

Правомочным является вопрос о том, нельзя ли эту форму заболевания отнести по классификации к хламидийному или вирусному синовиту. При данном заболевании высока вероятность дизэмбриогенеза тазобедренного сустава, который в сочетании с инфекцией может служить триггером воспаления в диспластичном суставе.

У больных этой группы не встречалось подострое течение заболевания. Рецидивирующее течение имело место у 15 детей (20,8%). Максимальное число рецидивов ТСТС не превышало 2. Минимальные сроки возникновения первого рецидива составили 1 месяц. Клинические проявления рецидива не отличались от острого периода болезни. Рецидивирующее течение было свойственно пациентам младшего возраста (до 5 лет), с глубокими функциональными изменениями со стороны суставов.

Необходимо отметить, что у 4 больных с этой формой заболевания в дальнейшем произошла трансформация в БП.

Данные HLA-типирования показали, что при инфекционной форме ТСТС имеются свои гены чувствительности — HLA A1 и HLA B27. Подтверждением общего генеза этой формы ТСТС и БП является тот факт, что HLA A1 и HLA B27 также были ассоциированы с БП.

Таким образом, в настоящей работе предложена рабочая классификация ТСТС с учетом важности проведения этиопатогенетического лечения и выделения группы риска по развитию дегенеративных артритов. Предложенная классификация не исключает возможности внесения дополнений и уточнений форм заболевания, особенностей течения, поражения сустава и исходов ТСТС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. — Т. 1, часть 2. — М., 1995.
2. *Konerman W., Gruber G.* // *Ortbpade.* — 2002. — Vol. 31, № 3. — P. 288—292.
3. *McGoldrick F., Bourke T., Blake N.* // *Pediatr. Orthop.* — 1990. — Vol. 10, № 4. — P. 501—503.
4. *Агабабова Э.Р.* // *Ревматология.* — 1985. — № 1. — С. 3—6.
5. *Landin L.A., Danielsson., Wattsgard C.* // *J. Bone Jt. Surg.* — 1987. — Vol. 69, № 2 (B). — P. 238—242.
6. *Sharwood P.F.* // *Acta orthop. scand.* — 1981. — Vol. 52, № 6. — P. 633—638.
7. *Зарецкая Ю.М.* Клиническая иммунология. — М., 1983. — 208 с.
8. *Лакин Г.Ф.* Биометрия. Учебное пособие для биол. спец. вузов. — 3-е изд. — М., 1980.

© Коллектив авторов, 2004

*Ю.Ф. Антропов, В.А. Балабанова, Н.М. Шарова*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Российская медицинская академия последипломного образования,  
Российский государственный медицинский университет,  
Российская детская клиническая больница МЗ РФ, Москва

Патология кожных покровов издавна привлекает внимание исследователей в плане психогенеза отдельных видов расстройств. Вместе с тем работы, в которых отмечается роль психотравматического воздействия в происхождении облысения, крайне редки [1—5].

Особое внимание на психопатологические проявления при алопеции (А) стали обращать в последние десятилетия, отмечая состояние нервной системы, особенно вегетативной, при этом виде дерматоза [6—8] и роль психотравмирующего воздействия в возникновении нарушения волосяного покрова [9—11].

Ряд исследователей, подчеркивая значимость психологических факторов в происхождении А, относят этот вид патологии к психосоматозам [12, 13].

Выделяя психотравму, как ведущий фактор патогенеза А, некоторые авторы рекомендуют проводить психотерапевтическое [12, 13] или седативное лечение [14], хотя имеющиеся указания на частое нарастание астенизации [15] и наличие депрессивных расстройств у больных с патологией волосяного покрова [10] свидетельствуют о необходимости разработки иных терапевтических подходов.

Длительное время в детской общесоматической практике проблеме А в плане психогенеза внимания практически не уделялось. Лишь некоторые авторы подчеркивают роль психогенного воздействия в происхождении А, а также «чувства покинутости» у этих больных, рекомендуя в качестве лечения лишь психотерапию [16, 17].

Учитывая значимость разработки проблемы А у детей, было предпринято исследование, целью которого являлись установление особенностей психического статуса больных и уточнение патогенетических механизмов возникновения патологии волосяного покрова в детском возрасте в зависимости от тяжести этого вида дерматоза.

Работа проводилась в Российской детской клинической больнице МЗ РФ (главный врач проф. Н.Н. Ваганов) в 1993—2003 гг.

