

## 23 Психовегетативні аспекти хворих на псоріаз із надлишковою вагою

Кірієнко В. О.

### 23.1 Огляд літератури

Відповідно до теорії еволюції Чарльза Дарвіна:

«Перемагає і виживає не найрозумніший і сильний вид, а тільки той, який може швидко адаптуватися до життя у навколишньому середовищі, що постійно змінюється».

Вегетативній нервовій системі (ВНС), що іннервує всі внутрішні органи і опосередковує вплив кори головного мозку на вісцеральні функції, приймає участь у нейроендокринних взаємодіях, належить провідна роль у формуванні і координації адаптаційних реакцій. Центральні відділи ВНС представлені скупченням нейронів у гіпоталамічній ділянці, де відбувається координація вегетативної та ендокринної функцій, трансформація нервових імпульсів у гормональні. Підтримання рівноваги при багатьох критичних ситуаціях визначає гіпоталамус як головний підкірковий центр вегетативного регулювання. Враховуючи, що синусовий вузол провідної системи серця знаходиться під контролем як симпатичної (через зірчастий вузол), так і парасимпатичної (через *n. vagus*) нервової системи, на основі аналізу його електрофізіологічної активності розроблено неінвазивний діагностичний метод комп'ютерної оцінки девіацій синусового серцевого ритму, при якому варіабельність серцевого ритму (ВСР) служить маркером функціонального стану ВНС. У наш час визначення ВСР визнано найбільш інформативним методом кількісної оцінки вегетативної регуляції серцевого ритму. В останні роки показники ВСР широко використовуються для прогнозу ризику раптової смерті у хворих, що перенесли гострий інфаркт міокарду. Практично немає таких патологічних станів, у розвитку і перебігу яких не відіграють важливу роль вегетативні дисфункції. В одних випадках вона є суттєвим фактором патогенезу, в інших – виникає вторинно, у відповідь на порушення різних систем організму. Можливість індикації і прогнозування характеру перебігу захворювання і ефективності його лікування за даними ВСР закладено у ранніх змінах нервової і гуморальної регуляції кровообігу, що передуює енергетичним, метаболічним і гемодинамічним рівням реагування [2- 4, 9, 12, 18].

Патологія нервової системи, а саме – психовегетативні порушення відмічаються при багатьох шкірних захворюваннях. Псоріаз – хронічний запальний імунозалежний генодерматоз мультифакторної природи, що передається за домінантним типом з неповною пенетрантністю та характеризується посиленою проліферативною активністю кератиноцитів з порушенням кератинізації і розвитком патологічних процесів у шкірі, нігтях та суглобах. Незважаючи на велику кількість досліджень, етіологію та патогенез цього

дерматозу до сьогодні ще не до кінця з'ясовано [1, 5, 7, 11, 13, 24]. Проблема пошуку нових, патогенетично обґрунтованих ефективних засобів і методів терапії хворих на псоріаз залишається актуальною проблемою у зв'язку зі значною поширеністю дерматозу, хронічним, часто рецидивуючим, порушуючим психічний статус хворих перебігом захворювання [6, 10, 14]. На думку більшості дослідників, провідним тригерним фактором захворювання є стрес. Як відомо, стрес будь-якої етіології призводить до активації імунної, ендокринної і нервової систем, а тривалий вплив стресору провокує зрив адаптаційних механізмів, таким чином викликаючи загострення або дебют цілого ряду шкірних захворювань. Ключовим фактором до розуміння нерозривного зв'язку порушення нервової системи та шкіри є той факт, що у розвитку шкіри, як і нервової системи, важливу роль відіграє один і той же зародковий листок – ектодерма.

Високий рівень захворюваності на псоріаз на сучасному етапі розвитку цивілізації пояснюється стрімким темпом життя суспільства, збільшенням емоційного навантаження, що вимагає великих нервових та інтелектуальних зусиль; у результаті нерідко виникають «ножиці» між можливостями біологічної природи людини й умовами життя. Виходячи з цього, псоріаз нерідко відносять до групи так званих «хвороб цивілізації» [8, 15, 22].

Крім того, наявність висипу на шкірі стає додатковим психотравмуючим фактором, що призводить до зниження самооцінки, викликає фрустрацію, яка проявляється різними дисфункціональними реакціями. Видимий косметичний дефект може призвести до соціальної дезадаптації. Переживання хворих з ураженням шкіри відкритих частин тіла проявляється почуттям сорому, скутістю, невпевненістю при спілкуванні з іншими людьми, що заважає встановлювати більш близькі відносини, впливає на якість життя хворих та є мішенню для психотерапевтичної корекції. Також хворі відмічають, що встановлення діагнозу псоріаз було досить психотравмуючим фактором; у більшості таких пацієнтів спостерігається формування гіперфагічного способу реагування на стресову ситуацію, що веде до підвищення маси тіла та подальшого розвитку ожиріння з низкою метаболічних порушень, що, без сумніву, впливає і на перебіг псоріазу [16, 17, 25].

