

Результаты изучения патоморфоза красного плоского лишая на основе определения его современных гистологических признаков

Барбинов В.В.¹, Чирский В.С.¹, Тарасенко Г.Н.², Барбинов Д.В.³

¹ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны России; ² ФГБУ 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России; ³ООО "Клиника доктора Войта"

Изучены гистологические препараты 102 больных с диагнозом красного плоского лишая (КПЛ), которые были статистически проанализированы экспертной системой "Гистодерм" по отношению к окончательно установленному клиническому диагнозу внутри данной выборки, после предварительного анализа с помощью этой же экспертной системы более 600 гистологических симптомов по отношению к 224 другим дерматозам, имеющимся в данной системе, с целью выявления статистически значимых гистологических моделей КПЛ. После сравнения результатов двух исследований установлено, что среди симптомов, определяющих различные дерматозы, статистически значимыми по отношению к диагнозу красного плоского лишая оказались 49, соответствующих 6 его гистологическим моделям. В препаратах кожи наших больных КПЛ статистически значимыми внутри выборки были лишь 22 симптома, характеризующих только 2 из возможных гистологических моделей. Результаты свидетельствуют о патоморфозе КПЛ и косвенно подтверждают иммуноаллергическую гипотезу его патогенеза.

Ключевые слова: красный плоский лишай; гистологические модели воспалительных дерматозов; экспертные системы; "Гистодерм".

STUDIES OF LICHEN PLANUS PATHOMORPHOSIS BY EVALUATING ITS MODERN HISTOLOGICAL SIGNS

Barbinov V.V.¹, Chirsky V.S.¹, Tarasenko G.N.², Barbinov D.V.³

¹S.M. Kirov Military Medical Academy, 194044, St. Petersburg, Russia; ²A.A. Vishnevsky Central Military Clinical Hospital, 143421, Krasnogorsk, Moscow Region, Russia; ³Dr. Voit Clinic, 191028, St. Petersburg, Russia

Statistically significant histological models of lichen planus (LP) were detected by comparing histological preparations from 102 patients with the final diagnosis of LP, analyzed using a Histoderm expert system, with the final clinical diagnosis in this sample, after preliminary analysis (by the same expert system) of more than 600 histological symptoms vs. 224 other dermatoses presented in this system. Comparison of the results of two studies showed that of the symptoms determining various dermatoses, 49 were statistically significant for the diagnosis of LP, corresponding to its 6 histological models. Only 22 symptoms, characterizing only 2 of the probable histological models, were significant in skin biopsy specimens from our sample of patients with LP. The results indicated the LP pathomorphosis and indirectly confirmed the immunological hypothesis of its pathogenesis.

Key words: lichen planus; histological models of inflammatory dermatoses; expert systems; Histoderm.

Красный плоский лишай (КПЛ, *син.*: lichen planus) – достаточно распространенное дерматологическое заболевание с неясным этиопатогенезом, впервые описанное Ф.Геброй в 1859 г. [1], характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями в виде полиморфных высыпаний – от классических зудящих эпидермо-дермальных плоских папул (узелков) (**рис. 1, а, б**) до бородавчатых бляшек, субэпидермальных пузырей и даже атрофических форм поражения кожи [1–3].

Сведения об авторах:

Барбинов Вячеслав Витальевич, доктор медицинских наук, профессор (vvb07@rambler.ru); Чирский Вадим Семенович, доктор медицинских наук, профессор (v_chirsky@mail.ru); Тарасенко Григорий Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент (drtarasenko@yandex.ru); Барбинов Денис Вячеславович, врач-дерматовенеролог (denisbarbinoff@yandex.ru).

Выдвинут ряд гипотез о происхождении КПЛ. Выделяют инфекционную, нейрогенную, эндокринную, интоксикационную, генетическую, иммуноаллергическую теории этиологии и патогенеза КПЛ [1–3], среди которых последняя сегодня наиболее популярна [3].

Согласно гистологическим классификациям [4–7], КПЛ может демонстрировать гистологические симптомы, соответствующих 6 разным гистологическим моделям воспалительных дерматозов, а именно относиться к: 1) поверхностному, или; 2) поверхностному и глубокому периваскулярным дерматитам с поражением дермо-эпидермального сочленения по лихеноидному типу (**рис. 2–6**);

Corresponding author:

Tarasenko Grigoriy, MD, PhD, docent (drtarasenko@yandex.ru).