Основными методами исследования были клинический, клинико-психопатологический и клинико-психологический. Дополнительно использовали параклинические, катамнестические и статистические методы.

Были обследованы 96 детей (мальчиков 42, девочек 54) в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст  $9,7 \pm 0,7$  года)

с А. Средний возраст начала заболевания составил  $5,8 \pm 0,8$  года, средняя длительность болезни —  $4,1 \pm 0,6$  года.

Наблюдаемые больные были подразделены на 4 группы: 1-я группа — 57 больных с очаговой А, 2-я группа — 13 больных с субтотальной А, 3-я группа — 21 больной с тотальной А и 4-я группа — 5 больных с универсальной А.

У 57 (59,4%) больных нарушения волосяного покрова были представлены психосоматическими состояниями и у 39 (40,6%) — психосоматическими заболеваниями.

Анамнестические и клинико-психологические данные позволили установить у обследуемых наличие значительного количества факторов риска (ФР) возникновения психических расстройств, которые были представлены как биологическими (генетическими и церебрально-органическими), так психосоциальными факторами.

В числе генетических (наследственных) ФР были наиболее представлены патологические особенности личности у 95 (98,9%) больных, преимущественно в виде акцентированных черт характера по лабильно-истероидному (29/30,8%), эмоционально-лабильному (21/21,9%), тревожно-замкнутому (17/17,7%) и истероидному (13/13,5%) типам. Патологические особенности личности установлены у 63 (65,6%) матерей с преобладанием тревожно-мнительных (29/30,8%), эпилептоидных (8/8,3%) и истероидных (7/7,3%) черт и у 37 (38,5%) отцов, преимущественно (21/21,9%) аффективно возбудимых. Психосоматические расстройства отмечались у 43 (44,8%) родственников I—II степени родства с патологией кожных покровов у 27 (28,2%), в числе которых А отмечалась у 14 (14,6%). Отягощенность наследственности психическими заболеваниями выявлялась у 16 (16,7%) больных: у 12 (12,5%) — непсихотического уровня, у 4 (4,2%) — психотического. Психопатологические проявления на первом году жизни в виде аффективных расстройств установлены у 8 (8,3%) больных. На одного больного в среднем приходилось 2,7 ФР.

Церебрально-органические ФР были представлены следующим образом: остаточные явления раннего органического поражения головного мозга (минимальная мозговая дисфункция) у 81 (84,4%) больного, патология беременности (токсикоз, угроза прерывания, острые респираторные и другие заболевания) у 70 матерей (72,9%) и родов (стремительные роды, затяжные, раннее отхождение вод, различные виды родовспоможения, кесарево сечение) у 35 матерей (36,5%), патология новорожденного (асфиксия, желтуха, родовая травма, кефалогематома) — у 37 больных (38,5%); нарушение вскармливания как биологический фактор у 42 (43,8%) детей (искусственное с рождения — у 2 (2,1%), грудное вскармливание до 6 месяцев — у 40 (41,7%) больных), психопатологические проявления (органическая невропатия) на первом году жизни у 18 (18,8%) больных, травмы, операции, интоксикации и различные заболевания, протекавшие в тяжелой форме, — у 26 (27,1%), нарушения психомоторного развития — у 10 (10,4%) больных. Средний показатель отягощенности церебрально-органическими ФР составил 3,3.

Психосоциальные ФР в большей степени представлены патологией воспитания у 71 (74%) больного, чаще в виде гиперпротекции (35,4%) и эгоцентрического (20,8%), редко гиперсоциализирующего воспитания (8,3%), и резкой смены характера воспитания (8,3%), нарушениями функционирования системы мать—дети у 53 (55,2%), наличием братьев и сестер с нарушением взаимоотношений у 48 (50%), нарушением стереотипа поведения в связи с посещением дошкольных детских учреждений у 42 (43,8%), неустойчивыми отношениями и конфликтами

с родителями, одноклассниками и педагогами у 28 (29,2%), психоэмоциональными перегрузками у 26 (27,1%), конфликтами в семье у 24 (25%), неполной семьей у 16 (16,7%), психопатологическими проявлениями на первом году жизни, связанными с депривацией (невропатия) у 13 (13,5%), дополнительными занятиями в школе у 9 (9,4%), смертью родителей или родственников у 8 (8,3%), болезнью родителей и близких у 8 (8,3%), алкоголизацией родителей у 6 (6,3%), отрицательным отношением к посещению школы у 4 (4,2%) и плохими материально-бытовыми условиями у 2 (3,5%) больных. Средний показатель отягощенности психосоциальными ФР составил 3,7.

