

## СТРЕСС-ПРОВОЦИРОВАННЫЕ СЛУЧАИ ИСТИННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Н.П. ТЕПЛИУК<sup>1</sup>, И.Ю. ДОРОЖЕНОК<sup>2</sup>, Д.М. АБДУЛЛАЕВ<sup>3</sup>, Р.М. НАРЗИКУЛОВ<sup>3</sup>, Д.Г. КАТРАНОВА<sup>1</sup>

1 - ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Российская Федерация, г. Москва;

2 - ФГБНУ НЦПЗ, Российская Федерация, г. Москва;

3 - Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## СТРЕСС ТАЪСИРИДА ЧИН АКАНТОЛИТИК ПУФАКЧА КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ ҲОЛАТИ

Н.П. ТЕПЛИУК<sup>1</sup>, И.Ю. ДОРОЖЕНОК<sup>2</sup>, Д.М. АБДУЛЛАЕВ<sup>3</sup>, Р.М. НАРЗИКУЛОВ<sup>3</sup>, Д.Г. КАТРАНОВА<sup>1</sup>

1 – И.М. Сеченов номидаги Биринчи Москва Давлат медицина университети, Россия Федерацияси, Москва;

2 - ФГБНУ НЦПЗ, Россия Федерацияси, Москва;

3 - Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

## STRESS PROVOKED CASES OF PEMPHIGUS

N.P. TEPLYUK<sup>1</sup>, I.Yu. DOROZHENOK<sup>2</sup>, D.M. ABDULLAYEV<sup>3</sup>, R.M. NARZIKULOV<sup>3</sup>, D.G. KATRANOVA<sup>1</sup>

1 - I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;

2 - Mental Health Research Centre;

3 - Samarkand State Medical Institut, Republic of Uzbekistan, Samarkand

---

*Чин акантолитик пуфакча касаллигининг психоген стресс манифестация/экзацербация билан ўзаро боғлиқлиги ўрганилди. Чин акантолитик пуфакча касаллиги манифестациясининг психосоматик механизмлари кўриб чиқилди. Чин акантолитик пуфакча касаллиги манифестациясининг психоген бузилишлар билан клиник ўзаро боғлиқлиги аниқланди.*

**Калим сўзлар:** Чин акантолитик пуфакча касаллиги, психосоматик бузилишлар, психоген манифестациялар, психоген стресс.

*The paper describes the relationship of psychogenic stress with the manifestation/exacerbation of pemphigus. Reviewed psychosomatic mechanisms of manifestation of pemphigus. The authors identified the relationship of clinical manifestations of pemphigus to psychogenic disorders.*

**Key words:** pemphigus, psychosomatic disorders, psychogenic manifestations, psychogenic stress.

---

Истинная акантолитическая пузырчатка (ИАП) – тяжелое аутоиммунное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся образованием внутриэпидермальных пузырей, приводящее при неправильном или несвоевременном лечении к летальному исходу [1, 2].

ИАП встречается преимущественно у женщин в возрасте 50 - 60 лет. Женщины болеют чаще мужчин (1,6:1).

Самые высокие показатели заболеваемости ИАП отмечаются в странах средиземноморского бассейна: в Израиле 1,62; в Греции - 0,93; в Болгарии - 0,47; во Франции - 0,17 случаев на 100.000 населения [3-7]. В то время как в других странах этот показатель не превышает 0,01.

Основные и часто встречающиеся клинические формы ИАП представлены вульгарной (ВП), малая форма - вегетирующая, листовидной, малая форма - эритематозная (себорейная) (СП) и герпетиформная, бразильской [8].

Одним из триггерных факторов, способствующих развитию ИАП, является психогенный стресс. Многие исследователи отметили связь манифестации ИАП со стрессогенными факторами [9-12]. Выброс гормонов и нейромедиаторов, вы-

рабатываемых в результате психогенного стресса, приводит к нарушению в системе клеточного иммунитета, способствуя развитию аутоиммунного воспаления [13].

Однако, несмотря на многочисленные упоминания в литературе о возможности психогенной манифестации и экзацербации ряда хронических дерматозов, включая ИАП, систематизированных данных о влиянии психогенного стресса на пузырчатку не приводится. Таким образом, исследование влияния психогенного стресса на ИАП представляется актуальным как с клинических, так и с научных позиций.

**Цель:** комплексное клиническое (дерматологическое, психиатрическое) и экспериментально-психологическое изучение случаев истинной акантолитической пузырчатки (ИАП), манифестировавших при участии психогенного стресса.

**Материал исследования:** Обследовано 17 стресс-провоцированных случаев ИАП. В исследовании приняли участие 12 (70,6%) женщин, 5 (29,4%) мужчин. Большая часть больных (n=10, 58,8%) были в возрасте от 38 до 50 лет. Преобладали больные с ВП (n=12, 70,6%), достоверность

различий  $p=0,001$ . По локализации процесса, преобладали больные с поражением кожи ( $n=11$ , 64,7%) (рис. 1).

