

Клинические фенотипы красного плоского лишая и транснозологические психосоматические коморбидные состояния

Е. С. Снарская, И. Ю. Дороженко, М. В. Михайлова

Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты проспективного клинического исследования фенотипических вариантов красного плоского лишая на выборке 120 пациентов, при которых кожный зуд выступает в качестве ведущего нозогенного фактора в развитии расстройств адаптации депрессивного, невротического, ипохондрического круга. Изучение ассоциированных с фенотипическими проявлениями красного плоского лишая коморбидных психосоматических расстройств является актуальной проблемой как в связи с тяжело протекающими формами заболевания, включающими мучительный зуд, локализацию высыпаний на открытых участках тела, в области половых органов, слизистой полости рта и риск злокачественной трансформации очагов поражения, так и опосредованными нарушениями комплаенса на этапе терапии и в процессе реабилитации. Внедрение в клиническую практику комплексного междисциплинарного подхода способствует оптимизации терапии кожного заболевания и повышению качества жизни пациентов с коморбидной психосоматической патологией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: красный плоский лишай, клинические фенотипы, транснозологическая коморбидность, психосоматические расстройства, нозогенные реакции, депрессии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Clinical phenotypes of lichen planus and transnosological psychosomatic comorbid states

E. S. Snarskaya, I. Yu. Dorozhenok, M. V. Mikhailova

Institute of Clinical Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky of First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

SUMMARY

A sample of 120 patients with lichen planus presents the results of a prospective clinical study of phenotypic variants of dermatosis, in which itching acts as a leading nosogenic factor in the development of adjustment disorders of the depressive, neurotic, hypochondriac circle. The study of comorbid psychosomatic disorders associated with phenotypic manifestations of lichen planus is an urgent problem both in connection with severe forms of the disease, including excruciating itching, localization of rashes in open areas of the body, in the genital area, oral mucosa and the risk of malignant transformation of lesions, so and mediated violations of compliance at the stage of therapy and in the process of rehabilitation. The introduction of an integrated interdisciplinary approach into clinical practice contributes to the optimization of therapy for skin disease and an improvement in the quality of life of patients with comorbid psychosomatic pathology.

KEY WORDS: lichen planus, phenotypes, transnosological comorbidity, psychosomatic disorders, nosogenic reactions, depression.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was not sponsored.

Психосоматические аспекты манифестации красного плоского лишая являются актуальной психодерматологической проблемой как в связи с наличием целого ряда нозогенных факторов (тяжело протекающие формы заболевания; мучительный зуд; локализация высыпаний на открытых участках тела, в области половых органов, слизистой полости рта; возможность злокачественной трансформации очагов поражения), так и в связи с нередкой стрессогенной (психогенной) обусловленностью манифестации и экзацербации дерматоза, а также наличием транснозологической коморбидности с аффективными заболеваниями [1, 2, 3, 4]. Красный плоский лишай (КПЛ, *lichen planus*, плоский лишай) – заболевание с подострым или хроническим течением, поражающее кожу и слизистые оболочки, клинически характеризующееся высыпанием монотипных зудящих папулезных элементов. Классические эфлоресценции на коже больных представлены плоскими, фиолетовыми,

полигональными, зудящими папулами и бляшками, что соответствует клиническому правилу шести P: planar, purple, polygonal, pruritic, papules, plaques [5, 6].

Проведение настоящего исследования продиктовано необходимостью комплексного изучения различных клинических вариантов КПЛ с целью разработки более эффективных способов диагностики и лечения в рамках современной концепции психосоматической медицины.

Цель работы: изучение клинических особенностей фенотипических вариантов КПЛ и их ассоциации с коморбидными психосоматическими расстройствами.

Материал и методы исследования

В рамках проспективного клинического исследования, проходившего с 2019 по 2021 год, обследовано 120 пациентов с установленным диагнозом «красный плоский лишай»,

находящихся на стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении в клинике кожных и венерических болезней имени В. А. Рахманова. Гендерный состав исследуемой группы пациентов включал 77 женщин и 43 мужчины, средний возраст которых составил $47,6 \pm 5,2$ года.



Методы исследования

Клинико-дерматологический, психопатологический, клинико-психологический, клинико-катамнестический, статистический (вариационный и непараметрический). Катамнестический период составлял от 6 месяцев до 2 лет.

Оценка степени тяжести и распространенности поражений кожного покрова проводилась с использованием современного индекса оценки распространенности и тяжести красного плоского лишая в клинической практике (ИРТПЛ) (lichen planus area and severity index, LPASI), предложенного проф. А. В. Самцовым в 2020 году [7].

