

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 616.313-002-02-08

АНАЛИЗ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНТЕГРАТИВНЫХ ИНДЕКСОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

**Л.И. АНИСИМОВА
В.В. ХАРЧЕНКО
Т.П. ИСАЕНКО
А.А. НОВИКОВА**

*Курский государственный
медицинский университет*

e-mail: AnisimovaLI@kursksmu.net

В результате исследований 65 пациентов, страдающих красным плоским лишаем (КПЛ) с локализацией на коже туловища и конечностей выявлены изменения психоэмоционального состояния пациентов, которые подвержены трансформации, совпадающей и зависящей от изменений локального статуса, возникающим в результате проводимой терапии. Кроме того, выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателей дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) у больных КПЛ. Улучшение локального состояния дермы, уменьшение числа эфлоресценций и их регресс приводит к нормализации сна и настроения пациентов, вселяет им чувство уверенности в себе и в своем положении в обществе, обеспечивает перспективы удлинения продолжительности межрецидивного периода и минимизации кожных высыпаний в стадию обострения КПЛ.

Ключевые слова: красный плоский лишай, качество жизни, дерматологические индексы, стандартная терапия.

Красный плоский лишай (КПЛ) является распространенным полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют иммунные, нейроэндокринные, интоксикационные метаболические процессы с поражением кожи и слизистых оболочек в виде специфических высыпаний, которые развиваются вследствие воспалительных и дистрофических реакций в пораженных тканях. По данным консультативной поликлиники ГУ ЦНИКВИ (2012 г.), из общего числа больных 1,3-2,4% составляют больные красным плоским лишаем. Несмотря на значительную распространенность этого дерматоза, клиническое распознавание его представляет определенные трудности. Диагностические ошибки обусловлены разнообразием клинических проявлений и наличием атипичных форм. Имеются многообразные клинические формы красного плоского лишая: эрозивно-язвенная, гипертрофическая (веррукозная), атрофическая, пузырьная, фолликулярная, пигментная. Нередки сочетания эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая с гипертонической болезнью и сахарным диабетом (симптом Гриншпана), выпадением волос и атрофическими поражениями кожи головы рубцового характера (синдром Литтла–Лассюэра), сочетание поражения волосистой части головы красным плоским лишаем и красной волчанкой (оверлапп-синдром).

Красный плоский лишай характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжелым, длительным, рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой традиционной терапии [1, 2, 3]. Несмотря на совершенство методов диагностики и лечения заболевания, число больных данным кератозом имеет тенденцию к постоянному росту [4].

Согласно результатам эпидемиологических исследований, КПЛ встречается у 0,1-2% населения, чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [5]. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. Возможно, это объясняется нарушением экологии,



возросшим контактом с вирусной инфекцией, существенными изменениями реактивности организма, а также повышенной частотой психо-эмоциональных напряжений [7]. Отмечены случаи развития КПЛ у детей [8, 9].

Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем отмечается в 30-35% случаев. Единой гипотезы этиологии и патогенеза КПЛ в настоящее время не существует. Большинство авторов рассматривают его как мультифакторное заболевание. Выделяют несколько теорий возникновения КПЛ: неврогенная, интоксикационная, инфекционная, наследственная, иммунологическая и мембранодеструктивная. Неврогенная теория заболевания подтверждается тем, что первые вспышки, а также рецидивы КПЛ у многих пациентов обнаруживались после эмоционального стресса, психической травмы, поражений центральной нервной системы [10, 12].

