

При осмотре. Процесс носит распространенный характер. На коже передней брюшной стенки, предплечий, внутренней поверхности бедер на фоне эритемы располагаются множественные пузыри различного размера (0,8–1,5 см в диаметре) с плотной покрывкой с серозным и серозно-геморрагическим содержимым, эрозии с обрывками эпидермиса, единичные корочки (рис. 1, а).

Выполнена диагностическая биопсия с кожи боковой поверхности туловища. Результаты гистологического исследования биоптата: эпидермис с наличием большого количества пузырей (включая подроговые), заполненных серозной жидкостью, нейтрофилами и эозинофилами. Эпидермис и поверхностные слои дермы с инфильтрацией эозинофилами, нейтрофилами и лимфоцитами (рис. 2).

Заключение УЗИ (22.01.14): беременность 21–22 нед, низкая плацентация, маловодие, гипоплазия носовых костей, высокий риск хромосомных аномалий. Рекомендована пренатальная диагностика.

В медико-генетической консультации Центра планирования семьи и репродукции проведено 28.01.14 цитогенетическое исследование. Заключение: нормальный кариотип плода мужского пола. После совместной консультации с гинекологами назначено лечение: преднизолон 90 мг/сут.

С 10.02 по 21.02.14 находилась на стационарном лечении в Клиническом родильном доме (Астрахань). Выписана с диагнозом: беременность 24–25 нед, хроническая почечная недостаточность; выраженное маловодие; герпес беременных.

Для продолжения лечения 21.02.14 больную перевели в КВО №1 ОКВД. В процессе лечения отмечена положительная динамика: появление новых пузырей не наблюдалось, старые пузыри осели, большая часть разрешилась

с образованием гиперпигментных пятен (рис. 1, б).

Выписана в удовлетворительном состоянии на поддерживающей дозе преднизолона 15 мг/сут.

Знакомство дерматологов с вышеописанным редким дерматозом может способствовать его своевременному распознаванию и адекватному лечению в их практике.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., ред. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 1999; 2: 243–7.
- [Skripkin Yu.K., Mordovtsev V.N. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Meditsine; 1999; 2: 243–7]. (in Russian)
2. Блэк М., Макай М., Брауде П., Вон Джоунз С., Маргессон Л. *Кожные болезни в акушерской и гинекологической практике*. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 37–46.
- [Black M., McKay M., Braude P., Vaughan Jones S., Margesson L. *Skin diseases in obstetrical and gynecological practice*. Transl. from Engl. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 37–46]. (in Russian)
3. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. *Редкие дерматозы и дерматологические синдромы*. Пермь: Звезда; 2004: 172–3.
- [Elkin V.D., Mityukovskiy L.S., Sedova T.G. *Chosen dermatology. Rare dermatosis and dermatological syndromes*. Perm: Zvezda; 2004: 172–3]. (in Russian)
4. Бутов Ю.С., ред. *Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем*. Руководство для врачей. М.: Медицина; 2002.
- [Butov Yu.S., ed. *Skin diseases and infections, sexually transmitted*. Management for doctors. Moscow: Medicine; 2002]. (in Russian)

Поступила 16.11.14
Received 16.11.14

Психосоматические аспекты красного плоского лишая

Дороженок И.Ю.^{1,2}, Снарская Е.С.³, Шенберг В.Г.³

¹ФГБУ Научный центр психического здоровья РАН (директор – проф. А.С. Тиганов), 115522, Москва; ²кафедра психиатрии и психосоматики ИПО (зав. – проф. А.Б. Смулевич); ³клиника кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва

Развитие психодерматологии как одного из направлений психосоматической медицины связано не только с высокой распространенностью и полиморфизмом клинических проявлений, но и коморбидных соотношений кожной и психической патологии. Психосоматические аспекты развития 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/экзацербации дерматоза, а также наличием синдромальной коморбидности с аффективными заболеваниями. Цель исследования – комплексное изучение психосоматических аспектов разных клинических форм красного плоского лишая и разработка более эффективных способов диагностики и лечения в рамках современной концепции психосоматической медицины. Приведена характеристика типичных и атипичных форм красного плоского лишая с учетом психосоматических аспектов их развития. Проанализированы современные отечественные и зарубежные источники литературы.

