощи пациентам с алопециями, имеющими сопутствующие психосоматические расстройства. Разработанный и внедренный в практику комплексный психодерматологический алгоритм диагностики имеют прикладное значение и соответствует реализации пациент-ориентированного подхода в дерматологии. Представленная типология ассоциированных с алопециями психосоматических расстройств и ТТМ решает значимые проблемы теоретической и практической дерматологии и психопатологии. Теоретическую значимость, определяющую потребность в дальнейшем изучении роли нейротрофина NGF, имеют полученные данные об ассоциации содержания NGF с тяжестью аутоиммунного процесса при ГА и полом больных. Ожидаемые результаты внедрения в клиническую практику комплексного подхода к диагностике и терапии ТТМ с применением трихоскопии включают повышение точности диагностики патологии, оптимизацию медицинского маршрута и повышение эффективности лечения больных ТТМ, в конечном итоге - снижают затраты системы здравоохранения.

Методология и методы исследования. В настоящем исследовании применялись общенаучные и специальные методы научного исследования, включающий теоретический, метод динамического наблюдения, описания, сравнения, измерения, эксперимента, обобщение, анализ и синтез. Полученные данные диссертационной работы базируются на результатах собственных исследований с использованием клинического (включая психометрический - с применением опросников для определения качества жизни больных и психосоматических параметров),

инструментального (оптического метода диагностики - трихоскопии), лабораторного методов. Результаты исследования легли в основу создания алгоритма комплексной психодерматологической диагностики алопеций для определения тактики пациент-ориентированной терапии. Обработка результатов исследования осуществлялась современными методами статистического анализа.

Положения, выносимые на защиту

1. Снижение качества жизни у пациентов с алопециями ассоциировано с молодым возрастом больных, гнездной алопецией как нозологической формой облысения, и такими психосоматическими параметрами, как тревога и характерологические аномалии личности;
2. Среди сопутствующих психосоматических расстройств у пациентов с гнездной алопецией, телогеновым выпадением волос и андрогенетической алопецией наибольшую долю составляют спровоцированные этими состояниями нозогенные реакции на факт облысения, в первую очередь, тревожные и с нарушением образа тела;
3. Трихотилломания клинически и психопатологически гетерогенна, и представлена двумя клиническими вариантами облысения (диффузный и очаговый) и тремя психопатологическими вариантами аутоэкстракции волос (компульсивный, импульсивный и диссоциативный), что определяет необходимость проведения дифференцированной комплексной терапии расстройства;
4. Комплексный алгоритм психодерматологической диагностики различных форм алопеций является предпосылкой реализации современной пациент-ориентированной модели терапии;
5. У пациентов с гнездной алопецией содержание фактора роста нервов NGF в плазме крови ассоциировано с тяжестью процесса (вовлечением в процесс волос на теле и ногтей) и полом больных (выше у мужчин).

Апробация работы. Основные результаты диссертационного исследования были представлены в докладах на следующих мероприятиях: 16 конгрессе Европейского общества дерматологии и психиатрии (25-27 июня 2015, ESDaP, Санкт-Петербург); V Московском форуме «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» (14-16 октября 2015, Москва); IV Национальном конгрессе «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология» (16-18 марта 2016, Москва); 17-й конференции Европейского Общества Исследования Волос (24-26 июня 2016, EHRS, Тбилиси, Грузия); IX, XI Международном форуме дерматовенерологов и косметологов (16-18 марта 2016, 14-16 марта 2018, Москва); VI, VII Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов (17-18 октября 2016, 19-20 октября 2017, Москва); VII конференции Ассоциации «Профессиональное общество трихологов» (16 декабря 2016, Москва); Европейском Конгрессе Академии Лазерной Медицины (2-3 марта 2018, ECALM, Москва); «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества» (29 октября 2018, Москва); 11 Мировом Конгрессе Исследования Волос (24-27 апреля 2019, WHRS,

Барселона, Испания); XXXVII Научно-практической конференции с международным участием «Рахмановские чтения» (30 января 2020, Москва).

Степень достоверности полученных результатов. Основанием достоверности полученных результатов является использование современных методов статистической обработки данных с применением программ IBM SPSS Statistics 22 и EpiInfo 7.2. Средние величины представлены как $M \pm SD$, для медиан (Me) указаны значения 1-го и 3-го квартилей (p25 и p75). В зависимости от характеристик распределения, размеров сравниваемых выборок были применены параметрические или непараметрические критерии при оценке статистической значимости и взаимосвязей. Оценка данных лабораторного этапа исследования включала метод многофакторного регрессионного анализа. Для всех применяемых критериев значимость различий устанавливалась на уровне $p < 0,05$.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты настоящего исследования внедрены в практику лечебной работы государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», ООО «Институт красивых волос».

Личный вклад автора. Автор лично организовал и провел настоящее исследование, определил цели, задачи исследования, разработал план и методические подходы, отбирал участников исследования, проводил их клиническое обследование, обрабатывал результаты психометрических шкал, заполнял материалы отчетности, координировал психиатрическое обследование, назначал дерматологическое лечение, разрабатывал алгоритм психодерматологической диагностики, проводил статистическую обработку, анализ и интерпретацию полученных результатов, сформулировал основные научные положения и выводы настоящего исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту научных специальностей 14.01.10 – кожные и венерические болезни и 14.01.06 – психиатрия. Результаты проведенного исследования соответствуют областям исследования данных специальностей.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, отражающих основные результаты диссертации (4 статьи - в изданиях из Перечня рецензируемых изданий, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России, 2 из которых в журналах, включенных в базу данных Scopus); а также 1 обзорная статья, 1 патент на изобретение; 1 глава в монографии.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 153 страницах машинописного текста (основной текст—128 стр., список литературы—25 стр.) и состоит из введения, 4 глав (обзор литературы, характеристика материалов и методов исследования, результаты собственных клинического и лабораторного этапов исследований), а также заключения, выводов и практических

рекомендаций. Библиографический указатель содержит 235 работ (из них 35 отечественных и 200 иностранных), приведено 15 таблиц, 15 рисунков, 5 приложений.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В исследование были включены пациенты, обследованные на базе отдела клинической дерматовенерологии и косметологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (директор – проф. Н.Н. Потехаев).