Согласно интоксикационной (токсико-аллергической) теории развитие КПЛ происходит в результате снижения дезинтоксикационной функции органов пищеварения, а также вследствие токсического воздействия на организм некоторых лекарственных препаратов и профессиональных вредностей. В патогенезе КПЛ ведущая роль принадлежит заболеваниям пищеварительной системы. У больных КПЛ выявлена сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, энтероколит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка или кишечника, хронический гепатит, хронический панкреатит [13]. Вирусная или инфекционная теория подтверждается нахождением при электронной микроскопии в клетках эпидермиса структур, напоминающих микоплазмы, палочковидные бактерии, а также элементов, имеющих сходство с грибами. У больных КПЛ слизистой оболочки полости рта выявлены качественный и количественный сдвиги в микрофлоре полости рта [12], которые ведут к развитию дисбактериоза различной степени тяжести. По данным ряда авторов, КПЛ является семейным заболеванием, что составляет 0,8%-1,2% случаев развития патологии [7, 8]. В соответствии с иммунологической теорией, при КПЛ отмечаются выраженные нарушения как в гуморальном, так и в клеточном звеньях системы иммунитета.

Согласно мембранодеструктивной теории важным аспектом патогенеза заболевания является активация процессов перекисного окисления липидов.

Лечение красного плоского лишая представляет максимально выраженную медицинскую проблему, так как существующие в настоящее время возможности терапии этой патологии далеко не всегда удовлетворяют врача и пациента в плане ее эффективности, а широкое использование таких средств терапии красного плоского лишая, как стероидные гормоны, антибиотики, цитостатические и антималярийные препараты и многих других препаратов приводит к нарушению функций печени, костного мозга, кишечника, иммунной системы [10]. Побочные отрицательные действия при применении указанных фармакопрепаратов усугубляют существующие негативные изменения в организме больных псориазом. Клинически эти изменения проявляются как синдром эндотоксикоза с той или иной выраженностью симптомов в виде лихорадки, анемии, повышения сонливости, снижения аппетита, понижения социальных контактов и многих других [2, 7].

Исследования, проводимые нами ранее у больных стресс-индуцированными дерматозами – чешуйчатый лишай в различных клинических проявлениях (инфильтративной формой, артропатический и псориазический зритродермией), атопическим дерматитом, хронической идиопатической экземой, розацеа, вульгарными угрями – выявили значительные дисрегуляторные нарушения во взаимосвязанных системах организма пациентов – психо-эмоциональной сфере, иммунной, нервной, эндокринной системах [4, 12]. Результаты наших исследований неоднократно подтвердили их соответствие новому направлению в дерматологии – психонейро-эндокриноиммунологии.

Цель исследования. Изучение влияния стандартной терапии на эффективность лечения красного плоского лишая.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено с участием 65 больных красным плоским лишаем (L.43 – МКБ-10), получавших лечение в стационарном отделении Курского областного кожно-венерологического диспансера, которые соответствовали следующим критериям. Критерии включения в исследование:

1. Наличие у пациентов красного плоского лишая типичной формы, стадии обострения.
2. Возраст пациентов от 20 до 58 лет.
3. Наличие в год не менее 2-3 рецидивов заболевания.
4. Отсутствие во время исследования сопутствующей соматической патологии, требующей постоянной фармакологической коррекции.

Все пациенты были разделены на две обследуемые группы, рандомизированных по полу, возрасту, течению болезни, наличию сопутствующей соматической патологии, психо-эмоциональному статусу. В качестве контроля нами была взята группа соматически здоровых людей в количестве 40 человек аналогичного пола и возраста (доноры, студенты). Группа больных (65 человек) получала традиционную терапию в соответствии с существующими стандартами (Стандарт медицинской помощи больным красным плоским лишаем МЗ и СР РФ от