Останнім часом у дерматологічній літературі досить часто обговорюється проблема коморбідності при псоріазі. Коморбідність (від лат. *co* – разом, *morbis* – хвороба) – сумісне існування двох і/або більше синдромів, патогенетично пов'язаних між собою або співпадаючих у часі. Найбільш частими коморбідностями при псоріазі признаються [20- 23]:

- псоріатичний артрит;
- ожиріння;
- метаболічний синдром;
- серцево-судинні захворювання;
- депресивні стани;
- цукровий діабет.

Більш високий ризик розвитку цих коморбідних станів у хворих на псоріаз показали результати ретроспективного аналізу двох груп – з псоріазом та іншими дерматозами (загальна кількість приблизно 50 тис. хворих). Крім того, виявилось, що аналогічні тенденції спостерігалися між групами хворих тяжким і нетяжким псоріазом. За даними деяких авторів, частота коморбідностей при псоріазі може досягати досить високих показників:

- псоріатичний артрит – 27,5 %;
- гіпертонія – 21,1 %;
- гіперліпідемія – 18,4 %;
- тривожно-депресивні розлади – 15,3 %.

Таким чином, для об'єктивного розуміння патогенезу псоріазу необхідно враховувати недостатньо вивчену коморбідність – емоційні розлади таких пацієнтів. У нашому дослідженні психоемоційні проблеми були виявлені в усіх без винятку хворих на псоріаз, навіть коли пацієнт стверджував, що їх у нього не має. Важливо розуміти, що саме це ствердження носило захисний характер. Пацієнт намагався «відгородитися» від своїх проблем, як би не помічаючи їх, що характерно для осіб з психосоматичною патологією. В силу цього, при підборі терапії кожному конкретному хворому важливим стає діагностика всього комплексу коморбідностей і його вплив на якість життя пацієнта. Необхідно, перш за все, оцінити ступінь вираженості кожного елементу коморбідного стану і вплив у цілому на хворого з псоріазом.

На жаль, орієнтація хворого на співчуття лікаря в сучасній медицині призвела до того, що пацієнт усе більше стає пасивним об'єктом різноманітних маніпуляцій з боку медичного персоналу [19]; при цьому хворий повністю знімає з себе відповідальність за те, що з ним відбувається, отже приймає участь в процесі лікування лише пасивно. Тому останнім часом популярність набувають методи біологічного управління; в основі методу лежать принципи біологічного зворотного зв'язку, спрямованого на розвиток та вдосконалення механізмів саморегуляції фізіологічних функцій при різних патологічних станах. Найбільш широке застосування біологічне управління знайшло при корекції психосоматичних порушень.

Біологічно-зворотний зв'язок – тренінг при психосоматичній патології – це метод, що сприяє розвитку порушених процесів самоперцепції, диференціації внутрішніх відчуттів та релаксації. Релаксація – процес, який супроводжується зняттям психічного напруження та приводить до зміни низки психофізіологічних характеристик, що свідчать про зниження напруги, вираженій у різній мірі. Релаксація може бути як мимовільною, так і свідомою, досягнутою в результаті застосування спеціальних психофізіологічних методик. Особливо важливим стало використання методів релаксації у другій половині 20-го століття, коли у розвинених країнах різко зріс темп життя, у результаті чого люди стали більш схильні до руйнівного впливу психологічного стресу.

Для того, щоб визначити ступінь напруження, проводиться моніторинг психофізіологічних параметрів пацієнта у спокої. Релаксаційний тренінг біологічного управління проводиться через демонстрацію на екрані комп'ютера тих сигналів, які виходять за рамки індивідуальної норми стану систем організму. У процесі релаксаційного тренінгу пацієнт навчається змінювати ці параметри у необхідному напрямку для того, щоб зняти напругу і таким чином покращити свій функціональний стан. Існує велика кількість параметрів та модифікацій, за якими проводяться сеанси біоуправління, серед яких:

- електроміографічний зворотний зв'язок;
- біологічний зворотний зв'язок по параметрам, що характеризують діяльність серцево-судинної системи;
- біологічний зворотний зв'язок по температурі і шкірно-гальванічній реакції для по-

силення кровообігу різних ділянок;

- електроенцефалографічний зворотний зв'язок;
- біологічний зворотний зв'язок за респіраторним показниками;
- мультипараметричний біологічний зв'язок.

