

Современные тенденции в изучении коморбидности красного плоского лишая

А. Н. Беловол, С. Г. Ткаченко, Е. Г. Татузян

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме

Изучение коморбидности кожных заболеваний является приоритетным направлением научных разработок дерматологии 21 века. Коморбидные нарушения усугубляют течение основной болезни, приводя к хронизации, инвалидизации, снижая эффективность диагностики и лечения, что ведет к повышению затрат системы здравоохранения и преждевременной смерти трудоспособного населения. Понимание общности патогенеза, взаимоосложняющего и взаимообуславливающего характера клинических коморбидностей дают возможность проведения индивидуальной терапии, направленной на параллельное и последовательное лечение дерматоза в ассоциации с сопутствующей патологией.

Целью работы было изучение данных научно-медицинской литературы последних пяти лет по изучению коморбидности красного плоского лишая для определения основных мировых тенденций в данном вопросе. Красный плоский лишай является хроническим иммунозависимым воспалительным заболеванием с аутоиммунным компонентом при некоторых клинических вариантах. Коморбидные состояния при lichen planus могут быть результатом его трансформации, в том числе злокачественной, ятрогенного медикаментозного воздействия, объясняться общими патогенетическими механизмами развития ассоциированных патологий.

Выводы. Результаты последних исследований не только подтвердили известную ранее коморбидность красного плоского лишая с компонентами метаболического синдрома, в частности сахарным диабетом и дислипидемией, но и выявили их негативное влияние на эффективность лечения дерматоза. Ряд работ обнаружили ассоциацию орального lichen planus с заболеваниями щитовидной железы, в большей степени сопровождающихся гипотиреозом. Сочетание красного плоского лишая с психосоматическими расстройствами было обнаружено как для кожной, так и для оральной форм дерматоза. Исследования, проведенные в условиях индийской популяции, поставили под сомнение постулатную коморбидность дерматоза с вирусными гепатитами В и С. Результаты данных исследований могут лечь в основу изменений стандартных протоколов ведения больных красным плоским лишаем как на локальном, так и на международном уровне.

Ключевые слова: красный плоский лишай, коморбидность.

Изучение коморбидности кожных заболеваний является приоритетным направлением научных разработок дерматологии 21 века. Понимание общности патогенетических аспектов, клиническая настороженность и своевременная диагностика позволяют проводить индивидуальную терапию, направленную на параллельное и последовательное лечение дерматоза в сочетании с сопутствующей патологией.

Как известно, именно коморбидные нарушения усугубляют течение основной болезни, приводя к хронизации процесса, инвалидизации пациента, снижая эффективность диагностики и лечения, что ведет к повышению затрат системы здравоохранения и преждевременной смерти трудоспособного населения [1]. Современный дерматолог работает в тесном содружестве с интернистом, эндокринологом,

онкологом, ревматологом, кардиологом, что является залогом сохранения качества жизни больных, страдающих сочетанной патологией. Если в конце 20 – начале 21 века интерес ученых, изучающих ассоциации дерматозов, был прикован к псориазу и атопическому дерматиту, то сегодня исследования переместились в плоскость более редких дерматозов. В частности, опубликован ряд работ по изучению коморбидности красного плоского лишая (КПЛ), которые демонстрируют новый взгляд на данную проблему.

Целью работы было изучение данных научно-медицинской литературы последних пяти лет по изучению коморбидности КПЛ для определения основных мировых тенденций в данном вопросе.

КПЛ является хроническим воспалительным заболеванием невыясненной этиологии. Это

иммунозависимый дерматоз со специфическим типом клеточно-опосредованной реактивности кожи, с выраженным аутоиммунным механизмом при пемфигоидном клиническом варианте дерматоза [4]. Коморбидные состояния при КПЛ могут быть результатом его трансформации, в том числе злокачественной, ятрогенного медикаментозного воздействия, объясняться общими патогенетическими механизмами развития ассоциированных патологий.

