

Психонейроэндокринные особенности у больных псориазом

Донцова Е.В.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России, 394000, г. Воронеж, Россия

Дана оценка гормональных показателей крови, аффективного состояния у 296 больных вульгарным псориазом. Выявлено наличие в сыворотке крови больных псориазом повышенных концентраций лептина, аденокортикотропного гормона, сниженное содержание кортизола, β -эндорфина, а также наличие повышенных уровней тревоги и депрессии, особенно выраженные при наличии сопутствующего метаболического синдрома.

Ключевые слова: псориаз; лептин; аденокортикотропный гормон кортизол; β -эндорфин; тревога; депрессия; метаболический синдром.

Для цитирования: Донцова Е.В. Психонейроэндокринные особенности у больных псориазом. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2015; 18(5): 34-38.

PSYCHONEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF PSORIASIS PATIENTS

Dontsova E.V.

N.N.Burdenko Voronezh State Medical University, 394000, Voronezh, Russia

Blood hormones and affective status were evaluated in 296 patients with psoriasis. High serum concentrations of leptin and ACTH and low concentrations of hydrocortisone and β -endorphin were detected. The patients exhibited high levels of anxiety and depression, particularly manifest in the presence of the metabolic syndrome.

Key words: psoriasis; leptin; ACTH; hydrocortisone; β -endorphin; anxiety; depression; metabolic syndrome.

Citation: Dontsova E.V. Psychoneurological characteristics of psoriasis patients. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2015; 18(5): 34-38. (in Russian)

Псориаз представляет собой распространенное хроническое заболевание мультифакториального генеза, которым страдает 1–3% населения планеты [1, 2]. В формировании и реализации клинических проявлений псориаза участвуют многочисленные факторы, из них важное место принадлежит гормональным изменениям [3–7]. Одним из патогенетических механизмов, влияющих на возникновение и течение псориаза считаются психонейроэмоциональные нарушения [8, 9].

К настоящему времени установлено, что патогенез псориаза связан с высшими регуляторными нейроэндокринными механизмами, определяющими характер функционального состояния органов и систем, а также обменных процессов при псориазе [8, 10].

Особенностью течения псориаза на современном этапе является его частое сочетание с метаболическим синдромом (МС) [11–13].

Психонейрогормональные процессы при псориазе изучены недостаточно полно, а имеющиеся сведения неоднородны, часто противоречивы и требуют дополнительного исследования, в том числе с учетом метаболической полиморбидности.

Сведения об авторе:

Донцова Елена Владимировна, кандидат мед. наук, ассистент (ledn89@mail.ru).

Corresponding author:

Dontsova Elena, MD, PhD, assistant (ledn89@mail.ru).

В этой связи актуальным представляется изучение взаимосвязи психонейрогормональных изменений и МС при псориазе, что может помочь расширить представление о механизмах развития этого заболевания.

Цель исследования – оценить психонейроэндокринные нарушения у больных псориазом с наличием МС.

Материалы и методы

Мы обследовали 296 больных вульгарным псориазом (145 женщин и 151 мужчину), из них 236 пациентов (1-я основная группа, средний возраст $54,55 \pm 5,44$ года) имели диагностические признаки МС, определяемые согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов (2009) [14] и Национальным рекомендациям по диагностике и лечению МС (2009) [15], а 60 больных (2-я группа сравнения, средний возраст $54,55 \pm 5,44$ года) не имели признаков МС.

Критерии включения в исследование: вульгарный псориаз, наличие МС, добровольное информированное согласие пациента.

Критерии исключения: онкологические заболевания, хроническая декомпенсированная сердечная недостаточность, острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность.

В качестве контрольной группы обследованы 50 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

У всех обследованных лиц определяли объем талии (в см), осуществляли расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле: масса тела (в кг)/рост (в м²). Наличие у пациента абдоминального ожирения: окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин, более 94 см у мужчин и двух дополни-

тельных критериев являлось основанием для диагностирования МС.