Найчастіше і найбільш ефективно використовують дві модифікації біоуправління: температурний та міографічний тренінг.

**Міографічний тренінг.** Управління тонусом м'язів з використанням електроміограми широко і ефективно використовується для проведення релаксаційного тренінгу. Це обумовлене цілою низкою причин. Перш за все, це пов'язано з тим, що рухова активність у найбільшій мірі контролюється свідомістю. Будь-яке скорочення м'язів супроводжується появою електричної активності, характер і амплітуда якої визначаються розміром і ступенем напруги м'язу. Стрессова ситуація або загроза її виникнення завжди супроводжується підвищенням м'язового тону, зростанням електричної активності м'язової тканини, яка може бути відображена за допомогою електроміограми. М'язова активність змінюється в широких межах; але людина усвідомлює тільки м'язове напруження, пов'язане з рухом, а високий м'язовий тонус, викликаний емоційною напругою, часто залишається нижче порога сприйняття. Надання інформації про рівень електричної активності м'язових волокон дозволяє пацієнтові побачити наочно ступінь його напруженості і в той же час дає йому можливість, знизивши м'язову активність, домогтися стану релаксації при одночасному зниженні супутніх стресу рівнів артеріального тиску, ЧСС, частоти дихання, електричної активності м'язів, що сприяє поліпшенню психофізіологічного стану.

**Температурний тренінг.** Організм людини реагує на стрес централізацією кровообігу, тобто спазмом периферичних судин, підвищенням артеріального тиску, прискоренням кровотоку; приплив крові до кінцівок знижується, тому ознакою стресу є охолодження рук. Біоуправління з визначенням температури кінцівок – найбільш поширений метод релаксаційного тренінгу, що використовується для контролю рівня стресу паралельно з м'язовим розслабленням.

При формуванні курсу релаксаційного тренінгу рекомендується починати роботу з тренінгу по температурі або електроміограмі. Після того, як пацієнт засвоює ці види, можна переходити на поєднання – температурно-міографічний тренінг. Навчання проводиться з використанням прийомів аутогенного тренування, елементів візуалізації, прогресивної м'язової релаксації.

## 23.2 Результати власних досліджень

**Мета дослідження:** визначити вираженість і структуру психовегетативних порушень у хворих на псоріаз з надлишковою вагою та оцінити ефективність комплексного лікування з використанням температурно-міографічного тренінгу.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 60 хворих на псоріаз (34 жінки та 26 чоловіків); у всіх хворих виявлена надмірна вага, яка визначалася за допомогою індексу маси тіла (ІМТ). Усі хворі знаходилися на стаціонарному або амбулаторному лікуванні у

Клініці шкірних та венеричних захворювань Запорізького державного медичного університету. Контрольну групу склали 30 хворих на псоріаз з нормальною вагою аналогічного віку.

Тяжкість захворювання оцінювали шляхом визначення індексу *PASI*. Для визначення цього індексу тіло пацієнта умовно поділяється на чотири області:

- ноги – 40 % від загальної поверхні шкіри людини;
- тулуб (груди, живіт, спина) – 30 % поверхні шкіри;
- руки – 20 %;
- голова – 10 %.

Кожна з цих чотирьох областей оцінюється окремо – від 0 до 6 балів залежно від ступеня ураження. Далі для кожної області оцінюємо інтенсивність кожного з трьох клінічних ознак:

- еритема;
- інтенсивність лущення;
- інфільтрації.

Інтенсивність оцінюється від 0 (відсутність ознаки) до 4 (максимальна ступінь прояву); після цього для кожної області визначаємо свій індекс за формулою:

$PASI = (\text{еритема} + \text{лущення} + \text{інфільтрація}) \times \text{ступінь ураження} \times \text{ваговий коефіцієнт ділянки}$ ,

де ваговий коефіцієнт ділянки відповідає площі поверхні шкіри:

- 0,4 – ноги;
- 0,3 – тулуб;
- 0,2 – руки;
- 0,1 – голова.

Після підрахунку індексу для кожної з чотирьох областей підсумовуємо отримані показники і отримуємо загальний сумарний індекс *PASI*, представлений числом від 0 (відсутність хвороби) до 72 (найважчий перебіг). При цьому оцінка результатів проводилася як у загальній групі, так і в залежності від ступеня тяжкості дерматозу – у групах із середньо-тяжким ( $10 < PASI \leq 30$ ) і тяжким ( $30 < PASI$ ) перебігом захворювання.