Предшествующие аналитические обзоры отмечают высокую сочетаемость дерматоза с различными соматическими заболеваниями пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы гемостаза, эндокринными нарушениями. Описанные специфические поражения эпителия матки, мочевого пузыря, пищеварительного тракта свидетельствуют о возможной системности патологического процесса при КПЛ. Есть мнение, что КПЛ может сочетаться с группой дерматозов, имеющих ряд общих патогенетических аспектов, в частности нарушение ороговения, иммунного ответа, метаболизма, функции эндотелия. К таким дерматозам относят псориаз, кератозы, кератоакантому, витилиго, дискоидную красную волчанку, ограниченную склеродермию, склероатрофический лишай, вульгарную пузырчатку и буллезный пемфигоид [4, 5, 13, 16].

Наиболее известной ассоциацией КПЛ является вирусный гепатит С, а его коморбидность с оральной формой КПЛ считается постулатом. Серопозитивность в отношении вируса гепатита С (HCV) регистрируется у 16% больных КПЛ и встречается в 6 раз чаще при оральной форме дерматоза по сравнению с контролем [9]. Однако сегодня это утверждение подвергается сомнению.

В 2017 г. индийские ученые опубликовали результаты обследования 84 пациентов с гистопатологически подтвержденным диагнозом «Плоский лишай». Все пациенты подвергались серологическому исследованию на наличие гепатитов В и С, во всех 84 случаях результаты исследований были негативными. Выявленная нулевая коморбидность позволила авторам высказать мнение, что рутинный скрининг больных с КПЛ на наличие вирусных гепатитов В и С является неоправданным, по меньшей мере в индийской популяции [17].

В более ранних одиночных исследованиях также отмечается коморбидность КПЛ с хроническим активным гепатитом, билиарным циррозом, дислипидемией. Некоторые ассоциации в последующем подтвердились более широкомасштабными исследованиями. Так, метаанализ 7 обсервационных исследований общей численностью субъектов 5 242 выявил ассоциацию КПЛ с дислипидемией, которая встречалась в 1,74 раза чаще, чем в контроле. При этом нарушения липидного обмена проявлялись повышением уровня триглицеридов, липопротеинов низкой плотности, общего холестерина и снижением уровня липопротеинов высокой плотности [11]. По мнению авторов, при установлении диагноза КПЛ пациентам необходим скрининг показателей

липидного обмена. Сопутствующая гиперлипидемия может также ухудшать прогноз для выздоровления у больных *lichen planus*. Так, в сингапурском эпидемиологическом исследовании пациенты, страдающие КПЛ, ассоциированным с гиперлипидемией и/или сахарным диабетом, демонстрировали достоверно более низкую степень улучшения после дерматологического лечения по сравнению с группой больных, не имеющих таких коморбидностей [16].

В маломасштабном исследовании (47 пациентов) ученых Уральского НИИ дерматологии иммунопатологии выявлена высокая степень коморбидности оральной формы КПЛ с патологией пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы (76,5%), нарушений нервной (70,5%), сердечно-сосудистой системы (61,8%). В меньшей степени дерматоз ассоциировался с патологией эндокринной системы (44,1%), хроническими вирусными заболеваниями (38,2%), болезнями мочеполовой системы (34,5%). При этом полисистемность коморбидной патологии наиболее часто регистрировалась у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ [3].

В последние годы появились новые данные об ассоциациях КПЛ. Не было обнаружено статистически значимой разницы в сочетании оральной формы КПЛ и аутоиммунными болезнями, поскольку выявленная ассоциация 7% не отличалась достоверно от аналогичной ассоциации в контрольной группе – 4% [12], что вызывает сомнение. В то же время кожная форма КПЛ в широкомасштабном региональном исследовании тайских ученых продемонстрировала такую ассоциацию. Исследование 12 427 пациентов, страдающих КПЛ, показало достоверную ассоциацию дерматоза с системной красной волчанкой (мультивариантное отношение шансов (МОШ) составило 2,87), синдромом Шегрена (МОШ = 3,75), дерматомиозитом (МОШ = 6,34), витилиго (МОШ = 2,01), гнездовой алопецией (МОШ = 2,82). По мнению авторов, выявленные ассоциации нуждаются в дальнейшем изучении и исследовании механизмов, лежащих в их основе, а также роли аутоиммунитета в этиологии КПЛ [7].