Концентрацию лептина, β -эндорфина определяли иммуноферментным методом (ИФА ELISA) на планшетном ридере Униплан («Пикон», Россия) с использованием реактивов компании «Peninsula Laboratories» (США). Одновременно у этих же больных оценивали содержание адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола иммунохемилюминесцентным методом на автоматическом анализаторе Immulite 2000 с применением реагентов производства компании Siemens. Материалом для лабораторного исследования послужила сыворотка венозной крови.

Для оценки уровня тревоги использовали шкалу Цунга [16], состоящую из 20 пунктов: 5 пунктов оценивали аффективные симптомы, остальные 15 – соматические. Балл определяли в соответствии с четырьмя градациями степени выраженности симптома (очень редко, редко, часто, большую часть времени или постоянно) по каждому пункту. Максимальный суммарный балл составлял 80. Уровни тревожности по данной клинической шкале подразделяли следующим образом: 20–40 баллов – низкий уровень тревожности; 41–60 баллов – средний уровень тревожности; 61–80 баллов – высокий уровень тревожности.

Уровень депрессии определяли с помощью шкалы Цунга [17]. В тестировании учитывали 20 факторов, которые определяли четыре уровня депрессии. В тесте присутствовали 10 позитивно и 10 негативно сформулированных вопросов, которые оценивали по шкале от 1 до 4 (на основе ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делили на четыре диапазона: 25–49 – нормальное состояние; 50–59 – легкая депрессия; 60–69 – умеренная депрессия; 70 и выше – тяжелая депрессия.

Полученные результаты исследования подвергли статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Statistica for Windows, с вычислением средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Различия между сравниваемыми группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Изучение ИМТ у обследованных пациентов дало следующие результаты: у больных псориазом без МС ИМТ составил $27,46 \pm 0,13$ кг/м², в то время как у больных псориазом с МС – $37,78 \pm 0,15$ кг/м², т.е. у больных псориазом без МС была выявлена избыточная масса тела, а у больных псориазом с МС присутствовало ожирение II степени. Антропометрическое измерение показало следующее: у больных псориазом без МС окружность талии составила $90,55 \pm 0,55$ см, а у больных псориазом с МС – $122,64 \pm 0,64$ см. Следовательно, для больных псориазом с МС было характерно абдоминальное (висцеральное) ожирение.

Мы проанализировали показатели, характеризующие биохимические особенности крови (лептин, АКТГ, кортизол и β -эндорфин) у двух групп обследованных больных псориазом: без МС, с признаками МС, а также у здоровых лиц.

Из данных таблицы следует, что средний показатель содержания лептина крови у больных псориазом без сопутствующего МС равняется $10,0 \pm 0,22$ нг/мл, что превышает в 1,7 раза значение аналогичного показателя у здоровых лиц – $5,95 \pm 0,17$ нг/мл ($p < 0,05$). При наличии МС содержание лептина у больных псориазом составляет $27,69 \pm 0,33$ нг/мл, что превышает в 4,7 раза значение этого показателя у здоровых

Показатели ИМТ, ОТ, лептина, АКТГ, кортизола, β -эндорфина, тревоги и депрессии у больных псориазом (без МС, с МС) и у здоровых лиц

Показатель	Группа обследованных		
	здоровые лица ($n = 50$)	больные псориазом ($n = 296$)	
		без МС ($n = 60$)	с МС ($n = 236$)
ИМТ, кг/м ²	$23,84 \pm 0,14$	$27,46 \pm 0,13^*$	$37,78 \pm 0,15^{**}$
ОТ, см	$77,46 \pm 1,0$	$90,55 \pm 0,55^*$	$122,64 \pm 0,64^{**}$
Лептин, нг/мл	$5,95 \pm 0,17$	$10,0 \pm 0,22^*$	$27,69 \pm 0,33^{**}$
АКТГ, пг/мл	$13,35 \pm 0,15$	$20,54 \pm 0,22^*$	$26,84 \pm 0,13^{**}$
Кортизол, мкг/дл	$15,7 \pm 0,15$	$11,04 \pm 0,15^*$	$8,99 \pm 0,08^{**}$
β -эндорфин, мкг/мл	$5,6 \pm 0,04$	$3,71 \pm 0,04^*$	$2,9 \pm 0,03^{**}$
Тревога, баллы	$16,7 \pm 0,51$	$58,5 \pm 0,96^*$	$77,64 \pm 0,51^{**}$
Депрессия, баллы	$25,22 \pm 0,49$	$66,88 \pm 0,94^*$	$81,67 \pm 0,52^{**}$

Примечание. * – $p < 0,05$ – статистическая значимость различий относительно здоровых лиц; ** – $p < 0,05$ – статистическая значимость различий относительно больных псориазом без МС.