Формула для расчета индекса:

$$LPASI = (0,2 \times A) + (2 \times B) + (5 \times C) + D,$$

где A – площадь поражения кожи в процентах (вычисляется согласно правилу: площадь ладони пациента равна 1% площади всей поверхности тела); B – выраженность клинических проявлений на коже (оценивается в баллах от 0 до 4 для каждой из четырех групп клинических признаков); C – выраженность клинических проявлений на слизистой оболочке полости рта (оценивается в баллах от 0 до 4, учитываются только высыпания в виде эрозий и язв); D – выраженность субъективных ощущений (оценивается самим пациентом в баллах, при этом 0 – отсутствие симптомов боли или зуда, 10 – максимальная выраженность симптомов в виде нестерпимой боли или мучительного зуда).

Поправочные коэффициенты: для распространенности высыпаний – 0,2; для поражений кожи – 2,0; для эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки – 5,0; для субъективных ощущений – 1,0. Индекс может принимать значения от 0 до 82. Чем выше значение, тем тяжелее протекает дерматоз и тем сильнее он влияет на качество жизни пациента.

Диапазоны значений LPASI (ИРТПЛ):

- от 0 до 10 баллов – легкая степень тяжести;
- от 10 до 20 баллов – средняя степень;
- от 20 до 82 баллов – тяжелое течение заболевания.

Клинико-морфологическая оценка тяжести, активности, распространенности КПЛ слизистой оболочки полости рта проводилась в соответствии со шкалой клинической оценки тяжести красного плоского лишая в полости рта. (табл. 1, 2) [8].

Таблица 1
Шкала клинической оценки тяжести поражения
КПЛ слизистой полости [8]

Анатомический участок	Площадь поражения, %	Баллы
Слизистая щек		
Правая	< 50	1
	> 50	2
Левая	< 50	1
	> 50	2
Язык		
Задняя поверхность	< 50	1
	> 50	2
Передняя поверхность	< 50	1
	> 50	2
Губы		
Верхняя	Не поражена	0
	Поражена	1
Нижняя	Не поражена	0
	Поражена	1
Десна	Не поражена	0
	Поражена	1
Нёбо	Не поражено	0
	Поражено	1
Максимальное количество баллов		12

Таблица 2
Интерпретация результатов балльной оценки [8]

Сумма баллов	Градация	Степень тяжести	Описание
1–3	I	Легкая	Бессимптомное течение
4–6	II	Умеренная	Типичные проявления I–II степени тяжести
7–12	III	Тяжелая	Эрозивные очаги любой степени тяжести

Оценка степени выраженности психосоматических расстройств проводилась нами на основании подсчета индекса коморбидности (Index of Coexistent Disease, ICED) [9]. Индекс сосуществующих болезней ICED был первоначально разработан в 1993 году S. Greenfield для оценки полиморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем нашел применение и у других категорий пациентов. Данный метод удобен для расчета продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации больного после проведенного хирургического вмешательства. Для анализа полиморбидности шкала ICED предлагает оценивать состояние пациента отдельно по двум характеристикам: физиологическим и функциональным. Физиологическая характеристика включает 19 сопутствующих заболеваний, каждое из которых оценивается по 4-балльной шкале, где 0 – это отсутствие болезни, а 3 – ее тяжелая форма. Функциональная характеристика определяет влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациента и оценивает 11 физических функций по 3-балльной шкале (табл. 3, 4) [9].

Полученные данные обрабатывались с помощью методов математической статистики (лицензионных статистических пакетов SPSS 13.0, Statistica 7.0.); точного двухстороннего теста Фишера, достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Таблица 3
Индекс коморбидности (развернутый вариант) ICED [9]

Индекс тяжести заболевания	Индекс тяжести функционального расстройства	Индекс коморбидности
0	Не применяется	0 (норма)
1 или 2	0	1 (легкая степень)
1 или 2	1	2 (умеренная степень)
3	0 или 1	3 (тяжелая степень)
1, 2 или 3	2	3 (тяжелая степень)

Таблица 4
Индекс коморбидности (краткий вариант) ICED [9]

Функциональные расстройства	Индекс коморбидности
Умеренная или тяжелая, несмотря на терапию	3
Тяжелое расстройство	3
Расстройства от легкой до умеренной степени	2
Заболевание контролируемое, без грубых функциональных ограничений	1

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КПЛ

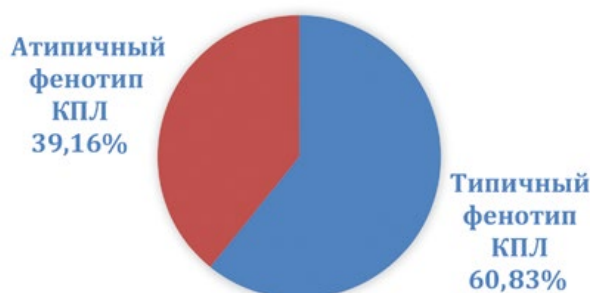


Рисунок 1. Фенотипические варианты КПЛ.