Исследование 215 пациентов с оральной формой КПЛ выявило высокий процент заболеваний щитовидной железы, особенно гипотиреоза, диагностированных в данной группе. Учитывая достоверность разницы выявленной ассоциации (15,3% по сравнению с 5,2% в контрольной группе), авторы предположили коморбидность этих состояний [14]. Результаты другого исследования, опубликованные в 2017 г., подтвердили возможную взаимосвязь между тяжестью оральной формы КПЛ, высотой титра сывороточных аутоантител к тиреопероксидазе (анти-ТПО-аутоантител) и патологии щитовидной железы. Авторы выявили достоверную положительную корреляцию между уровнем сывороточного интерлейкина-8 (IL-8) и анти-ТПО-аутоантител, а повышенный уровень анти-ТПО-аутоантител, в свою очередь, был достоверно выше у пациентов с эрозивной

формой оральной КПЛ. Это может служить индикатором не выявленной ранее патологии щитовидной железы у больных оральной формой КПЛ [6].

В одном из последних исследований 549 пациентов, страдающих патологией щитовидной железы, демонстрировали клинические проявления оральной КПЛ почти в 3 раза чаще, чем в контрольной группе. Авторы обращают внимание на необходимость информирования эндокринологов о возможной ассоциации между поражением слизистой оболочки полости рта КПЛ и тиреоидными расстройствами [8].

Однако эндокринные ассоциации КПЛ не ограничиваются патологией щитовидной железы. Убедительным выглядит недавнее исследование индийских дерматологов, в котором среди 100 пациентов с КПЛ 33 (33%) страдали сахарным диабетом, что подтвердилось высоким содержанием сахара в крови натощак. Авторы исследования указывают на необходимость скрининга теста крови на сахар у больных КПЛ для своевременной диагностики у них сахарного диабета и предотвращения возможных осложнений [15]. Коморбидность КПЛ с сахарным диабетом служила фактором, достоверно ухудшающим клиническую эффективность лечения дерматоза, замедляя выздоровление. Авторы высказали предположение, что воспалительный характер компонентов метаболического синдрома играет определенную роль в патогенезе КПЛ. В частности, гипергликемия ингибирует пролиферацию кератиноцитов и фибробластов, вызывает апоптоз эндотелиоцитов и снижает вазодилатацию путем блокирования синтеза оксида азота. Кроме того, конечные продукты гликации активируют NF-κB сигнальный путь, результатом чего является высвобождение провоспалительных цитокинов и внутриклеточный окислительный стресс [16].

Крайне интересным, на наш взгляд, является исследование, посвященное изучению психосоматических расстройств, ассоциированных с КПЛ. В проспективном клиническом исследовании приняли участие 93 пациента с преимущественно кожной формой КПЛ (58 женщин, 35 мужчин; средний возраст 47,6 года). Авторами выявлены психогенные манифестации кожного процесса у 28 (30,1%) больных; нозогенные реакции, квалифицирующиеся в рамках расстройства адаптации, – у 56 (60,2%), рекуррентные депрессии – у 9 (9,7%). При этом стресс в качестве триггера редко носил объективный и значимый характер, в большей степени экзацербацию дерматоза вызывали субъективно значимые факторы.

Депрессивные нозогении зависели в большей степени от распространенности и тяжести кожного процесса и сопровождалась тревожно-ипохондрической депрессивной реакцией со сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, явлениями соматопсихической гиперестезии, способствующей возникновению кожного зуда. Социофобические реакции и реакции с явлениями ипохондрии красоты преимущественно регистрировали в случаях

локализации высыпаний на открытых участках тела при умеренной и незначительной степени тяжести дерматоза. Рекуррентные депрессии сопровождали во всех случаях классическое течение КПЛ и проявлялись подавленностью, тоской, тревогой и мыслями о бесперспективности в контексте собственной неполноценности [2]. Учитывая достаточную продолжительность курса лечения КПЛ и зачастую эмпирические терапевтические подходы, понимание психосоматических ассоциаций КПЛ является, на наш взгляд, крайне важным моментом взаимодействия пациента и дерматолога и залогом успешного лечения.