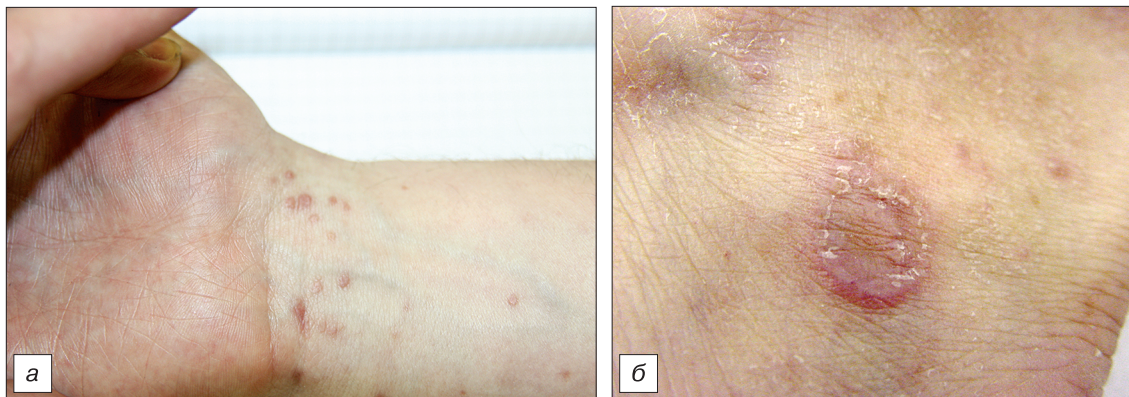


Рис. 1. Красный плоский лишай. Классические высыпания (а, б), клинически соответствующие 1-й и 2-й гистологическим моделям данного дерматоза.

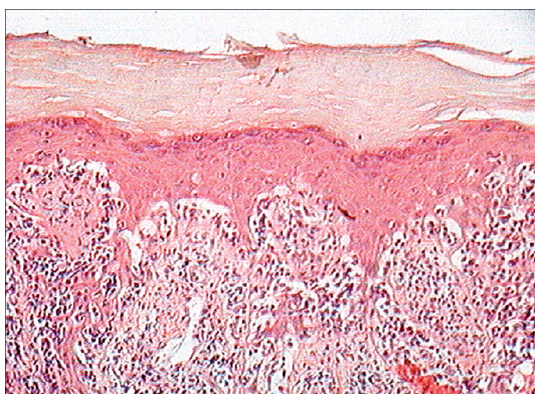


Рис. 2. Современная гистологическая модель красного плоского лишая, демонстрирующая наиболее характерный симптом – эпидермальные отростки, имеющие форму в виде зубьев пилы, также имеются гиперкератоз в виде компактного диффузного ортокератоза, атрофия базальных клеток эпидермиса, субэпидермальные щели (пространства Макса—Джозефа), диффузный клеточный лимфоцитарногистиоцитарный инфильтрат, разрушающий базальный слой и плотно прилегающий к эпидермису, расширенные сосуды верхней части дермы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

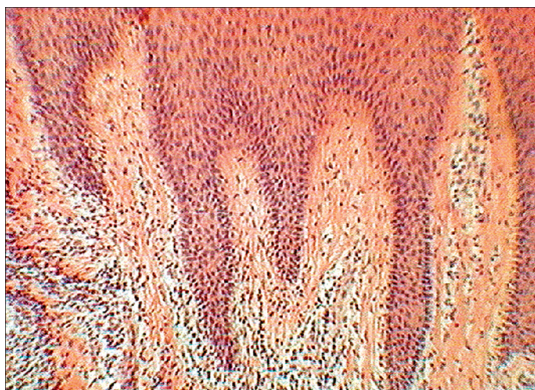


Рис. 3. Красный плоский лишай. Демонстративный симптом – гиперплазия эпидермиса неравномерного типа (эпидермальные отростки удлинены на разное расстояние). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