30.05.2006 г., № 433): антигистаминные препараты, десенсибилизирующие и седативные средства, витамины А, Е, С, фолиевую кислоту, наружные лекарственные формы с кортикостероидами и салициловой кислотой [8]. В группе больных исследование проводили до начала терапии и по ее окончании, причем нами была использована единая система для комплексной оценки и аналогичные критерии результатов лечения. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте. Для постановки диагноза клиническая оценка дерматологических проявлений КПЛ проводилась с использованием правила 8 «Р». Степень выраженности зуда оценивалась согласно ВАШ до и после окончания терапии [1]. При определении степени тяжести патологического процесса при КПЛ учитывались следующие критерии: распространенность кожного процесса, длительность и частота обострений, длительность ремиссий, выраженность субъективных ощущений (зуд), эффект от предшествующих стандартных методов терапии, изменение качества жизни пациентов. Критерии КПЛ средней степени тяжести: распространенная типичная форма (площадь поражения кожи более 10,0%), степень выраженности зуда от 0-5 баллов по ВАШ, рецидивы заболевания 2-3 раз в год, увеличение ДИКЖ (от 10 до 20 баллов). Критерии тяжелого течения заболевания: распространенная типичная форма (площадь поражения кожи более 20,0%), степень выраженности зуда от 5-10 баллов по ВАШ, непрерывно-рецидивирующее течение (неполный лечебный эффект, обострение заболевания в течение 1 месяца), резистентность к стандартным методам терапии как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапе лечения (регресс высыпаний менее 75,0% после полного курса лечения), выраженное исходное значение ДИКЖ (более 20 баллов). Кроме того, для оценки трансформации локального статуса нами использовался балльный индекс ДИШС – дерматологический индекс шкалы симптомов. Трансформация качества жизни предполагает оценку самостоятельную респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. В настоящее время существует большое количество шкал, опросников, анкет и индексов, которые подразделяют на специфические – характеризующие изменения по названным позициям применительно к одному заболеванию/одной нозологической форме болезни и неспецифические – не зависящие от конкретной клинической формы болезни. В практике широко используется индекс ДИКЖ Finley в модификации Н.Г. Кочергина. В настоящем исследовании нами был использован адаптированный специфический опросник – метод анкетирования С.И. Довжанского [3], используемый для оценки качества жизни с учетом особенностей влияния хронического поражения дермы на показатели психо-эмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и различные другие аспекты жизни больного. Ранее нами этот опросник был успешно использован для оценки качества жизни больных псориаза, акне и розацеа [9]. Поэтому нам представлялось весьма интересным проведение анализа качества жизни у больных красным плоским лишаем – заболевания, несколько отличающегося от исследуемых ранее по этиопатогенетическим механизмам возникновения, течению болезни, а также применяемой терапии.

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались по балльной шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 баллов – максимально благоприятный показатель;
- 5 баллов – соответственно, неблагоприятный показатель.

Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранной нами методике.

Результаты и их обсуждение. Результаты, полученные нами в результате анкетирования больных и здоровых, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Трансформация показателей качества жизни больных красным плоским лишаем до проведения курса стандартной терапии

Показатели качества жизни	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=65)	Сдвиг, %
Раздражительность (Р)	1,0	4,6	460
Замкнутость (З)	1,0	3,9	390
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	3,8	380
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	4,7	470
Депрессия (Д)	1,0	2,7	270
Нарушения сна (НС)	1,0	3,9	390
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	2,3	230
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,5	250
Σ, %			2840

Примечание: Σ – знак суммы

Из представленной таблицы видно, что у больных красным плоским лишаем отмечалось выраженное нарушение качества жизни по сравнению с группой здоровых лиц/группой



контроля. В группе больных нами выявлено явное ухудшение их качества жизни, что проявлялось максимальным положительным сдвигом цифрового значения показателей (в %) трудностей в общении, раздражительности, замкнутости, нарушения сна (соответственно в 4,6; 4,7, и 3,9 раза). Изменение показателя нарушения сна логично объяснялось наличием интенсивного зуда кожи, сопровождающего патологический процесс круглосуточно. Наличие клинически выраженного зуда кожи с высоким значением по шкале ВАШ является важным дифференциально-диагностическим признаком. Показатели эти были максимально значимыми для исследуемой группы пациентов. По величине убывания сдвига показатели расположились в такой ряд: ТО>Р>З, НС>НВС>Д>ОИЖО>СУЗ.