Исследование включало в себя два основных этапа: **клинический и лабораторный**. Выборки клинического и лабораторного этапов исследования не пересекались.

На клиническом этапе пациенты прошли комплексное дерматологическое обследование (включая трихоскопию), в ходе которого была диагностирована нозологическая форма алопеции. Выборка клинического этапа исследования составила 123 больных (101 жен., ср. возр. - $36,9 \pm 13,5$ лет): 103 больных с различными формами алопеций и 20 больных с ТТМ (F63.3).

Для оценки психосоматического статуса больные с алопециями (ГА, АГА, ТВВ) на первом этапе заполняли психометрические опросники для определения параметров качества жизни (ДИКЖ и специфический для патологии волос Скиндекс-29 - Скиндекс-29^B, Hair Specific Skindex-29), тревоги и депрессии (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии - HADS) и выявления характерологических личностных аномалий (опросник SCID-II-PD). На основании скрининга психосоматических нарушений с применением шкал на втором этапе клинического исследования проводилась диагностика и квалификация психосоматических расстройств психиатром в процессе очной консультации (по МКБ-10, DSM).

Определение спектра и частоты трихоскопических признаков ТТМ проводилось в следующей последовательности: вначале был проведен систематический обзор литературы в соответствии с рекомендациями PRISMA (Moher D. et al., 2009) с количественной оценкой частоты трихоскопических признаков при ТТМ; затем - собственное исследование разнообразия, частоты обнаружения трихоскопических признаков при ТТМ в сравнении с ГА (дерматоскоп Aramo SG), как наиболее сложной для дифференциальной диагностики патологии.

Комплексная терапия больных ТТМ с проводилась в соответствии с принципами дерматологического и психиатрического лечения (Смулевич А.Б., Иванов О.Л. с соавт., 2004; Bewley A. et al., 2014). Дерматологическая терапия проводилась с учетом тяжести и давности облысения. Выбор психофармакологических препаратов осуществлялся синдромальной структурой расстройства и соответствовал принятым современным принципам и подходам к терапии психических расстройств (Романов Д.Д., 2014; Смулевич А.Б., 2000). У больных ТТМ с целью

оценки эффективности терапии применялась шкала общего клинического впечатления - Clinical Global Impression Scale (субшкала «severity», CGI-s).

На лабораторном этапе 43 участникам (23 больных ГА и 20 обследуемых контрольной группы) проведено исследование содержания фактора роста нервов (NGF) методом ИФА в плазме крови в соответствии с инструкциями, прилагаемыми к диагностическому набору реагентов (набор HUMAN beta-NGF ELISA KIT). Оценена зависимость уровня медиатора от социодемографических, клинических характеристик алопеций и психометрических показателей стресса (шкала PSM-25), тревоги и депрессии (по HADS).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты клинического этапа исследования

При комплексном дерматологическом обследовании с применением неинвазивного оптического метода диагностики - трихоскопии - у 123 больных с потерей волос (101 женщина) были диагностированы нозологии: гнездная алопеция (ГА, МКБ-10 L63, 28 набл.); андрогенетическая алопеция (АГА, МКБ-10 L64, 39 набл.); диффузное телогеновое выпадение волос (ТВВ, МКБ-10 L65.0, 36 набл.); трихотилломания (ТТМ, 20 набл., МКБ-10 F63.3, окончательная верификация диагноза проводилась психиатром).

Сравнительная оценка качества жизни у больных алопециями

У пациентов с алопециями (ГА, АГА, ТВВ, всего 103 набл.) негативное влияние заболевания на качество жизни в различной степени (легкое, умеренное, тяжелое) по ДИКЖ установлено у 75,7% пациентов (78/103 набл.), по общему Скиндекс-29^B - у 51,5% пациентов (53/103 набл.). Эти различия реализуются преимущественно за счет долей больных с отсутствием нарушений и с легким снижением качества жизни, при этом доли больных с умеренным и тяжелым снижением качества жизни по оценке двух использованных опросников сопоставимы. В пользу согласованности оценки качества жизни использованными опросниками свидетельствует сильная положительная корреляция суммарного показателя ДИКЖ с общим Скиндекс-29^B ($\rho=0,75$), а также со всеми тремя доменами Скиндекс-29^B. Однако сила корреляции суммарного ДИКЖ с различными доменами Скиндекс-29^B отличается: наиболее сильная связь ДИКЖ с доменом «функции» опросника Скиндекс-29^B ($\rho=0,73$), тогда как корреляция с доменами «симптомы» и «эмоции» может быть оценена как умеренная ($\rho=0,49$ и $\rho=0,62$ соответственно), что служит дополнительным аргументом в пользу использования при алопециях специализированного инструмента, целенаправленно оценивающего влияние на качество жизни утраты волос и учитывающего как особенности симптоматики, так и эмоционального реагирования. Так, согласно результатам исследования, у пациентов с различными формами алопеций снижение качества жизни в большей мере связано с эмоциональными реакциями на потерю волос: по домену «эмоции» Скиндекс-29^B получены

значимо более высокие баллы в сравнении с «функциями», «симптомами» - более чем у половины пациентов (60,2%) установлено очень тяжелое снижение КЖ по домену «эмоции» Скиндекс-29^B.

Таким образом, применение Скиндекс-29^B при алопециях имеет преимущества перед ДИКЖ: шкала является адаптированной для алопеций, позволяет проводить дифференцированную оценку качества жизни по трем основным доменам функционирования с выявлением наиболее пострадавших сфер, требующих целенаправленной коррекции и мониторинга.

Исследована ассоциация качества жизни у больных с алопециями с социодемографическими, клиническими и психопатологическими параметрами: установлена зависимость качества жизни от возраста, нозологической формы облысения и психопатологических нарушений.

Более низкое качество жизни выявлено у пациентов молодого возраста в оценке ДИКЖ в сравнении с пациентами старшей возрастной группы ($p=0,035$), что подтверждает результаты ряда работ и может быть связано с восприятием индивидуумом несвоевременности изменений внешности в сравнении со сверстниками (Schmitt J.V. et al., 2012; Rencz F. et al., 2016). По Скиндекс-29^B корреляции с возрастом не установлено.