В контексте психосоматической природы КПЛ индийские ученые проводили психометрическую оценку состояния больных оральной КПЛ по сравнению с группой контроля. Больные КПЛ демонстрировали достоверно более высокую частоту сопутствующих психических расстройств (депрессии, беспокойства, стресса) по сравнению с контрольной группой. Авторы высказали мнение, что психиатрическая оценка может быть введена в стандартные протоколы лечения оральной формы КПЛ [10].

Выводы

Таким образом, анализ данных научно-медицинской литературы последних лет показал, что проблема коморбидности КПЛ все еще остается в центре научных интересов дерматологов международного сообщества. Большинство исследований касаются изучения эндокринных, психосоматических и внутренних коморбидностей. Неожиданными оказались результаты индийского исследования, обнаружившего нулевую коморбидность КПЛ и вирусных гепатитов В и С. Поскольку ассоциация гепатита С и КПЛ ранее считалась постулатом и серологический скрининг HVC был рекомендован стандартными протоколами ведения *lichen planus*, современные региональные индийские рекомендации могут поставить под сомнение необходимость такого теста.

Появились убедительные данные об ассоциации оральной формы КПЛ и патологии щитовидной железы. Учитывая широкую распространенность тиреоидных нарушений в украинском регионе, возникает необходимость в информировании как эндокринологов, так и стоматологов о необходимости взаимодействия в случае выявления патологии с одной и другой стороны.

Подтвердились предшествующие гипотезы о коморбидности КПЛ с компонентами метаболического синдрома – сахарного диабета и дислипидемий, обнаружено их негативное влияние на эффективность лечения дерматоза, в связи с чем рекомендовано скрининговое обследование индикаторов липидного обмена при ведении больных КПЛ.

Большая доля психосоматических нарушений, выявленных у больных кожной и оральной формами *lichen planus*, может инициировать введение психиатрической оценки в стандартные протоколы лечения пациентов с КПЛ.

Список литературы

1. Абрагамович О.О., Фаюра О. П., Абрагамович У.О. Коморбидність: сучасний погляд на проблему, класифікація (повідомлення перше). Львівський клінічний вісник. 2015. № 4 (12). С.56-64.
2. Дороженко И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Красный плоский лишай и ассоциированные психосоматические расстройства. Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № (4). P. 27-32.
3. Жовтяк П.Б., Григорьев С.С., Летаева О.В. Структура коморбидной патологии у пациентов с различными формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20732> (дата обращения: 21.02.2018)
4. Коморбидность при красном плоском лишае / Н. А. Слесаренко, С. Р. Утц, Е. М. Артемина, Ю. М. Штода, Е. Н. Карпова. Клиническая дерматология и венерология. 2014. № 5.С. 4–10.
5. Юсупова Л.А., Ильясова Э.И. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии. Практическая медицина. 2013. № 1-4 (73). С.14-16.
6. Association between the clinical severity of oral lichen planus and anti-TPO level in thyroid patients / M. Alikhani, P. Ghalaiani, E. Askariyan, Z.A. Khunsaraki, A. Tavangar, A. Naderi. Braz. Oral Res. 2017. №31. P. 1-6.
7. Autoimmune comorbid diseases associated with lichen planus: a nationwide case-control study / P.I. Chung , C.Y. Hwang, Y.J. Chen, M.W. Lin, T.J. Chen , T.C. Hua, L.C. Wu, S.Y. Chu, C.C. Chen, D.D. Lee, Y.T. Chang, H.N. Liu. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015. №29(8). P.1570-1575. doi: 10.1111/jdv.12939.
8. Evidence of earlier thyroid dysfunction in newly diagnosed oral lichen planus patients: a hint for endocrinologists / P.G. Arduino, D. Karimi, F. Tirone, V. Sciannameo, F. Ricceri, M.Cabras, A. Gambino, D. Conrotto, S. Salzano, M. Carbone, R. Broccoletti. Endocrine Connections. 2017. №6. P. 726–730.
9. Hepatitis c virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis / N.A. Alazari, S.A. Al-Maweri, H.M. Al-Shamiri, B. Tarakji, B. Shugaa-Addin. Aust Dent J. 2016. N 61(3). P. 282-287.
10. Kalkur C., Sattur A.P., Guttal K.S. Role of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Oral Lichen Planus: A Pilot Study. Indian J Dermatol. 2015. № 60(5). P.445-449. doi: 10.4103/0019-5154.159625.
11. Lai Y.C., Yew Y.W., Schwartz R.A. Lichen planus and dyslipidemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Int J Dermatol. 2016. N 55(5). e295-304.
12. López-Jornet P., Parra-Perez F., Pons-Fuster A. Association of autoimmune diseases with oral lichen planus: a cross-sectional, clinical study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014. № 28(7). P. 895-899. doi: 10.1111/jdv.12202.
13. Overexpression and selectively regulatory roles of IL-23/IL-17 axis in the lesions of oral lichen planus / R. Lu, X. Zeng, Q. Han, M. Lin, L. Long, H. Dan, G. Zhou, Q. Chen. Mediators Inflamm. 2014. 2014:701094. Published online 2014 Jul 8. doi: 10.1155/2014/701094.
14. Thyroid Disease and Oral Lichen Planus as Comorbidity: A Prospective Case-Control Study / M.J. Garcia-Pola, S. Llorente-Pendás, J.M. Seoane-Romero, M.J. Berasaluce, J.M. Garcia-Martin. Dermatology. 2016. № 232(2). P.214-219. doi: 10.1159/000442438.
15. Varma K., Shukla P. Association of diabetes mellitus in patients with Lichen Planus. Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology. 2017. №3(1). P.14-16.
16. Yew Y.W., Lai Y. Ch., Chan R. Lichen Planus Epidemiology Study. Annals Academy of Medicine. 2016. Vol. 45 No. 11. P. 516-519.
17. Zero prevalence of hepatitis B and hepatitis C infections in clinicopathologically proven lichen planus cases: a cross sectional study at a tertiary care centre in South India / L. Sajini, G. Anjaneyan, S. Jagadeesan, V.V. Panicker, V. Sreedevan, Gopakumar, J. Thomas. International Journal of Research in Dermatology. 2017. N 3(3). P. 351-354.