лиц ($p < 0,05$) и в 2,8 раза у больных псориазом без МС ($p < 0,05$).

У обследованных пациентов без признаков МС установлено также повышение в крови содержания АКТГ до $20,54 \pm 0,22$ пг/мл, что в 1,5 раза выше аналогичного показателя у здоровых лиц – $13,35 \pm 0,15$ пг/мл ($p < 0,05$). У пациентов, имеющих признаки МС, установлен более выраженный подъем концентрации АКТГ в крови – до $26,84 \pm 0,13$ пг/мл, что превышает в 2 раза аналогичный показатель у здоровых лиц ($p < 0,05$) и в 1,3 раза – содержание АКТГ у больных псориазом без МС ($p < 0,05$).

У больных псориазом без признаков МС отмечается снижение концентрации кортизола – до $11,04 \pm 0,15$ мкг/дл, т.е. в 1,4 раза ниже чем в группе здоровых лиц – $15,7 \pm 0,15$ мкг/дл ($p < 0,05$). У больных псориазом, имеющих диагностические признаки МС, наблюдается более значимое снижение концентрации кортизола – до $8,99 \pm 0,08$ мкг/дл, что в 1,8 раза меньше содержания кортизола в крови у лиц контрольной группы ($p < 0,05$) и в 1,2 раза ниже аналогичного показателя у больных псориазом без МС ($p < 0,05$) (см. таблицу).

Содержание β -эндорфина в крови у больных псориазом без МС равняется $3,71 \pm 0,04$ мкг/мл, что ниже в 1,5 раза значения аналогичного показателя у здоровых лиц – $5,6 \pm 0,04$ мкг/мл ($p < 0,05$). При наличии признаков МС у больных псориазом в большей степени снижено содержание β -эндорфина – $2,9 \pm 0,03$ мкг/мл, что в 1,9 раза меньше концентрации β -эндорфина в группе здоровых лиц ($p < 0,05$) и в 1,3 раза ниже, чем у больных с отсутствием признаков МС ($p < 0,05$).

Также мы провели сравнение психоэмоционального состояния у больных псориазом с наличием, отсутствием признаков МС и у здоровых лиц. У больных псориазом с МС был установлен высокий уровень тревожности ($77,64 \pm 0,51$ балла), без МС – средний уровень тревожности ($58,5 \pm 0,96$ балла). Полученные показатели превышали аналогичные в контрольной группе в 4,7 и в 3,5 раза соответственно.

При анализе аффективных расстройств было установлено, что у больных псориазом без признаков МС показатель депрессии – $66,88 \pm 0,94$ баллов (умеренная выраженность депрессии) оказался в 2,7 раза выше, чем в группе здоровых лиц – $25,22 \pm 0,49$ баллов ($p < 0,05$). У больных псориазом с МС уровень депрессии, составляя $81,67 \pm 0,52$ балла (тяжелая депрессия), превышал в 3,2 раза значение аналогичного показателя у здоровых лиц и в 1,2 раза у больных псориазом без МС ($p < 0,05$).

Обсуждение

Ряд авторов [1, 9, 11–13] исследовал влияние метаболических и психонейроэндокринных факторов на патогенетические механизмы развития псориаза, но их взаимосвязь и степень участия каждого из этих механизмов в развитии патологического процесса до сих пор неясны.

В настоящее время накоплено достаточно много данных о распространенности МС в самых различных регионах планеты он считается «пандемией XXI века» [18].

Клиническое значение МС, частота которого среди населения развитых стран по свидетельству экспертов ВОЗ [19, 20] достигает 20–40%, заключается в том, что он создает условия для развития как коронарного атеросклероза, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа, а также коморбидного фона при заболеваниях. Было установлено, что у больных псориазом метаболические нарушения встречаются с большей частотой, чем в популяции [21, 22].

