

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100612>

Оригинальное исследование



Красный плоский лишай и сопряжённые с зудом психосоматические расстройства

И.Ю. Дороженок^{1, 2}, Е.С. Снарская¹, М. Михайлова¹¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация² Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Актуальность изучения ассоциированных с зудом психосоматических расстройств у пациентов с разными клиническими фенотипами красного плоского лишая обусловлена широким спектром трансоэтиологической коморбидности нозогенных и депрессивных расстройств.

Цель — клиническая верификация и типологическая дифференциация сопряжённых с зудом психосоматических расстройств в соответствии с выделенными нами фенотипами красного плоского лишая у пациентов изученной выборки.

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов (77 женщин и 43 мужчины, средний возраст 47,6±5,2 лет) с различными фенотипами красного плоского лишая и сопряжёнными с зудом коморбидными психосоматическими расстройствами. Клинико-дерматологический фенотип заболевания оценивался с помощью современного индекса оценки распространённости и тяжести красного плоского лишая в клинической практике (Lichen planus area and severity index, LPASI); опросника выраженности зуда (Behavioral rating scores, BRS), опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ); психопатологический фенотип — с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale, HADS); клинико-психологический — с использованием личностных самоопросников и проективных методик.

Результаты. Выделены и типологически дифференцированы сопряжённые с зудом психосоматические расстройства у пациентов с красным плоским лишаём: нозогенные реакции, развивающиеся в ответ на проявления кожного заболевания (депрессивные, социофобические, ипохондрия красоты), а также рекуррентные депрессии. При каждом типе психосоматических расстройств выявлены различные соотношения дерматологических и психосоматических симптомов. Нозогенные реакции, развивающиеся в рамках рассмотренных соотношений, сопоставимы с нозогениями при тяжёлых соматических заболеваниях и клинически проявляются тревожно-депрессивными расстройствами. В других случаях роль ключевого триггера приобретает не тяжесть дерматоза, как при нозогенных депрессиях, а косметически значимая локализация высыпаний. Указанные психосоматические расстройства представлены социофобическими нозогенными реакциями, а также нозогениями по типу ипохондрии красоты, в формирование которых существенный вклад вносят конституционально обусловленные соматоперцептивные акцентуации с деформацией образа тела. Определена роль конституциональных факторов и соматоперцептивных акцентуаций. Проанализирована структура амплифицированного кожного зуда, включая стрессогенное влияние пандемии, вызванной вирусом SARS-CoV. Представлены методики эффективной терапии на основе комплексного междисциплинарного подхода.

Заключение. Эффективная диагностика и лечение сопряжённых с зудом психосоматических расстройств способствуют существенной оптимизации течения красного плоского лишая и повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: красный плоский лишай; психосоматические расстройства; нозогенные реакции; депрессии; зуд; амплифицированный кожный зуд; вирус SARS-CoV-2; расстройства личности; соматоперцептивные акцентуации.

Для цитирования:

Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Михайлова М. Красный плоский лишай и сопряжённые с зудом психосоматические расстройства // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 6. С. 543–551. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100612>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100612>

Original study

Lichen planus and itch-related psychosomatic disorders

Igor Yu. Dorozhenok^{1,2}, Elena S. Snarskaya¹, Mariana Mikhailova¹¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation² Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The relevance of studying psychosomatic disorders associated with itching in patients with lichen planus (LP) is due to a wide range of transnosological comorbidity of nosogenic and depressive disorders with clinical phenotypes of LP.

AIMS: Clinical verification and typological differentiation of psychosomatic disorders associated with itching in accordance with the LP phenotypes we identified in patients of the studied sample.

MATERIALS AND METHODS: 120 patients (77 women and 43 men, average age 47.6±5.2 years) with various LP phenotypes and comorbid psychosomatic disorders associated with itching were examined. Dermatological, using the modern lichen planus area and severity index (LPASI); questionnaire of the severity of itching (behavioral rating scores, BRS), the dermatological quality of life index (DQLI) questionnaire; psychopathological, using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); clinical-psychological.

RESULTS: Psychosomatic disorders associated with itching were identified and typologically differentiated in patients with lichen planus: nosogenic reactions that develop in response to manifestations of a skin disease (depressive, sociophobic, beauty hypochondria), as well as recurrent depression. For each type of psychosomatic disorders, different ratios of dermatological and psychosomatic symptoms have been identified. Nosogenic reactions that develop within the considered ratios are comparable to nosogenies in severe somatic diseases and are clinically manifested by anxiety and depressive disorders. In other cases, the key trigger is not the severity of the dermatosis, as in nosogenic depression, but the cosmetically significant localization of the rash. These psychosomatic disorders are represented by sociophobic nosogenic reactions, as well as beauty hypochondria nosogenies, in the formation of which constitutionally determined somatoperceptual accentuations with deformation of the body image make a significant contribution. The role of constitutional factors and somatoperceptive accentuations is determined. The structure of amplified pruritus was analyzed, including the stressful impact of the SARS-CoV-2 pandemic. Methods of effective therapy based on an integrated interdisciplinary approach are presented.