Нозологическая форма алопеции также вносит свой вклад в качество жизни. В соответствии с ДИКЖ выявлены худшие показатели качества жизни при ГА, в сравнении с другими изученными формами облысения (АГА, ТВВ) ($p = 0,01$). По домену «функции» опросника Скиндекс-29^B у пациентов с ГА также выявлялись более высокие баллы, однако различия не достигли уровня статистически значимых ($p=0,41$).

Среди всех проанализированных параметров наиболее весомый вклад в снижение качества жизни у пациентов с алопециями вносит тревога по HADS (>7 баллов), которая верифицирована у 34,0 % пациентов (35 /103 набл.): обнаружена зависимость показателей качества жизни (по ДИКЖ и всем доменам Скиндекс-29^B) от наличия тревоги ($p<0,001$).

Депрессия по HADS (>7 баллов) была менее распространена среди пациентов с алопециями в сравнении с тревогой (у 13,6 % - 14/103 набл.) и не вносила значимого вклада в качество жизни больных с алопециями ($p>0,05$).

Результаты проведенного исследования также свидетельствуют о более выраженном снижении качества жизни у пациентов с характерологическими аномалиями личности, верифицированных с применением опросника SCID-II-PD ($p<0,05$).

Не установлено значимой ассоциации показателей качества жизни у пациентов с алопециями с рядом других параметров (пол пациента, длительность и тяжесть алопеции).

Сопутствующие психосоматические расстройства у больных алопециями

У пациентов с алопециями (ГА, АГА, ТВВ) была проведена диагностика сопутствующих психосоматических расстройств путем междисциплинарного взаимодействия дерматолога и психиатра: у пациентов, прошедших оценку сопутствующих психосоматических нарушений

психометрическими инструментами на дерматологическом приеме, в дальнейшем проводилась клиническая оценка психосоматических расстройств психиатром в ходе клинического интервью.

По результатам психометрического обследования (скрининг тревоги и депрессии по HADS) одно или более психических расстройств были выявлены у 40,8% (42/103 набл.) пациентов с алопециями: у 46,4 % пациентов с ГА (13/28 набл.), у 38,5% - с АГА (15/39 набл.), у 38,9%- с ТВВ (14/36 набл.).

В целом выявлено преобладание тревоги: тревога по HADS (>7 баллов) наблюдалась у 34,0% пациентов (35/103 набл.) - статистически значимо чаще, чем депрессия (у 13,6 % - 14/103 набл.) или их сочетание (6,8%, 7/103 набл.) ($p < 0,001$). Преобладание тревожных нарушений, по-видимому, является отличительной чертой всех нозологий алопеций, включённых в исследование. В то время, как для дерматологических болезней в целом, напротив, характерно преобладание депрессивных расстройств (Белоусова Т. с соавт., 2007; Ali F.M. et al., 2018).

Диагностированные при психиатрической консультации расстройства были представлены двумя группами нарушений: провоцированными алопециями - нозогенными реакциями и ассоциированными с алопециями - аффективными расстройствами. Установлено преобладание **нозогенных реакций** (соответствуют расстройствам адаптации в МКБ-10 F43), которые встречались у 92,8 % (39/42 набл.) пациентов (Таблица 1). Большую часть из них составили реакции с нарушением образа тела - 54,8% (23/42 набл., Таблица 1, п. I.A), ассоциированные с изменением или страхом изменения внешнего облика при потере волос. При этом содержание реакций с нарушением образа тела могло принципиально отличаться: преобладающим мог быть страх обнаружения перед окружающими косметического дефекта - социофобическая реакция, либо идеи сохранения/восстановления внешнего вида волос (синонимы в литературе «синдром Дориана Грея», «ипохондрия красоты» - сверхценная нозогения), либо диссоциативные реакции с отчуждением внешнего облика (Таблица 1 пп. I.A.1 – I.A.3).

Таблица 1 - Психосоматических расстройств у больных алопециями

Характеристика патологии	Частота выявления % (набл.)			
	в выборке	при ГА	при АГА	при ТВВ
I группа - нозогенные реакции (F43)	92,8 % (39/42)	92,3% (12/13)	86,6% (13/15)	100% (14/14)
I.A с нарушением образа тела - психические расстройства ассоциированы с изменением или страхом изменения внешнего облика в связи с потерей волос	54,8% (23/42)	61,5% (8/13)	53,3% (8/15)	50,0% (7/14)

<p>І.А.1 Социофобические реакции</p> <p>Сопровождаются навязчивым страхом обнаружения облысения на людях и получения отрицательной оценки внешности окружающими, часто необоснованным (ввиду незаметности для окружающих дефекта). Содержательный комплекс тревоги связан с несоответствием собственных представлений о надлежащем облике волос общепринятым социальным стандартам. Свойственно компульсивное (ритуальное и защитное) поведение в отношении реального, иногда сильно преувеличенного дефекта (навязчивые перепроверки состояния волос перед зеркалом, подсчет выпавших волос, «камуфляж» специальным «маскирующим» прическам, головными уборами).</p>	19,0% (8/42)	23,1% (3/13)	20,0% (3/15)	14,3% (2/14)
<p>І.А.2 Сверхценные нозогении</p> <p>Ведущая идея - сохранения/восстановления внешнего облика. В поведенческом паттерне превалирует упорная борьба с выпадением волос и другими проявлениями их старения (седина, качество волос): окрашиванием, методам «камуфляжа», косметическими средствами, иногда аутодеструкция волос – избирательное целенаправленное выдергивание седых волос («псевдотрихотилломания»). В части случаев - сочетание с ипохондрическими феноменами: сверхценные идеи распространялись не только на косметический дефект в виде потери волос, но и на их «особую» морфологию, воспринимаемую в качестве значимых симптомов заболевания (нозофобия): наличие остатков оболочек фолликула на кончике волоса, «не та» длина выпавшего волоса.</p>	26,2% (11/42)	15,3% (2/13)	26,7% (4/15)	35,7% (5/14)
<p>І.А.3 Диссоциативные реакции</p> <p>Имеет место отчуждение своего внешнего облика: пациенты сообщают о том, что «без волос чувствуют себя другим человеком», о «неузнавании» своего отражения в зеркале, что в целом сопровождается неприятием нового внешнего вида.</p>	9,5% (4/42)	23,1% (3/13)	6,6% (1/15)	0,0% (0/14)
<p>І.Б Тревожно-ипохондрические реакции</p> <p>Свойственны соматизированные нарушения, сопровождающиеся патологическими телесными ощущениями (дизестезии, аллодинии и т.п.) в виде болезненности, дискомфорта, “мурашек” на коже волосистой части головы, не объяснимых наличием дерматологической или неврологической патологии (триходиния). Ощущения в проекции волос часто сопровождаются соматоформным расстройством других органов и систем (гастралгии, неустойчивый стул, дизурии, субфебрилитет, сердцебиение), а также наличием (в том числе в анамнезе) панических атак.</p>	19,0% (8/42)	15,4% (2/13)	13,3% (2/15)	28,6% (4/14)