Следует отметить значимо высокую величину суммарного сдвига цифровых значений показателей, выраженную в процентах относительно аналогичных показателей здоровых людей - 2840. Полученные данные свидетельствуют о высокой степени напряженности психоэмоциональной сферы больных красным плоским лишаем вследствие порой неконтролируемого рецидивирования патологического процесса, выраженного зуда кожи, слабо контролируемого медикаментозно, доминирующего патологического воздействия хронического стресса, доказанного и собственными многочисленными наблюдениями, и данными литературы [1, 6, 11, 12].

Красный плоский лишай – заболевание, вызывающее у больных выраженные психоэмоциональные нарушения, требующие адекватной фармакокоррекции. Наличие на коже специфических высыпаний, постоянного зуда кожи, порой весьма интенсивного, косметологического дефекта, приводит к развитию у пациентов, как правило, астено-невротического состояния разной степени выраженности. В отличие от показателей, полученных нами при исследовании больных угревой болезнью и розацеа, в данной работе у пациентов, страдающих КПЛ, показатели трудностей общения в обществе, раздражительности, нарушений сна явно доминировали. В то время как при инфильтративной форме псориаза анализ аналогичных шкал выявлял доминирование показателей замкнутости и неуверенности в себе, что также является отличием полученных данных у пациентов с КПЛ. Определена достоверная взаимосвязь сроков обращения за медицинской помощью с интенсивностью зуда у больных КПЛ: в поздние сроки до 7–24 месяцев от начала заболевания обращались 85,2% пациентов с зудом слабой интенсивности и с отсутствием зуда, напротив, 88,7% пациентов с интенсивным зудом обращались к врачу в сроки до 1-6 месяцев, а 68,9% пациентов с умеренным зудом обращались к врачу в сроки до 3-12 месяцев.

Далее нами было проведено исследование пациентов к моменту окончания курса стандартной терапии. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Трансформация показателей качества жизни больных инфильтративным псориазом после проведения курса стандартной терапии (в сравнении с показателями до лечения)

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=40)	Группа больных до лечения (n=65)	Группа больных после лечения	Сдвиг, %
Раздражительность (Р)	1,0	4,6	4,1	-11,1
Замкнутость (З)	1,0	3,9	3,8	-3,6
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	3,8	3,2	-16,8
Трудность общения с друзьями (ТО)	1,0	4,7	4,3	-8,6
Депрессия (Д)	1,0	2,7	2,2	-19,5
Нарушения сна (НС)	1,0	3,9	3,0	-23,1
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	2,3	1,9	-17,4
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,5	2,0	-20
Σ, %				120,1

Из представленной таблицы видно, что у пациентов группы, получавших стандартную терапию, произошла трансформация показателей психоэмоциональной сферы, а особенно показателя неуверенности в себе, нарушения сна, присутствие страха ухудшения здоровья. Следовательно, изменения психоэмоционального состояния пациентов, страдающих КПЛ с локализацией на коже туловища и конечностей подвержены изменениям, совпадающим и зависящим от изменений локального статуса, изменяющимся в результате проводимой терапии. Улучшение локального состояния дермы, уменьшение числа эфлоресценций и их регресс приводит к нормализации сна и настроения пациентов, вселяет им чувство уверенности в себе и в своем



положении в обществе, обеспечивает перспективы удлинения продолжительности межрецидивного периода и минимизации кожных высыпаний в стадию обострения КПЛ.

Далее нами была проведена оценка изменений дерматологического статуса пациентов и степени интенсивности зуда кожи с помощью интегративных индексов ДИШС и ВАШ. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Изменение интегративных индексов ДИШС и ВАШ при проведении стандартной терапии

Показатель	Больные до лечения (n=65)	Больные после лечения (n=65)
ДИШС	17,65±0,18	4,12±0,29*
ВАШ	8,2±0,33	3,47±0,16*

Примечание: * - p<0,05-0,001 в сравнении с показателями до лечения.