Ключевые слова: красный плоский лишай; клинические разновидности красного плоского лишая; психосоматические кожные заболевания; нозогенные реакции; депрессии.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF LICHEN PLANUS

Dorozhenok I.Yu.^{1,2}, Snarskaya E.S.³, Shenberg V.G.³¹Center of Mental Health, 115522, Moscow, Russia; ^{2,3}I.M.Setchenov First Moscow Medical University, 119991, Moscow, Russia

The development of psychodermatology as one of the trends of psychosomatic medicine is determined by high prevalence and polymorphism of clinical manifestations and of comorbid proportions of skin and mental disease. The psychosomatic aspects of lichen planus development are a pressing psychodermatological problem because of numerous nosogenic factors (severe forms, itching; location of eruptions on the open sites of the body, genitals, oral mucosa; probability of malignant transformation of the foci) and because of frequent stressogenic (psychogenic) origin of dermatosis manifestation/exacerbation, and also because of syndromal associations with affective diseases. Comprehensive studies of psychosomatic aspects of clinical forms of lichen planus was carried out in order to create more effective diagnostic and therapeutic methods within the framework of modern concept of psychosomatic medicine. The typical and atypical forms of lichen planus are characterized with due consideration for the psychosomatic aspects of their development. Relevant publications in Russian and foreign literature are reviewed.

Key words: lichen planus; clinical variants of lichen planus; psychosomatic cutaneous diseases; nosogenic reactions; depressions.

Активное развитие психодерматологии как одного из направлений психосоматической медицины связано с высокой распространенностью, а также с полиморфизмом клинических проявлений и коморбидных соотношений кожной и психической патологии. По данным литературы [1], соответствующий показатель, рассчитанный для лиц, страдающих хроническими дерматозами, колеблется в диапазоне 20,6–70%. Сообщается, что для непсихотических расстройств значение этого показателя достигает 35–40%.

Согласно зарубежным классификациям [2, 3], к психосоматическим кожным заболеваниям (психофизиологические дерматозы; стресс-реактивные дерматозы) относят целый ряд часто встречающихся хронических болезней кожи, в манифестации/экзацербации которых очевидна роль психогенных факторов: атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, красный плоский лишай (КПЛ), рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, гнездная плешивость, витилиго и др.

Обсуждая патогенетические механизмы психосоматических заболеваний, F. Alexander [4] полагает, что главным звеном в манифестации последних являются не индивидуальные особенности пациента, а некие общие для разных индивидуумов и одновременно специфичные для определенной патологии неосознанные эмоциональные конфликты. В основе зудящих дерматозов, сопровождающихся саморасчесами, прежде всего, атопического дерматита, по мнению F. Alexander [4], лежит подавление агрессивных и сексуальных тенденций с утратой самоконтроля собственных эмоциональных устремлений. В отличие от многих исследователей психоаналитического направления, сводящих генез соматических наруше-

ний к сугубо психологическим механизмам, автор выделяет промежуточное (между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическими нарушениями) звено в виде патофизиологических (врожденных или приобретенных) нарушений, которые, с одной стороны, провоцируются и поддерживаются психогенными факторами, а с другой – (при условии длительной ретенции) могут приводить к реальным морфологическим изменениям кожи. Автор приводит описание хорошо известного в современной клинической практике «порочного круга» при зудящих дерматозах, когда продолжительное расчесывание под действием стресса ведет к изменению структуры кожного покрова и кожной чувствительности к внешним раздражителям, т.е. к психологическому добавляется соматический стимул для расчесывания.

Позиционирование значимости звена соматизации в патогенезе психосоматических заболеваний соответствует современным психодинамическим представлениям, учитывающим мультифакторную природу психосоматической патологии [5–10].

В работах многочисленных последователей теории F. Alexander [4] не приводятся данные, учитывающих психопатологические характеристики расстройств, способствующих формированию психосоматических кожных заболеваний. Больше внимание уделяется рассуждениям о личностной специфичности кожного психосоматического больного.

По данным современных биологически ориентированных исследований [11–13], где предпринимаются попытки рассмотрения личностных черт в контексте баланса нейрогуморальных факторов, атопики, например, обладают повышенной общей и ситуативной тревожностью.

Приведенные данные достаточно сложно корректно квалифицировать в рамках клинической типологии личности, однако прослеживаются определенные корреляции описываемой в литературе «атопической личности» с ананкастной и пограничной личностными акцентуациями. При этом серьезной проблемой является оценка участия в формировании данных патохарактерологических особенностей генетических и других факторов, в частности влияние хронического кожного заболевания.

Сведения об авторах:

Дороженок Игорь Юрьевич, кандидат мед. наук, доцент (idoro@bk.ru); Снарская Елена Сергеевна, доктор мед. наук, профессор (snarskaya-dok@mail.ru); Шенберг Виктория Геннадьевна, соискатель (vikafin@gmail.com).

Corresponding author:

Snarskaya Elena, MD, PhD, DSc, prof. (snarskaya-dok@mail.ru).