CONCLUSION: Effective diagnosis and treatment of psychosomatic disorders associated with itching contribute to a significant optimization of the course of LP and improve the quality of life of patients.

Keywords: lichen planus; psychosomatic disorders; nosogenic reaction; depression; itching; amplified pruritus; SARS-CoV-2; personality disorders; somatoperceptive accentuation.

For citation:

Dorozhenok IYu, Snarskaya ES, Mikhailova M. Lichen planus and itch-related psychosomatic disorders. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2021;24(6):543–551. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100612>

Received: 13.11.2021

Accepted: 10.12.2021

Published: 15.12.2021

ОБОСНОВАНИЕ

По данным современных исследований, в патогенезе красного плоского лишая (КПЛ) наряду с генетическими, эндокринными, метаболическими и иммунологическими факторами важная роль отводится психогенному воздействию и коморбидным психическим расстройствам [1, 2]. К психическим расстройствам, спровоцированным дерматологической патологией, относятся нозогенные реакции (вторичные психические расстройства), встречающиеся у больных с зудящими дерматозами в 70% случаев. Нозогенные реакции включают две основные составляющие: психогенную (семантика диагноза, ситуация необычной — больничной — обстановки, опасения социальных последствий болезни, трудности совладания с её проявлениями) и биологическую, детерминированную соматически изменённой почвой [3].

У пациентов с КПЛ развитию нозогенных психосоматических нарушений способствуют тяжёлые проявления дерматоза: прежде всего выраженный зуд, социальная стигматизация, ограничения в бытовой и профессиональной деятельности. Зуд является облигатным симптомом КПЛ и встречается у большинства пациентов с данным дерматозом. Чаще зуд наблюдается в области нижних, верхних конечностей и туловища; реже на лице, волосистой части головы или в других областях (ступни, подмышки, затылок, кожные складки, ягодицы, аногенитальная область, ротовая полость) [4]. По данным К. Welz-Kubiak с соавт. [5], большинство пациентов считали наиболее беспокоящим симптомом КПЛ зуд, затем — факт наличия кожных поражений. В субъективной оценке зуд считался обременительным, раздражающим, неприятным, иногда — невыносимым. Среди пациентов с КПЛ на фоне зуда около 30% отмечали снижение настроения, 13,5% — тревогу, 27,0% — раздражительность, 23,0% — проблемы с концентрацией внимания. Зуд пациенты описывают зачастую в форме жжения, реже — щекотания, потепления или покалывания кожи, т.е. с клинических позиций психосоматической медицины, в отдельных случаях речь идёт о возможных вариантах соматоформного зуда у больных КПЛ. По результатам анализа исследования, проведённого авторитетной международной психодерматологической группой, у 91% пациентов с КПЛ наблюдается ухудшение качества жизни в связи с зудом/болезненностью в очагах поражения [6]. Далее следуют выраженное беспокойство по поводу наличия заболевания, последствия лечения стероидными препаратами, нарушение повседневного функционирования вследствие социальной тревоги (трудности с покупками, социальными и досуговыми мероприятиями, смена привычек в виде маскировки закрытой одеждой поражённых участков кожного покрова) [6].

Отдельного рассмотрения требует феномен зуда различной тяжести, не коррелирующей с выраженностью и локализацией высыпаний КПЛ [7].

Аmplифицированный зуд нередко выступает в структуре коморбидных КПЛ невротических, стрессогенных и депрессивных расстройств, что наряду с ростом полиморфных соматизированных нарушений особенно проявилось в период пандемии, вызванной вирусом SARS-CoV-2 [8, 9]. Имеются данные как о прямом стрессогенном воздействии новой коронавирусной инфекции на развитие КПЛ на фоне депрессии, так и о более тесной нейробиологической связи КПЛ с коронавирусной инфекцией [10–15].

Таким образом, изучение ассоциированных с зудом психосоматических расстройств у пациентов с КПЛ является актуальной психодерматологической проблемой благодаря широкому спектру транснозологической коморбидности психогенных (нозогенных) и аффективных (депрессивных) расстройств с клиническими фенотипами КПЛ.

Цель исследования — клиническая верификация и типологическая дифференциация сопряжённых с зудом психосоматических расстройств в соответствии с выделенными нами фенотипами КПЛ у пациентов изученной выборки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проспективное и ретроспективное нерандомизированное одноцентровое клиническое исследование.