**Методы исследования:**

1. Клинико-дерматологический, с использованием шкал - дерматологический индекс тяжести заболевания (ДИТЗ) [Адаскевич В.П., 2004], опросник дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) [Finlay A.Y., 1992].
2. Психопатологический (заключение психиатра).
3. Экспериментально-психологический: симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom-Checklist) [L. Derogatis et al., 1973], Impact of Event Scale-R (шкала оценки влияния травматического события), шкала депрессии Бека.
4. Статистический анализ данных проводился с использованием критериев Стьюдента (Т-критерия), Манна-Уитни, метод Фишера. Использованы программы EXCEL 2010 и STATISTICA 7.0.

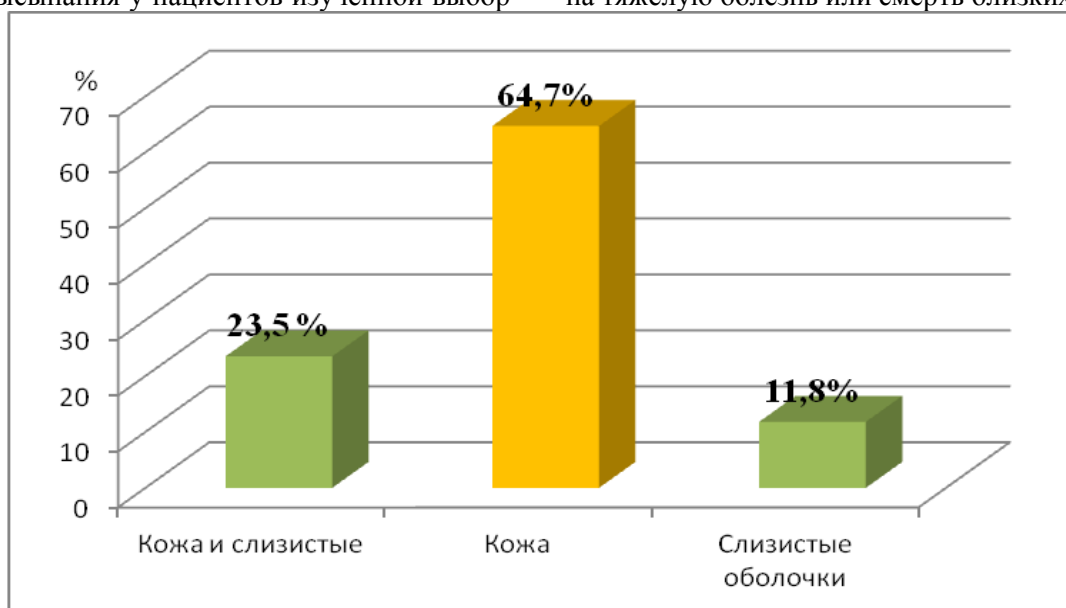
**Результаты.** В ходе исследования выявлено, что у большей части больных ( $n=13$ , 76,5%) диагноз ИАП был установлен не сразу. 2 больным (15,4%) изначально был выставлен диагноз «Базалиома», что, в свою очередь, послужило дополнительным стрессогенным фактором. Среди ошибочных первичных диагнозов фигурировали: атопический дерматит 4 (30,8%); псориаз 2 (15,4%); герпетиформный дерматит Дюринга, стоматит, стрепто-стафилодермия, себорейная экзема, кандидоз слизистой полости рта – по 1 (7,7%) случаю (рис. 2).

У 1 больного (5,9%) в анамнезе был выявлен реактивно-провоцированный депрессивный эпизод с массивной соматизированной симптоматикой. Высыпания у пациентов изученной выбор-

ки локализовались на коже лица, волосистой части головы, верхней половины туловища, рук. На коже верхней половины туловища, рук сыпь была представлена обширными эрозиями, дно – ярко-розового цвета, по периферии эрозий визуализировались обрывки эпидермиса. На коже волосистой части головы и лица высыпания были представлены плотно сидящими корками, пропитанными серозно-гнойным экссудатом. Феномен Никольского как краевой, так и на видимо неизменной коже был резко положительным. Таким образом, ДИТЗ выражался преимущественно II (легкой) и III (умеренной) степенью тяжести дерматоза, в зависимости от площади пораженной поверхности тела. Функциональных ограничений при выполнении повседневных действий в быту и на работе у пациентов не наблюдалось.