Помимо изучения преморбидных особенностей пациентов, страдающих психосоматическими кожными заболеваниями, большее внимание в литературе уделяется характеристике психогенных факторов, участвующих в манифестации/экзацербации кожных проявлений. Необходимо отметить, что наличие психогенного воздействия в ряде публикаций трактуется достаточно свободно в плане верификации тяжести, клинической значимости психогенных факторов и учета временной коморбидности с кожными высыпаниями.

В работе Т.В. Раевой [14] более детально представлена дифференциация стрессогенных факторов, в том числе по гендерному признаку: у женщин преобладают семейные стрессоры (44,1%), у мужчин – производственные (29,8%). При этом 34% больных отмечают дебют или рецидив кожного заболевания через 1–2 дня после стрессогенного воздействия. На долю тяжелых стрессовых ситуаций приходится 28% наблюдений, в остальных случаях – легкая или средней степени выраженности психическая травма, провоцирующая психосоматический ответ.

Детальное изучение патогенеза дерматозов, в частности, исследования обмена и функций нейропептидов, во многом предопределяющих течение патофизиологических процессов при атопическом дерматите, псориазе, КПЛ и ряде других психосоматических дерматозов, в настоящее время способствует объективизации механизмов психогенного воздействия на кожный процесс.

Некоторые зарубежные авторы полагают [15], что для прогресса в понимании психосоматических механизмов кожных заболеваний необходимы психобиологические исследования с экспериментальным изучением ведущих симптомов дерматоза, зуда после стандартизированной стимуляции (например контакт с аллергеном, инъекция гистамина, в разных подгруппах пациентов с различной степенью выраженности черт личности, преобладающих при психодерматологических заболеваний).

А. Ricardi и соавт. [1] для более полного объяснения «психосоматического эффекта» хронических дерматозов считают целесообразным исследовать дополнительные источники стресса (хронический стресс), а также оценивать восприятие стресса больным.

По современным представлениям, при психогенном обострении дерматоза в схему иммуновоспалительного ответа включается стрессиндуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов, что в конечном итоге ведет к нарушению продукции цитокинов и дисбалансу в системе клеточного иммунитета, провоцируя иммунное воспаление [16].

По данным современных исследований [17], большинство кожных заболеваний (атопический дерматит, псориаз, КПЛ), традиционно относимых к психосоматическим, в своем развитии имеют прежде всего генетическую и иммунологическую основу. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в

тесной связи с основными факторами патогенеза.

Большинство авторов относят к психическим расстройствам, провоцированным дерматологической патологией, нозогенные реакции и развитие личности при хронических дерматозах («вторичные психические расстройства»), «психические расстройства, развивающиеся вследствие обезображивающих или угрожающих жизни дерматозов» [2]. Они встречаются с частотой 20,6%, при зудящих дерматозах – 70% [2, 3]. По данным клинико-эпидемиологического исследования «СИНТЕЗ» [18], для дерматологии оказался характерен паттерн накопления нозогений с выявлением сенситивных и социофобических нарушений, ассоциированных с косметическим дефектом. Частота таких нозогенных реакций при верифицированных дерматозах составила 12,2%; ипохондрических развитий с идеями утраты внешней привлекательности – 13%.

Нозогении обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, социальной стигматизацией, ограничениями в бытовой и профессиональной деятельности. Согласно современной концепции психосоматической медицины [19, 20], нозогенные реакции включают две основные составляющие: психогенную (семантика диагноза, ситуация необычной больничной обстановки, опасения социальных последствий болезни, трудности совладания с ее проявлениями) и биологическую, детерминированную соматически измененной почвой (тяжелые, субъективно трудно переносимые проявления болезни, пределикционные типы реагирования, накопление психических расстройств определенных психопатологических регистров – ассоциированных с соматической патологией). В случаях, когда в качестве ведущего фактора, обуславливающего патологическую динамику личности, выступает перманентная (не поддающаяся полному разрешению) психотравмирующая ситуация хронического кожного заболевания, связанного с повторными экзацербациями и вероятностью инвалидизации, возможно формирование ипохондрического развития.

Современные зарубежные исследования зачастую сфокусированы на таком актуальном аспекте нозогенного влияния хронических дерматозов, как снижение качества жизни страдающих ими пациентов [21–24].

В настоящее время разработаны десятки опросников по качеству жизни дерматологического больного как общего характера (например, широко используемый дерматологический индекс качества жизни – ДИКЖ), так и частного, которые селективно затрагивают отдельные клинико-эпидемиологические параметры (например, дифференцированная оценка качества жизни с различными формами псориаза) [25, 26].

Среди стрессогенных факторов, влияющих на формирование нозогений, в первую очередь необходимо указать на наличие длительного, сопровождающегося частыми экзацербациями, выраженного зуда [25, 27].