Критерии соответствия

Критерии включения:

- Диагноз «Красный плоский лишай».
- Коморбидное психосоматическое/психическое расстройство непсихотического регистра.
- Возраст от 30 до 85 лет.
- Подписанное пациентом информированное согласие и понимание сути исследования.
- Высокая готовность следовать предписаниям врача.
- Предшествующее лечение в соответствии со стандартами МЗ РФ.
- Ограничение для использования других методов лечения, в том числе самолечения.

Критерии исключения:

- Несоответствие критериям включения.
- Нежелание пациента участвовать в исследовании по каким-либо причинам.
- Дерматологическая патология, которая, с точки зрения исследователя, может повлиять на оценку выраженности высыпаний при КПЛ (вульгарное акне, розацеа, псориаз, простой или аллергический дерматит и др.).
- Наличие сопутствующей соматической патологии у пациентов в стадии обострения, нарушения функции печени, острые и хронические психозы,

деменция, системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет, абсцессы.

- Злокачественные новообразования кожи.
- Диагноз «онкологическое заболевание», установленный в течение 3 лет перед началом исследования.
- Желание пациента прекратить участие в исследовании.
- Несоблюдение пациентом режима, назначенной схемы обследования, катamnестического наблюдения и лечения.
- Заключение врача-исследователя о том, что дальнейшее участие пациента в исследовании наносит вред его здоровью.

Условия проведения

Исследование проводилось на базе клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова и в лечебно-диагностическом отделении № 2 Университетской клинической больницы Первого МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) в период 2019–2021 гг.

Описание медицинского вмешательства

Клинико-дерматологический фенотип заболевания оценивался с использованием современного индекса оценки распространённости и тяжести КПЛ в клинической практике (Lichen planus area and severity index, LPASI) [16], опросника выраженности зуда (Behavioral rating scores, BRS), опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ); психопатологический – с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale, HADS); клинико-психологический – с использованием личностных самоопросников и проективных методик.

Этическая экспертиза

Выписка из протокола № 06-20 заседания локального этического комитета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) от 01.04.2020: «Принять к сведению исследование в рамках диссертационной работы «Фенотипические особенности красного плоского лишая в зависимости от зуда с позиций психосоматических расстройств» (исполнитель — Михайлова Мариана)».

Статистический анализ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объекты (участники) исследования

Нами обследовано 120 пациентов (из них женщин 77, мужчин — 43; средний возраст $47,6 \pm 5,2$ года) с разными клинико-морфологическими вариантами КПЛ различной локализации и сопряжёнными с зудом коморбидными психосоматическими расстройствами.

Фенотипическая структура КПЛ у участников исследования представлена следующим образом: типичная папулезная форма диагностирована у 73 (60,83%) пациентов, атипичные формы — у 47 (39,16%). В 89 (74,16%) случаях КПЛ распространялся на слизистые оболочки ротовой полости и/или зону гениталий. При типичной форме дерматоза ($n=73$) изолированное поражение слизистой полости рта и красной каймы губы наблюдалось в 51 (69,8%) случае, изолированные поражения

Таблица. Клинические особенности фенотипических вариантов красного плоского лишая

Table. Clinical features of phenotypic variants of lichen planus

| Клиническая форма $n=120$ | Число случаев, n (%) | Поражение | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| | | слизистой полости рта | слизистой половых органов | сочетанные генитально- гингивальные |
| Типичная форма, n (%) | 73 (60,83) | 51 (69,8) | 10 (13,69) | 12 (16,4) |
| Атипичная форма, n (%): | 47 (39,16) | 28 (59,5) | 11 (23,4) | 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 | — | — | — |

генитальной зоны — в 10 (13,69%), сочетанные гингивально-генитальные поражения — в 12 (16,4%). При атипичных формах ($n=47$) изолированное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы отмечено в 28 (59,5%) случаях, поражение генитальной области — в 11 (23,4%), сочетанные поражения слизистой рта и половых органов — в 8 (17,02%); **таблица**.

Основные результаты исследования

При изучении сопряжённой с зудом коморбидной психосоматической патологии у пациентов с КПЛ нами выявлены нозогенные реакции, а также ассоциированные с депрессивными нозогениями эндогенные аффективные фазы.

Необходимо отметить, что психосоматические соотношения при нозогениях, спровоцированных КПЛ, реализуются различными путями. Один из этих путей — формирование нозогении вследствие непосредственного стрессогенного (главным образом физиологического) воздействия кожного заболевания: выраженность проявлений дерматоза (острота возникновения высыпаний, их распространённость, тенденция к диссеминации и др.), субъективная тягостность симптоматики (выраженный зуд, жжение, стягивание кожи и др.), характер течения (хроническое с частыми эксацербациями, резистентность к терапии). Нозогенные реакции, развивающиеся в рамках рассмотренных соотношений, сопоставимы с нозогениями при тяжёлых соматических заболеваниях и клинически проявляются тревожно-депрессивными расстройствами.