Для оцінки реактивної і особистісної тривожності використовували методику самооцінки Ч. Д. Спілбергера–Ю. Л. Ханіна. Тест, розроблений Ч. Д. Спілбергером (США) і адаптований Ю. Л. Ханіним, є надійним та інформативним способом самооцінки рівня тривоги в даний момент – реактивної тривожності (як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Результати оцінювались у балах:

- 20 до 30 балів – низька тривожність;
- 31 до 45 – помірна тривожність;
- 46 до 80 – висока тривожність.

Математичний аналіз варіабельності серцевого ритму здійснювався за допомогою системи комп'ютерної кардіографії “*CardioLab*” комплектації НТЦ «ХАІ-Медіком» (Харків). На екрані монітору відображалася ЕКГ, яка ресетрувалася у трьох стандартних відведеннях; потім вибиралася активна ЕКГ по одному відведенню. У якості активного вибиралося відведення з максимальною амплітудою R-піка і мінімальним рівнем перешкод. Реєстрація показників ВСР проводилася в 10-хвилинному режимі запису відпо-

відно до стандартних протоколів дослідження в базальному положенні для виявлення вихідного стану симпатичної або парасимпатичної ланки. Запис показників ВСП проводився за стандартним протоколом (уранці в проміжку від 9.00 до 12.00 годин за комфортних умов, після 15-хвилинної адаптації; при цьому протягом 24 годин до початку дослідження пацієнти не вживали каву, алкоголь, препарати, що впливають на показники ВСП). Подальша обробка проводилася по спеціальній програмі.

Розраховували наступні статистичні характеристики ВСП:

- середній *RR*-інтервал;
- середнє квадратичне відхилення (СКВ, *SDNN*);
- варіаційний розмах (ВР);
- моду (*Mo*);
- амплітуду моди (*AMo*);
- індекс вегетативної рівноваги (ІВР);
- індекс напруження регуляторних систем (ІН);
- середню квадратичну різницю між тривалістю сусідніх синусів *RR*-інтервалів (*RMSSD*);
- триангулярний індекс варіабельності (ТР).

Проводили спектральний аналіз з виділенням трьох частотних показників:

- високочастотні хвилі (*HF*);
  - низькочастотні хвилі (*LF*);
  - дуже низькочастотні хвилі (*VLf*),
- а також співвідношення (*LF/HF*).

Для визначення загальної характеристики активності регуляторних систем розраховували:

- індекс централізації (ІЦ);
- індекс активації підкіркових центрів (ІАП);
- показник активності регуляторних систем (ПАРС).

Психофізіологічне обстеження та курс релаксацийних тренінгів проводився програмно-апаратним комплексом «Бослаб-професіональний Плюс» (комплектація Інституту молекулярної біології та біофізики СО РАМН, Новосибірськ, РФ). Діагностичне психологічне та психофізіологічне обстеження проводилось до та після курсу біоуправління. Усі заходи немедикаментозної корекції проводилися в спеціально обладнаному приміщенні.

Для оцінки ефективності запропонованого комплексного методу терапії за результатами клінічного дослідження, були сформовані 2 групи по 30 хворих в кожній; групи були репрезентативні за віком, статтю, тяжкістю захворювання:

- хворим основної групи в лікуванні використовували традиційну терапію згідно вимог МОЗ України та методи біологічного управління (курс релаксацийних тренінгів – температурно-міографічних);

- хворі із групи порівняння отримували лише традиційну терапію, яка включала дієту з обмеженням жирів та медикаментозну терапію з призначенням:

- 1) кальцію глюконату (10-відсотковий розчин внутрішньом'язово по 10 мл щоденно);
- 2) антигістамінних препаратів – Алерону (по 1 табл. 1 раз на добу);
- 3) вітамінів  $B_6$ ,  $B_{12}$  внутрішньом'язово через день,  $N$  20;
- 4) Глутаргіну (по 1 табл. 3 рази на добу);



5) місцево: у прогресуючу стадію – Елоком крем на відкриті ділянки тіла, піритіон цинк – на інші ділянки; у стаціонарну стадію – кератолітична терапія.

Для пацієнтів основної групи курс релаксаційних тренінгів склав 10 сеансів. Основним завданням хворих було зниження рівнів електроміографічних показників та підвищення температури кінцівок за рахунок максимальної релаксації. Контрольні обстеження проводилися до та після (через 1 місяць) лікування з визначенням індексу *PASI*, психологічних досліджень та показників напруження адаптаційних реакцій серцево-судинної системи.

Обробка отриманих результатів проводилась за допомогою *Microsoft Excel* з визначенням середніх значень (*M*) і стандартних відхилень (*m*).