При заполнении опросника, определяющего ДИКЖ, больные отмечали, насколько сильно кожный статус влиял на их качество жизни. Суммарный балл составил 17-21: заболевание оказывает очень сильное и чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента, достоверность различий  $p=0,003$ . Манифестация/экзацербация кожного заболевания возникала как в ответ на истинную психогению («удары судьбы» по К. Schneider), так и субъективно значимые психогенные факторы (рис. 3).

Истинная психогения (9 набл., 53%) включала объективно значимую острую либо пролонгированную во времени психическую травму: тяжелая болезнь или смерть близких (4 набл., 44,4%), развод (3 набл., 33,3%), вынужденная продажа недвижимости в связи с невозможностью своевременного погашения кредита (2 набл., 22,2%). При этом у женщин статистически чаще ( $p=0,03$ ) было отмечено обострение ИАП в ответ на тяжелую болезнь или смерть близких.



**Рис. 1.** Распределение больных со стрессогенной манифестацией ИАП по локализации процесса

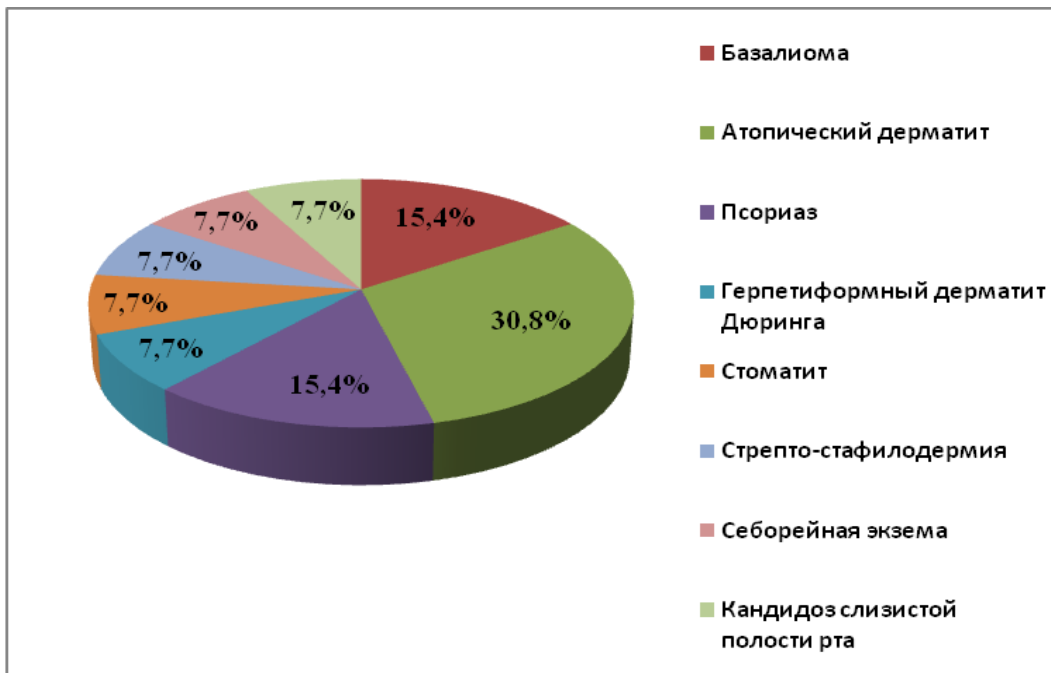


Рис. 2. Распределение больных ИАП в зависимости от ошибочных первичных диагнозов



Рис. 3. Психогенные факторы манифестации ИАП

У пациентов данной группы выявлен ряд соматических заболеваний: хронический гастрит (5 набл., 55,6%), ИБС (5 набл., 55,6%), гипертоническая болезнь II-III степени (5 набл., 55,6%), язва желудка и 12-перстной кишки (3 набл., 33,3%), хронический холецистит (3 набл., 33,3%), хронический конъюнктивит (2 набл., 22,2%). В анамнезе большинства случаев отмечались экзацербации данных хронических заболеваний под воздействием острых психогений. При этом, у пациентов данной группы выявлялись преморбидные черты соматопатической (невропатической) сома-

топерцептивной конституции [Смулевич А.Б., 2014]: гиперсенестезия в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), врожденная неполноценность вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.), гипостения (повышенная утомляемость), головные боли, метеочувствительность, аллергические реакции (включая кожные) неясного генеза.