В других случаях роль ключевого триггера приобретает не тяжесть дерматоза, как при нозогенных депрессиях, а косметически значимая локализация высыпаний. Указанные психосоматические расстройства представлены социофобическими нозогенными реакциями, а также нозогениями по типу ипохондрии красоты, в формирование которых существенный вклад вносят конституционально обусловленные соматоперцептивные акцентуации с деформацией образа тела.

Депрессивные нозогенные реакции нами выявлены в 55 (45,8%) случаях среди пациентов как с типичными, так и атипичными фенотипами КПЛ. Значительная выраженность депрессивных нарушений (средние значения HADS: 11 баллов по шкале тревоги / 15 баллов по шкале депрессии) и высокий показатель ДИКЖ (22 балла — чрезвычайно сильное влияние на качество жизни) прямо коррелировали с обширной площадью поражения кожи и слизистых и мучительным зудом, верифицируемых высокими показателями LPASI (40 баллов) и BRS (5 баллов — «очень сильный зуд»).

Психопатологическая структура нозогении определяется тревожно-ипохондрической депрессивной реакцией со сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, явлениями соматопсихической гиперестезии, способствующей

амплификации идиопатического кожного зуда. Наряду с внутренним напряжением, неопределённым беспокойством выявляются гипертрофированные опасения по поводу исхода заболевания, а также возможной малигнизации высыпаний, сопряжённые с чувством безнадёжности. При затрагивании кожным процессом фациальной области депрессивные нозогении сопровождаются неразвёрнутыми социофобическими проявлениями, не имеющими ведущего значения в плане определения клинической картины и выступающими как денотативная составляющая идеаторного симптомокомплекса нозогенной депрессии. Пациенты активно обращаются к дерматологам преимущественно для стационарного лечения. По мере угасания активности кожного процесса постепенно происходит полная редукция депрессивной симптоматики.

По данным клинико-психологического исследования, преморбидные особенности личности пациентов с депрессивными нозогениями в большинстве случаев представлены конституциональными аномалиями тревожного кластера (кластер С) со склонностью к формированию тревожно-ипохондрических реакций. Наряду с этим в 1/3 наблюдений выявлено также наличие невропатической соматоперцептивной акцентуации [13], такой как гиперестезия в сфере телесной перцепции (психогенная эритема, гиперпатии, психалгии, псевдомигрени), врождённая неполноценность вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз), гипостения (повышенная утомляемость), сыгравшей определённую роль в механизме стрессогенной амплификации зуда, особенно на фоне глобального влияния пандемии.

В 5 (4,2%) случаях манифестация КПЛ со сходным дерматологическим статусом происходила на фоне коморбидного аффективного расстройства — монополярной рекуррентной депрессии, выступавшей по типу двойной депрессии в связи с развитием тревожно-депрессивной нозогенной реакции (подавленность, тоска, тревога, раздражительность, мысли о бесперспективности, суточный ритм с ухудшением самочувствия в утренние часы, нарушения сна, навязчивые размышления о кожном заболевании в контексте собственной неполноценности). По мере угасания активности кожного процесса происходила лишь частичная редукция депрессивной симптоматики (до назначения терапии антидепрессантами), ассоциированной непосредственно с нозогенным комплексом.

Все случаи рекуррентной депрессии в изученной выборке регистрировались в условиях глобального негативного воздействия информационного и социального бремени пандемии новой коронавирусной инфекции. Тогда же отмечалась манифестация КПЛ с кожными поражениями, в свою очередь, провоцирующими нозогенные реакции. Такие клинические соотношения

коррелируют с данными о резком многократном росте случаев стрессогенного развития тревожно-депрессивных расстройств, особенно у больных с аффективным анамнезом [10–15], и в отдельных наблюдениях — манифестации КПЛ в ситуации пандемии SARS-CoV-2 [12].

Социофобические нозогенные реакции выявлены в 46 (38,3%) случаях. Клинически выраженная нозогенная реакция, верифицируемая показателями HADS (13 баллов по шкале тревоги / 6 баллов по шкале депрессии) и высоким показателем ДИКЖ (19 баллов — значительное влияние на качество жизни), отмечалась на фоне умеренной распространённости и тяжести кожного процесса, затрагивающего открытые участки кожного покрова (LPASI 20 баллов), при этом выраженность зуда по шкале BRS в среднем составила 4 балла («сильный зуд»), что указывает на его амплифицированную структуру, включающую психогенную «надстройку».