**Результати досліджень.** При проведенні дослідження враховувались анамнестичні дані. Дебют псоріазу найчастіше відзначався у віці від 21 до 40 років. У якості передбачуваної причини виникнення або загострення псоріатичного процесу пацієнти визначали психоемоційний стрес (смерть близьких людей, розлучення, звільнення з роботи, конфліктні ситуації в сім'ї та на роботі).

Хворі з поширеним вульгарним псоріазом склали основну частину – 48 (90 %); у 12 (20 %) хворих виявлено ексудативний псоріаз. Часті загострення захворювання спостерігались у 18 (30 %) хворих і у всіх пацієнтів відмічались в осінньо-зимовий період. Псоріаз супроводжувався суб'єктивними симптомами (печіння, свербіж різного ступеня інтенсивності); найбільш виражений свербіж спостерігали у пацієнтів з ексудативною формою псоріазу (20%).

З метою дослідження показників ВСР були сформовані 3 групи:

- хворі на псоріаз з підвищеною вагою ( $n = 30$ );
- контрольна група – хворі на псоріаз з нормальною вагою ( $n = 30$ );
- контрольна група – практично здорові особи ( $n = 15$ ).

Показники ВСР представлені в табл. 23.1.

Таблиця 23.1 - Показники ВСР у хворих на псоріаз

Показник	Розмірність	Здорові	Хворі на псоріаз	Хворі на псоріаз з підвищеною вагою
СКВ ( <i>SDNN</i> )	мс	57,19±21,32	43,61±17,92*	33,91±12,61*
<i>RMSSD</i>	мс	53,47±13,02	44,13±26,13*	35,31±13,14*
ВР	мс	282,62±80,41	218,83±69,45*	187,35±56,41*
Мода	мс	792,71±78,28	822,14±174,41*	806,81±151,93*
Амо	%	39,10±11,08	50,21±12,89*	56,71±15,15*
ІВР	l	156,89±109,5	254,45±142,56*	342,32±175,38*
ІН	l	105,81±89,36	175,95±126,08*	225,85±138,62*
ІЦ	l	0,41±0,13	0,80±0,55*	0,66±0,33*
ПАРС	l	2,78±1,65	1,62±1,43	2,44±1,3
ІАП	l	1,62±0,84	2,13±1,18	2,47±1,68
<i>LF/HF</i>	l	0,63±0,35	1,067±0,67*	0,89±0,36
<i>VLF</i>	мс <sup>2</sup>	789,55±568,09	475,61±380,77	319,05±333,79*
<i>LF</i>	мс <sup>2</sup>	688,18±471,55	434,61±411,54	219,35±161,23*) **
<i>HF</i>	мс <sup>2</sup>	1389,49±1187,41	634,41±870,56*	298,19±214,09*

ПРИМІТКА: \* –  $p < 0,05$  різниця достовірна у порівнянні зі здоровими,

\*\* –  $p < 0,05$  різниця достовірна між групами хворих на псоріаз з нормальною та підвищеною вагою.

Показник *SDNN* був достовірно нижче у хворих на псоріаз обох груп у порівнянні зі здоровими, що свідчить про посилення симпатичної регуляції, яка пригнічує активність автономного контуру. На відміну від хворих контрольної групи, спостерігались порушення центральних механізмів регуляції ВСР з дисбалансом ВНС, що залежало від наявності надмірної ваги. При цьому у хворих на псоріаз з нормальною вагою показники характеризувалися збільшенням тонуусу симпатичної нервової системи зі зниженням потужності високочастотного компонента спектра (*HF*) і збільшення індексу напруження. У хворих на псоріаз з підвищеною вагою були виявлені більш глибокі порушення ВСР і, окрім зниження тонуусу парасимпатичної відділу ВНС, спостерігалось збільшення тонуусу симпатичної нервової системи, що відображає комбіновані порушення центральних механізмів регуляції серцевого ритму (збільшення ІН та зниження ВР). У хворих також відмічались:

- послаблення зв'язків між центральним та автономними контурами управління серцевим ритмом;
- зменшення активності підкіркових нервових центрів;
- невідповідність активності процесів регуляції рівню функціонування систем кровообігу, – про що свідчить зниження високочастотної (*HF*) і низькочастотної складової спектру (*LF*).

Таким чином, статистичні показники у хворих на псоріаз достовірно нижчі, ніж у здорових; при цьому псоріаз викликає порушення центральних механізмів регуляції серцевого ритму з дисбалансом ВНС у бік переважання симпатичних впливів, які більш виражені при наявності надмірної ваги.