Как показали результаты нашего исследования, у больных вульгарным псориазом с МС увеличение массы жировой ткани проявляется в виде абдоминального ожирения.

Важную роль при псориазе играют нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе и изменения состояния психоэмоциональной сферы [3–7, 23].

Мы установили, что характерной чертой гормонального состояния при псориазе является повышенное содержание в сыворотке крови лептина – пептидного гормона, секретируемого жировыми клетками (адипоцитами) и участвующего в регуляции энергетического обмена организма и массы тела, интерес к изучению которого при псориазе отмечен в работах последних лет [24, 25]. По результатам последних исследований [26–28], лептин участвует в поддержании стабильности массы тела и отвечает за сохранение баланса энергии в организме, нарушение его секреции приводит к развитию ожирения. Воздействуя на специфические рецепторы в гипоталамусе, он подавляет синтез нейрпептида Y, стимулирующего аппетит. Установлено, что секреция этого гормона связана с наличием гена ожирения гена *OB* (*obese gene*), участвующего в патогенезе ожирения [29].

Наши результаты показали, что при псориазе происходит усиленная продукция АКТГ – пептидного гормона, состоящего из 39 аминокислотных остатков, продуцируемого кортикотрофами передней доли гипофиза, стимулирующего синтез и секрецию глюкокортикоидов корой надпочечников.

Подтверждением дисфункции гипофизарно-надпочечниковой системы при псориазе является сниженная сывороточная концентрация кортизола – кортикостероидного гормона, синтезируемого корковым веществом надпочечников, участвующего в регуляции жирового, углеводного и белкового обменов, а также тормозящего разрастание патологических клеток при воспалительном процессе, недостаток которого вызывает нарушения гормонального фона и обменных процессов [30].

Кроме того, особенностью нейроэндокринного статуса при псориазе является снижение концентрации β -эндорфина в сыворотке – гормона средней доли гипофиза, производимого меланотропными клетками из проопиомеланокортина, исследование которого при псориазе представлено в единичных работах [9, 10]. Гормон β -эндорфин выполняет разнообразные физиологические функции – он оказывает обезболивающее (регуляция чувствительности ноцицептивных, антиноцицептивных систем), противошоковое, антистрессовое действия, угнетает функцию гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси (на всех ее уровнях), а также влияет на аппетит и тонус симпатической нервной системы [31].

Мы выявили значительное повышение содержания в крови у больных псориазом концентрации лептина, АКТГ, а также снижение содержания кортизола и β -эндорфина, более значимое при наличии МС.

Один из возможных механизмов выявленных психо-аффективных расстройств, более выраженных при сочетании псориаза с МС – нейроэндокринный, связанный с понижением продукции β -эндорфина. Этот процесс сопровождается нарушением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и протекает с гиперстимуляцией АКТГ, уменьшением экскреции кортизола, что может быть ассоциировано с развитием как тревоги, депрессии, так и псориаза. Наличие МС при псориазе, одним из проявлений которого является нейрогормональный дисбаланс, усугубляет выраженность имеющихся аффективных симптомов.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о психонейрогормональных расстройствах в организме больных псориазом, наиболее выраженных у пациентов, имеющих признаки МС. Нейрогормональные изменения со стороны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы скорее всего вовлечены в «порочный круг», где, подобно цепной реакции, происходят нарушения на клеточном, органном и организменном уровнях, и каждый последующий этап неразрывно связан с предыдущим. Важными звеньями в этой цепи являются нарушения в системе функционирования лептина, аффективные расстройства, рассматриваемые в качестве важных факторов, лежащих в основе развития как псориаза, так и МС.