Определенную роль играют также острота возникновения высыпаний, их распространенность, тенденция к диссеминации, выраженность гиперемии и др. [25, 28, 29]. Среди ведущих симптомов кожных заболеваний, патогенетически значимых для формирования нозогенных психопатологических расстройств при кожных заболеваниях, Т.В. Раева [14] отмечает зуд, нарушения сна и наличие косметического дефекта.

А. Picardi и соавт. [1], обследовав пациентов с широким спектром хронических дерматозов (псориаз, акне, алопеция, кератоз, различные формы дерматитов и т.д.), считают, что развитие психических расстройств на фоне хронических дерматозов больше зависит от того, где преимущественно располагается высыпания, выявив наибольший процент психогений среди женщин с поражением кожи открытых участков тела.

По данным М. Gupta и А. Gupta [30], использовавших модель псориаза, тяжесть коморбидной депрессии прямо коррелировала с выраженностью зуда и кожных высыпаний; облегчение кожных симптомов ассоциировано с редукцией аффективных расстройств.

Высокая частота депрессивных симптомокомплексов (включая тревожно-депрессивные реакции, суицидальные мысли и аутодеструктивное поведение) отмечается у пациентов с массивными проявлениями псориаза [1, 31]. При этом в соответствии с явлениями психосоматического параллелизма, свойственного кожным заболеваниям [32], у больных с тяжелым течением зудящих дерматозов, отмечается большая частота и тяжесть аффективных расстройств.

В современных отечественных работах по психодерматологии выделяются следующие стрессогенные факторы, влияющие на формирование нозогений: клиническая тяжесть проявлений дерматоза (острота возникновения высыпаний, их распространенность, тенденция к диссеминации и др.); выраженность субъективных симптомов (зуд, жжение, стягивание кожи и др.); характер течения кожного заболевания (хроническое с частыми эксацербациями и тягостными проявлениями, резистентность к терапии); локализация высыпаний (открытые участки тела), ассоциируемая с косметическим дефектом [33]. Существенный вклад в формирование нозогенных реакций вносят расстройство личности: конституциональные аномалии истерического, психастенического, шизоидного круга, в рамках которых выявляется акцентуация на проблемах совершенства собственного внешнего облика. При дерматозах, поражающих открытые участки кожи, такого рода акцентуация приобретает характер кататимного комплекса. Важная роль принадлежит и таким врожденным либо нажитым патохарактерологическим свойствам, как чувствительность с фиксацией на сфере интерперсональных отношений [19].

В литературе представлен достаточно обширный материал, касающийся типологии нозогений. Одни авторы предпринимают попытки сопоставить различные типы нозогенных реакций и развитий

личности с определенными дерматологическими нозологиями, другие оперируют более широкими дерматологическими категориями, например, локализованные/распространенные формы дерматозов.

КПЛ (*lichen ruber planus*, *син.*: красный лишай, плоский лишай) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз, с окончательно не установленными этиологией и патогенезом, отличающийся многообразием триггерных факторов. КПЛ проявляется зудящей узелковой сыпью, располагающейся симметрично преимущественно на сгибательных поверхностях верхних конечностей, половых органах, видимых слизистых и ногтевых пластинках. Заболевание чаще проявляется у женщин в возрасте 30–50 лет [34–36]. В общей структуре дерматологических заболеваний данный дерматоз составляет от 1,5 до 2,5% [37], а среди болезней слизистой оболочки полости рта – 32% [35].

Выделяют следующие клинические формы КПЛ: типичную (классическую), гипертрофическую, атрофическую, буллезную, фолликулярную, пигментную, кольцевидную, линейную, зостериформную, монилиформную, гиперкератотическую, эритематозную. КПЛ слизистых оболочек и красной каймы губ имеет 6 разновидностей: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную [34, 36, 38, 39]. При эрозивной форме слизистых КПЛ возможно развитие вульво-вагинального синдрома (ассоциация хронического эрозивного гингивита, хронического вульвита и эритематозно-эрозивного или десквамативного вагинита) [38], что приводит к нарушению социальной адаптации пациента. В некоторых случаях КПЛ поражает конъюнктиву, слизистую оболочку глотки, желудка, пищевода. Эзофагальный КПЛ – редкий, но серьезный по прогнозу вариант болезни, характеризующийся дисфагией, одинофагией или отсутствием симптомов, на поздних сроках может приводить к формированию стриктуры пищевода [40].

В литературе обсуждаются концепции патогенеза КПЛ, в которых уделяется внимание инфекционным (гепатит С и др.), нейрогенным, токсико-аллергическим, вирусным, иммунопатологическим факторам (активация Th1 иммунного ответа, приводящая к запуску апоптоза базальных кератиноцитов с повышением концентрации интерферона γ , фактора некроза опухоли α , интерлейкинов IL-1 α , IL-6, IL-8, а также AS/Apo-1 и Bcl-2, CXCL10 [40]. Наследственная предрасположенность подтверждается связью различных форм КПЛ с антигенами HLA-DR1 и HLA-DR1: генерализованный КПЛ – в 80%, лекарственно индуцированный – в 56%, локализованный – в 54%, КПЛ полости рта – в 31% случаев [40].