У хворих були визначені антропометричні характеристики з оцінкою індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували за формулою Кетле:

$$ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / [\text{зріст (м)}]^2.$$

У ході дослідження встановлено, що всі пацієнти, які приймали участь у дослідженні, мали підвищену вагу; було виявлено:

- ожиріння першого ступеня – у 18 (30 %) хворих;
- другого – у 18 (30 %);
- третього – у трьох (5 %) хворих.

Тяжкість захворювання оцінювали шляхом визначення індексу *PASI*. У табл. 23.2 та на рис. 23.1 наведено динаміку індексу *PASI* у хворих на псоріаз основної групи та групи порівняння.

Таблиця 23.2 - Динаміка індексу *PASI* у хворих на псоріаз з надлишковою вагою в процесі лікування

Група	Загальний <i>PASI</i> до лікування	Середньо-тяжкий ступінь $10 < PASI \leq 30$	Тяжкий ступінь $PASI > 30$	Загальний <i>PASI</i> після лікування	Середньо-тяжкий ступінь $10 < PASI \leq 30$	Тяжкий ступінь $PASI > 30$
Група порівняння (стандартна терапія)	28,7±2,49	24,3±1,89	35,4±1,93	15,6±1,69*	11,6±1,47*	19,3±1,26*
Основна група (стандартна терапія + ТМ-тренінг)	29,8±2,49	24,8±1,91	36,4±1,92	8,0±0,24**	7,23±0,08**	10,57±0,26**

Примітка: \* –  $p < 0,05$  у порівнянні з показниками до лікування;  
 \*\* –  $p < 0,05$  у порівнянні з показниками до лікування і з показниками хворих, що отримували стандартну терапію.



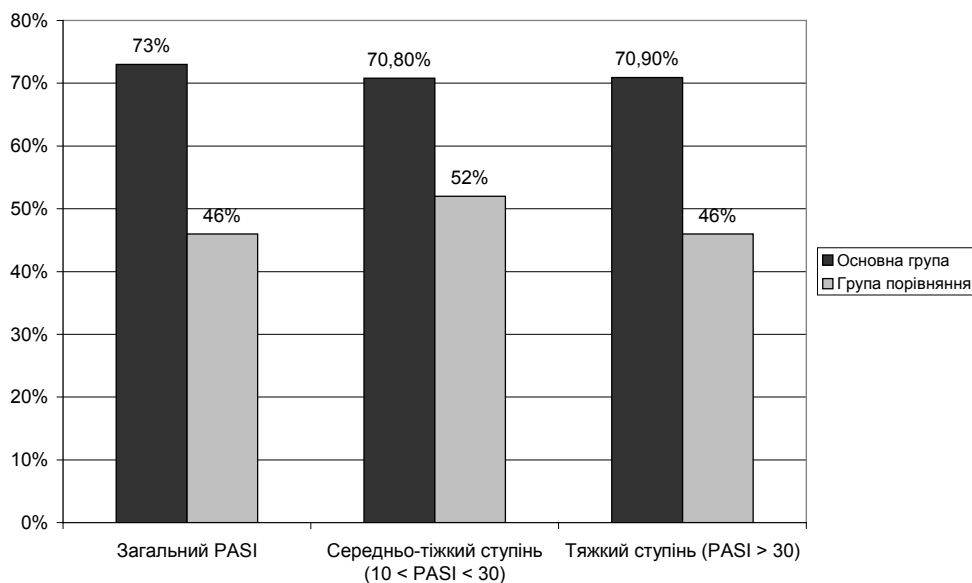


Рисунок 23.1 Динаміка індексу *PASI* у хворих на псоріаз з надлишковою вагою в процесі лікування (зниження індексу *PASI* у відсотках).

Як свідчать дані, наведені у табл. 23.2, у загальній групі хворих на псоріаз після проведеного стандартного лікування відбулося статистично значиме зниження індексу *PASI* з  $28,7 \pm 2,49$  до  $15,6 \pm 1,69$  – на 46 % (у табл. 23.2 наведено динаміку індексу у процентному співвідношенні). При цьому в групі хворих із середнім ступенем тяжкості дерматозу значення *PASI* зменшилось з  $24,3 \pm 1,89$  до  $11,6 \pm 1,47$  (на 52 %), а в групі хворих з тяжким перебігом – з  $35,4 \pm 1,93$  до  $19,3 \pm 1,26$  (на 46 %). Даний результат не можна вважати задовільним, тому що, згідно з клінічними рекомендаціями терапії псоріазу, критерієм ефективності лікування вважається зниження цього індексу мінімум на 75 %. У той же час, у хворих на псоріаз, що отримували комплексну терапію, відбулося статистично значиме зниження індексу *PASI*:

- у загальній групі хворих, що отримували комплексну терапію, – на 73 %;
- у групі хворих із середнім ступенем тяжкості – на 70,8 %;
- у групі хворих з тяжким перебігом – на 70,9 %.

