

- 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)

Психодерматология является одним из ведущих разделов психосоматической медицины благодаря высокой распространенности, а также полиморфизму клинических проявлений и коморбидных соотношений кожной и психической патологии, достигающих для непсихотических расстройств 35–40% [1].

Психосоматические кожные заболевания (психодерматозы; стресс-реактивные дерматозы [2]) включают целый ряд хронических кожных заболеваний, 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. При обострении дерматозов в схему иммунно-воспалительного ответа включается и стрессиндуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов, что ведет к нарушению продукции цитокинов и дисбалансу в системе клеточного иммунитета [3].

По данным современных исследований, 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 [3].

К психическим расстройствам, провоцированным дерматологической патологией, относят нозогенные реакции и развития личности при хронических дерматозах («вторичные психические расстройства»), «психические расстройства, развивающиеся вследствие обезображивающих или угрожающих жизни дерматозов», встречающиеся с частотой 20,6% а у больных с зудящими дерматозами – 70% [4]. По данным клинко-эпидемиологических исследований [5], для дерматологии оказался характерен паттерн накопления нозогений с выявлением сенситивных и социофобических нарушений, ассоциированных с косметическим дефектом. Нозогении обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, социальной стигматизацией, ограничениями в бытовой и профессиональной деятельности.

Красный плоский лишай (КПЛ) (*lichen ruber planus*, син.: красный лишай, плоский лишай) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз, с окончательно неустановленной 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. В общей структуре дерматологических заболеваний данный дерматоз составляет от 1,5 до 2,5%, а среди болезней слизистой оболочки полости рта – 32% [6]. Выделяют следующие клинические формы КПЛ: типичную (классическую), гипертрофическую, атрофическую, буллезную, фолликулярную, пигментную, кольцевидную, линейную, зостериформную, монолиформную, гиперкератотическую, эритематозную [6].

В литературе обсуждаются концепции патогенеза КПЛ, в которых уделяется внимание инфекционным (гепатит С и др.), нейрогенным, токсико-аллергическим, вирусным, иммунопатологическим факторам [7]. В ряде исследований ведущая роль в манифестации КПЛ отводится психогенному воздействию и обсуждается возможное участие коморбидных депрессий и тревожных состояний в запуске КПЛ [8].

В свою очередь, развитию психических нарушений способствуют нозогенные проявления кожного заболевания. Так, выявлено преобладание у больных КПЛ проблем со сном, сниженного настроения и тревожности по сравнению с контрольной группой, что расценивалось в качестве симптомов тревожных и депрессивных нарушений, спровоцированных КПЛ [9].

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. Настоящее исследование необходимо для комплексного изучения психосоматических аспектов различных форм КПЛ с целью разработки более эффективных способов диагностики и лечения в рамках современной концепции психосоматической медицины [7].

Цель исследования – изучение клинических взаимосвязей КПЛ с коморбидными психическими расстройствами.

Материалы и методы

Обследованы 93 больных КПЛ (58 женщин и 35 мужчин; средний возраст 47,6 года) с преимущественно кожной локализацией заболевания и коморбидными психическими расстройствами. Среди изученных случаев КПЛ преобладают папулезная (43 наблюдений) и гипертрофическая (39 наблюдений) клинические формы, которые в 52% наблюдений сопровождаются поражением слизистых оболочек ротовой полости и видимых слизистых оболочек гениталий. Другие клинические формы представлены в значительно меньшей степени: эритематозная (4 наблюдения), атрофическая (3 наблюдения), линейная (2 наблюдения), пигментная (2 наблюдения). Патологический процесс носит преимущественно

Сведения об авторах:

Дороженков Игорь Юрьевич, кандидат мед. наук, доцент (*idogo@bk.ru*); *Снарская Елена Сергеевна*, доктор мед. наук, профессор (*snarskaya-dok@mail.ru*); *Шенберг Виктория Геннадьевна*, врач-дерматовенеролог, онколог (*vikafin@gmail.com*).

Corresponding author:

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

распространенный характер, локализуясь на сгибательной поверхности запястий, поясницы, голеней, волосистой части головы, половых органах, губах, видимых слизистых оболочках. Элементы сыпи представлены плоскими, гладкими, блестящими папулами и бляшками диаметром 1–10 мм, с четкими границами. Цвет красновато-розовый, с сиреневым или фиолетовым оттенком и белесой исчерченностью. Форма папулезных элементов многоугольная или овальная, располагаются группами, сливаясь между собой и образуя линии (феномен Кебнера – свежие высыпания в месте травмы) и кольца. Местами встречаются беспорядочно обособленные элементы. Субъективно: зуд от легкого до интенсивного в местах высыпаний. При гипертрофической форме КПЛ элементы сыпи покрыты роговыми мелкопластинчатыми наслоениями.