Различные внешние агенты, особенно вирусы, и внутренние факторы, такие как стресс, белок теплового шока экспрессирует антигены, способные изменить базальные кератиноциты слизистой оболочки полости рта. Это повышает их восприимчивость к апоптозу по CD8⁺ цитотоксических Т-клеток, а также активирует матриксную металлопротеиназу и дегрануляцию тучных клеток, продуцирующих большой

спектр медиаторов воспаления и цитокинов и определяющих клиническое начало болезни. В канцерогенезе не исключают синергизм между внутренними (например медиаторы воспаления) и внешними (табак, алкоголь, вирусные инфекции, стресс) агентами, способствующими злокачественной трансформации КПЛ слизистой полости рта [41].

В ряде исследований [42–44] ведущая роль в манифестации КПЛ отводится психогенному воздействию, обсуждается возможное участие коморбидных депрессий и тревожных состояний в запуске КПЛ. В исследовании М. Alves и соавт. [45] показано, что КПЛ является хроническим, иммуноопосредованным заболеванием с распространенностью 0,5–2,5% в общей популяции. При этом больные КПЛ часто эмоционально неустойчивы, испытывают чувство тревоги, депрессию, что отрицательно влияет на качество их жизни, в связи с чем авторы считают необходимым проведение больными КПЛ психотерапии.

J. Lehman и соавт. [46] выделяют несколько гипотез этиопатогенеза КПЛ с отчетливым участием стрессогенных факторов в манифестации и развитии дерматоза. При обследовании 46 больных КПЛ авторами установлено, что стрессовые ситуации (особенно связанные с семьей), могут играть триггерную роль в возникновении и распространении высыпаний. A. Picardi и соавт. [1] обнаружили отчетливое воздействие психогений на развитие КПЛ. A. Mansur и соавт. [47] выявили стрессогенные факторы в манифестации дерматоза у 90% из 55 обследованных больных КПЛ. У больных КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта отмечена высокая распространенность психических нарушений (тревога, депрессия, ипохондрия, истерия). Такие пациенты также имели высокий уровень кортизола в слюне по сравнению с контрольной группой при выявлении корреляции с уровнем стресса [48].

У 50 больных КПЛ слизистой оболочки полости рта преобладали проблемы со сном, сниженное настроение и тревожность, что послужило продромальными симптомами клинической депрессии, коморбидной КПЛ [49].

L. Gavic и соавт. [43] изучена роль тревожных состояний, депрессии и психологического стресса в возникновении КПЛ. В исследовании участвовали 110 больных рецидивирующим афтозным стоматитом (РАС) в острой фазе и 112 больных КПЛ полости рта в острой фазе. Все больные заполняли анкеты, связанные с основным заболеванием (РАС/КПЛ), после чего были проведены следующие психологические тесты: Beck Depression Inventory (BDI), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Ways of Coping Questionnaire (WCQ). Установлена высокая корреляция у больных между тревожностью, депрессией и психологическим стрессом и клиническими симптомами РАС и КПЛ.

В 2013 г. проведено обследование 50 больных КПЛ полости рта в возрасте от 22–79 лет (61,4 года) и контрольной группы из 50 человек в возрасте от 38–80 лет (58,7 года) с помощью специальных тест-опросников и психологических тестов для

определения возможного влияния заболевания в острой стадии и стадии ремиссии на психическое состояние больных КПЛ. Статистически подтверждены значительные различия между контрольной группой и группой больных КПЛ в острой стадии и стадии ремиссии за счет высоких баллов тревоги и депрессии у больных КПЛ. Авторы пришли к выводу, что психические нарушения и стрессовые события могли быть причиной развития КПЛ [42].

И.Н. Иванова и Р.А. Мансурова [50] проанализировали данные клинического и психологического обследования 102 больных КПЛ. Психологическое обследование включало Миннесотский многошкальный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), шкалы депрессии Цунга, САН (самочувствие, активность, настроение) и выявило соматизированную, маскированную депрессию в сочетании с циклотимической личностью у 72% больных. В процессе иглорефлексо- и психотерапии на фоне снижения уровня депрессии у подавляющего большинства больных наблюдалось стойкое клиническое выздоровление. Однако авторы постулируют ошибочное утверждение, что КПЛ является нозогенией, т.е. неглубоким психогенным психическим (а не кожным) расстройством, относящимся к расстройствам адаптации (по МКБ-10, F43) и возникающее вследствие стрессогенного воздействия соматического заболевания на пациента. В работе нет оценки структуры коморбидности различных форм КПЛ с психосоматическими расстройствами. Не выявлены факторы, предрасполагающие к развитию длительных обострений КПЛ. Авторы не вполне корректно указывают на антидепрессивную активность рефлексо- и психотерапии, замещая результатами психологических тестов клиническое обследование с верификацией психопатологических расстройств, к которым относится депрессия до и после терапии.