Продолжение Таблицы 1

<p>I.В Тревожно-депрессивные реакции На фоне реактивного состояния с симптомами тревоги или подавленности, не связанного с потерей волос, при появлении и прогрессировании симптомов алопеции (выпадение волос, облысение) в содержательный комплекс реактивного состояния включалась нозогенная составляющая (тревожно-ипохондрическая, тревожно-социофобическая), сопоставимая с таковой при описанных выше нозогениях и происходило наложение симптомов тревожного расстройства на существовавший ранее депрессивные феномены.</p>	19,0% (8/42)	15,4% (2/13)	20,0% (3/15)	21,4% (3/14)
<p>II группа - аффективные расстройства (расстройства настроения)</p>	16,7% (7/42)	15,4% (2/13)	20,0% (3/15)	14,3% (2/14)
<p>II.A Рекуррентное депрессивное расстройства (F33) Относительно независимое от алопеции коморбидное психическое заболевание. Рекуррентные фазы депрессии прослеживались анамнестически, начало их предшествовало появлению симптомов алопеции. Характерным для эпизодов являлось выраженная аффективная симптоматика, свойственная эндогенным депрессивным фазам (чувство тоски, различных витальные и когнитивные нарушения). Содержательный комплекс очередной депрессивной фазы, манифестировавшей уже после дебюта алопеции, исходно разобшен с алопецией и включает идеи самоуничужения и малоценности. Фактически очередной эпизод депрессии накладывается на симптомы потери волос.</p>	7,2% (3/42)	7,7% (1/13)	13,3% (2/15)	0,0% (0/14)
<p>II.Б Дистимия (F34.1) Для пациентов с алопециями характерна соматизированная дистимия, складывающаяся из аффективной и неаффективной тревожной составляющей, с преобладанием последней. Угнетенное настроение сопровождается возникновением соматовегетативной симптоматики и астенических симптомов.</p>	9,5% (4/42)	7,7% (1/13)	6,7% (1/15)	14,3% (2/14)

Аффективные расстройства (расстройства настроения) - относительно независимые от алопеции коморбидные заболевания, встречались значительно реже и были диагностированы у 16,7% (7/42 набл.) обследованных психиатром больных в виде рекуррентного депрессивного расстройства (в МКБ-10 F33) и дистимии (в МКБ-10 F34.1) (табл.1). В Таблице 1 показано распределение психосоматических расстройств во всей выборке (всего 42 набл.) и при отдельных изученных нозологических формах алопеций: ГА (13 набл.), АГА (15 набл.), ТВВ (14 набл.).

Наряду с психопатологическими нарушениями у больных алопециями были верифицированы характерологические аномалии личности (ХАЛ). При психометрическом обследовании больных с алопециями (опросник SCID-II-PD) наличие хотя бы одной ХАЛ в целом по выборке установлено в

88,3% случаев (91/103 набл.), среди которых преобладали: обсессивно-компульсивный тип (у 20,4%, 21 набл.), пограничный (у 12,6%, 13 набл.), нарциссический (11,7%, 12 набл.), остальные ХАЛ встречались в 10% случаев и реже. У прошедших психиатрическую консультацию больных (42 набл.) были окончательно верифицированы расстройства личности, которые установлены у 88,0% больных (37 набл.). Таким образом, частота расстройств личности среди больных в исследованной выборке больных с алопециями составила 35,9% (37/103 набл.), что значительно превышает частоту расстройств личности в общей российской популяции (8,4%) (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2011).

Трихотилломания

Клиническая гетерогенность трихотилломании

Группа больных ТТМ включала 20 человек (18 женщин). В 90% случаев (18 набл.) больные производили аутодеструкцию волос на коже волосистой части головы, из которых 10% (2 набл.) – в сочетании с травматизацией бровей и ресниц; у 10% (2 набл.) - наблюдалась изолированная экстракция бровей и ресниц (блефаридотилломания).

При анализе многообразия клинических проявлений алопеции на волосистой части головы при ТТМ (всего 18 набл., жен.-16) в исследованной выборке установлено два клинических варианта облысения: 1. диффузный - в виде диффузного поредения волос с нечеткими очертаниями (8/18 набл.), и 2. очаговый - в виде локализованных очагов, имеющих четкие фигурные очертания – округлые и линейные (10/18 набл.) (Рисунок 1 А, Б).