Общий средний показатель отягощенности ФР возникновения психических расстройств у обследованных детей, страдающих А, составил 9,7, что значительно выше, чем у здоровых детей.

ЭЭГ-обследование детей с гнездовой А, проведенное В.А. Балабановой, установило у 62 из 63 больных неспецифичность изменений электрической активности головного мозга, которые проявлялись в виде нарушения регулярности основного ритма, неравномерности его частоты и амплитуды, нарушения зональных различий, наличия медленных волн, преимущественно  $\theta$ -диапазона, иногда в виде билатерально-синхронных вспышек, единичных острых колебаний, нарушений реактивности.

Из 4 основных типов изменений на ЭЭГ, выделенных при психосоматических расстройствах, у больных с А отмечались первые три. Первый, достаточно распространенный тип ЭЭГ, характеризуется наличием хорошо выраженного, синхронизированного  $\alpha$ -ритма в задних отделах полушарий и распространяющегося на передние отделы с преобладанием  $\beta$ -активности в передних отделах. Регионарные различия сохранены. Гипервентиляционная проба выявляет обычно пароксизмальные бисинхронные вспышки  $\theta$ -активности высокой амплитуды по всем отделам полушарий.

Второй тип, относительно редкий, характеризуется десинхронизацией ЭЭГ с преобладанием во всех областях головного мозга быстрой активности, сглаживанием регионарных различий, отсутствием регулярного  $\alpha$ -ритма в задних отделах полушарий. У части больных отмечается преобладание синхронно-билатерального  $\beta$ -ритма в лобных отделах полушарий. Выявляется также реакция усвоения ритма световых мельканий в широком диапазоне частот. Гипервентиляционная проба выявляет усиление раздражительных изменений биоэлектрической активности по всем отделам полушарий.

К третьему типу, наиболее частому, относятся изменения ЭЭГ, паттерн которых характеризуется отсутствием основного  $\alpha$ -ритма, сглаживанием зональных различий, доминированием  $\theta$ -активности по всем отделам полушарий, носящей синхронизированный билатеральный характер. Гипервентиляционная проба выявляет пароксизмальные вспышки высокоамплитудного синхронно-билатерального генерализованного  $\theta$ -ритма.

Ни у одного из обследованных больных с гнездовой А не выявлено ни диффузной, ни пароксизмальной, ни локальной эпи-активности.

ЭХОЭГ у 4 больных выявила расширение боковых желудочков, у 9 — усиленную пульсацию III желудочка и боковых желудочков, которые свидетельствовали о наличии гипертензивного синдрома, тогда как у 21 больного каких-либо изменений не выявлено.

РЭГ установила почти у всех обследованных больных асимметрию кровотока с изменением (повышением или понижением, а часто сочетанным) кровенаполнения и то-

нуса сосудов среднего и мелкого калибра бассейна сонных и позвоночных артерий, а также другие явления вегетосудистой дистонии с затруднением венозного оттока.

С помощью УЗИ почти у всех обследованных диагностировано наличие функциональных нарушений: у большинства в пищеварительной системе (дискинезии желчевыводящих путей, реактивный панкреатит и др.), чаще в сочетании с явлениями обменной нефропатии.

С помощью кардиоинтервалографии у 85,7% обследованных больных установлено нарушение вегетативного гомеостаза с преобладанием парасимпатикотонии у 73% (с симпатической вегетативной реактивностью у 20,5%, гиперсимпатической — у 41,3%, асимпатической — у 6,4% и нормальной — у 4,8%), с преобладанием симпатикотонии — у 12,7% (с симпатической вегетативной реактивностью — у 3,2%, гиперсимпатической — у 6,3%, асимпатической — у 1,6% и нормальной — у 1,6%) больных. У 14,3% больных — нормальный вегетативный гомеостаз с симпатической (1,6%), гиперсимпатической (1,6%), асимпатической (6,3%) и нормальной (4,8%) вегетативной реактивностью.