Социофобические нозогении включают социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки (критики, обсуждения) внешности окружающими и ситуационное избегающее поведение (профессиональные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Отмечаются навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к оценке своего отражения в зеркале; защитные ритуалы, нацеленные на маскировку изъянов кожи.

Пациенты крайне фиксированы на состоянии своей кожи, постоянно думают о «дефекте», рассматривают его в зеркале, ощупывают кожу пальцами рук, сравнивают свою внешность с внешностью других людей, настойчиво обращаются за уверениями в том, как они выглядят, маскируют кожные высыпания волосами, макияжем, положением тела или одеждой. Отчётливых явлений гипотимии не наблюдается, присутствует лишь ситуационное нестойкое снижение настроения при взгляде в зеркало, при этом ипохондрических опасений по поводу вреда для организма, а также по поводу скрытых под одеждой высыпаний также не выявлено. Пациенты регулярно обращаются к дерматологам и косметологам с целью проведения традиционных малоинвазивных процедур.

По данным клинико-психологического исследования, преобладают лица драматического кластера с тревожной акцентуацией (инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, конформизм, тенденция к подражанию и следованию моде, обострённая мнительность со страхом опозориться, склонность к тревожным опасениям; представления об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни путём принятия и одобрения окружающими — экстернальный вектор тревоги). Помимо тревоги по поводу кожных высыпаний, пациенты отмечают страх старения, «с ужасом фиксируют любые признаки увядания кожи»; ещё до появления возрастных изменений начинают активно пользоваться различными наружными средствами с целью профилактики старения кожи.

Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты выявлены в 14 (11,6%) случаях у пациентов с ограниченными высыпаниями в косметически значимых зонах и области гениталий. Умеренные показатели HADS (8 баллов по шкале тревоги / 5 баллов по шкале депрессии) и высокий показатель ДИКЖ (15 баллов — значительное влияние на качество жизни) контрастировали с лёгкой степенью тяжести кожного процесса — индекс LPASI составил менее 9 баллов. Выраженность зуда по шкале BRS в среднем составила 2 балла («умеренный зуд, раздражающий и причиняющий беспокойство»), что при незначительной площади поражения указывает на его преимущественно соматоформный характер в рамках нозогенной реакции (возможно, при участии глобального стрессогенного влияния пандемии). В наших исследованиях у пациентов с нозогениями по типу ипохондрии красоты при хронических дерматозах до пандемии зуд либо отсутствовал, либо выявлялся в минимальных значениях, не влияющих на качество жизни.

Содержание нозогении определяется аффективно заряженными идеями несоответствия собственного облика идеалу безупречной внешности, имеющими интернальную направленность: «главное — нравиться себе». На публике пациенты не испытывают выраженного дискомфорта, неловкости или ограничения социальной активности. Субъективное недовольство внешностью — «тяга к перфекционистскому идеалу» — сопровождается активным стремлением любым путём добиться безупречной кожи исключительно «для себя». Пациенты устанавливают особый ритуал ухода за кожей, отслеживая появление малейших дефектов, пополняя информацию о новых методах лечения. Попытки коррекции своей внешности сопровождаются настойчивым обращением к специалистам за проведением инвазивных процедур с целью «радикального» решения проблемы.

По данным клинико-психологического исследования, реакции по типу ипохондрии красоты выявляются у нарциссических личностей, а также у адаптированных экспансивных шизоидов — сугубо рациональных, самоуверенных, лишённых эмпатии, не способных к проявлениям бурных эмоций, полностью посвятивших себя карьере. Присущую им преморбидную акцентуацию отличает единственное иррациональное, выходящее за пределы логических понятий, не поддающееся разумному контролю свойство — постоянная забота о собственном внешнем облике, которому придаётся несоизмеренное значение.

У пациентов с ипохондрией красоты выявлены повреждённость, ригидность, низкая чувствительность границы телесности, что соответствует конституциональным особенностям больных этой группы, для которых характерны расщепление телесного образа «Я» на «Я» идеальное и «Я» реальное (отвергаемое), гиперконтроль как ключевой способ коммуникации, перфекционизм в отношении собственной внешности. Восприятие

кожи — эго-дистонное, образ тела — позитивный, однако «несовершенные» его части воспринимаются отчуждённо, что позволяет говорить о фрагментарности образа тела. Отношение к болезни определяется в основном раздражением, заболевание воспринимается как мешающее и плохо контролируемое.