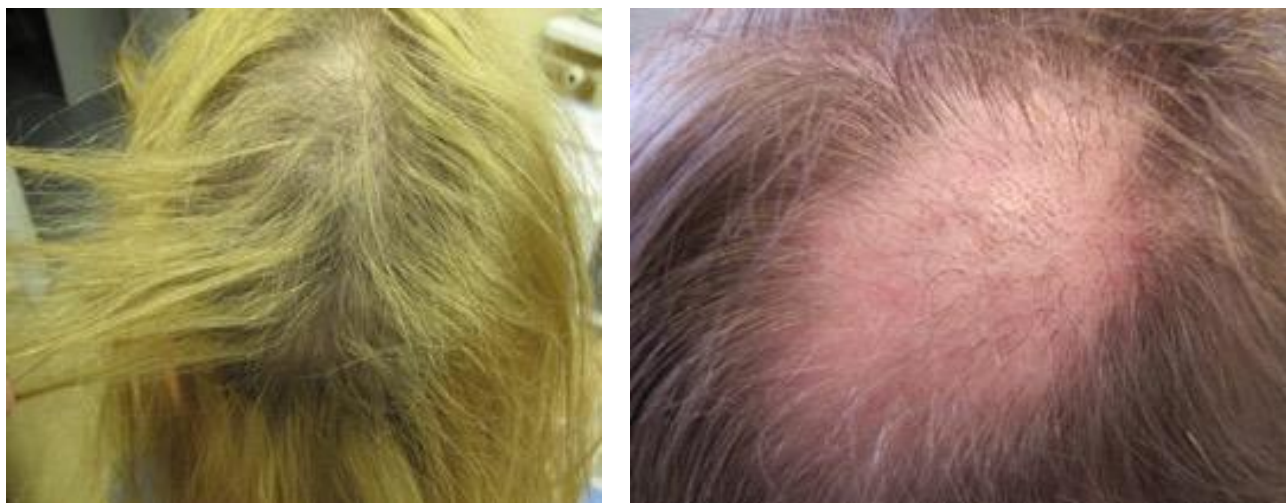


Рисунок 1 А и Б – диффузный и очаговый варианты облысения при трихотилломании

В результате психопатологического обследования психиатром были выделены следующие варианты ТТМ: компульсивный у 60% пациентов (12/20 набл.), импульсивный 30% (6/20 набл.), диссоциативный 10% (2/20 набл.) (Таблица 2).

Таблица 2 - Психопатологические типы трихотилломании

Тип трихотилломании и его характеристика	Психологический исход аутодеструкции	Набл.	Всего
<p>Компульсивный</p> <p>Доминирование тактильных иллюзий: восприятие на ощупь отдельных волосков, как отличных от остальных («неровных», «жестких», «ослабленных»), которые подвергались избирательной аутодепиляции. Попытки противостоять навязчивости сопровождаются свойственным компульсиям нарастанием тревоги.</p>	Чувство облегчения с редукцией тревожного аффекта.	12	
<p>Импульсивный</p> <p>Преобладание интердермальной дизестезии - интрузивные ощущения в виде «пронизывающего» кожу зуда с проекцией в основание волос. Пик телесных ощущений сопровождается чувством раздражения (дисфории) с последующей редукцией вслед за актом аутоэкстракции. При этом экстракция волос неизбирательна (выдергивание волос группами - «клоками»), по типу генерализованного витального влечения, сравниваемого пациентами с голодом или жаждой, «непреодолимым импульсом».</p>	Редукция ощущений с ощущением внутреннего удовлетворения, удовольствия, «наслаждения».	6	20
<p>Диссоциативный</p> <p>Отсутствие коэстетических феноменов (тактильных иллюзий, интрадермальной дизестезии). Выдергивание волос «как бы незаметно для себя», будучи занятыми обыденными делами, либо находясь в состоянии кратковременной отрешенности от окружающего – «задумчивости», а иногда – в просоночном состоянии. Характерна разная степень отчуждения совершаемых «автоматически» патологических привычных действий (при разной глубине измененного состояния сознания).</p>	Локализованная диссоциативная амнезия акта аутодеструкции волос.	2	

Таким образом, в ходе исследования впервые выделены и описаны два варианта облысения на волосистой части головы при ТТМ (диффузный и очаговый) и три патопсихологических типа патологии (компульсивный, импульсивный и диссоциативный).

Согласно результатам исследования клинические варианты облысения на волосистой части головы при ТТМ обнаруживают ассоциацию с указанными психопатологическими вариантами расстройств. Так, среди пациентов с очаговой формой облысения чаще встречался компульсивный тип ТТМ (7/10 набл.), а среди пациентов с диффузной формой – импульсивный (5/8 набл., $p < 0,05$). Таким образом, оценка клинической картины облысения косвенно может свидетельствовать о преобладающем психопатологическом типе ТТМ, которые в свою очередь подразумевают дифференцированный подход к психокорректирующей терапии.

Трихоскопические признаки трихотилломании

С целью совершенствования диагностики ТТМ проведено изучение трихоскопических признаков при ТТМ их ценности при дифференциальной диагностике с ГА.

С учётом проведенного собственное исследование разнообразия и частоты обнаружения трихоскопических признаков при ТТМ на волосистой части головы в сравнении с ГА (18 и 28 наблюдений соответственно) установлена значимость выявления следующих признаков для ТТМ: обломанных волос ($p=0,039$), трихоптилоза (расщепление концов волос, $p<0,001$), V-образных волос ($p=0,003$), черных точек в устье растущих волос (терминальных, vellusных, обломанных, $p<0,001$), вертикально отрастающих волос ($p=0,003$). Признаками, нехарактерными для ТТМ, но характерными для ГА являются волосы в виде восклицательного знака ($p<0,001$), короткие бесцветные vellusные волосы ($p=0,006$), желтые точки ($p<0,001$) и обнаружение в поле зрения очагов кожи полностью лишенных стержней волос ($p<0,001$) (рис. 2, рис.3). Черные точки в устье растущих волос (обломанных, терминальных и vellusных) - впервые выделенный в исследовании трихоскопический признак, формирование которого отражает генез патологии (экстракция волос) и может иметь важное значение для постановки диагноза ($p<0,001$). (рис.2).

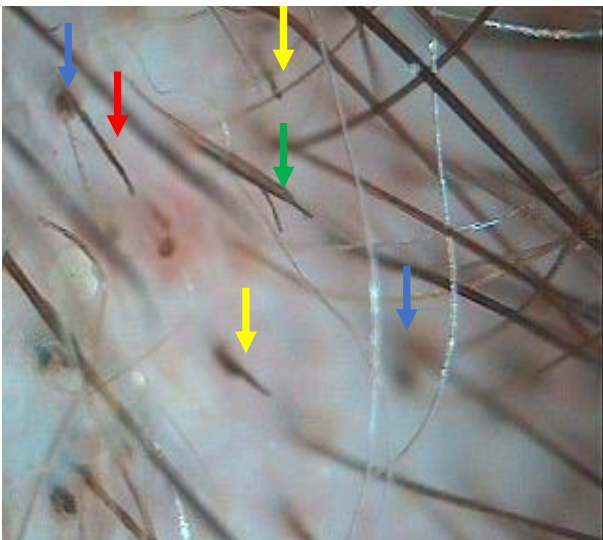


Рисунок 2 - Трихотилломания: обломанные на разном уровне (желтый) и v-образные волосы (красный), трихоптилоз (зеленый), черные точки в устье растущих волос (синий) (камера AramoSG, увеличение 60 раз)