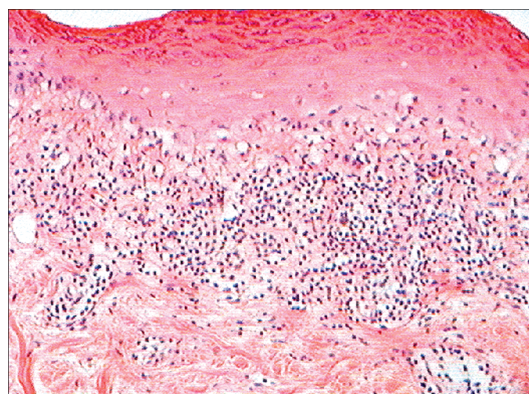


Рис. 4. Красный плоский лишай. Наиболее демонстративный симптом – очаговый гипергранулез с гипертрофированными зернистыми клетками эпидермиса. Также видны вакуолярная дистрофия базальных клеток эпидермиса, субэпидермальные щели (пространства Макса—Джозефа), диффузный клеточный лимфоцитарногистиоцитарный инфильтрат, плотно прилегающий к эпидермису, расширенные малые сосуды в верхней части дермы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

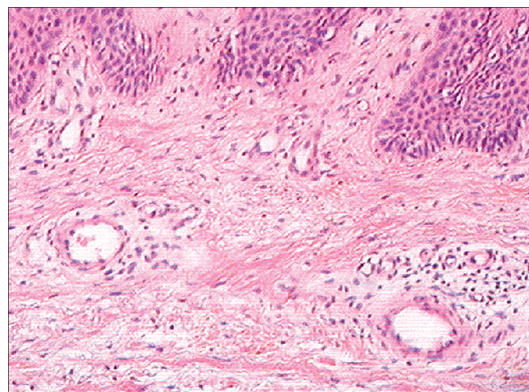


Рис. 5. Красный плоский лишай. Начальная стадия заболевания (1 месяц с момента начала заболевания). Еще нет ни плотного, ни умеренной плотности диффузного лимфоцитарногистиоцитарного инфильтрата, прилежащего к эпидермису, но уже есть расширенные сосуды и отек верхней части дермы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

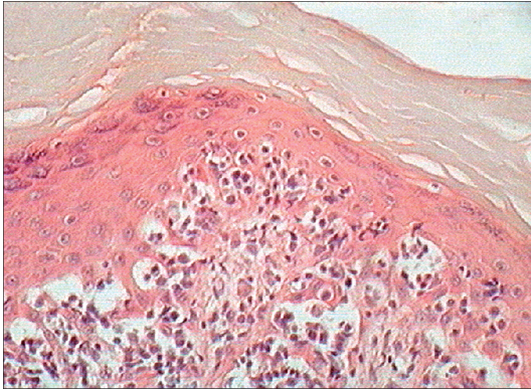


Рис. 6. Красный плоский лишай. Гиперкератоз в виде компактного диффузного ортокератоза, очаговый гипергранулез с гипертрофированными зернистыми кератиноцитами, вакуольная дистрофия базальных клеток эпидермиса, субэпидермальные щели (пространства Макса–Джозефа), диффузный клеточный лимфоцитарногистиоцитарный инфильтрат, плотно прилегающий к эпидермису. Ув. 200.

3) субэпидермальному везикулярному дерматиту по лихеноидному поражению дермо-эпидермального сочленения; 4) перифолликулиту, его подмодели – "с преимущественно лимфоцитарным инфильтратом (lichen pilaris, lichen spinulosus)"; 5) фолликулиту (lichen planopilaris); 6) фиброзирующему дерматиту (в стадии разрешения заболевания).

Цель нашего исследования – установление современного патоморфоза данного заболевания на основе использования исследовательских возможностей диагностической экспертной системы (ЭС) "Гистодерм" [8–10]. Выявив наиболее часто встречаемую, статистически значимую модель данного дерматоза, позволяющую, с одной стороны, определить патоморфоз этого заболевания, с другой стороны, патоморфологически наиболее точно устанавливать диагноз КПЛ, учитывая, что в гистологических препаратах при данном заболевании не встречается ни одного высокоспецифичного симптома, однозначно позволяющего его идентифицировать.