Наиболее перспективным представляется рассмотрение нозогений при КПЛ с позиций концепции нарушения образа собственного тела (body image) с сознанием утраты физической привлекательности, ущербности в глазах окружающих. Клинические проявления нозогений в этих случаях включают преимущественно социально обусловленные страхи – социофобии (страх появления в обществе и др.) и сенситивные идеи отношения, которые нередко сопровождаются избегающим поведением [51]. R. Newell, I. Marks [51], рассматривая механизм формирования сенситивных реакций у соматических больных, подчеркивают возможность психореактивной переработки, предполагающей осознание пациентом своего заболевания не только как причины нарушения физиологических функций, но и как «постыдного» недостатка, «позорного пятна», свидетельствующего о неполноценности личности.

Помимо нозогений, выявляемые в дерматологической клинике психические расстройства представлены широким спектром нозологических категорий: невротические и соматоформные расстройства, аффективные заболевания, шизофрения и расстройства шизофренического спектра, функциональные

психозы позднего возраста, органические заболевания ЦНС [19–20].

Рассматривая психосоматические аспекты КПЛ, прежде всего необходимо учитывать коморбидные аффективных и кожных заболеваний. В целом ряде случаев аффективные заболевания формируют тесные, реализующиеся на симптомологическом уровне, коморбидные связи с проявлениями кожной патологии. При этом кожные симптомы (гипергидроз и др.) могут выступать либо как составная часть вегетативного симптомокомплекса депрессии, либо как реакция кожи, развивающаяся в связи с выраженной и длительной гипотимией (трофические расстройства с феноменами «старения» кожных покровов, очаговые гиперхромии, изменения фактуры и цвета волос, помутнение и истончение ногтевых пластин).

Кожные симптомы могут выступать в роли депрессивных эквивалентов в рамках соматизированной депрессии [30], когда предъявляются в основном соматические жалобы на боль, жжение и другие кожные дизэстезии, не имеющие патоморфологической основы.

В свою очередь, кожные проявления могут оказывать определенное влияние на течение депрессии. Обсуждая актуальные проблемы рецидивирования и неполных ремиссий депрессии, ряд авторов [51–53] считает, что хронические дерматозы увеличивают риск рецидива депрессии и ретенции депрессивной симптоматики по минованию аффективной фазы. В то же время коморбидность с аффективными расстройствами сокращает длительность ремиссий у 40% пациентов с кожными заболеваниями.