Рисунок 2. Коморбидная психическая патология у пациентов исследуемой группы.

Результаты исследования

При анализе структуры фенотипических вариантов КПЛ у пациентов, вошедших в исследование ($n = 120$), нами установлено, что *типичная папулезная* форма дерматоза встречалась в 73 случаях, что составило 60,83%, при этом *атипичные* варианты КПЛ были диагностированы в 47 случаях, что составило 39,16%. Обращает на себя внимание, что в 89 (74,16%) случаях дерматоз носил распространенный характер и распространялся в том числе на слизистые оболочки ротовой полости и (или) зону гениталий. При анализе фенотипических вариантов типичной формы дерматоза ($n = 73$) нами выявлено, что изолированное поражение слизистой полости рта и красной каймы губы встречалось в 51 случае, составляя 69,80%. Изолированные поражения генитальной зоны выявлены нами в 10 случаях, что составило 13,69%. Кроме того, в 12 случаях нами выявлены сочетанные гингивально-генитальные поражения, которые составили 16,40% случаев.

При клинико-морфологическом анализе атипичных вариантов ($n = 47$) изолированное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы отмечено в 28 (59,50%) случаях, поражение генитальной области наблюдалось в 11 (23,40%) случаях, при этом сочетанные поражения слизистой рта и половых органов были выявлены в 8 (17,02%) случаях (рис. 1) (табл. 5).

При изучении коморбидной психической патологии нами были выявлены нозогенные психосоматические расстройства, а также ассоциированные с депрессивными нозогениями эндогенные аффективные фазы (рис. 2).

Депрессивные нозогенные реакции нами выявлены в 55 (45,8%) случаях среди пациентов как с типичными, так и атипичными фенотипами КПЛ. Степень выраженности депрессивных нарушений (гипотимия, плаксивость, раздражительность, инсомния, явления соматопсихической гиперестезии) коррелировала с обширной площадью поражения кожи и слизистых, высоким LPASI, соответствующему 40 баллам, и индексу коморбидности ICED 3 балла, что свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации пациентов. По мере регресса кожного процесса отмечалась и постепенная редукция депрессивной симптоматики (рис. 3 а, б, в, г).

Пример расчета индекса: $LPASI = (0,2 \times 30) + (2 \times 3) + (5 \times 4) + 8 = 40$ баллов – тяжелая степень. Высыпания (папулы – 3 балла), эрозии в полости рта и половых органах (4 балла), сильный зуд (8 баллов, по субъективной оценке).

В 5 (4,2%) случаях КПЛ манифестировал, наряду с депрессивной нозогенной реакцией, на фоне коморбидного аффективного расстройства – монополярной рекуррентной депрессии по типу двойной депрессии: подавленность, тоска, тревога, раздражительность, мысли о бесперспективности, суточный ритм с ухудшением самочувствия в утренние часы, нарушения сна, навязчивые размышления о каждом заболевании в контексте собственной неполноценности. По мере

Таблица 5

Клинические особенности фенотипических вариантов красного плоского лишая

Клиническая форма КПЛ	Количество случаев, n / %	Поражение слизистой полости рта, n / %	Поражение слизистой половых органов, n / %	Сочетанные генитально-гингивальные поражения, n / %
Типичная форма	73 / 60,83	51 / 69,80	10 / 13,69	12 / 16,40
Атипичная форма	47 / 39,16	28 / 59,50	11 / 23,40	8 / 17,02
- гипертрофическая	17	15	2	2
- атрофическая	8	5	2	3
- пемфигоидная	5	3	5	3
- пигментная	7	4	2	–
- фолликулярная	3	1	–	–
- эритематозная	2	–	–	–
- гиперкератотическая	5	–	–	–



Рисунок 3. Пациентка М., 48 лет. Красный плоский лишай, тяжелая степень тяжести, выраженный зуд, депрессивная нозогенная реакция, LPASI = 40 баллов: а) распространенные высыпания по коже туловища (30% поверхности тела); б) эрозивные поражения слизистой полости рта; в) папулезные высыпания КПЛ на красной кайме нижней губы; г) поражение половых органов.