Рисунок 3 - Гнездная алопеция: желтые точки (оранжевый), волосы в виде восклицательного знака (фиолетовый), vellusные волосы (голубой) (камера Aramo SG, увеличение 60 раз)

Комплексная терапия трихотилломании

Больным ТТМ проводилась комплексная терапия с применением методов психотерапии и психотропных препаратов. Комплексное лечение в соответствии с синдромальной структурой расстройства - психопатологическим типом ТТМ и имеющимися сведениями клинических исследований эффективности психотропных препаратов при ТТМ получили 14 больных:

антидепрессантами пароксетином (20-40 мг) или кломипрамином (25-100 мг) при компульсивном типе ТТМ (9 набл.); нейролептиками перициазинном (1-6 мг) или оланзапином (2,5-7,5 мг) при импульсивном типе (5 набл.).

Учитывая данные литературы об эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии при психодерматологической патологии, при ТТМ использовались элементы реверсивного тренинга привычки (habit reversal therapy), основанного на фиксировании, осознании, анализе больным состояний, ассоциированных с патологическими действиями (засыпание, просмотр телевизора, раздражение), выработке навыка конкурентного реагирования на состояние, повышении мотивации к контролю действий (Lee M.T. et al., 2019).

Частью комплексной терапии пациентов с ТТМ являлось проведение дерматологического лечения являлось топическое использование препарата для стимуляции роста волос – раствора миноксидила 2% 2 раза в день при заметном поредении и большой продолжительности заболевания (получали 12 из 14 больных).

Показана эффективность дифференцированной комплексной терапии ТТМ с учетом психопатологического типа: за 24 недели средний суммарный балл по шкале CGI-s (шкала общего клинического впечатления) снизился более, чем на 50% с 4,9 баллов до 1,9 баллов ($p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности. Динамика снижения тяжести расстройства быстрее наблюдалась в группе больных с компульсивным типом ТТМ, в сравнении с импульсивным типом (Рисунок 4).

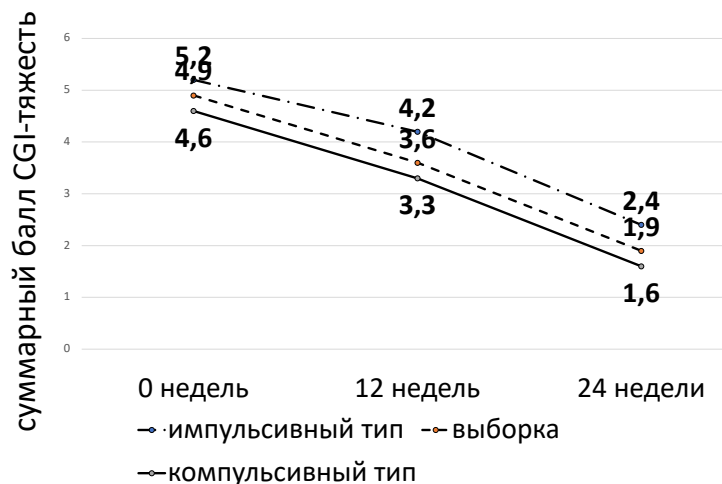


Рисунок 4 - Динамика тяжести больных трихотилломанией по шкале CGI-s

Алгоритм психодерматологической диагностики различных форм алопеций

Полученные в исследовании данные по качеству жизни больных с алопециями, свидетельствующие о преобладании психоэмоциональных и психосоциальных последствий заболевания, об ассоциации низкого качества жизни с тревогой, о высокой частоте сопутствующих психосоматических

расстройств у больных алопециями определили необходимость разработки и внедрения в практическую деятельность алгоритма психодерматологической диагностики у больных с различными формами алопеций. Алгоритм диагностики основан на комплексном подходе, который предполагает учёт клинических, дерматоскопических (трихоскопических) признаков и психопатологических параметров. Внедрение в практическое здравоохранение предлагаемого сочетанного алгоритма диагностики позволяет сформулировать психодерматологическую дифференциацию состояний, базирующихся на «субъективных» и «объективных» (дерматоскопических) критериях с целью определения тактики пациент-ориентированной терапии (Рисунок 5).