Таким чином, комплексне лікування є більш ефективним; при цьому зниження індексу у хворих, що отримували терапію з використанням температурно-міографічного тренінгу, статистично значимо відрізнялося від того, що було у хворих, що отримували лише стандартну терапію.

У проведеному нами дослідженні у хворих на псоріаз психологічні проблеми були виявлені в усіх без виключення, навіть коли пацієнт на первинному прийомі стверджував, що їх у нього немає. У процесі обстеження виявлялося, що психологічні проблеми у хворих присутні, а ствердження, що психічних порушень немає, носило захисний характер: хворий намагався відгородитися від цих проблем, як би не помічаючи їх. У силу цього,

при підборі терапії конкретному пацієнтові важливим стає діагностика всього комплексу коморбідності і його впливу на якість життя пацієнта.

При вивченні тривожності на підставі опитувальника Спілбергера–Ханіна вивчалася кількісна характеристика особистісної тривожності (ОсоТ) і реактивної тривожності (РеаТ). Пацієнти самостійно заповнювали опитувальники перед призначенням будь-якого лікування. Результати дослідження тривожності у хворих і здорових осіб та в процесі лікування за опитувальником Спілбергера–Ханіна представлені в табл. 23.3.

У хворих на псоріаз показники тривожності:

- реактивна тривожність –  $49,67 \pm 0,67$  балів;
- особистісна тривожність –  $55,37 \pm 0,36$  балів, –

були істотно і статистично значимо ( $p < 0,001$ ) підвищені у порівнянні зі здоровими особами у контролі:

- РеаТ –  $32,20 \pm 0,44$  балів;
- ОсоТ –  $31,87 \pm 0,64$  балів.

Усе це свідчило про значний вплив соматичного захворювання на психоемоційний статус хворих з псоріатичною хворобою.

У ході лікування спостерігалось статистично значиме зниження показників реактивної та особистісної тривожності ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з хворими, що лікувалися традиційним методом; дані представлені в табл. 23.3.

Оскільки реактивна тривожність відображає суб'єктивні емоційні переживання (за непокоєння, заклопотаність) з приводу будь-якої ситуації, то виявлене нами високе значення цього показника вказує на виражене психоемоційне напруження пацієнтів. У свою чергу, особистісна тривожність є відносно стійкою індивідуальною характеристикою, навиком реагування і сприйняття досить широкого кола ситуацій. Тому істотне підвищення значення цього показника було свідченням формування стійкої риси характеру хворих, що виявляється постійною тривожністю.

## Висновки

1. Псоріаз є хронічним захворюванням, клінічні ознаки якого, а іноді й лікування, яке їх ускладнює, можуть погіршувати якість життя пацієнта. Слід зазначити, що по мірі прогресування псоріазу у хворих з підвищеною вагою психоемоційні порушення закріплюються і формують стереотипи харчової поведінки як спосіб психологічного захисту. Це вказує на необхідність зміни харчових поведінкових стереотипів і формування адаптації особистості до зниження надмірної ваги шляхом психотерапевтичної корекції.

2. У терапії псоріазу, що протікає з психологічними розладами, найбільш доцільний комплексний підхід, який передбачає поєднане використання дерматотропних засобів та корекцію психоемоційного стану хворих. При цьому деякі автори відзначають, що недооцінка стресорних факторів і психологічних розладів при псоріазі позбавляє ефективного лікування хворих.

3. Дослідження показників ВСР представляє собою інформативний неінвазивний метод, що дозволяє оцінити вегетативну регуляцію серцевого ритму у хворих на псоріаз.

Тому ми рекомендуємо систематичне вивчення ВСР у всіх хворих на псоріаз для раннього виявлення змін вегетативної нервової системи та подальшої корекції цих порушень.