Таким образом, психосоматические аспекты КПЛ 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/экзацербации дерматоза, а также наличием синдромальной коморбидности с аффективными заболеваниями. Комплексное изучение психосоматических аспектов разных клинических форм КПЛ необходимо для разработки более эффективных способов диагностики и лечения в рамках современной концепции психосоматической медицины.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Picardi A., Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001; 70(3): 118–36.
- Schneider G., Gieler U. Psychosomatic dermatology – state of the art. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 2001; 47(4): 307–31.
- Koo J.Y.M., Lee C.S. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo J.Y.M., Lee C.S., eds. *Psychocutaneous Medicine.* New York: Marcel Dekker; 2003: 1–12.
- Alexander F. *Psychosomatic medicine.* New York: Norton; 1950.
- Löwenberg H., Peters M. Evaluation of inpatient psychotherapeutic-dermatologic treatment of neurodermatitis patients. *Psychother Psychosom. Med. Psychol.* 1994; 44(8): 267–72.
- Ring J., Palos-Pfänder E. In atopic eczema in childhood psychosomatic aspects of the parent-child relationship should be considered. *Hautarzt.* 1995; 46(9): 662–3.
- Wehrmann J. Indications for psychosomatically-oriented dermatologic rehabilitation. *Hautarzt.* 1996; 47(4): 253–7.
- Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H.H., Mortensen J.T., Wulf H.C. Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. *Acta Derm. Venereol.* 2004; 84(3): 205–12.
- Taborda M.L., Weber M.B., Freitase E.S. Assessment of the prevalence of psychological distress in patients with psychocutaneous disorder dermatoses. *An Bras. Dermatol.* 2005; 80(4): 351–4. <http://www.anaisdedermatologia.org.br>.
- Panconesi E., Hautmann G. Stress, stigmatization and psychosomatic purpuras. *Int. Angiol.* 1995; 14(2): 130–7.
- Hashiro M., Okumura M. The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J. Dermatol. Sci.* 1998; 16(3): 231–5.
- Hashizume H., Horibe T., Ohshima A., Ito T., Yagi H., Takigawa M. Anxiety accelerates T-helper 2-tilted immune responses in patients with atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 2005; 152(6): 1161–4.
- Annesi-Maesano I., Beyer A., Marmouz F., Mathelier-Fusade P., Vervloet D., Bauchau V. Do patients with skin allergies have higher levels of anxiety than patients with allergic respiratory diseases? Results of a large-scale cross-sectional study in a French population. *Br. J. Dermatol.* 2006; 154(6): 1128–36.
- Раева Т.В. *Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков:* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск; 1998.
- [Raeva T.V. *Personality disorders in chronic skin diseases in adolescents.* Dis. Tomsk; 1998]. (in Russian)
- Buske-Kirschbaum A., Geiben A., Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychother. Psychosom.* 2001; 70(1): 6–16.
- Höring C.M. Atopic dermatitis. Psychosomatic and psychotherapeutic treatment. *Hautarzt.* 2008; 59(4): 308–13. doi: 10.1007/s00105-008-1512-4.
- Львов А.Н. *Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика:* Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.
- [L'vov A.N. *Dermatosis, comorbid mental disorders: classification, clinic, therapy and prevention.* Dis. Moscow; 2006]. (in Russian)
- Андрющенко А.В. *Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоциальной сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия):* Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.
- [Andryushchenko A.V. *Mental and psychosomatic disorders in primary care network (clinical and epidemiological aspects, psychosomatic balance, therapy).* Dis. Moscow; 2011]. (in Russian)
- Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние и основные проблемы. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2004; 11: 4–14.
- [Smulevich A.B., Ivanov O.L., L'vov A.N., Dorozhenok I.Yu. Psychodermatology: the current state of the problem. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii.* 2004; 11: 4–14]. (in Russian)
- Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина. *Психические расстройства в общей медицине.* 2007; 1: 3–10.
- [Smulevich A.B. Psychosomatic Medicine. *Psichicheskie rassstrojstva v obshhej medicine.* 2007; 1: 3–10]. (in Russian)
- Sampogna F., Frontani M., Baliva G., Lombardo G.A., Alvetreti G., Di Pietro C., et al. Quality of life and psychological distress in patients with cutaneous lymphoma. *Br. J. Dermatol.* 2009; 160(4): 815–22.

