

## КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Гладкая А.Н., Музыченко А.П.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра кожных и венерических болезней, г. Минск*

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, коморбидность, сопутствующие заболевания.

**Резюме:** было обследовано 20 пациентов с различными формами КПЛ. Выявлены наиболее частые сопутствующие заболевания. В работе представлены результаты качества жизни пациентов в зависимости от формы КПЛ и сочетанной патологии.

**Resume:** twenty patients with various forms of LRP were examined. The most common concomitant diseases have been identified. The article presents the results of assessing the quality of life of patients depending on the form of LRP and concomitant diseases.

**Актуальность.** Красный плоский лишай (*Lichen planus*) – хронический рецидивирующий дерматоз мультифакторной природы с участием нейроэндокринных, метаболических и иммунных механизмов, а также эндогенных и экзогенных триггерных факторов [4,5]. В последние годы увеличилась заболеваемость красным плоским лишаем (КПЛ), кроме того возросла частота торпидно протекающих, резистентных к терапии форм [1,2]. В связи с совершенствованием диагностических возможностей у пациентов все чаще регистрируется сопутствующая патология, которая может иметь иницирующее значение в возникновении заболевания, усугублять его течение. Также сосуществование и взаимное влияние заболеваний, как правило, усложняет постановку диагноза и лечение дерматоза, снижает качество жизни пациентов [3].

**Цель:** анализ сопутствующей патологии и оценка качества жизни у пациентов с различными формами красного плоского лишая.

**Задачи:** 1. Выявить наиболее часто встречаемые сопутствующие патологии у пациентов с КПЛ; 2. Проанализировать качество жизни у пациентов с коморбидной патологией; 3. Изучить индекс коморбидности у пациентов с КПЛ.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на основании анамнестических данных, результатов клинического осмотра и лабораторных исследований, консультаций смежных специалистов, исследования амбулаторных карт пациентов с КПЛ, находившихся на лечении в УЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер». Использовались опросники дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и индекса Чарлсона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Было обследовано 20 пациентов с различными формами КПЛ. Мужчины – 6 человек (30%), женщины – 14 человек (70%). Средний возраст у женщин  $52,75 \pm 19,04$  года, у мужчин  $49,75 \pm 8,3$  года. Типичная форма КПЛ выявлена в 16 случаях, атипичная (атрофическая, эрозивно-язвенная) – у 4 пациентов. Изолированное поражение кожи наблюдалось в 12 случаях (60%) (рисунок 1), изолированное поражение слизистой – в 5 случаях (25%) (рисунок 2), сочетанное поражение кожи и слизистой – в 3 случаях (15%)



*Рис. 1* – Поражение кожи при КПЛ



*Рис. 2* – Поражение СОПР при КПЛ

Этиологическим фактором 17 пациентов считают стресс. Два пациента с поражением слизистой оболочки полости рта (СОПР) связывают заболевание со стоматологическим вмешательством. Один пациент возникновения заболевания ни с чем не связывает.

Длительность заболевания КПЛ у 8 (40%) пациентов составляет от 1 до 6 месяцев, у 7 (35%) пациентов – от 6 месяцев до 1 года, у 3 (15%) пациентов – от 1 года до 5 лет, у 2 (10%) пациентов заболевание длится более 5 лет.

Наибольший удельный вес сопутствующей патологии при КПЛ принадлежал заболеваниям системы кровообращения у 12 человек, что составляет 60% от всей выборки. У 7 пациентов установлено сочетание атеросклероза, АГ, ИБС. КПЛ сочетался с АГ и атеросклерозом у 3 пациентов, с ИБС – у 2 пациентов.

Эндокринные заболевания были выявлены у 7 пациентов, что составляет 35% от выборки. Сахарный диабет 2 типа наблюдается у 4 пациентов. У 3 пациентов КПЛ сочетался с патологией щитовидной железы: гипотериоз, диффузный зоб, тиреодит.

Патология органов пищеварения выявлена у 4 пациентов (20%). У двух пациентов КПЛ сочетался с хроническим гастритом, у одного пациента – с хроническим вирусным гепатитом. Также у одного пациента имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

КПЛ сочетался с патологией женской половой системы у 2 человек (10%). В 1 случае (5%) наблюдалась патология органа зрения (рисунок 3).