Таким образом, нами выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателей ДИШС и ВАШ у больных КПЛ. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психо-эмоциональные нарушения у больных КПЛ, часто наблюдаемые в повседневной практике врача-дерматовенеролога. При проведении оценки эффективности проводимой больным КПЛ стандартной терапии выявлено ее влияние на исследуемые сферы пациентов. При проведении анализа полученных результатов используемых методик осмотра и опроса в качестве составляющих многостороннего обследования респондентов, нами сделано заключение, что традиционная терапия, проводимая больным КПЛ, оказывает положительное действие на общее состояние пациентов и местное состояние кожи, приводя по возможности психо-эмоциональное состояние к показателям нормы и улучшая показатели качества жизни.

Литература

1. Анисимова, Т.В. Нейропсихологический статус, показатели гемореологии у больных красным плоским лишаем и их терапевтическая коррекция : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Анисимова. - М., 2004. - 29 с.
2. Бобынцев, И.И. Нервные и эндокринные механизмы псориазической болезни/ И.И. Бобынцев, Р.Н. Левшин, Л.В. Силина // Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». - 2007. - № 2. - С. 80-86.
3. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2001. - № 3. - С. 12-14.
4. Кубанова, А.А. Организация дерматовенерологической помощи: достижения и перспективы / А.А. Кубанова // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2008. - № 1. - С. 4 -22.
5. Кубанова, А.А. Красный плоский лишай. Клинические рекомендации/А.А. Кубанова ; Рос. о-во дерматовенерологов. - М. : ДЭКС-Пресс, 2008. - 50 с.
6. Павлова, О.В. Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний / О.В. Павлова // Психол. журн. - 2003. - Т. 24, № 5. - С. 88-94.
7. Сесаренко, Н.А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Сесаренко. - М., 1995. -40 с.
8. Шварц, Н.Е. Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии/ Н.Е. Шварц, Л.В. Силина, В.А. Лазаренко // Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». - 2008. - № 1. - С. 91-96.
9. Chiapelli, E. Cellular immune correlaties of clinical severity in oral lichen planus: preliminary association with mood state / E. Chiapelli, M.A. Kung, P. Nguyen // Oral. Dis. - 1997. - Vol. 3. - P. 71-76.
10. Eisen, D. The elevation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal and ocular involvement in patients with oral lichen planus / D. Eisen // Oral. Surg.-1999. - Vol. 88, N 4. - P. 431-436.
11. Elluj, J.P. Lichen planus associated with chenodeoxycholic acid and ursodeoxychrolic acid for gallstone dissolution / J.P. Elluj // Dig. Sci. -2002. - Vol. 37, N 4. - P. 628-630.
12. Panconesi, E. Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiologic pattern of psychosomatic / E. Panconesi, G. Hautmenn // Dermatol. Clin. - 1996. - Vol. 14, N 3. - P. 339-421.



THE ANALYSIS OF THE INTEGRATIVE TRANSFORMATION OF THE INDEXES CHARACTERIZING THE LIFE QUALITY OF THE PATIENTS WITH LICHEN RUBER PLANUS AND CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF TRADITIONAL THERAPY

As a result of studying 65 patients with localization of lichen ruber planus on the skin of the trunk and extremities we have revealed certain changes in the psychoemotional state of patients susceptible to transformation coincide with and dependent on the local state changes resulting from the undertaken treatment. In addition, a significant reduction of value in the Dermatology Life Quality Index and the Visual Analogue Scale Index was found in patients with lichen ruber planus. Improvement of the local state of the derma, reduction in the number of efflorescence's and their regression leads to the normalization of patients sleep and mood, gives them a sense of confidence in themselves and in their position in society, provides them with the perspectives of prolongation of the duration the interrecurrent period and minimizes skin rash in the acute stage of the lichen ruber planus.

Key words: lichen planus, quality of life, dermatological indexes, standard therapy.

L.I. ANISIMOVA
V.V. KHARCHENKO
T.P. ISAENKO
A.A. NOVIKOVA

*Kursk State
Medical University*

*e-mail:
AnisimovaLI@kursksmu.net*