22. Slattery M.J., Essex M.J., Palety E.M., Vanness E.R., Infante M., Rogers G.M., Gern J.E. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011; 128(3): 668–71. doi: 10.1016/j.jaci.2011.05.003.
23. Gånemo A., Wahlgren C.F., Svensson Å. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr. Dermatol.* 2011; 28(4): 375–9. doi: 10.1111/j.1525-1470.2010.01292.x.
24. Basra M.K., Chowdhury M.M., Smith E.V., Freemantle N., Piguet V. A review of the use of the dermatology life quality index as a criterion in clinical guidelines and health technology assessments in psoriasis and chronic hand eczema. *Dermatol. Clin.* 2012; 30(2): 237–44. doi: 10.1016/j.det.2011.11.002.
25. Wolkenstein P. Life with psoriasis. *J. Eur. Am. Dermatol. Venerol.* 2006; 20 (Suppl. 2): 28–32.
26. De Korte J., Sprangers M.A., Mommers F.M., Bos J.D. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* 2004; 9(2): 140–7.
27. Upre M., Buggiani G., Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol. Clin.* 2005; 23(4): 609–17.
28. Щербенко Н.Б. Особенности аллергопатологии у больных с неврозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. [Shcherbenko N.B. *Allergopatology features in patients with neurosis*. Dis. Moscow; 1998]. (in Russian)
29. Koblenzer C.S., Koblenzer P.J., Tausk F.A. What is psychocutaneous medicine? *Cutis*. 2008; 81(6): 487. www.urmc.rochester.edu
30. Gupta M., Gupta A. Depression and dermatologic disorders. In: Koo J.Y.M., Lee C.S., eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker. 2003: 233–51.
31. Gupta M., Gupta A. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 1998; 139(5): 846–50.
32. Tress W., Henry W.P., Strupp H.H., Reister G., Junkert B. Structural analysis of social behavior in training and research. A contribution to the «functional histology» of the psychotherapy process. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1990; 36(3): 240–57.
33. Дороженко И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов). Обзор литературы. Часть 1. *Психические расстройства в общей медицине*. 2008; 1: 41–7.
- [Dorozhenok I.Yu. Psychodermatology (psychosomatic aspect of chronic dermatoses). Literature review. pt 1. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2008; 1: 41–7]. (in Russian)
34. Бутов Ю.С., Фролов А.А., Смоляникова В.Ф. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2000; 6: 11–7.
- [Butov Yu.S., Frolov A.A., Smolyannikova V.F. Clinical features of the different forms of lichen planus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2000; 6: 11–7]. (in Russian)
35. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. *Красный плоский лишай*. Саратов; 1990.
- [Dovzhanskiy S.I., Slesarenko N.A. *Lichen planus*. Saratov; 1990]. (in Russian)
36. Кряжева С.С., Казанцева И.А., Спирина Г.К., Орлова Т.В. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 1999; 5: 23–6.
- [Kryazheva S.S., Kazantseva I.A., Spirina G.K., Orlova T.V. Clinical features of the different forms of lichen planus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 1999; 5: 23–6]. (in Russian)
37. Данилов А.Б. Страдание и хроническая боль. Русский медицинский журнал. Спец. вып. Болевой синдром. 2008: 35–9.
- [Danilov A.B. Pain and chronic pain. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. Special Issue: Pain syndrome. 2008: 35–9]. (in Russian)
38. 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: 30–6.
- [Molochkov V.A., Prokofiev A.A., Pereverzeva O.E., Bobrov M.A. Clinical features of the different forms of lichen planus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2011; 1: 30–6]. (in Russian)
39. Снарская Е.С., Проскурина М.В., Бобров М.А., Молочкова Ю.В. Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013; 5: 40–3.
- [Snarskaya E.S., Proskurina M.V., Bobrov M.A., Molochkova Yu.V. Clinical and morphological characteristics of pigmented lichen planus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2013; 5: 40–3]. (in Russian)
40. Gorouhi F., Davari P., Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis and prognosis. *Sci. Wld. J.* 2014; 2014: 742826. doi: 10.1155/2014/742826.
41. Payeras M.R., Cherubini K., Figueiredo M.A., Salum F.G. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch. Oral Biol.* 2013; 58(9): 1057–69. doi: 10.1016/j.archoralbio.2013.04.004.
42. Valter K., Boras V.V., Buljan D., Juras D.V., Susić M., Pandurić D.G., Verzak Z. The influence of psychological state on oral lichen planus. *Acta Clin. Croat.* 2013; 52(2): 145–9.
43. Gavic L., Cigic L., Biocina Lukenda D., Gruden V., Gruden Pokupec J.S. The role of anxiety, depression, and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J. Oral. Pathol. Med.* 2014; 43(6): 410–7. doi: 10.1111/jop.12148.
44. Manolache L., Seceleanu-Petrescu D., Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2008; 22(4): 437–41. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02458.x.
45. Alves M.G., Carvalho B.F., Balducci I., Cabral L.A., Nicodemo D., Almeida J.D. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. *Int. J. Dermatol.* 2014. doi: 10.1111/ijd.12052.
46. Lehman J.S., Tollefson M.M., Gibson L.E. Lichen planus. *Int. J. Dermatol.* 2009; 48(7): 682–94.
47. Mansur A.T., Kilic Z., Atalay F. Psychological evaluation of patients with cutaneous lichen planus. *Dermatol. Psychosom.* 2004; 5(3): 132–6. doi: 10.1159/000081157. www.karger.com
48. Girardi C., Luz C., Cherubini K., de Figueiredo M.A., Nunes M.L., Salum F.G. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch. Oral. Biol.* 2011; 56(9): 864–8. doi: 10.1016/j.archoralbio.2011.02.003.
49. Adamo D., Ruoppo E., Leuci S., Aria M., Amato M., Mignogna M.D. Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2014. doi: 10.1111/jdv.12525.
50. Иванова И.Н., Мансурова Р.А. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2003; 5: 28–30.
- [Ivanova I.N., Mansurova R.A. Psychosomatic patients with lichen planus. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2003; 5: 28–30]. (in Russian)
51. Newell R., Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *Br. J. Psychiatry*. 2000; 176: 177–81.
52. Антропов Ю.Ф. *Психосоматические депрессии у детей и подростков* (клиника, патогенез, систематика и дифференцированная терапия). М.: Медпрактика; 1997.
- [Antropov Yu.F. *Psychosomatic, depression in children and adolescents* (clinic, pathogenesis, systematics and differentiated therapy). Moscow: Medpraktika; 1997]. (in Russian)
53. Машкиллейсон А.Л. *Лечение кожных болезней*. М.: Медицина; 1990: 1–250.
- [Mashkilleyson A.L. *Treatment of skin diseases*. Moscow: Medicina; 1990: 1–250]. (in Russian)