Клиническое и параклиническое исследования установили у большинства (94) детей наряду с патологией волосяного покрова наличие функциональных нарушений в других органах и системах: со стороны пищеварительной системы — у 79 (82,3%), мочевыделительной — у 58 (60,4%), алгические (цефалгии) проявления — у 38 (39,6%), расстройства эндокринной системы — у 18 (18,8%), другая патология кожных покровов (аллергические реакции, атопический дерматит, псориаз) — у 17 (17,7%), нарушения респираторной — у 10 (10,4%), сердечно-сосудистой — у 8 (8,3%), двигательной системы — у 6 (6,3%), температурные нарушения у одного (1%) и речевые — у одного (1%) ребенка. Выявленные нарушения носили во всех случаях функциональный характер и выступали в виде психосоматических реакций и состояний.

Клинико-психопатологическое обследование детей с гнездой А позволило выявить у всех больных депрессивные расстройства невротического уровня, характеризовавшиеся в основном незначительно выраженным снижением настроения и аффектом тоски (скука, уныние, грусть, печаль), тревожными (внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи, нередко навязчивые) и астеническими (усталость, вялость, утомляемость, раздражительность, настроенность на конфликт, гиперестезия) проявлениями. Наличие депрессивных расстройств в части наблюдений подтверждено с помощью шкалы Гамильтона, показатель которой в среднем составил  $11,9 \pm 2,4$  балла.

У 32 (33,3%) больных депрессия (психогенная, соматогенная, эндогенная) выступала как определяющая или преимущественная психическая патология у детей с акцентуацией черт характера, патологическим развитием личности и резидуально-органической недостаточностью ЦНС.

Депрессивные расстройства у 64 (66,7%) больных в виде синдрома или субсиндрома отмечались в структуре пограничных психических заболеваний — невротических реакций и состояний у акцентуированных личностей, астеноневротических состояний у лиц с ранним органическим поражением головного мозга, неврозоподобных и психопатоподобных церебрально-органически обусловленных состояний, невротического развития личности и шизофрении.

Мало выраженные депрессивные расстройства отмечались у 88 (91,7%) больных (скрытая депрессия — у одного больного (1%), субдепрессия — у 87 (90,7%)

больных, депрессия умеренной выраженности — у 8 (8,3%) больных.

Клиническая картина депрессии различной степени тяжести у детей с гнездой А характеризовалась не только выраженностью депрессивного аффекта, но и субъективной оценкой ее с отсутствием при мало выраженной депрессии и наличием — при умеренно выраженной депрессии спонтанных жалоб на пониженное настроение.

У обследованных детей чаще (почти всегда) наблюдалась обратная зависимость между выраженностью депрессивных нарушений и обусловленными ими соматическими расстройствами: при слабой выраженности депрессивных проявлений более значительными были соматические, и наоборот.

У 84 (87,5%) больных депрессивные расстройства имели психогенное происхождение, у 7 (7,3%) — соматогенное и у 5 (5,2%) — эндогенное.

Клинико-психопатологически по ведущему аффекту были выделены следующие типологические варианты депрессии: тревожная — у 46 (47,9%) больных; астеническая — у 2 (2,1%); тоскливая — у 2 (2,1%); астенотревожная — у 41 (41,7%) и тревожно-тоскливая депрессия — у 5 (5,2%) больных.

Наиболее часто отмечающаяся у больных с гнездой А тревожная депрессия определялась пониженным настроением с чувством беспокойства, внутреннего напряжения, тревоги или страха за собственное благополучие и/или близких, непоседливостью, суетливостью обычно во второй половине дня с усилением этих проявлений к вечеру и затруднением засыпания. Крайне редко встречающаяся астеническая депрессия характеризовалась, наряду со снижением настроения, вялостью, легкой утомляемостью, усталостью, непереносимостью шума, капризностью и плаксивостью уже с утра, еще большим снижением продуктивности, иногда двигательной расторможенностью и раздражительностью к вечеру, чаще с сонливостью и ранним засыпанием. У этих детей и подростков нередко выявлялись относительно выраженные церебральные проявления — головные боли, головокружения, тошнота в транспорте. Тоскливая депрессия, крайне редкая у этих больных, в своем клиническом оформлении содержала только невыраженные проявления тоски — скуку, уныние, грусть, нежелание участвовать в занятиях, особенно утром, с некоторым повышением деятельности к вечеру. При астенотревожной депрессии, второй по частоте, отмечались выраженная утомляемость, вялость, пассивность, даже в играх. Легко и часто выявлялись излишнее беспокойство, тревога, нередко раздражительность, нараставшие во второй половине дня, с нарушением засыпания, сон тревожный, поверхностный. Тревожно-тоскливая депрессия, выявляемая у единичных больных с нарушением волосяного покрова, характеризовалась более выраженной тревогой или страхом, внутренней напряженностью с ожиданием неприятностей, сопровождающихся скукой, унынием и более выраженными проявлениями тоски — подавленностью с чувством неспособности что-либо делать в первой половине дня.