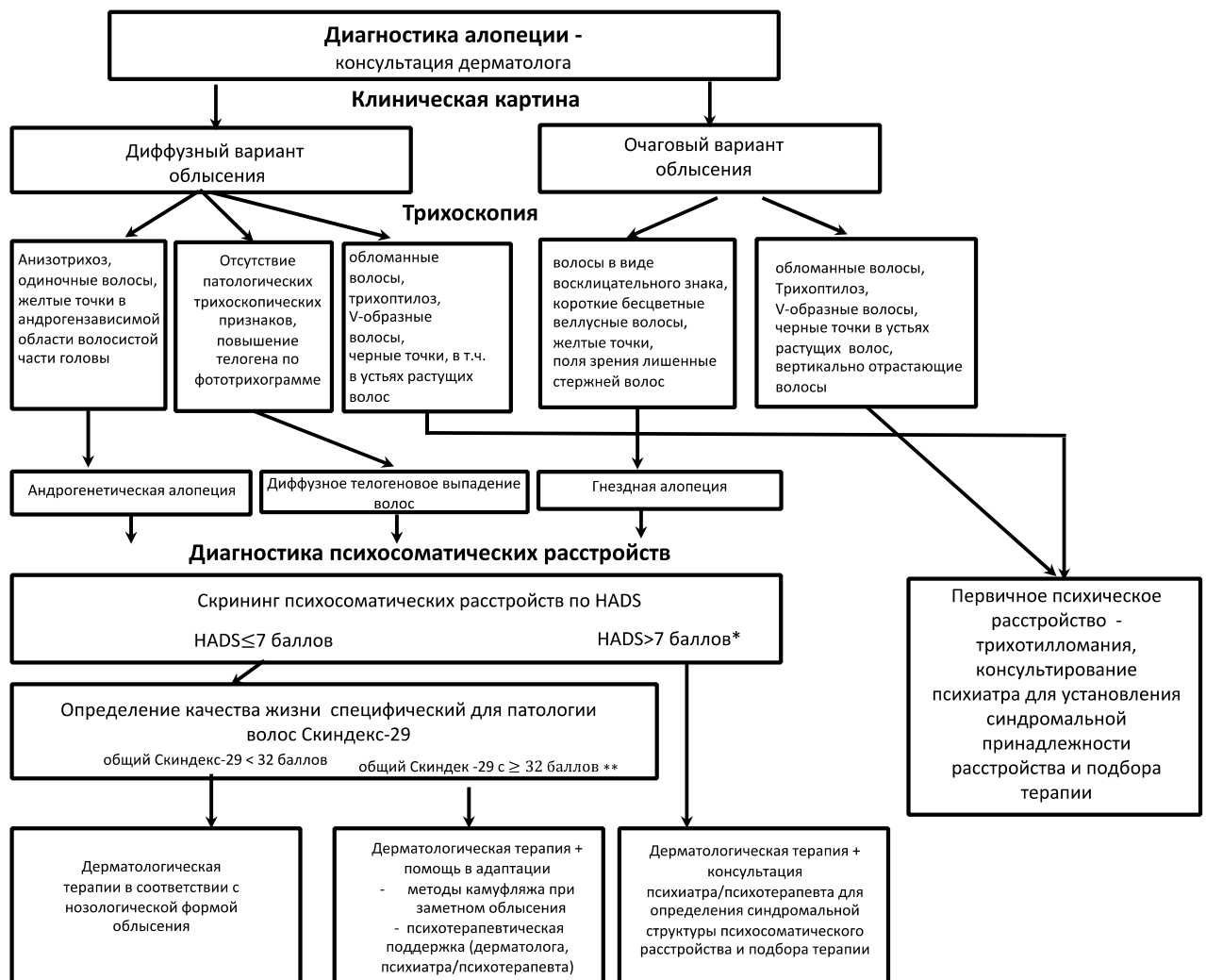


Рисунок 5 - Алгоритм комплексной психодерматологической диагностики различных форм алопеций

Примечания *HADS>7 «субклинически/клинически выраженная» тревога или депрессия; **общий Скиндекс-29≥ 32 умеренное и тяжелое снижение качества жизни (по градации Prinsen C. et al. 2010)

На первом этапе у пациентов с жалобами на потерю волос проводится клиническое дерматологическое обследование с применением трихоскопии, что позволяет значительно оптимизировать диагностику алопеции, со значительной точностью определить нозологическую форму потери волос. Обнаружение установленных в исследовании трихоскопических признаков ТТМ (Рисунок 5) помогает раннему выявлению больных данным первично психическим расстройством, ведение которой требует междисциплинарного взаимодействия с привлечением врача психиатра для определения психопатологического типа расстройства и подбора дифференцированной терапии.

На втором этапе проводится анализ психосоматического статуса пациентов с установленной нозологической формой алопеции. Удобным инструментом для скрининга тревоги и депрессии является шкала HADS, скрининг может быть проведен врачом – дерматологом в рамках амбулаторного дерматологического приема. При выявлении тревоги и/или депрессии по HADS (>7 баллов), пациентам рекомендуется консультация врача-психиатра, которым проводится окончательная верификация диагноза сопутствующего психосоматического расстройства с дифференцированным подбором терапии.

В дополнение к опроснику HADS для определения более пострадавших сфер функционирования, оценки качества жизни пациента и для последующей оценки эффективности терапии используется опросник Скиндекс -29^B. По результатам исследования у части пациентов с алопециями с отсутствием тревоги или депрессии по HADS установлено снижение качества жизни, не только напрямую связанное с симптомами алопеции (домен «симптомы» по Скиндекс-29), но и вследствие различной тяжести психоэмоциональных и психосоциальных последствий (домены «функции» и «эмоции» Скиндекс-29). Соответствовать пациент-ориентированной тактике ведения в таких случаях, помимо стандартного дерматологического лечения, будет дополнительная помощь пациентам в формировании адаптивного поведения (методы камуфляжа при заметном облысении, психообразование, психотерапевтическая помощь).

Результаты лабораторного этапа исследования

С целью выявления участия нейротрофинов в патогенезе ГА, было определено количественное содержание NGF в плазме пациентов. Методом многофакторного регрессионного анализа в группе больных ГА установлена зависимость уровня анализируемого нейротрофина от пола больного (выше у мужчин, 10,02 пг/мл, SE=4,41 против 3,96 пг/мл, SE=1,81 у женщин., $p=0,026$) и тяжести патологического процесса ГА, характеризующегося вовлечением в патологический процесс волос на теле/ногтей (13,05 пг/мл, SE=6,33 против 3,75 пг/мл, SE =1,0 при поражении только головы, $p=0,004$). Не установлена зависимость от возраста, наличия тревоги, депрессии, уровня стресса, площади алопеции на голове ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие ВЫВОДЫ:

1. При сравнительном исследовании качества жизни у больных с часто встречающимися формами алопеций (гнездная, андрогенетическая, телогеновая) с использованием двух шкал (ДИКЖ и специфический для патологии волос Скиндекс-29) установлено, что преимущества имеет применение адаптированного для патологии волос опросника Скиндекс-29, дифференцированно оценивающего составляющие качества жизни – эмоции, функции, симптомы, что позволяет выявлять наиболее пострадавшие сферы функционирования. Нарушения качества жизни у больных с алопециями ассоциированы с молодым возрастом, с нозологической формой облысения (хуже при гнездной алопеции), наличием психосоматических нарушений (тревоги, характерологических аномалий личности);

2. У больных с алопециями высока частота сопутствующих психических расстройств (40,8% наблюдений), которые представлены двумя видами: спровоцированными алопециями нозогенными реакциями и относительно независимыми от заболевания аффективными расстройствами. Преобладание нозогенных реакций (у 92,8% установленных расстройств) свидетельствует о ключевом значении имеющейся патологии (алопеции) в формировании психосоматических расстройств у данной группы больных;