References

1. Abrahimovich OO, Fayura OP, Abrahimovich UO. Komorbidnist: suchasniy pohliad na problemu; klasifikatsiia (povidomlennia pershe) (Comorbidity: a modern view at the problem; classification (message first). Lvivskii klinichnyi visnyk. 2015;4(12):56-64.
2. Dorozhenok IU, Snarskaya ES, Shenberg VG. Krasnyi ploskii lishai i assotsirovannii psichosomaticheskie rasstroistva (Lichen ruber planus and associated psychosomatic disorders). Vestnik dermatologii i venerologii. 2016;4:27-32.
3. Zhovtyak PB, Grygoryev SS, Letayeva OV. Struktura komorbidnoi patologii u pacientov s raslichnymi formami krasnoho ploskoho lishaia slisistoi obolochki rta (The structure of comorbid pathology in patients with various forms of lichen ruber planus of oral mucosa). Sovremenniye problemy nauki i obrazovaniya. 2015;4. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20732> (data: 21.02.2018).
4. Slesarenko NA, Utts SR, Artemina YeM, Shtoda YuM, Karpova YeN. Komorbidnost pri krasnom ploskom lishaie (Comorbidity at lichen ruber planus). Clinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2014;5:4-10.
5. Yusupova LA, Ilyasova Eyi. Krasnyi ploskii lishai: sovremennii patoheneticheskie aspekti i metodi terapii (Lichen ruber planus: modern pathogenetic aspects and methods of therapy). Practicheskaya medicina. 2013;1-4(73):14-16.
6. Alikhani M, Ghalaiani P, Askariyan E, et al. Association between the clinical severity of oral lichen planus and anti-TPO level in thyroid patients. Braz. Oral Res. 2017;31(10):1-6.
7. Chung PI, Hwang CY, Chen YJ, et al. Autoimmune comorbid diseases associated with lichen planus: a nationwide case-control study. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2015;29(8):1570-5. doi: 10.1111/jdv.12939.
8. Arduino PG, Karimi D, Tirone F, et al. Evidence of earlier thyroid dysfunction in newly diagnosed oral lichen planus patients: a hint for endocrinologists. Endocrine Connections. 2017;6:726-30.
9. Alazari NA, Al-Maweri SA, Al-Shamiri HM, Tarakji B, Shugaa-Addin B. Hepatitis c virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Aust Dent J. 2016;61(3):282-7.
10. Kalkur C, Sattur AP, Guttal KS. Role of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Oral Lichen Planus: A Pilot Study. Indian J Dermatol. 2015;60(5):445-9. doi: 10.4103/0019-5154.159625.
11. Lai YC, Yew YW, Schwartz RA. Lichen planus and dyslipidemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Int J Dermatol. 2016;55(5):e295-304.
12. López-Jornet P, Parra-Perez F, Pons-Fuster A. Association of autoimmune diseases with oral lichen planus: a cross-sectional, clinical study. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2014;28(7):895-9. doi: 10.1111/jdv.12202.
13. Lu R, Zeng X, Han Q, et al. Overexpression and selectively regulatory roles of IL-23/IL-17 axis in the lesions of oral lichen planus. Mediators Inflamm. 2014;Jul 8:701094. doi: 10.1155/2014/701094.
14. Garcia-Pola MJ, Llorente-Pendás S, Seoane-Romero JM, Berasaluce MJ, Garcia-Martin JM. Thyroid Disease and Oral Lichen Planus as Comorbidity: A Prospective Case-Control Study. Dermatology. 2016;232(2):214-9. doi: 10.1159/000442438.
15. Varma K, Shukla P. Association of diabetes mellitus in patients with Lichen Planus. Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology. 2017;3(1):14-6.
16. Yew WY, Lai YCh, Chan R. Lichen Planus Epidemiology Study. Annals Academy of Medicine. 2016;45(11):516-9.
17. Sajini L, Anjaneyan G, Jagadeesan S, et al. Zero prevalence of hepatitis B and hepatitis C infections in clinicopathologically proven lichen planus cases: a cross sectional study at a tertiary care centre in South India. International Journal of Research in Dermatology. 2017;3(3):351-4.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ВИВЧЕННІ КОМОРБІДНОСТІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