Субъективно значимые психогенные факторы (8 набл.; 47%) были представлены интерперсональными и производственными конфлик-

тами (5 набл., 62,5%), длительным пребыванием в эмоциональном напряжении в связи с изменением профессионального статуса (повышение по службе с расширением уровня ответственности) (2 набл., 25%), необходимостью уложиться в жесткие рамки исполнения важного производственного проекта (1 набл., 12,5%). В последнем случае еще до появления манифестных высыпаний пациент с ананкастным преморбидом несколько месяцев находился в крайне напряженной ситуации на работе в служебной командировке, с необходимостью уложиться в определенные сроки и строго соблюсти нормативы. Дома по вечерам пациент продолжал работать через интернет, перед сном прокручивая в голове мысли об оптимальных вариантах реализации важного проекта. В последующем, уже на фоне развития кожного заболевания, каждый раз при возникновении серьезных проблем на работе отмечалось обострение пузырчатки. В 6 наблюдениях (35,3%) отмечались стрессогенно-провоцированные экзацербации ИАП под влиянием условно-патогенных психогенных факторов. У всех пациентов данной группы выявлена преморбидная акцентуация по тревожно-мнительному типу, что подтверждается данными экспериментально-психологического исследования.

**Заключение.** При анализе изученных материалов подтверждена правомерность отнесения стресс-провоцированных случаев ИАП к психосоматическим заболеваниям, в манифестации которых значимую роль играют психогенные факторы. Под воздействием тяжелого психогенного стресса манифестация ИАП отмечалась у пациентов с различным типом личностного преморбида, при наличии соматопатической (невропатической) соматоперцептивной акцентуации [Смулевич А.Б., 2014], что в анамнезе выявлялось в виде клишированных эпизодов психосоматических (соматоформных) реакций на стресс. При участии субъективно значимых психогенных факторов в манифестации ИАП на первый план выступала личностная акцентуация тревожно-мнительного круга, играющая значимую роль и в последующих психогенных экзацербациях дерматоза. Обнаруженные в ходе работы закономерности позволяют существенно оптимизировать ведение больных ИАП - наиболее тяжелым и летально-опасным дерматозом - благодаря учету структуры и тяжести психогенного стресса, а также личностного и соматоперцептивного преморбида пациентов.

#### Литература:

1. Свиршевская Е.В., Матушевская Е.В. Иммунопатогенез и лечение пемфигуса. // Медицина для специалистов. – М., 1997.
2. Карзанов О.В. Экстракорпоральная фотохимиотерапия в комплексном лечении

- истинной пузырчатки. Автореф. ...дисс. канд. мед. наук. – М., 2005.
3. Beato M; Gene regulation by steroid hormones // Cell. – 1989. - 56(3):335-44.
4. Mileta N, Miller ME, Lam T, Chung KK, Hivnor C. The Management of Pemphigus Vulgaris in a Burn Intensive Care Unit: A Case Report and Treatment Review // J Burn Care Res. – 2014.
5. Tsuruta D., Kobayashi H. Recent patents in pemphigus research, prophylaxis, diagnosis and treatment in USA (1988–2006) // Recent Pat. Inflamm. Allergy Drug Discov. - 2007. - 1(1), 77–81.
6. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. // Практика. – Москва, 2007.
7. Теплюк Н.П. Совершенствование глюкокортикоидной терапии истинной акантолитической пузырчатки с учетом оценки функционального состояния системы гипофиз-надпочечники и цитокинового профиля // Дисс. док. мед. наук. - 2010. – С.242.
8. Misery L: skin, immunity and nervous system // Br. J Dermatol. – 1997. - 137(6):843-850.
9. Srebrnik A. Brenner S. Pemphigus vulgaris and Stress: A Psychological Evaluation of 17 Cases // Dermatol Psychosom. – 2001. – Vol. 2, №4:191–194.
10. Perry HO, Brunsting LA: Pemphigus Foliaceus. Arch Dermatol. 1965; 91: 10-23.
11. Brenner S, Bar-Nathan EA: Pemphigus vulgaris triggered by emotional stress. J Am Acad Dermatol. 1984; 11: 524-525.
12. Gieler U., Niemeier V et al. Psychological problems in the acne patient. Dermatol Ther 2006; 19 (4): 237-240.
13. Смулевич А.Б. Введение в психосоматику. Классификация психосоматических расстройств Лекции по психосоматике (под. ред. А.Б. Смулевича), Москва. МИА 2014: 3-22.

### СТРЕСС-ПРОВОЦИРОВАННЫЕ СЛУЧАИ ИСТИННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Н.П. ТЕПЛЮК<sup>1</sup>, И.Ю. ДОРОЖЕНКО<sup>2</sup>,  
Д.М. АБДУЛЛАЕВ<sup>3</sup>, Р.М. НАРЗИКУЛОВ<sup>3</sup>,  
Д.Г. КАТРАНОВА<sup>1</sup>

Описана взаимосвязь психогенного стресса с манифестацией/экзацербацией истинной акантолитической пузырчатки. Рассмотрены психосоматические механизмы манифестации истинной акантолитической пузырчатки (ИАП). Выявлены клинические взаимосвязи манифестаций ИАП с психогенными расстройствами.

**Ключевые слова:** истинная акантолитическая пузырчатка, психосоматические расстройства, психогенные манифестации, психогенный стресс.