Проведены клинико-дерматологический, психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования. Исследование кожного статуса проводили также с помощью универсальной шкалы – индекса клинических симптомов (ИКС) и опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Статистический анализ данных проводили с помощью лицензионных статистических пакетов SPSS 13.0, Statistica 7.0.

Результаты

Анализ психосоматических соотношений свидетельствует о преобладании психогенных манифестаций/экзацербаций кожного процесса у 28 (30,1%) больных КПЛ разных клинических форм. Среднее значение ИКС составляло 14, что говорит о средней тяжести кожного процесса и умеренной – по ДИКЖ 11 баллов (частичная социальная дезадаптация).

При анализе психогенных обострений установлено, что лишь у 6 (21% от пациентов с психогенными обострениями) больных КПЛ экзацербация кожного заболевания возникает в ответ на объективно значимую острую либо протрагированную во времени психическую травму: смерть или инвалидизация близких, тяжелые угрожающие жизни заболевания, физическое насилие. В структуре реактивного состояния наиболее типичным является сочетание тревоги с умеренно выраженной гипотимией без витальных признаков.

В 22 (79%) наблюдений в качестве триггера обострения КПЛ выступают субъективно значимые психогенные факторы: межличностные и производственные конфликты, смена/потеря работы, изменение брачного статуса (свадьба, развод), проблемы с недвижимостью и выплатой банковского кредита, необходимость уложиться в жесткие рамки исполнения важного производственного проекта.

Психическая травма непосредственно предшествует манифестации дерматоза у больных с реактивной лабильностью и повышенной чувствительностью к негативным воздействиям внешней среды.

У 56 (60,2%) больных выявлены нозогенные реакции, также квалифицирующиеся в рамках расстройства адаптации (F43). 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 распространенность, тенденция к диссеминации и др.), субъективная тяжесть симптоматики (зуд, жжение, стягивание кожи и др.), характер течения (хроническое с частыми экзацербациями, резистентность к терапии). Нозогенные реакции, развивающиеся в рамках рассмотренных соотношений, сопоставимы с нозогениями при тяжелых соматических заболеваниях и клинически проявляются тревожно-депрессивными расстройствами.

В других случаях роль ключевого триггера приобретает не тяжесть дерматоза, как при нозогенных депрессиях, но субъективно значимая «открытая» или «интимная» локализация высыпаний.

Сходные представления приводят и зарубежные авторы. Так, 70% больных с косметическими дефектами имеют повышенный уровень психологического дистресса, причем локализация высыпаний (прежде всего, фациальная) – стрессогенный фактор, особенно значимый для молодых женщин [1]. Указывается также, что социальная дезадаптация в подобных случаях в большей степени опосредована аномальными чертами личности пациента, повышающими уязвимость к стрессу, тогда как тяжесть кожного заболевания представляют собой менее значимые предикторы риска развития нозогений [10].

Последние в изученных случаях представлены социофобическими нозогенными реакциями, а также реакциями по типу ипохондрии красоты, в формировании которых существенный вклад вносят конституциональнообусловленные соматоперцептивные акцентуации с деформацией образа тела [11]

Депрессивные нозогенные реакции зафиксированы в 16 наблюдениях (28,5% от пациентов с нозогениями). Степень выраженности депрессивных нарушений коррелирует с обширной площадью поражения кожи и высокой суммой баллов по ИКС (среднее значение 18, что говорит о тяжести кожного процесса) и умеренной – по ДИКЖ 13 баллов (частичная социальная дезадаптация). По мере угасания активности кожного процесса происходит постепенная редукция депрессивной симптоматики. Кожные проявления характеризуются распространенными островоспалительными полигональными высыпаниями, сопровождаемыми выраженным мучительным зудом, жжением, стягиванием кожи. Психопатологическая структура нозогении определяется тревожно-ипохондрической депрессивной реакцией со сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, явлениями соматопсихической гиперестезии. Наряду с внутренним напряжением, неопределенным беспокойством выявляются гипертрофированные опасения по поводу исхода заболевания («тревога вперед»), сопряженные с чувством безнадежности, страхом пожизненного уродства. Данные нозогении развиваются без отчетливой связи со структурой преморбида.