Материалы и методы

У 102 больных с установленным диагнозом КПЛ, проходивших лечение в клинике кожных и венерических болезней ВМедА им. С.М. Кирова в период с 1995 по 2012 гг., были изучены гистологические препараты кожи, которые мы проанализировали с помощью гистологической ЭС "Гистодерм" [8–10], где, согласно представленной в ней характеристики КПЛ, описанной в фундаментальных руководствах по дерматогистопатологии [4–7], максимально возможное число патоморфологических проявлений, характеризующих КПЛ, может содержать 54 гистологических симптома (табл. 1). Эти описанные симптомы (предварительно, до анализа препаратов наших больных) мы проанализировали с помощью статистического анализа ЭС по отношению к 224 гистологическим описаниям хронических дерматозов, представленных в тех же руководствах, включая и КПЛ, с целью выявления среди описанных 54 только статистически значимые гистологические симптомы КПЛ ($p < 0,05–0,001$), позволяющие дифференцировать его с другими дерматологическими заболеваниями. Далее мы проанализировали

гистологические симптомы, выявленные в препаратах обследованных уже нами больных с диагнозом КПЛ, перенесших заболевание в современный период, определили их статистическую значимость внутри этой выборки, и сравнили результаты двух исследований.

Результаты

На основе статистического исследования проведенного ЭС по отношению к 224 заболеваниям, включая КПЛ, статистически значимыми гистологическими симптомами КПЛ, по нашим данным ($p < 0,05–0,001$), являются только 48 из 54 представленных в табл. 1 (№1–26, 28–35, 37, 39–50, 53). Статистически незначимыми оказались 6 симптомов (№27, 36, 38, 51, 52, 54), а именно: увеличенное количество меланина в эпидермисе; фиброз коллагена сосочковой дермы; экстравазаты эритроцитов в сосочковой дерме; меланофаги в клеточном инфильтрате; разрушенный волосяной фолликул; субфолликулярные щели.

В результате проведенного гистологического анализа препаратов кожи у наших 102 больных КПЛ, были обнаружены все 54 гистологических симптома, описанные в классических руководствах. Однако внутри этой выборки из 48 симптомов, подтверждающих данный диагноз, статистически значимыми оказались только 22, среди которых были следующие (табл. 2, №1–6, 8–9, 11–14, 20–21, 30–31, 39–41, 43, 47, 49): 1–5) гиперкератоз рогового слоя эпидермиса в виде компактного ортокератоза, расположенного диффузно; 6, 8) очаговый гипергранулез зернистого слоя эпидермиса; 9) гипертрофированные зернистые клетки; 11–14) утолщение шиповатого слоя эпидермиса за счет гиперплазии неравномерного типа с эпидермальными отростками, имеющими форму зубьев пилы; 20) вакуольная дистрофия на дермо-эпидермальном сочленении, сформировавшая субэпидермальные щели (пространства Макса–Джозефа); 21) разрушение базального слоя эпидермиса дермальным клеточным инфильтратом; 30) расширенные малые сосуды в верхней части дермы; 31) утолщение сосочковой дермы; 39–41, 43, 47, 49) диффузный, полосовидный, умеренной плотности, клеточный инфильтрат, плотно прилегающий к эпидермису, состоящий из типичных лимфоцитов и гистиоцитов.

Обсуждение

Полученные нами результаты свидетельствуют, что, несмотря на естественный патоморфоз данного заболевания, большая часть основных гистологических симптомов, подтверждающая данный дерматоз остается неизменной. Тем не менее мы выявили ряд классических симптомов КПЛ, описанных в руководствах по патоморфологии кожи [4–7], которые хотя и наблюдались в отдельных случаях, но тем не менее, по нашим данным, среди больных последних двух десятилетий встречались редко и поэтому оказались статистически незначимыми. Эти редко встречающиеся симптомы (см. табл. 2, №7, 10, 15–19, 22–29, 32) были следующими: диффузное расположение гипергранулеза в эпидермисе; атрофированные зернистые клетки эпидермиса; гипертрофированные шиповатые клетки; истончение шиповатого слоя со сглаженностью эпидермальных отростков за счет атрофированных

Статистическая значимость 54 гистопатологических симптомов КПЛ, описанных в руководствах по патоморфологии болезней кожи с вероятностью по отношению к 224 дерматозам, включая КПЛ (по данным экспертной системы "Гистодерм")