Полученные в данном исследовании результаты подтверждают мнение ученых [7, 9], признающих важную патогенетическую значимость психонейрогормональных изменений при псориазе и их влияние на метаболическую активность, что необходимо учитывать при проведении лечения данной катего-

рии больных, включать оценку уровня психонейроэндокринных показателей в рекомендации по медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

Выводы

- У больных вульгарным псориазом по сравнению со здоровыми лицами установлены повышенные концентрации в сыворотке крови лептина, АКТГ и сниженная продукция кортизола, β -эндорфина.
- При психологическом тестировании больных псориазом обнаружены повышенные уровни тревоги и депрессии.
- Выявленные психонейроэндокринные расстройства более выражены при наличии у больных псориазом сопутствующего МС и требуют соответствующей коррекции.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Молочков В.А., Бадокин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. *Псориаз и псориатический артрит*. М.: КМК; 2007.
- [Molochkov V.A., Badokin V.V., Albanova V.I., Volnukhin V.A. *Psoriasis and psoriatic arthritis*. Moscow: KMK; 2007. (in Russian)]
2. Langley R.G., Krueger G.G., Griffiths C.E. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann. Rheum. Dis.* 2005; 64 (Suppl. 2): ii 18–23.
3. Белугина И.Н. Содержание гормонов гипофиза в сыворотке крови больных псориазом. В кн.: Сборник Тезисы докладов VII Российского съезда дерматологов и венерологов. Казань, 5–7 июня 1996; Ч. 1: 85.
- [Belugina I.N. The content of the pituitary hormones in the blood serum of patients with psoriasis. In: Abstracts VII Russian Congress of Dermatologists and Venereologists. Kazan, 5–7 June 1996. Kazan; 1996; vol.1: 85]. (in Russian)
4. Загртдинова Р.М., Филимонов М.А., Иванова М.А., Орлов С.А. Состояние гипофизарно-тиреоидной системы у больных псориазом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2006; 2: 20–4.
- [Zagrtidinova R.M., Filimonov M.A., Ivanova M.A., Orlov S.A. Status of the pituitary-thyroid system in patients with psoriasis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2006; 2: 20–4]. (in Russian)
5. Васильев А.Г., Казиханова С.Р., Оловянишников Л.В., Заславский Д.В., Кравцова А.А., Астахова Ю.Ю. Гормоны – как важные патогенетические факторы псориаза. В кн.: Сборник научных трудов II форума медицины и красоты и научно-практической конференции «Социально значимые заболевания в дерматовенерологии». Москва, 24–26 ноября 2009; М.: 2009: 35–7.
- [Vasiliev A.G., Kazikhanova S.R., Olovyaniishnikov L.V., Zaslavskiy D.V., Kravtsova A.A., Astashova Yu.Yu. Hormones – as important pathogenetic factors of psoriasis. In: Scientific works of the II Forum of Medicine and Beauty and the scientific-practical conference “socially significant diseases in dermatology”. Moscow; 24–26 November 2009. Moscow; 2009: 35–37. (in Russian)]
6. Кашутин С.Л., Преловская И.Б. Содержание гормонов в системах гипофиз – кора надпочечников и гипофиз – щитовидная железа у больных псориазом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009; 1: 24–5.
- [Kashutin S.L., Prelovskaya I.B. The contents of hormones in the pituitary–adrenocortical and pituitary–thyroid gland in patients with psoriasis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2009; 1: 24–5]. (in Russian)
7. Richards H.L., Ray D.W., Kirby B., Mason D., Plant D. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 2005; 153(6): 1114–20.
8. Беляев Г.М. Стресс, адаптация, псориаз, планирование научных исследований по проблеме этого заболевания. *Дерматология та венерология*. 2002; 2: 11–4.
- [Belyaev G.M. Stress, adaptation, psoriasis, planning of scientific studies on the disease. *Dermatologiya ta venerologiya*. 2002; 2: 11–4]. (in Russian)
9. Бобынцев И.И., Левшин Р.Н., Силина Л.В. Нервные и эндокринные механизмы псориатической болезни. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2007; 2: 80–6.
- [Bobyntsev I.I., Levshin R.N., Silina L.V. Nervnye endokrynnye Mechanisms and psoriatic disease. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik “Chelovek i ego zdorovie”*. 2007; 2: 80–6]. (in Russian)
10. Силина Л.В. Изменение содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов под влиянием далагина у больных псориазом (сообщение 1). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2003; 1:41–4.
- [Silina L.V. Changing the content adaptive hormones and opioid peptides under influence dalarhyna in patients with psoriasis. Pt I. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2003; 1: 41–4]. (in Russian)
11. Введенская Э.В., Козлова М.А., Чарушкина Е.В. Индекс массы тела, ожирение и нарушение толерантности к углеводам у пациентов дерматологического стационара. В кн.: Сборник материалов I Российского конгресса дерматовенерологов. Санкт-Петербург, 23–26 сентября 2003. Санкт-Петербург; 2003: 23–4.
- [Vvedenskaya E.V., Kozlova M.A., Charushkina E.V. Body mass index, obesity and carbohydrate tolerance impairment in patients dermatological hospital. In: Abstracts I Congress of the Russian dermatovenerologists. St. Petersburg. 23–26 September 2003. St. Petersburg; 2003: 23–4]. (in Russian)
12. Копытова Т.В., Химкина Л.Н., Добротина Н.А., Пантелеева Г.А. Особенности метаболических нарушений при хронических распространенных тяжело протекающих дерматозах различного генеза (псориаз, атопический дерматит, пузырчатка). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2012; 1: 30–4.
- [Kopytova T.V., Khimkina L.N., Dobrotina N.A., Panteleeva G.A. Metabolic disorders in different chronic disseminated severe dermatoses (psoriasis, atopic dermatitis, pemphigus). *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2012; 1: 30–4]. (in Russian)
13. Gottlieb A.B., Chao C., Dann F. Psoriasis comorbidities. *J. Dermatol. Treat.* 2008; 19(1): 5–21. doi: 10.1080/09546630701364768
14. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом. Клинические рекомендации Минздрава РФ. М.: 2013. http://rcmp.zdravnsk.ru/profila/m_mater/Rekomendacii_po_vedeniu_bolnih_s_metabol_sindrom.pdf
- [Recommendations for the management of patients with metabolic syndrome. Clinical guidelines the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow; 2009]. (in Russian)
- http://www.gipertonik.ru/files/recommendation/Recommendations_metabolic_syndrome.doc
15. Национальные рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2009; 6 (Прил. 2).
- [National guidelines for diagnosis and treatment of metabolic syndrome. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. Moscow; 2009]. (in Russian)
16. Zung W.W.K. How Normal is Anxiety? (*Current Concepts*). Upjohn Company; 1980.
17. Zung W.W.K. A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1965; 12: 63–70.
18. Мамедов М.Н. *Метаболический синдром: практические аспекты диагностики и лечения в амбулаторных условиях*. М.: ФАС-медиа; 2005.
- [Mamedov M.N. *Metabolic syndrome: practical aspects of diagnosis and treatment in outpatient settings*. Moscow: FAS-media; 2005]. (in Russian)
19. Звенигородская Л.А., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Эволюция представлений о метаболическом синдроме. *Экспериментальная и типичная гастроэнтерология*. 2010; 7: 3–5.
- [Zvenigorodskaya L.A., Konev Yu.V., Efremov L.I. The evolution