А.М. Біловол, С.Г. Ткаченко, Є.Г. Татузян

Харківський національний медичний університет

Резюме

Вивчення коморбідності шкірних захворювань є пріоритетним напрямком наукових досліджень дерматології 21 століття. Коморбідні порушення погіршують перебіг основного захворювання, що призводить до хронізації, інвалідизації, погіршує ефективність діагностики та лікування, спричинює підвищення витрат системи охорони здоров'я та передчасну смерть працездатного населення. Розуміння спільності патогенезу, взаємоускладнюючого та взаємозумовлюючого характеру клінічних коморбідностей надає можливість проведення індивідуальної терапії, що спрямована на паралельне та послідовне лікування дерматозу в асоціації з супутньою патологією.

Метою роботи був аналіз даних науково-медичної літератури останніх п'яти років з вивчення коморбідності червоного плоского лишая для виявлення світових тенденцій у даному питанні.

Червоний плоский лишай є хронічним імунозалежним запальним захворюванням з автоімунним компонентом при деяких клінічних варіантах. Коморбідні стани при lichen planus можуть бути результатом його трансформації, в тому числі зляканої, ятрогенного медикаментозного впливу, пояснюватися спільними патогенетичними механізмами розвитку асоційованих патологій.

Висновки. Результати останніх досліджень не тільки підтвердили відому раніше коморбідність червоного плоского лишая з компонентами метаболічного синдрому, зокрема цукровим діабетом і дисліпідемією, але й виявили їх негативний вплив на ефективність лікування дерматозу. Низка робіт виявила асоціацію орального lichen planus із захворюваннями щитоподібної залози, здебільшого, що супроводжувалися гіпотиреозом. Поеднання червоного плоского лишая з психосоматичними розладами було виявлено як для кутанної, так і для оральної форм дерматозу. Дослідження, що проводилися в умовах індійської популяції, спростували постулатну коморбідність дерматозу з вірусними гепатитами В та С. Результати даних досліджень можуть лягти в основу змін стандартних протоколів ведення хворих на червоний плоский лишай як на локальному, так і на міжнародному рівні.