Социофобические нозогенные реакции зафиксированы в 26 наблюдениях (46,4% от пациентов с нозогениями) имеют обсессивно-фобическую структуру

ру, включающую социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки (критики, обсуждения) внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением (профессиональные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Высыпания средней степени тяжести, носят ограниченный характер, локализуются преимущественно на открытых участках кожного покрова (сгибательная поверхность запястий, плечи, голени), а также видимых слизистых оболочках ротовой полости и гениталий. Элементы сыпи представлены множественными блестящими папулами с пупковидными вдавлениями в центре, а также массивными бляшками красно-бурого и сиренево-лилового оттенка, с четкими границами, неправильной формы, местами напоминающими узлы. Субъективно иногда присутствует невыраженный зуд в местах высыпаний. ИКС – 13; ДИКЖ – 14 баллов (частичная социальная дезадаптация).

Отмечаются навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к оценке своего отражения в зеркале; защитные ритуалы, нацеленные на маскировку изъянов кожи. Преобладают лица с истеро-тревожным преморбидом: инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, гиперконформность, тенденция к подражанию и следованию моде, обостренная мнительность со страхом опозориться, склонность к тревожным опасениям, представления об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни путем принятия и одобрения окружающими.

Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты отмечены в 14 наблюдениях (25% от пациентов с нозогениями).

Высокий средний показатель ДИКЖ (16 баллов) контрастирует с легкой степенью тяжести кожного процесса (ИКС-9). Высыпания носят ограниченный характер, локализуясь преимущественно на открытых участках тела в виде единичных, мелких, плоских папул розового и сиреневого цвета, местами сливающихся в бляшки. На месте разрешенных элементов визуализируются гиперпигментированные пятна без тенденции к слиянию с мелкопластинчатым шелушением.

Содержание нозогении определяется аффективно заряженными идеями несоответствия собственного облика идеалу безупречной внешности. Озабоченность внешним видом, определяемая в психодерматологической литературе термином «повышенная эстетичность», имеет (в отличие от сенситивных и социофобических нозогений) интернальную направленность: «главное – нравиться себе». На публике пациенты не испытывают выраженного дискомфорта, неловкости или ограничения социальной активности и соответственно – у них не выявляется социальной тревоги, отсутствуют повторные действия (перепроверки, прикосновения к коже, ритуальный камуфляж). Субъективное недовольство внешностью – «тяга к перфекционистскому идеалу» сопровождается активным стремлением любым путем добиться «безупречной кожи» [4].

Реакции по типу ипохондрии красоты выявляют-

ся у экспансивных шизоидов – сугубо рациональных, самоуверенных, лишенных эмпатии, неспособных к проявлениям глубоких эмоций, полностью посвятивших себя карьере, с гиперконтролем как ключевым способом коммуникации, перфекционизмом в отношении собственного внешнего облика, которому придается несоразмерное значение.

У 9 (9,6%) больных КПЛ манифестировал на фоне коморбидного аффективного расстройства — монополярной **рекуррентной депрессии** (F33). Кожный процесс во всех случаях носит распространенный воспалительный характер в виде монотипной сыпи с милиарно-лентиккулярными папулами плоской формы, полигональных очертаний, сиреневато-розового цвета с гладкой блестящей поверхностью и пупковидным вдавлением в центре. Субъективно отмечается умеренный зуд в местах высыпаний.

В клинической картине депрессии у пациентов с тревожным (6 наблюдений) и гипертимным (3 наблюдения) преморбидом отмечаются 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.

Терапия

Психотерапию современными и безопасными препаратами первого ряда, наряду с психотерапией и базисным дерматотропным лечением [12], проводили всем больным в условиях дерматологической клиники. Для полной редукции преобладающих в выборке аффективных нарушений различного генеза успешно использовали современные антидепрессанты с поливалентным спектром психотропной активности и высоким уровнем безопасности. Прежде всего, агомелатин, который, наряду с антидепрессивным, обладает мягким анксиолитическим действием, налаживает циркадианный суточный ритм, одновременно купируя нарушения сна и дневную сонливость, восстанавливает когнитивные функции, обладает хорошим профилем безопасности и переносимости, а также совместимости с дерматотропными средствами. В случаях развернутых рекуррентных депрессий оказался эффективен венлафаксин в высоких суточных дозировках, при выраженном зуде хорошо комбинирующийся с «малыми» и атипичными антипсихотиками (алимемазин до 30 мг/сут; хлорпротиксен до 100 мг/сут, кветиапин до 300 мг/сут); при терапии социофобических реакций - антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в средних суточных дозировках; при лечении реакций с явлениями ипохондрии красоты – СИОЗС в комбинации с атипичными антипсихотиками (арипипразол, zipразидон, палиперидон) в минимальных суточных дозировках.