Для полной редукции преобладающих в выборке аффективных нарушений различного генеза успешно использовались современные антидепрессанты с поливалентным спектром психотропной активности и высоким уровнем безопасности. В случаях рекуррентных депрессий оказался эффективен венлафаксин в высоких суточных дозировках; при терапии тревожно-депрессивных и социофобических реакций — антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в средних суточных дозировках; при лечении реакций с явлениями ипохондрии красоты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в комбинации с атипичными антипсихотиками. Психотерапия современными и безопасными препаратами первого ряда наряду с психотерапией и базисным дерматотропным лечением успешно проводилась всем больным в условиях дерматологической клиники.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе настоящего исследования выявлены сопряжённые с зудом психосоматические расстройства у пациентов с КПЛ: нозогенные реакции, развивающиеся

в ответ на проявления кожного заболевания (депрессивные, социофобические, ипохондрия красоты), а также рекуррентные депрессии. Рекуррентные депрессии, совпадающие с экзацербацией КПЛ, протекают по типу двойной депрессии благодаря тревожно-депрессивной нозогенной надстройке, сохраняя при этом основные свойства классической аффективной фазы и утяжеляясь за счёт симптомов дерматоза, включая амплифицированный зуд как отчётливый соматический симптом депрессии.

При всех изученных типах нозогений отмечены значительное снижение качества жизни и выраженный зуд, зачастую не соответствующие объективной тяжести дерматоза (рисунок). Депрессивные нозогении, формирующиеся у тревожных пациентов с невропатической соматоперцептивной акцентуацией, прямо коррелируют с тяжестью кожного процесса и выраженностью зуда, амплифицирующегося на высоте депрессивной соматопсихической гиперестезии.

Социофобические реакции и нозогении с явлениями ипохондрии красоты развиваются на фоне КПЛ умеренной и лёгкой тяжести с локализацией на открытых участках тела. Данные нозогении сопряжены с экстернально и интернально направленными нарушениями образа тела, базирующимися на определённом конституциональном предрасположении.

Выявленные клинические взаимосвязи также указывают на прямое (перенесённые случаи вирусной инфекции SARS-CoV-2) и опосредованное стрессогенное

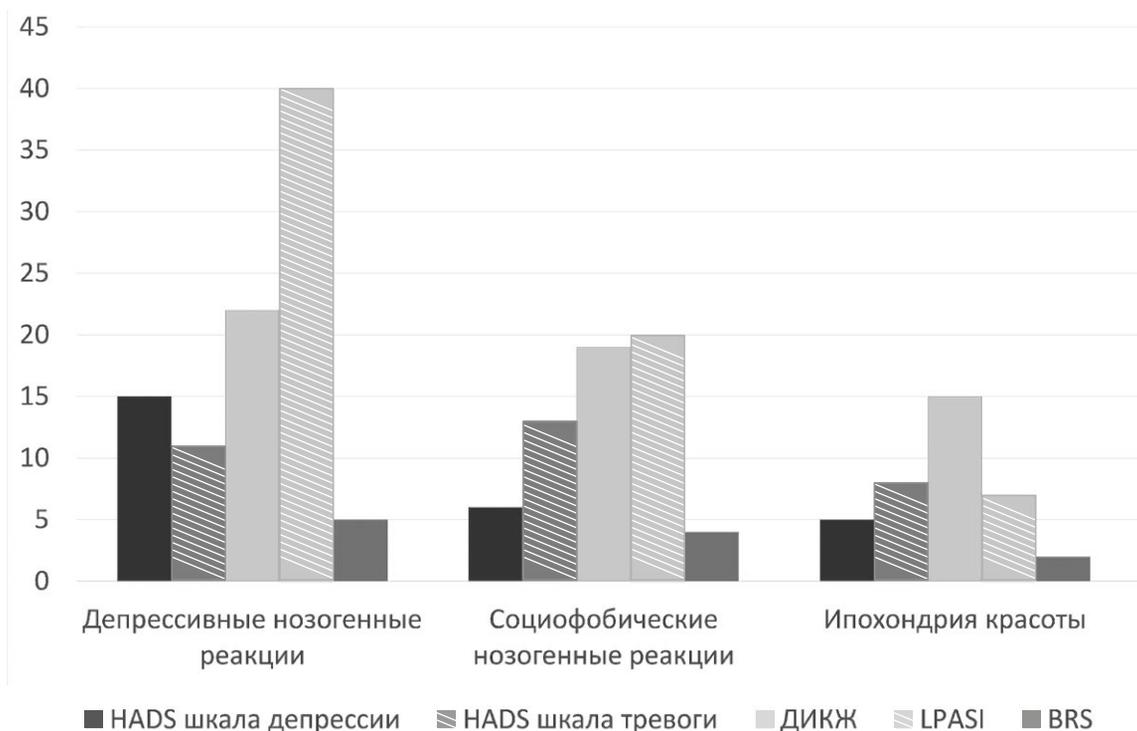


Рис. Корреляция выраженности нозогенных реакций с кожными проявлениями красного плоского лишая и тяжестью зуда.