Ключові слова: червоний плоский лишай, коморбідність.

MODERN TRENDS IN STUDYING OF THE COMORBIDITY OF LICHEN RUBER PLANUS

А.М. Bilovol, S.G. Tkachenko, Ye.G. Tatuzyan

Kharkiv National Medical University

Abstract

The studying of the comorbidity of skin diseases is a priority direction of scientific trials in dermatology of the 21st century. Comorbid disorders aggravate the course of the underlying disease, causing the chronization of the process, disability, reducing the effectiveness

of diagnosis and treatment, leading to increased costs of the health system and premature death of the able-bodied population. The understanding of the commonality of pathogenesis, the mutually complicating and mutually determining nature of clinical comorbidity, makes a possible to conduct individual therapy aimed at parallel and sequential treatment of dermatosis in association with concomitant pathology.

The objective of the work was analysis of the data of scientific and medical literature of the last five years on studying of the comorbidity of lichen ruber planus to determine the main world trends in this issue.

The lichen ruber planus is a chronic immune-dependent inflammatory disease with an autoimmune immune component in certain clinical variants. The comorbidity of lichen ruber planus can be the result of its transformation, including malignant, can be caused by iatrogenic drug effects, and can be explained by joint pathogenetic mechanisms of the development of associated pathologies.

Conclusions. The results of recent studies not only confirmed the previously known comorbidity of lichen ruber planus with components of the metabolic syndrome, in particular diabetes and dyslipidemia, but also revealed their negative effect on the effectiveness of dermatosis treatment. A number of studies have revealed the association of oral lichen planus with thyroid diseases, mostly accompanied by hypothyroidism. The combination of lichen planus with psychosomatic disorders was found for both the cutaneous and oral forms of dermatosis. Studies conducted in the Indian population have denied the postulated comorbidity of dermatosis with viral hepatitis B and C. The results of these studies can form the basis for changes in standard protocols for management of patients with lichen ruber planus both at the local and international levels.

Key words: lichen ruber planus, comorbidity.

Сведения об авторах:

Беловол Алла Николаевна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой дерматологии, венерологии и медицинской косметологии, Харьковский национальный медицинский университет. E-mail: abelovol65@gmail.com

Ткаченко Светлана Геннадьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры дерматологии, венерологии и медицинской косметологии, Харьковский национальный медицинский университет. E-mail: tkachenkosve@gmail.com

Татузян Евгения Геннадьевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматологии, венерологии и медицинской косметологии, Харьковский национальный медицинский университет. E-mail: tatuzyan@ukr.net

Інформаційне повідомлення Шановні колеги!

Інформуємо Вас про проведення та маємо честь запросити взяти участь у Науково-практичній конференції з міжнародною участю, що увійшла до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводяться у 2018 р, п. № 276, на тему:

«Питання профілактики, сучасна діагностика та інноваційні методи терапії в дерматовенерології»,

яка відбудеться 15–16 листопада 2018 р. у м. Харків

Основні напрями роботи конференції:

- епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування та профілактика шкірних хвороб та ІПСШ;
- новітні методи діагностики та терапії хронічних дерматозів;
- сучасні інноваційні технології діагностики ІПСШ, нові можливості в лікуванні;
- вплив міграційних процесів на розвиток інфекційних шкірних та венеричних хвороб, удосконалення профілактики;
- новітні технології в медичній косметології.

Робочі мови конференції: українська, російська, англійська.

Технічні засоби: мультимедійний проектор.

Оргкомітет конференції: Україна, 61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», тел. (057) 706–32–00, e-mail: idvnamnu@ukr.net

Контакти:

Волкославська Валентина Миколаївна – зав. відділу науково-аналітичної роботи в дерматології та венерології, д. мед.н. ст.н.с.

Гаврилюк Олександра Анатоліївна, к.мед.н., м.н.с. відділу науково-аналітичної роботи в дерматології та венерології, +38(097) 978 24 52

Додаткову інформацію можна отримати на сайті – www.idvamnu.com.ua

Тези доповідей будуть опубліковані у фаховому журналі «Дерматологія та венерологія». Чекаємо Вас, шановні колеги!