№ п/п	Наименование гистологического симптома
1	Гиперкератоз рогового слоя эпидермиса*
2	Диффузное расположение гиперкератоза*
3	Ортокератоз рогового слоя эпидермиса*
4	Диффузное расположение ортокератоза*
5	Компактный тип ортокератоза*
6	Гипергранулез зернистого слоя эпидермиса*
7	Диффузное расположение гипергранулеза в эпидермисе**
8	Очаговое расположение гипергранулеза в эпидермисе*
9	Гипертрофированные зернистые клетки эпидермиса*
10	Атрофированные зернистые клетки эпидермиса*
11	Утолщение шиповатого слоя эпидермиса*
12	Гиперплазия шиповатого слоя эпидермиса*
13	Неравномерный тип гиперплазии шиповатого слоя***
14	Эпидермальные отростки, имеющие форму зубцов пилы***
15	Гипертрофированные шиповатые клетки*
16	Истончение шиповатого слоя эпидермиса*
17	Атрофия шиповатого слоя эпидермиса**
18	Сглаженность эпидермальных отростков*
19	Атрофированные шиповатые клетки эпидермиса*
20	Вакуольная дистрофия базальных клеток эпидермиса, формирующая субэпидермальные щели (пространства Макса-Джозефа)**
21	Разрушение базального слоя эпидермиса дермальным клеточным инфильтратом***
22	Роговая пробка*
23	Фолликулярное расположение роговой пробки*
24	Бочковидная форма роговой пробки*
25	Эозинофильные тельца Сиватта в эпидермисе**
26	Эозинофильные тельца Сиватта на дермо-эпидермальном сочленении*
27	Увеличенное количество меланина в эпидермисе
28	Экзоцитоз клеток лимфоидной группы в эпидермисе*
29	Субэпидермальный пузырь**
30	Расширение малых сосудов дермы*
31	Утолщение сосочковой дермы**
32	Папилломатоз**
33	Вертикально расположенные пучки коллагена в сосочковой дерме**
34	Вертикально расположенные пучки коллагена в сетчатой дерме**
35	Кольцевидное расположение пучков коллагеновых волокон**
36	Фиброз коллагена сосочковой дермы
37	Эозинофильные тельца Сиватта в дерме*
38	Экстравазаты эритроцитов в сосочковой дерме
39	Диффузная модель клеточного инфильтрата в дерме*
40	Полосовидное расположение клеточного инфильтрата в верхней части дермы*
41	Плотное прилегание к эпидермису диффузного клеточного инфильтрата**
42	Плотное расположение клеток диффузного клеточного инфильтрата**
43	Умеренная плотность расположения клеток диффузного инфильтрата*
44	Очаговая модель клеточного инфильтрата*
45	Расположение очаговых скоплений клеток инфильтрата вокруг сосудов поверхностной сети*
46	Расположение очаговых скоплений клеток инфильтрата вокруг волосяного фолликула*
47	Типичные лимфоциты в клеточном инфильтрате дермы*
48	Типичные плазмциты в клеточном инфильтрате дермы*
49	Типичные гистициты в клеточном инфильтрате дермы*
50	Типичные фибробласты в клеточном инфильтрате*
51	Меланофаги в клеточном инфильтрате
52	Разрушенный волосяной фолликул
53	Вакуольная дистрофия базальных клеток фолликулярного эпителия*
54	Субфолликулярные щели

Примечание. Здесь и в табл. 2: статистически значимые различия: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таблица 2

Статистическая значимость 54 гистопатологических симптомов КПЛ, описанных в руководствах по патоморфологии болезней кожи внутри выборки 102 обследованных больных КПЛ (по данным экспертной системы "Гистодерм")