угасания активности кожного процесса происходила лишь частичная редукция депрессивной симптоматики, ассоциированной непосредственно с нозогенным комплексом.

Социофобические нозогенные реакции выявлены в 46 (38,3%) случаях. Степень выраженности социофобических реакций (социальная тревога с навязчивым страхом негативной оценки, критики, обсуждения внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением – профессиональные контакты, публичные выступления, неформальное общение) соответствовали среднему значению LPASI 20 баллов, индекс коморбидности ICED – 2 балла, что соответствовало умеренной социальной дезадаптации (рис. 4 а, б).

Пример расчета индекса LPASI

Распространение высыпаний более 10% поверхности тела, выраженность высыпаний (папулы – 3 балла, эскориации – 1 балл), умеренный зуд (7 баллов, по субъективной оценке).



Рисунок 4. Пациент К., 55 лет. Красный плоский лишай, средняя степень тяжести, LPASI = 20 баллов, социофобическая нозогенная реакция: а) распространенные высыпания в области спины; б) распространенные высыпания в области груди.



Рисунок 5. Пациентка Ж., 39 лет. Красный плоский лишай, легкая степень тяжести, нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты, LPASI = 7,4 балла: а) ограниченные высыпания в области запястья правой руки; б) ограниченные высыпания в области запястья левой руки.

Расчет индекса:

LPASI = $(0,2 \times 10) + (2 \times 4) + (5 \times 0) + 5 = 20$ баллов – средняя степень тяжести.

Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты выявлены нами в 14 случаях у пациентов с ограниченными высыпаниями в косметически значимых зонах и области гениталий (11,6%). В этих случаях роль ключевого триггера приобретает не тяжесть дерматоза, как при нозогенных депрессиях, но субъективно значимая «открытая» или «интимная» локализация высыпаний. Обращает на себя внимание, что у данной группы пациентов отмечается высокий

средний показатель индекса коморбидности ICED – 3 балла, отражающего выраженную социальную дезадаптацию, что контрастирует с легкой степенью тяжести кожного процесса – LPASI составляет менее 9 баллов (рис. 5 а, б).

Пример расчета индекса LPASI

Ограниченные высыпания в области запястий (2 % поверхности тела), слабый зуд (3 балла, по субъективной оценке пациентом), выраженность высыпаний (папулы – 2 балла).

Расчет индекса:

LPASI = $(0,2 \times 2) + (2 \times 2) + (5 \times 0) + 3 = 7,4$ – легкая степень тяжести.

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлены следующие клинические особенности фенотипических вариантов КПЛ, ассоциированных с коморбидными психосоматическими расстройствами. Выраженность депрессивных нозогений, выявленных у 45,8 % пациентов исследуемой группы, зависела в большей степени от распространенности и тяжести кожного процесса, что соответствовало высоким индексам LPASI и ICED. Рекуррентные депрессии (4,2 %), совпадающие с экзацербацией КПЛ, сохраняли основные свойства классической аффективной фазы, утяжеляясь за счет нозогенного комплекса. Социофобические реакции (38,3 %) и реакции с явлениями ипохондрии красоты (11,6 %), были ассоциированы с развитием дерматозов умеренной и незначительной тяжести с преимущественной локализацией на открытых участках тела.

При этом степень выраженности нозогенных депрессивных и социофобических нарушений прямо коррелирует с площадью поражения кожи и суммой баллов индексов LPASI и ICED, тогда как при нозогениях по типу ипохондрии красоты наблюдается явная диссоциация между незначительной клинической выраженностью дерматоза и выраженной социальной дезадаптацией (с высоким баллом индекса коморбидности).

Своевременная диагностика и лечение коморбидных фенотипов КПЛ нозогений и аффективных расстройств

успешно проводится в условиях дерматологического стационара (амбулатории) и требует дифференцированного подхода с назначением психотропных препаратов первого ряда для общемедицинской сети в сочетании с психотерапией, способствуя оптимизации терапии и прогноза кожного заболевания.