3. Первичное психическое расстройство с аутодеструктивным поведением в отношении волос – трихотилломания - имеет диагностически значимые трихоскопические признаки и является клинически гетерогенным расстройством в плане дерматологических проявлений (диффузный и очаговый варианты облысения) и психопатологических феноменов (компульсивный, импульсивный, диссоциативный типы), что необходимо учитывать при выборе дифференцированной комплексной терапии заболевания;

4. Использование алгоритма комплексной психодерматологической диагностики различных форм алопеции помогает оптимизировать выбор пациент-ориентированной терапии;

5. Отражением участия нейротрофинов в патогенезе гнездной алопеции является повышение уровня фактора роста нервов у пациентов с тяжелым течением, у которых наблюдается вовлечение в патологический процесс ногтей и волос на теле, но не с психосоматическими параметрами, определяемыми уровнем стресса, тревоги и депрессии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. С целью оптимизации обследования и ведения больных с алопециями представляется целесообразным более широкое клиническое применение шкал для оценки качества жизни больных. Преимуществом может иметь использование при алопециях шкал, детализирующих параметры снижения качества жизни, таким образом позволяющих выявить более пострадавшие и

нуждающиеся в коррекции сферы функционирования - таких как специфический для патологии волос Скиндекс – 29;

2. Дерматологическое обследование пациентов с подозрением на трихотилломанию должно включать трихоскопическое обследование. Оценка разнообразия трихосокопических признаков с выявлением специфических для патологии знаков может помочь ранней диагностике и своевременному началу терапии расстройства, таким образом уменьшить необходимость в проведении инвазивных диагностических процедур (гистологического исследования);

3. Установленная в исследовании клиническая вариабельность трихотилломании определяет необходимость проведения комплексной клинико – психопатологической диагностики с установлением типа трихотилломании. Выбор психотропного препарата должен основываться психиатром на синдромальной структуре расстройства, в связи с чем рекомендуется:

- при компульсивном типе трихотилломании применять антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина - пароксетин или трициклический антидепрессант - кломипрамин;

- В случае импульсивной трихотилломании применять нейрореплептики перицизин или оланзапин;

- Дополнять терапию психотропными препаратами приемами когнитивно-поведенческой психотерапии;

4. Учитывая распространённость психических расстройств у пациентов с алопециями и их ассоциацию со снижением качества жизни при обследовании больных целесообразно придерживаться комплексного психодерматологического алгоритма диагностики для пациент-ориентированного выбора тактики терапии больных.

Перспективны дальнейшей разработки темы заключаются в дальнейшем изучении качества жизни больных различными нозологическими формами алопециями, включая исследования на больших выборках с использованием специальных опросников с целью оценки, прогнозирования и управления качеством жизни пациентов. Практический и теоретический интерес представляет дальнейший анализ особенностей психосоматических расстройств при отдельных нозологиях с потерей волос на больших выборках больных. Перспективным представляется проведение дальнейших исследований клинических вариантов трихотилломании.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Романова, Ю.Ю.** Психические расстройства при алопециях (обзор литературы) / **Ю.Ю. Романова, Д.В. Романов, А.Н. Львов** // Психические расстройства в общей медицине. – 2017. – № 1-2. – С. 31-42.

2. **Романова, Ю.Ю.** Особенности диагностики аутодеструктивной патологии волос / **Ю.Ю. Романова** // **Врач.** – 2017. – №12. – С. 55-60. [ВАК]

3. **Романова, Ю.Ю.** Трихотилломания: современное состояние проблемы и аспекты клинической типологии / Д.В. Романов, М.А. Самушия, **Ю.Ю. Романова**, И.В. Плужников, Е.А. Парфенов, А.В. Миченко, А.Н. Львов // **Кремлевская медицина. Клинический вестник.** – 2018. – № 1. – С. 135-144. [ВАК]
4. **Романова, Ю.Ю.** Трихоскопия в дифференциальной диагностике трихотилломании: обзор литературы и собственные наблюдения / Ю.Ю. Романова, А.В. Миченко, А.Н. Львов // **Клиническая дерматология и венерология.** – 2019. – Т.18 – №5 - С. 644-653. [ВАК, Scopus]
5. **Романова, Ю. Ю.** Перспективные мишени для вторичной профилактики снижения качества жизни и психосоматических расстройств при алопециях: результаты обсервационного исследования / **Ю.Ю. Романова**, Д.В. Романов, А.Ю. Бражников, Е.И. Воронова, А.Н. Львов, Н.Н. Потекаев // **Профилактическая медицина.** – 2019. – Т.22 – №5 – С. 104-111. [ВАК, Scopus]
6. **Romanova, Iu.Iu.** Trichotillomania (Hair Pulling Disorder)/ D.V. Romanov, A.V. Michenko, **Iu.Iu. Romanova**, A.N. Lvov // In: «Psychodermatology in Clinical Practice» by eds. A.Bewley et al. Switzerland – **Springer.** – 2021. – P. 197-213.
7. **Патент на изобретение № 2756002**, Российская Федерация, А61К 31/506, А61К 31/56, А61К 31/51. Способ лечения алопеций с сопутствующими психосоматическими расстройствами / Н. Н. Потекаев, О. В. Жукова, **Ю. Ю. Романова**, А.Н. Львов, Д.В. Романов, Н.В. Фриго, А.Г. Гаджигорова // патентообладатель: ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» – 2020131953, заявл. 28.09.2020, **опубл. 24.09.2021, Бюллетень №27**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АГА – андрогенетическая алопеция
- ГА – гнездная алопеция
- ДИКЖ – Дерматологический индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index)
- КЖ - качество жизни
- КПТ – когнитивно-поведенческая терапия
- СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- Скиндекс-29^B – специфический для патологии волос Скиндекс-29 (Hair Specific Skindex-29)
- ТВВ - телогеновое выпадение волос
- ТТМ – трихотилломания
- ФТГ - фототрихограмма
- ХАЛ – характерологическая аномалия личности
- CGI -s - шкала общего клинического впечатления для оценки тяжести заболевания (Clinical Global Impression Scale – severity)

HADS - Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)

PSM-25 шкала оценки стресса

Me – медиана

NGF – фактор роста нервов

SCID-II-PD - структурированное клиническое интервью для диагностики дисфункциональных личностных черт (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Questionnaire)

SD – стандартное отклонение

SE – стандартная ошибка среднего