- of ideas about the metabolic syndrome. *Eksperimentalnaya i tipicheskaya gastroenterologiya*. 2010; 7: 3–5]. (in Russian)
20. Anagnostis P. Metabolic syndrome in the Mediterranean region: Current status. *Indian J. Endocrinol. Metab.* 2012; 16(1): 72–80.
 21. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Потекаев Н., Билалова У. Псориаз: коморбидности и комедикации. *Врач*. 2009; 5: 15–20. [Kochergin N.G., Smirnova L.M., Potekaev N., Bilalova U. Psoriasis: comorbidity and comedication. *Vrach*. 2009; 5: 15–20]. (in Russian)
 22. Квереша А.А., Чой Х.К., Сетти А.Р., Курхан Г.С. Псориаз и риск развития диабета и гипертензии (проспективное исследование медицинских сестер США). *Русский медицинский журнал*. 2010; 18(12): 765–7.
 - [Kvereshi A.A., Choy Kh.K., Setti A.R., Kurkhan G.S. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension (prospective study of US nurses). *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; 18(12): 765–7. (in Russian)]
 23. Павлова О.В., Скрипкин Ю.К. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2007; 3: 9–12. [Pavlova O.V., Skripkin Yu.K. New aspects of the pathogenesis of psoriasis: psychoneuroimmune interaction. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2007; 3: 9–12]. (in Russian)
 24. Aly D.G., Abdallah I.Y., Hanafy N.S., Elsaie M.L., Hafiz N.A. Elevated serum leptin levels in nonobese patients with psoriasis. *J. Drugs Dermatol.* 2013; 12(2): e25–9.
 25. Zhu K.J., Zhang C., Li M., Zhu C.Y., Shi G., Fan Y.M. Leptin levels in patients with psoriasis: a meta-analysis. *Clin. Exp. Dermatol.* 2013; 38(5): 478–83. doi: 10.1111/ced.12171.
 26. Кучер А.Г., Смирнов А.В., Каюков И. Г., Добронравов В.А., Яковенко А.А. Лептин – новый гормон жировой ткани: значение в развитии ожирения, патологии сердечно-сосудистой системы и почек. *Нефрология*. 2005; 1: 9–19. [Kucher A.G., Smirnov A.V., Kayukov I. G., Dobronravov V. A., Yakovenko A.A. Leptin – new hormone adipose tissue: implications in the development of obesity, disease of the cardiovascular system and the kidneys. *Nephrologiya*. 2005; 9(1): 9–19]. (in Russian)
 27. Щеплягина Л.А., Коваленко Т.В., Зернова Л.Ю. Лептин и его роль в организме. *Российский педиатрический журнал*. 2005; 4: 33–6. [Shcheplyagina L.A., Kovalenko T.V., Zernova L.Yu. Leptin and its role in the body. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2005; 4: 33–6]. (in Russian)
 28. Wiecek A., Kokot F., Chudek J., Adamczak M. The adipose tissue – a novel endocrine organ of interest to the nephrologist. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2002; 17(2): 191–5.
 29. Zhang Y., Proenca R., Maffei M., Barone M., Leopold L., Friedman J.M. Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*. 1994; 372(6505): 425–32.
 30. Гончаров Н.П., Кация В.Г., Колесникова Г.С., Добрачева А.Д. *Гормональный анализ в диагностике болезней эндокринных желез*. М.: Адамант; 2009. [Goncharov N.P., Katsiya V.G., Kolesnikova G.S., Dobracheva A.D. *Hormonal analysis in the diagnosis of diseases of the endocrine glands*. Moscow: Adamant; 2009]. (in Russian)
 31. Коста Э., Трабукки М., ред. *Эндорфины*. Пер. с англ. М.: Мир; 1981. [Kosta E., Trabukki M., eds. *Endorphins*. Transl. from Engl. Moscow: Mir; 1981.