Список литературы / References

1. Дороженко И. Ю., Матюшенко Е. Н., Олисова О. Ю. Дистромофобия в дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; 1: 42–47.
Dorozhenko I. Yu., Matyushenko E. N., Olssova O. Yu. Dysmorphophobia in dermatological practice. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2014; 1: 42–47.
2. Jalenques I, Laron S, Almon S, Pereira B, D'Incan M, Rondepierre F. Prevalence and Odds of Signs of Depression and Anxiety in Patients with Lichen Planus: Systematic Review and Meta-analyses. Acta Derm Venereol. 2020; 100 (18): adv 00330. Published 2020 Nov 24. DOI: 10.2340/00015555-3660.
3. Koo J, Lee C. General Approach to Evaluating Psychodermatological Disorders. In: Koo J.Y.M., Lee C.S. (eds.). Psychocutaneous Medicine. New York: Marcel Dekker, Inc., 2003; 477: 1–12.
4. Смуглевич А. Б., Иванов О. Л., Львов А. Н., Дороженко И. Ю. Психодерматологические расстройства. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. Москва. ГЭОТАР-Медцина. 2013; 406–413.
Smulevich A. B., Ivanov O. L., L'vov A. N., Dorozhenko I. Yu. Psychodermatological disorders. Dermatovenereology National Guide. Short edition. Moscow. GEOTAR-Medicine. 2013; 406–413.
5. Молочков В. А., Прокофьев А. А., Переверзева О. Э., Бобров М. А. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 1: 30–36.
Molochkov V. A., Prokof'ev A. A., Pereverzeva O. E., Bobrov M. A. Clinical features of the different forms of lichen ruber planus. Russian Journal of skin and venereal diseases. 2011; 1: 30–36.
6. Welz-Kubiak K, Reich A, Szepletowski J. Clinical Aspects of Itch in Lichen Planus. Acta Derm Venereol 2017; 97: 505–508. <https://doi.org/10.2340/00015555-2563>
7. Патрушев А. В., Самцов А. В., Сухарев А. В., Минченко А. А., Мамунов М. В. Новый индекс для оценки тяжести течения плоского лишая в клинической практике. Вестник дерматологии и венерологии. Том: 96 (3); 2020. С. 27–33. DOI: 10.25208/vdv1145.
Patrushev A. V., Samcov A. V., Suharev A. V., Minchenko A. A., Mamunov M. V. A new index for assessing the severity of lichen planus in clinical practice. Bulletin of Dermatology and Venereology. Volume: 96 (3); 2020. P. 27–33. DOI: 10.25208/vdv1145.
8. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Издательство Панфилова; Бином. Лаборатория знаний. 2014. С. 16–18. ISBN 978–5–91839–043–6.
Adaskevich V. P. Diagnostic indexes in dermatology-Moscow: Panfilov Publishing House; Binom. Laboratory of knowledge. 2014. P. 16–18. ISBN 978–5–91839–043–6.
9. Rozzini R., Frisoni G. B., Ferrucci L., Barbisoni P., Sabatini T., Ranieri P., Guralnik J. M., Trabucchi M. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity. Age Ageing. 2002; Jul; 31 (4): 277–285.

Статья поступила / Received 22.09.21
Получена после рецензирования / Revised 27.09.21
Принята в печать / Accepted 05.10.21

Сведения об авторах

Снарская Елена Сергеевна, д.м.н., проф. кафедры кожных и венерических болезней. E-mail: snarskaya-dok@mail.ru. Scopus: 8714450500. ORCID: 0000-0002-7968-7663

Дороженко Игорь Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики. E-mail: idoro@bk.ru. Scopus: 35773056200. ORCID: 0000-0003-1613-2510

Михайлова Мариана Владимировна, аспирант кафедры кожных и венерических болезней. E-mail: dermatolog003@mail.ru. ORCID: 0000-00002-7895-6630

Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Автор для переписки: Снарская Елена Сергеевна. E-mail: snarskaya-dok@mail.ru

About authors

Snarskaya Elena S., DM Sci (habil.), professor at Dept of Skin and Venereal Diseases. E-mail: snarskaya-dok@mail.ru. Scopus: 8714450500. ORCID: 0000-0002-7968-7663

Dorozhenko Igor Yu., PhD Med, associate professor at Dept of Psychiatry and Psychosomatics. E-mail: idoro@bk.ru. Scopus: 35773056200. ORCID: 0000-0003-1613-2510

Mikhailova Mariana V., post-graduate student of Dept of Skin and Venereal Diseases. E-mail: dermatolog003@mail.ru. ORCID: 0000-00002-7895-6630

Institute of Clinical Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky of First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

Corresponding author: Snarskaya Elena S. E-mail: snarskaya-dok@mail.ru

Для цитирования: Снарская Е. С., Дороженко И. Ю., Михайлова М. В. Клинические фенотипы красного плоского лишая и трансонологические психосоматические коморбидные состояния. Медицинский алфавит. 2021; (27): 26–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-26-30>

For citation: Snarskaya E. S., Dorozhenko I. Yu., Mikhailova M. V. Clinical phenotypes of lichen planus and transnosological psychosomatic comorbid states. Medical alphabet. 2021; (27): 26–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-26-30>