Таким образом, в случаях с манифестацией проявлений КПЛ по психогенному механизму соматопсихической лабильности выявляется тесная связь преимущественно с субъективно значимыми психогенными факторами. Депрессивные нозогении зави-

сят в большей степени от распространенности и тяжести кожного процесса, в то время как социофобические реакции и реакции с явлениями ипохондрии красоты ассоциированы с конституциональным предрасположением, развиваясь на фоне дерматозов умеренной и незначительной тяжести с преимущественной локализацией на открытых участках тела. Рекуррентные депрессии, совпадающие с экзацербацией КПЛ, сохраняют основные свойства классической аффективной фазы, усложняясь за счет симптомов дерматоза в соматопсихической и личностной сфере. Лечение психогений и коморбидных КПЛ аффективных расстройств требует дифференцированного подхода с назначением психотропных препаратов первого ряда для общемедицинской сети.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Picardi A., Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychoter Psychosom.* 2001; 70(3): 118–36.
2. Koo J., Lee C. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo J.Y.M., Lee C.S., eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker; 2003: 1–12.
3. Gieler U., Niemeier V., et al. Psychophysiological aspects of atopic dermatitis. In: Koo J.Y.M., Lee C.S., eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker; 2003: 41–65.
4. Дороженко И.Ю. Нозогенные расстройства при кожных заболеваниях. В кн.: Смулевич А.Б., ред. *Лекции по психосоматике*. М.: МИА; 2014: 193–205.
- [Dorozhenok I.Yu. Nosogenic disorders in skin diseases. In: Smulevich A.B., ed. *Lectures on psychosomatics*. Moscow: MIA; 2014: 193–205]. (in Russian)
5. Андрющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической 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)
6. 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)
7. Смулевич А.Б., ред. *Лекции по психосоматике*. М.: МИА; 2014: 3–22.
- [Smulevich A.B., ed. *Lectures on Psychosomatics*. Moscow; MIA; 2014: 3–22]. (in Russian)
8. 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.
9. Schneider G., Driesch G., Heuft G., et al. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. *Clin. Exp. Dermatol.* 2006; 31(6): 762–7.
10. Veale D., Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.; 2010.
11. Дороженко И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Диморфофобия в дерматологической практике. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014; 1: 42–7.
- [Dorozhenok I.Yu., Matyushenko E.N., Olishova O.Yu. Dymorphophobia in dermatological practice. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2014; 1: 42–7]. (in Russian)
12. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматологические расстройства. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 406–13.
- [Smulevich A.B., Ivanov O.L., L'vov A.N., Dorozhenok I.Yu. *Psychodermatological disorders. Dermatovenerology. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2013: 406–13]. (in Russian)

Поступила 16.09.15
Received 16.09.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.5-008.939.797.33-036.1-092

Клинико-патогенетические особенности течения поздней кожной порфирии у жителей Краснодарского края

Кузнецова Т.Г., Тлиш М.М., Сычева Н.Л., Наатыж Ж.Ю.

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, 350000, г. Краснодар, Россия

Поздняя кожная порфирия (ПКП)- мультифакториальный фотодерматоз, имеющий зависимость клинических проявлений от сезонности, уровня инсоляции, профессиональных факторов. У пациентов с поздней кожной порфирией в Краснодарском крае за 2011–2013 гг. проанализированы анамнестические данные, клинический симптомокомплекс, объем лабораторных исследований: показатели железа, трансаминаз в сыворотке крови, содержание уропорфирина в моче и копропорфирина в кале. Обнаружена зависимость развития рецидивов, течения и клинических проявлений ПКП от сезонности, индивидуальных особенностей, сопутствующей патологии. Биохимические исследования выявили высокие показатели трансаминаз сыворотки крови, уровня железа, уропорфиринов в моче и копропорфиринов в кале. Совершенствование комплекса диагностических, лечебно-профилактических мероприятий, стандартизации диспансерного наблюдения, взаимодействия дерматовенерологов и смежных специалистов позволяет ограничить распространенность поздней кожной порфирии и достигнуть стойкой ремиссии заболевания.

Ключевые слова: поздняя кожная порфирия; особенности течения; лабораторная диагностика.

Для цитирования: Кузнецова Т.Г., Тлиш М.М., Сычева Н.Л., Наатыж Ж.Ю. Клинико-патогенетические особенности течения поздней кожной порфирии у жителей Краснодарского края. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(5): 42–45.