№ п/п	Наименование гистологического симптома	Количество случаев выявленных гистологических симптомов в препаратах 102 больных КПЛ
1	Гиперкератоз рогового слоя эпидермиса***	90
2	Диффузное расположение гиперкератоза*	59
3	Ортокератоз рогового слоя эпидермиса***	87
4	Диффузное расположение ортокератоза*	58
5	Компактный тип ортокератоза*	60
6	Гипергранулез зернистого слоя эпидермиса***	97
7	Диффузное расположение гипергранулеза в эпидермисе	36
8	Очаговое расположение гипергранулеза в эпидермисе**	61
9	Гипертрофированные зернистые клетки эпидермиса***	70
10	Атрофированные зернистые клетки эпидермиса	17
11	Утолщение шиповатого слоя эпидермиса***	67
12	Гиперплазия шиповатого слоя эпидермиса**	61
13	Неравномерный тип гиперплазии шиповатого слоя**	61
14	Эпидермальные отростки, имеющие форму зубцов пилы*	58
15	Гипертрофированные шиповатые клетки	19
16	Истончение шиповатого слоя эпидермиса	29
17	Атрофия шиповатого слоя эпидермиса	25
18	Сглаженность эпидермальных отростков	25
19	Атрофированные шиповатые клетки эпидермиса	26
20	Вакуольная дистрофия базальных клеток эпидермиса, формирующая субэпидермальные щели (пространства Макса-Джозефа)**	67
21	Разрушение базального слоя эпидермиса дермальным клеточным инфильтратом***	85
22	Роговая пробка	16
23	Фолликулярное расположение роговой пробки	4
24	Бочковидная форма роговой пробки	12
25	Эозинофильные тельца Сиватта в эпидермисе	14
26	Эозинофильные тельца Сиватта на дермо-эпидермальном сочленении	2
27	Увеличенное количество меланина в эпидермисе	1
28	Экзоцитоз клеток лимфоидной группы в эпидермисе	8
29	Субэпидермальный пузырь	5
30	Расширение малых сосудов дермы***	67
31	Утолщение сосочковой дермы**	60
32	Папилломатоз	32
33	Вертикально расположенные пучки коллагена в сосочковой дерме	3
34	Вертикально расположенные пучки коллагена в сетчатой дерме	20
35	Кольцевидное расположение пучков коллагеновых волокон	8
36	Фиброз коллагена сосочковой дермы	8
37	Эозинофильные тельца Сиватта в дерме	11
38	Экстравазаты эритроцитов в сосочковой дерме	9
39	Диффузная модель клеточного инфильтрата в дерме***	90
40	Полосовидное расположение клеточного инфильтрата в верхней части дермы***	78
41	Плотное прилегание к эпидермису диффузного клеточного инфильтрата***	74
42	Плотное расположение клеток диффузного клеточного инфильтрата	6
43	Умеренная плотность расположения клеток диффузного инфильтрата***	95
44	Очаговая модель клеточного инфильтрата	16
45	Расположение очаговых скоплений клеток инфильтрата вокруг сосудов поверхностной сети	13
46	Расположение очаговых скоплений клеток инфильтрата вокруг волосяного фолликула	3
47	Типичные лимфоциты в клеточном инфильтрате дермы***	102
48	Типичные плазмциты в клеточном инфильтрате дермы	16
49	Типичные гистиоциты в клеточном инфильтрате дермы***	96
50	Типичные фибробласты в клеточном инфильтрате	9
51	Меланофаги в клеточном инфильтрате	4
52	Разрушенный волосяной фолликул	3
53	Вакуольная дистрофия базальных клеток фолликулярного эпителия	8
54	Субфолликулярные щели	2

шиповатых клеток; эозинофильные тельца Сиватта (дискератотичные клетки) в эпидермисе, на дермо-эпидермальной мембране и в сосочковой дерме; фолликулярные роговые бочковидные пробки; экзоцитоз клеток лимфоидной группы в эпидермисе; субэпидермальный пузырь; папилломатоз сосочковой дермы; вертикальное расположение пучков коллагеновых волокон в сосочковой и сетчатой дерме; кольцевидное расположение пучков коллагеновых волокон; очаговая модель клеточного инфильтрата с расположением очаговых скоплений клеток вокруг сосудов поверхностной сети и вокруг волосяных фолликулов; типичные плазмциты и типичные фибробласты в клеточном инфильтрате дермы; вакуольная дистрофия базальных клеток фолликулярного эпителия.

Кроме того, мы установили, что описанный известными авторами [6–8] клеточный лимфоцитарно-гистиоцитарный инфильтрат, который, по их мнению, в большинстве случаев, должен быть плотным, по нашим данным был лишь умеренной плотности ($p < 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют, что патоморфоз КПЛ характеризуется уменьшением частоты встречаемости тяжелых форм заболевания (буллезной, гипертрофической), а также формами, демонстрирующими поражение волосяных фолликулов (lichen pilaris, lichen spinulosus, lichen planopilaris) и формами, клинически проявляющимися выраженным зудом.

Установленные современные гистологические признаки КПЛ косвенно подтверждают гипотезу о его иммуноаллергическом патогенезе [3], согласно которой в данном патологическом процессе ключевую роль играют сенсibilизированные лимфоциты, атакующие базальную мембрану эпидермиса, вызывая ее разрушение, а также гиперплазию шиповатого слоя эпидермиса и гипергранулез.