Поступила 07.07.15
Received 07.07.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.516-06:616.89]-036.1-085

Коморбидные психические расстройства у больных красным плоским лишаем

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

¹ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва;

²ФГБНУ Научный центр психического здоровья, 115522, г. Москва

Описаны психосоматические (коморбидные) расстройства у больных красным плоским лишаем (КПЛ). Выявлены клинические взаимосвязи манифестаций КПЛ с психогенными факторами. Изучены нозогенные психические расстройства и коморбидные депрессии у больных КПЛ. Представлены общие алгоритмы психофармакотерапии.

Ключевые слова: красный плоский лишай; психосоматические расстройства; психогенные манифестации; нозогенные реакции; депрессии; расстройства личности, антидепрессанты, психотерапия.

Для цитирования: Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Коморбидные психические расстройства у больных красным плоским лишаем. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(5): 38–42.

COMORBID MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH LICHEN PLANUS

Dorozhenyuk I.Yu.^{1,2}, Snarskaya E.S.¹, Shenberg V.G.¹

¹I.M.Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russia; ²Center of Mental Health, 115522, Moscow, Russia

Psychosomatic comorbidities disorders in patients with lichen planus (LP) are described. Clinical relationships between LP manifestation and psychogenic factors are detected. Nosogenic mental disorders and comorbid depressions in LP patients are studied. General algorithms of psychopharmacotherapy are presented.

Key words: lichen planus; psychosomatic disorders; psychogenic manifestations; nosogenic reactions; depressions; personality disorders; antidepressants; psychotherapy.

Citation: Dorozhenyuk I.Yu., Snarskaya E.S., Shenberg V.G. Comorbid mental disorders in patients with lichen planus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18(5): 38–42. (in Russian)