4. Система ланцюгів і завдань психокорекційної роботи при ожирінні залежить від вікових, особистісних, соціально-психологічних і мотиваційних факторів і повинна базуватися на виявленні та корекції тих особистісних характеристик, які сприяють становленню гіпераліментації та гіподинамії, як форми патологічного реагування на психотравму. У даному аспекті використання методів біологічного управління набуває пріоритетного напрямку і потребує подальших досліджень з метою підвищення ефективності терапії, покращення якості життя хворих та зниження частоти виникнення ускладнень у хворих на псоріаз, особливо у хворих з наявністю коморбідних станів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Андрашко Ю. В.* Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе / Ю. В. Андрашко, Б. В. Литвиненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 1. – С. 29-33.
2. *Баевский Р. М.* Математический анализ сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский, О. И. Кириллов, С. З. Клецкин // М.: Наука. – 1984. – 258 с.
3. *Веневцева Ю. Л.* Показатели варабельности ритма сердца в оценке уровня адаптации лиц молодого возраста / Ю. Л. Веневцева, А. Х. Мельников, Л. Н. Корнеева // Вестник аритмологии. – 2000. – № 16. – С. 53 – 55.
4. *Грядыкина Г. В.* Анализ вариабельности ритма сердца / Г. В. Грядыкина, А. В. Соболев // Кардиология. – 1996. – № 10. – С. 87 – 97.
5. *Данилов С. И.* Медико-социальные факторы риска обострений хронических дерматозов / С. И. Данилов, О. С. Нечаева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 1. – С. 60 – 62.
6. *Шкірні та венеричні хвороби: підручник* / За ред. М. О. Дудченка. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2007. – 240 с.
7. *Каленська О. В.* Псоріаз: етіологія, патогенез, клініко-морфологічна картина, принципи лікування / О. В. Каленська, Л. В. Каленська, О. Г. Курик // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - № 3 (34). – С. 5-9.
8. *Кочергин Н. Г.* Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза / Н. Г. Кочергин, Л. М. Смирнова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 4. – С. 11-15.
9. *Коркушко А. В.* Методы анализа и возрастные нормы вариабельности ритма сердца / А. В. Коркушко, В. Б. Шатило, А. В. Писарук // Мат. I Международ. науч. конф. «Анализ вариабельности ритма сердца в клинической практике». – 2002. – С. 193-213.
10. *Мавров И. И.* Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: руководство для врачей, интернов, студентов / И. И. Мавров, Л. А. Болотная, И. М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
11. *Молочков В. А.* Псориаз и псориагический артрит / В. А. Молочков // М., 2007. – 197 с.
12. *Попов В. В.* Вариабельность сердечного ритма: возможности применения в физиоло-

- гии и клинической медицине / В. В. Попов, Л. Н. Фрицше // Український медичний часопис. - К., 2006. - № 3-4. - С. 24-32.
13. Песляк М. Ю. Модель патогенеза псориаза. Часть 1. Системный псориагический процесс / М. Ю. Песляк. – М.: Эко-Трендз, 2010. – 72 с.
  14. Хэбиф Т. П. Кожные болезни: диагностика и лечение / Под. ред. А. А. Кубановой. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 672 с.
  15. К проблеме психогенных дерматозов / А. Д. Юцковский, Н. С. Дубняк, Е. Б. Федорова, А. А. Фронек // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С. 29-32.
  16. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospitalbased case-control study / P. Gisondi, G. Tessari, A. Conti *et al.* // Br. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 157, No 1. – P. 68-73.
  17. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management / M. D. Herron, M. Hinckley, M.S. Hoffman *et al.* // Arch. Dermatol. – 2005. – Vol. 141, No 12. – P. 1527-1534.
  18. Standards of heart rate variability // Eur. Heart J. – 1996. – Vol. 17. – P. 354-381.
  19. Kranitz L. Biofeedback applications in the treatment of cardiovascular diseases / L. Kranitz, P. Lehrer // Cardiol. Rev. – 2004. – Vol. 12. – P. 177-181.
  20. Prevalence and risk factors of atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis / O. Kimhi, D. Caspi, N. Borstein *et al.* // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65 (Suppl. 11). – P. 214.
  21. Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease / L. Mallbris, F. Granath, A. Hamsten *et al.* // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – Vol. 54, No 4. – P. 614-621.
  22. Pacan P. Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris / P. Pacan, J. C. Szepietowski, A. Kiejna // Dermatol. Psychosom. – 2003. – Vol. 4. – P. 142-145.
  23. Psoriasis and serum lipid abnormalities / A. Pietrzak, G. Chodorowska, D. Krasowska *et al.* // Dermatologic Therapy. – 2010. – Vol. 23, No 2. – P. 160-173.
  24. Schafer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective / T. Schafer // Dermatology. – 2006. – Vol. 212, No 4. – P. 327-337.
  25. Wayne P. G. Comorbidities associated with psoriasis in the Newfoundland and Labrador Founder population / P. G. Wayne, T. Zohair // 1<sup>st</sup> World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference 2006, Abstract. – Stockholm, 2006. – Vol. 53. – P. 3.