Выводы:

• Современные, статистически значимые гистологические признаки КПЛ, вследствие патоморфоза данного дерматоза, содержит 22 гистологических симптома из 48 достоверных, описанных в руководствах по дерматогистопатологии. Эти симптомы относятся только к 2 из 6 общеизвестных гистологических моделей [4], т.е. к: поверхностному (1); поверхностному и глубокому (2) периваскулярным дерматитам с их подмоделями – "с поражением дермо-эпидермального сочленения по лихеноидному типу" [6–12], клинически проявляющиеся в основном папулезными и бляшечными высыпаниями (рис. 1, а, б), представляя собой следующий гистологический "образ": гиперкератоз рогового слоя эпидермиса в виде компактного ортокератоза, расположенного диффузно (рис. 2, б); очаговый гипергранулез зернистого слоя эпидермиса с гипертрофированными зернистыми клетками эпидермиса (рис. 6); утолщение шиповатого слоя эпидермиса за счет гиперплазии неравномерного типа с эпидермальными отростками, имеющими форму зубьев пилы (рис. 2, 3); вакуольная дистрофия базальных клеток, формирующая субэпидермальные щели (пространства Макса–Джозефа) (рис. 2, 4, 6); разрушение базального слоя эпидермиса дермальным клеточным инфильтратом (рис. 2, 4, 6); утолщение сосочковой дермы (рис. 3) с ее расширен-

ными сосудами (рис. 5); диффузный, полосовидный, умеренной плотности, клеточный инфильтрат, плотно прилегающий к эпидермису, состоящий из типичных лимфоцитов и гистиоцитов (рис. 2, 4).

• Описанные в различных руководствах [4–7], характерные для КПЛ гистологические симптомы, демонстрирующие значительно выраженные деструктивные изменения на дермо-эпидермальном сочленении, приводящие, в конечном итоге, к образованию больших субэпидермальных пузырей, а также, к формированию в эпидермисе выраженной гипертрофии и гиперплазии шиповатого слоя в настоящее время встречаются редко. Это свидетельствует, что патоморфоз КПЛ характеризуется уменьшением вероятности возникновения тяжелых клинических форм заболевания (буллезная и гипертрофическая формы КПЛ). Отсутствие в препаратах гистологических симптомов, характеризующих разрушение волосяных фолликулов, объясняет редкую встречаемость клинических фолликулярных форм дерматоза (lichen pilaris, lichen spinulosus, lichen planopilaris). Исчезновение гистологического признака, удостоверяющего наличие выраженного кожного зуда (вертикальное расположение коллагеновых волокон дермы) свидетельствует о снижении интенсивности проявления этого клинического симптома у современных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. *Красный плоский лишай*. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та; 1990.
2. Sugerman P.B., Savage N.W., Walsh L.J., Zhao Z.Z., Zhou X.J., Khan A., et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit. Rev. Oral. Biol. Med.* 2002; 13(4): 350–5.
3. Korn T., Bettelli E., Oukka M., Kuchroo V.K. IL-17 and Th17 cells. *Annu. Rev. Immunol.* 2009; 27: 485–517. doi: 10.1146/annurev.immunol.021908.132710.
4. Ackerman A.B. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: a method by pattern analysis*. Philadelphia: Lea Febiger; 1978.
5. Pinkus H., Mehregan A.H. *A guide to dermatohistopathology*. New York: Appleton-Century Crofts; 1981.
6. Lever W.F., Schaumburg-Lever J. *Histopathology of the skin*. 6th ed. Toronto: Lippincott; 1983.
7. Elder E.E., Elenitsas R., Johnson B.L., Murphy G.F., Xu X. *Lever's histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams Wilkins; 2009.
8. Rodionov A.N., Samtsov A.V., Barbinov V.V., Akhmedov I.G. *Expert system in dermatopathology*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 1995; 5(Suppl. 1): 139.
9. Барбинов В.В. *Экспертные системы в дерматогистопатологии (инженерия знаний в компьютерных технологиях преподавания и диагностики)*: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998.
10. Самцов А.В., Барбинов В.В., Решетник Д.А., Минулин И.К., Богданов Г.В., Кавокин М.К. Организация гистологической диагностики дерматозов с использованием видеоинформационных технологий. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 6: 11–9.

Поступила 13.01.14

REFERENCES

1. Dovzhanskiy S.I., Slesarenko N.A. *Lichen planus (Krasnyy ploskiy lishay)*. Saratov: Publisher Saratov University; 1990. (in Russian)
2. Sugerman P.B., Savage N.W., Walsh L.J., Zhao Z.Z., Zhou X.J., Khan A., et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit. Rev. Oral. Biol. Med.* 2002; 13(4): 350–5.