Отдельные типологические варианты депрессии в определенной степени коррелировали с ее этиологией. Так, астеническая депрессия имела церебрально-органическое происхождение, тревожная, астенотревожная и тревожно-тоскливая — реактивное, а тревожно-тоскливая и тоскливая — эндогенное происхождение.

В сравнительно-возрастном аспекте различные типологические варианты депрессии представлены следующим

образом: астенический — у детей с 3 до 5 лет, тревожный — с 3 до 15 лет, астенотревожный — с 7 до 15 лет, тоскливо-тревожный — с 9 до 15 лет, тоскливый вариант отмечался у 2 детей 12 и 13 лет.

Проявления агрессии отмечались лишь у 8 детей, в основном на вербальном уровне, и лишь у одного больного с суицидальными высказываниями.

С учетом степени тяжести кожного процесса обследованные дети с гнездовой А были разделены на 2 группы: 1-я группа больных с очаговой А — 57 (59,4%) детей и 2-я группа больных с субтотальной, тотальной и универсальной А — 39 (40,6%) детей.

Анализ ФР в зависимости от тяжести патологии волосяного покрова позволил установить следующее. Общее число ФР в 1-й группе было 9,1 во 2-й — 10,3. Увеличение числа ФР во 2-й группе произошло за счет церебрально-органических (в 1-й — 3,1 ФР и 3,6 ФР во 2-й), но больше психосоциальных (3,3 и 4,0 ФР соответственно), тогда как генетические как в 1-й, так и во 2-й группах составляли 2,7 ФР на больного. При этом во 2-й группе отмечается сдвиг в сторону более значимых, в плане возникновения психических расстройств в детском возрасте, ФР, особенно генетических. Так, из генетических ФР во 2-й группе отмечалась большая частота психических расстройств (в 1-й 14% и 20,5% во 2-й) с увеличением доли нарушений психотического уровня (соответственно 3,5% и 5,1%), большая представленность психосоматической отягощенности (соответственно 42,1% и 48,7%) с возрастанием патологии волосяного покрова (соответственно 12,3% и 18%), незначительным увеличением психопатологических проявлений на первом году жизни (соответственно 7% и 10,3%), тогда как участие личностных особенностей больных составило соответственно 98,2% и 100%, отца — 42,1% и 33,3%, матери — 70,1% и 59% соответственно.

Частота церебрально-органических ФР в 1-й и 2-й группах была следующей: патология беременности — 66,6% и 82,1% соответственно, родов — 38,6% и 33,3% матерей, патология новорожденного — 42,1% и 33,3% больных, нарушение вскармливания — 36,8% и 53,5%, психопатологические проявления на первом году — 14% и 25,8%, нарушения психомоторного развития — 8,8% и 12,8%, наличие травм, операций и др. — 24,6% и 30,8%, остаточные явления раннего органического поражения ЦНС — 80,7% и 89,7%. Увеличение представленности ФР во 2-й группе отмечается почти по всем показателям, за исключением патологии родов и новорожденного.

Увеличение числа психосоциальных ФР во 2-й группе было наиболее значительным, но также не по всем показателям. Патология воспитания — 71,9% и 76,9% в 1-й и 2-й группах, нарушение системы мать—дитя — 52,6% и 59%, наличие братьев и сестер — 49,1% и 51,3%, изменение стереотипа поведения в связи с посещением дошкольных учреждений — 43,9% и 43,6%, психоэмоциональные перегрузки — 24,6% и 30,8%, неполная семья — 17,5% и 15,4%, конфликты с родителями, одноклассниками, учителями — 24,6% и 35,9%, психопатологические проявления на первом году жизни 8,8% и 20,5%, дополнительные занятия в школе — 12,3% и 5,1%, болезни родителей и родственников — 10,5% и 5,1%, смерть родителей или родственников — 8,8% и 7,7%, алкоголизм родителей — 1,8% и 12,8%, отрицательное отношение к учебе — 3,5% и 5,1% и плохие материально-бытовые условия — 3,5% и 0% соответственно. Из психосоциальных ФР наибольшее влияние на утяжеление заболевания оказывают наличие психопатологических проявлений на первом году жизни, нарушение функционирования сис-

темы мать—дитя, конфликты в семье, психоэмоциональные перегрузки, патология воспитания и наличие братьев, сестер.