Fig. Correlation of the severity of nosogenic reactions with skin manifestations of lichen planus and the severity of itching.

влияние пандемии этой инфекции, способствующее амплификации зуда, обусловленного массивным обострением дерматоза, и формированию элементов соматоформного зуда в рамках психосоматических расстройств с нарушениями образа тела.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективное лечение сопряжённых с зудом психосоматических расстройств с назначением безопасных психокоррекционных препаратов первого ряда наряду с психотерапией и базисной дерматотропной терапией способствует существенной оптимизации течения кожного заболевания и повышению качества жизни страдающих КПЛ.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. И.Ю. Дороженок — концепция исследования, анализ полученных данных, коррекция психосоматической части текста; Е.С. Снарская — дизайн

исследования, анализ полученных данных, коррекция дерматологической части текста; М. Михайлова — сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, написание текста. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The research was carried out at the expense of the organization's budgetary funds.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. I.Y. Dorozhenok — research concept, analysis of the received data, correction of the psychosomatic part of the text; E.S. Snarskaya — research design, analysis of the received data, correction of the dermatological part of the text; M. Mikhailova — collection and processing of materials, analysis of the received data, writing of the text. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

ЛИТЕРАТУРА

- Jalenques I., Lauron S., Almon S., et al. Prevalence and odds of signs of depression and anxiety in patients with lichen planus: systematic review and meta-analyses // *Acta Derm Venereol.* 2020. Vol. 100, N 18. P. adv 00330. doi: 10.2340/00015555-3660
- Sawant N.S., Vanjari N.A., Khopkar U., Adulkar S. A study of depression and quality of life in patients of lichen planus // *Sci World J.* 2015. Vol. 2015. P. 817481. doi: 10.1155/2015/817481
- Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматологические расстройства. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 406–413.
- Cassol-Spanemberg J., Blanco-Carrión A., de Rivera-Campillo M.E., et al. Cutaneous, genital and oral lichen planus: a descriptive study of 274 patients // *J Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019. Vol. 24, N 1. P. e1–e7. doi: 10.4317/medoral.22656
- Welz-Kubiak K., Reich A., Szepietowski J. Clinical Aspects of itch in lichen planus // *Acta Derm Venereol.* 2017. Vol. 97, N 4. P. 505–508. doi: 10.2340/00015555-2563
- Gupta A., Mohan R.P., Gupta S., Malik S. Roles of serum uric acid, prolactin levels, and psychosocial factors in oral lichen planus // *J Oral Sci.* 2017. Vol. 59, N 1. P. 139–146. doi: 10.2334/josnusd.16-0219
- Zeidler C., Pereira M.P., Huet F., et al. Pruritus in autoimmune and inflammatory dermatoses // *Front Immunol.* 2019. Vol. 10. P. 1303. doi: 10.3389/fimmu.2019.01303
- Krajewski P.K., Maj J., Szepietowski J.C. Cutaneous Hyperaesthesia in SARS-CoV-2 infection: rare but not unique clinical manifestation // *Acta Derm Venereol.* 2021. Vol. 101, N 1. P. adv00366. doi: 10.2340/00015555-3729
- Snarskaya E.S., Dorozhenok I.Yu., Mikhailova M.V. Clinical phenotypes of lichen planus and transnosological psychosomatic comorbid states // *Medical Alphabet.* 2021. Vol. 27, P. 26–30. doi: 10.33667/2078-5631-2021-27-26-30
- Dorozhenok I.Y., Snarskaya E.S., Mikhailova M.V. [Lichen planus, COVID-19 and depression: psychosomatic correlations] // *Zh Nevrol Psikhiatr im. S.S. Korsakova.* 2022. Vol. 122, N 1. P. 122–125. doi: 10.17116/jnevro2022122011122
- Burgos-Blasco P., Fernandez-Nieto D., Selda-Enriquez G., et al. COVID-19: a possible trigger for oral lichen planus? // *Int J Dermatol.* 2021. Vol. 60. P. 882–883. doi: 10.1111/ijd.15529
- Diaz-Guimaraens B., Dominguez-Santas M., Suarez-Valle A., et al. Annular lichen planus associated with coronavirus SARS-CoV-2 disease (COVID-19) // *Int J Dermatol.* 2021. Vol. 60. P. 246–247. doi: 10.1111/ijd.15338
- Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей / под ред. академика РАН А.Б. Смулевича. Москва: МЕДпресс-информ, 2019. С. 22–23.
- Iob E., Frank P., Steptoe A., Fancourt D. Levels of severity of depressive symptoms among at-risk groups in the uk during the COVID-19 pandemic // *JAMA Netw Open.* 2020. Vol. 3, N 10. P. e2026064. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.26064
- Van Rheenen T.E., Meyer D., Neill E., et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during

the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project // *J Affect Disord.* 2020. Vol. 275. P. 69–77. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.037