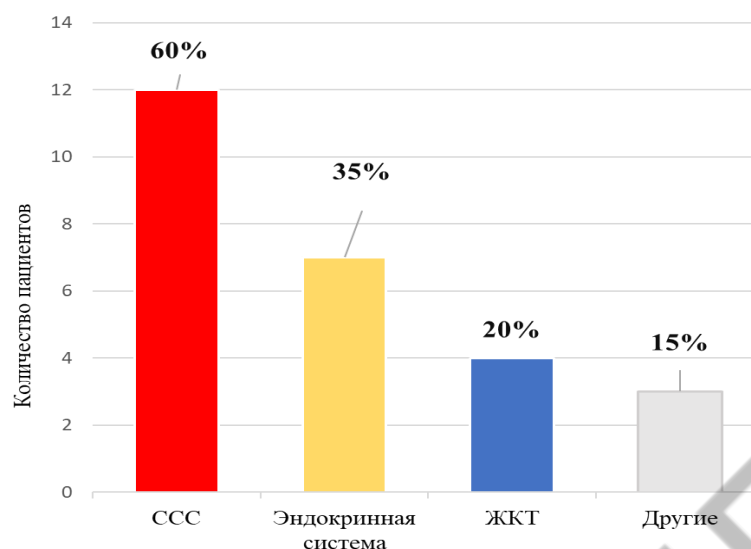


Рис. 3 -- Сочетанная патология при КПЛ

Анализ данных стандартных лабораторных исследований, проведенных всем пациентам (общий анализ крови, биохимический анализ крови), выявил у 1/4 пациентов незначительное повышение СОЭ. У 15 пациентов, что составляет 75% от всей выборки, увеличение уровня глюкозы в крови. Повышение холестерина выше нормы наблюдалось у 9 пациентов. В общем анализе мочи специфических изменений выявлено не было. У 16 (80%) пациентов было выявлено повышение индекса массы тела (более 25).

Дерматологический индекс качества жизни (ДТКЖ) при изолированном поражении кожи составил  $9,25 \pm 3,96$  баллов, что свидетельствует об умеренном влиянии дерматоза на качество жизни пациента. При изолированном поражении слизистых оболочек индекс составил  $9 \pm 2,4$  баллов, а также указывая на умеренное влияние на качество жизни пациента. При сочетанном поражении кожи и слизистых оболочек данный индекс составил  $11,67 \pm 2,89$  баллов, демонстрируя сильное влияние КПЛ на качество жизни пациента.

У пациентов без коморбидной патологии дерматологический индекс качества жизни составил 12,25 балла. У пациентов с наличием одного коморбидного заболевания индекс составил 7,67 балла. При наличии двух коморбидных заболеваний – 10,24 балла. У пациентов с тремя коморбидными заболеваниями – 7 баллов. При наличии у пациентов четырех коморбидных заболеваний индекс составил 11,4 балла. При наличии пяти коморбидных заболеваний индекс равен 7 баллов.

Индекс коморбидности Чарлсона у женщин в среднем составлял  $3,72 \pm 2,6$  балла, у мужчин –  $3,05 \pm 2,2$  балла. В среднем десятилетняя выживаемость у обоих полов по индексу коморбидности Чарлсона составила от 53 до 77%.

**Выводы:** 1. Наибольший удельный вес сопутствующей патологии при КПЛ принадлежит заболеваниям системы кровообращения (АГ, ИБС, атеросклероз) и составляет 60%. Частыми сопутствующими заболеваниями являются эндокринные (35%): сахарный диабет 2 типа, патология щитовидной железы. Большую долю коморбидности занимает патология органов пищеварения (гастрит, гепатит, язва); 2. Качество жизни снижено у всех пациентов, достигая наибольших значений при

сочетанном поражении кожи и слизистых оболочек, а также у пациентов без сопутствующей патологии, что означает большее влияние дерматоза на качество жизни пациентов молодого возраста; 3. У пациентов с КПЛ, при сопутствующей патологии, десятилетняя выживаемость у обоих полов по индексу коморбидности Чарлсона составляет от 53 до 77%.

#### Литература

1. Анисимова И. В. Частота сочетания красного плоского лишая с соматической патологией и местными неблагоприятными факторами полости рта / И. В. Анисимова // Проблемы стоматологии. – 2019. – №1: 16-22.
2. Клинический полиморфизм красного плоского лишая / Н.А. Слесаренко, С.Р. Утц, Бакулев А.Л., Еремина М.Г., В.Н Шерстнева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – №3:652-661.
3. Чуйкин С. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение / С. В. Чуйкин // Казанский мед.ж.. – 2014. – №5:680-687.
4. Katta R. Lichen planus. / R. Katta // Am J Fam Phys – 2000: 3319-3328.
5. Lehman J.S. Lichen planus / J.S. Lehman, M.M.Tollefson, L.E. Gibson // Int J Dermatol – 2009; (48): 682-694.