Аффективные (депрессивные) расстройства по группам с различной степенью злокачественности гнездовой А также различны и характеризуются большей тяжестью проявлений во 2-й группе.

Собственно депрессия представлена следующим образом — 36,8% и 28,2% в 1-й и 2-й группах соответственно, тогда как в структуре других психических заболеваний (церебрально-органических, невротического развития и шизофрении) — 63,2% и 71,8% соответственно.

По степени выраженности показатели частоты следующие: мало выраженная депрессия — 94,7% и 87,2% — и если в 1-й группе это субдепрессия, то во 2-й в 2,6% наблюдений — скрытая; умеренно выраженная депрессия — 5,3% и 12,8% соответственно.

Частота типологических вариантов депрессии представлена следующим образом в 1-й и 2-й группах: тревожная депрессия — 63,2% и 25,6%, астеническая — 3,5% и 0%, тоскливая — 0% и 5,1%, астенотревожная — 31,6% и 59%, тревожно-тоскливая депрессия — 1,7% и 10,3% соответственно.

Генез аффективной (депрессивной) патологии также отличается по группам: частота психогенной депрессии — 93% и 79,5%, соматогенной — 7% и 7,7%, эндогенной — 0% и 12,8% в 1-й и 2-й группах соответственно.

Комплексное лечение больных с различными формами гнездовой А, включающее симптоматическое и патогенетическое с учетом психических (аффективных) расстройств и особенно их типологического варианта, степени выраженности и генеза дало достоверно более высокие результаты.

Наиболее эффективными в отношении тревожной депрессии у больных с очаговой А, особенно на ранних возрастных этапах, являлись препараты растительного происхождения — адаптогены (экстракт элеутерококка, настойки лимонника, заманихи, родиолы, левзеи) в сочетании с транквилизирующими средствами (настойки боярышника, пустырника, пассифлоры, ново-пассит) и препаратами с ноотропным, сочетающимся с седативным, характером действия (пантогам, глицин, биотредин), а также препараты зверобоя — гелариум, деприм, настойка и таблетки зверобоя в возрастных дозах.

При астенотревожной депрессии, как правило, в более старшем возрасте наиболее адекватным из антидепрессантов являлся пиразидол в возрастных дозировках, который в силу сбалансированного действия оказывает наиболее оптимальное влияние на нормализацию настроения и соответственно вегетативного гомеостаза, а из транквилизирующих средств — атаракс, оказывающий не только анксиолитическое воздействие, но способствующий смягчению негативных представлений навязчивого характера и улучшению качества жизни. Из ноотропов эффективным было использование ноотропила и пиридитола в малых дозах.

Тревожно-тоскливый вариант депрессии купируется пиразидолом или анафранилом в сочетании с транквилизаторами (атаракс, грандаксин, мезапам), ноотропами (пантогам, глицин, биотредин) и нейролептиками (сонапакс, этаперазин, неулептил) в возрастных дозировках.

Таким образом, психический статус детей с гнездовой А характеризуется наличием аффективной патологии в виде депрессии невротического уровня, имеющей преимущественно психогенное происхождение. Особенностью депрессивных расстройств является малая выраженность и

большая частота в виде синдромальных или субсиндромальных вариантов в структуре других психических заболеваний, преимущественно невротического круга. Типологические особенности депрессии у детей с А выступают преимущественно в виде тревожного, астенотревожного вариантов, редко тревожно-тоскливого, тоскливого и астенического. Значительная представленность как биологических (генетических и церебрально-органических), так и психосоциальных ФР также свидетельствует об определенной роли психической, в частности аффективной,

патологии в генезе гнездой А у детей. Имеющиеся различия показателей ФР и психических расстройств по группам с относительно доброкачественным и злокачественным течением кожного процесса подтверждают патогенетическую значимость психических (аффективных) расстройств при патологии волосяного покрова. Относительно высокая эффективность лечения детей с использованием антидепрессантов дополнительно свидетельствует о необходимости учета психоэмоционального статуса детей с гнездой А при выборе терапевтического подхода.