REFERENCES

1. Jalenques I, Lauron S, Almon S, et al. 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. doi: 10.2340/00015555-3660
2. Sawant NS, Vanjari NA, Khopkar U, Adulkar S. A study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *Sci World J.* 2015;2015:817481. doi: 10.1155/2015/817481
3. Smulevich AB, Ivanov OL, Lvov AN, Dorozhenok IY. Psychodermatological disorders. Dermatovenerology. National Guide. Short edition. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. P. 406–413. (In Russ).
4. Cassol-Spanemberg J, Blanco-Carrión A, de Rivera-Campillo ME, et al. Cutaneous, genital and oral lichen planus: a descriptive study of 274 patients. *J Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019;24(1):e1–e7. doi: 10.4317/medoral.22656
5. Welz-Kubiak K, Reich A, Szepietowski J. Clinical aspects of itch in lichen planus. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(4):505–508. doi: 10.2340/00015555-2563
6. Gupta A, Mohan RP, Gupta S, Malik S. Roles of serum uric acid, prolactin levels, and psychosocial factors in oral lichen planus. *J Oral Sci.* 2017;59(1):139–146. doi: 10.2334/josnusd.16-0219
7. Zeidler C, Pereira MP, Huet F, et al. Pruritus in autoimmune and inflammatory dermatoses. *Front Immunol.* 2019;10:1303. doi: 10.3389/fimmu.2019.01303
8. Krajewski PK, Maj J, Szepietowski JC. Cutaneous Hyperaesthesia in SARS-CoV-2 infection: rare but not unique clinical manifestation. *Acta Derm Venereol.* 2021;101(1):adv00366. doi: 10.2340/00015555-3729
9. Snarskaya ES, Dorozhenok IY, Mikhailova MV. Clinical phenotypes of lichen planus and transnosological psychosomatic comorbid states. *Medical Alphabet.* 2021;(27):26–30. doi: 10.33667/2078-5631-2021-27-26-30
10. Dorozhenok IYu, Snarskaya ES, Mikhailova MV. Lichen planus, COVID-19 and depression: psychosomatic correlations. S.S. Korsakov *J Neurology Psychiatry.* 2022;122(1):110–113. (In Russ). doi: 10.17116/jnevro2022122011110
11. Burgos-Blasco P, Fernandez-Nieto D, Selda-Enriquez G, et al. COVID-19: a possible trigger for oral lichen planus? *Int J Dermatol.* 2021;60:882–883. doi: 10.1111/ijd.15529
12. Diaz-Guimaraens B, Dominguez-Santas M, Suarez-Valle A, et al. Annular lichen planus associated with coronavirus SARS-CoV-2 disease (COVID-19). *Int J Dermatol.* 2021;60:246–247. doi: 10.1111/ijd.15338
13. Psychosomatic disorders. A guide for practitioners. Ed. by A.B. Smulevich. Moscow: MEDpress-inform; 2019. 22–23 p. (In Russ).
14. Iob E, Frank P, Steptoe A, Fancourt D. Levels of severity of depressive symptoms among at-risk groups in the UK during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(10):e2026064. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.26064
15. Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *J Affect Disord.* 2020;275:69–77. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.037
16. Patrushev AV, Samcov AV, Suharev AV, et al. A new index for assessing the severity of lichen planus in clinical practice. *Bulletin Dermatology Venereology.* 2020;96(3):27–33. (In Russ). doi: 10.25208/vdv1145

ОБ АВТОРАХ

* **Дороженок Игорь Юрьевич**, к.м.н., доцент;
адрес: Россия; 119992, Москва, ул. Трубечная, д. 8, стр. 2;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1613-2510>;
e-mail: idoro@bk.ru

Снарская Елена Сергеевна, д.м.н., профессор;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-7663>;
eLibrary SPIN: 3785-7859;
e-mail: snarskaya-dok@mail.ru

Михайлова Мариана, аспирант;
ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-7895-6630>;
e-mail: Dermatolog003@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку

AUTHORS' INFO

* **Igor Yu. Dorozhenok**, MD, Cand. Sci. (Med.),
Assistant Professor;
address: 8-2, Trubetskaya street, Moscow, 119992, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1613-2510>;
e-mail: idoro@bk.ru

Elena S. Snarskaya, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-7663>;
eLibrary SPIN: 3785-7859;
e-mail: snarskaya-dok@mail.ru

Mariana Mikhailova, Graduate Student;
ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-7895-6630>;
e-mail: Dermatolog003@mail.ru

* The author responsible for the correspondence