3. Korn T., Bettelli E., Oukka M., Kuchroo V.K. IL-17 and Th17 cells. *Annu. Rev. Immunol.* 2009; 27: 485–517. doi: 10.1146/annurev.immunol.021908.132710.
4. Ackerman A.B. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: a method by pattern analysis*. Philadelphia: Lea Febiger; 1978.
5. Pinkus H., Mehregan A.H. *A guide to dermatohistopathology*. New York: Appleton-Century Crofts; 1981.
6. Lever W.F., Schaumburg-Lever J. *Histopathology of the skin*. 6th ed. Toronto: Lippincott; 1983.
7. Elder E.E., Elenitsas R., Johnson B.L., Murphy G.F., Xu X. *Lever's histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams Wilkins; 2009.
8. Rodionov A.N., Samtsov A.V., Barbinov V.V., Akhmedov I.G. *Expert system in dermatopathology*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 1995; 5(Suppl. 1): 139.
9. Barbinov V. *Expert systems in dermatohistopathology: knowledge engineering in computer technology teaching and diagnostics (Ekspertnye sistemy v dermatogistopatologii: inzheneriya znaniy v komp'yuternykh tekhnologiyakh prepodavaniya i diagnostiki)*. Dis. St. Petersburg; 1998. (in Russian)
10. Samtsov A.V., Barbinov V.V., Reshetnik D.A., Minulin I.K., Bogdanov G.V., Kavokin M.K. Organization histological diagnosis of dermatoses using video information technology. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 6: 11–9. (in Russian)

Received 13.01.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-002-056.43-06:616.89]-07

Уровень тревожности и дерматологический индекс качества жизни больных atopическим дерматитом

Орлов Е.В., Мостовая Л.И., Коннов П.Е., Арсеньева А.А.

Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Нарушение психоэмоциональной сферы, сопровождающее большинство заболеваний кожи, в том числе и atopический дерматит, обуславливает тяжелое течение болезни и резистентность к проводимой терапии. Проведено психодиагностическое исследование у 80 больных atopическим дерматитом. Обследование включало клинический осмотр больных с определением дерматологических и психологических индексов и тестирование, позволяющее определить качество жизни и выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных atopическим дерматитом. Выявлены особенности психоэмоциональной сферы у больных atopическим дерматитом.

Ключевые слова: atopический дерматит; оценка уровня тревожности; дерматологический индекс качества жизни.

ANXIETY LEVEL AND DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Orlov E.V., Mostovaya L.I., Konnov P.E., Arsenyeva A.A.

Samara State Medical University, 443099, Samara, Russia

Disorders in the psychoemotional sphere, associated with the majority of cutaneous disease, including atop-ic dermatitis, are responsible, among other things, for severe course of the disease and its drug resistance. Psychodiagnostic studies were carried out in 80 patients with atop-ic dermatitis. The examinations included clinical examination with evaluation of dermatological and psychological indexes and tests for evaluating the quality of life and severity of depressive and anxiety disorders in the patients. Specific features of the psychoemotional sphere of patients with atop-ic dermatitis were detected.

Key words: atop-ic dermatitis; evaluation of anxiety level; quality of life dermatological index.

Известно, что стресс способен провоцировать обострение хронических психосоматических заболеваний. Не вызывает сомнений влияние психологических факторов на развитие и течение заболеваний кожи.

Сведения об авторах:

Орлов Евгений Владимирович – доктор мед. наук, профессор (kafkvsamgmu@mail.ru); Мостовая Людмила Ивановна – кандидат мед. наук; Коннов Павел Евгеньевич – кандидат мед. наук, доцент (konnoff@yandex.ru); Арсеньева Антонина Александровна – аспирант (a.arsenyeva2014@yandex.ru).

По образному выражению J. Klaunder [1], "душа влияет на кожу сильнее, чем на любой другой орган... Кожа – орган, который по своей значимости для выражения эмоций сравним только с глазами".

Так, в рамках психоаналитического направления кожа рассматривается не только как один из основных каналов невербального общения [2], но и как орган выражения определенных потребностей, в частности потребности в редукации напряжения [3].

Corresponding author:

Orlov Evgeniy, MD, PhD, D.Sc, prof. (kafkvsamgmu@mail.ru).