

Особливості клінічних проявів, перебігу та диференційованої терапії у хворих на псоріатичну хворобу курців тютюну

(клінічна лекція)

О.А.Лісницький

Асистент кафедри дерматовенерології та косметології з циклом ФПО ЗДМУ

Псоріаз є одним з найбільш поширених дерматозів і продовжує залишатись однією з важливих медико-соціальних проблем. Питома вага хворих на цю недугу в загальній структурі захворюваності шкірними хворобами, за даними різних авторів, становить 2 - 10%. В то й же час ряд авторів стверджують, що доля пацієнтів серед дерматологічних хворих складає 12 - 15%, а серед дітей навіть 19 - 22%. Згідно даних літератури, частота захворюваності псоріазом складає 57,6 – 60,4 на 100000 населення. За приблизними підрахунками експертів ВООЗ у світі псоріазом хворіють близько 200 мільйонів людей і їх кількість постійно збільшується.

Важливість проблеми псоріазу визначається не лише поширеністю цього дерматозу, але і його хронічно-рецидивуючим перебігом, частим розвитком ускладнених клінічних форм, що зумовлює тривалу втрату хворими працездатності, а іноді повну інвалідизацію в молодому віці. По даним багатьох авторів, щорічні збитки, пов'язані із захворюваністю псоріазом, вираховуються мільйонами доларів. В Україні за останні роки спостерігається ріст захворюваності серед осіб від 18 до 40 років, а також у дітей. Так, по даним деяких авторів, в Україні від 2% до 3,5% населення хворіють на псоріаз. У останні десятиліття відслідковується тенденція до збільшення кількості хворих на тяжкі форми цього дерматозу, особливо серед чоловіків. Згідно думки ряду дослідників, вирогідними чинниками відповідної тенденції є наслідки аварії на Чорнобильській АЕС та певні особливості клімато-географічних умов конкретного регіону.

Таким чином, псоріаз – це не лише медична, а й важлива соціальна проблема, яка вимагає подальших теоретичних і експериментальних розробок.

За останні роки все більше уваги приділяється поглибленому вивченню патогенезу псоріатичної хвороби. Врахування відповідних новітніх даних сприяє розробці раціонального, індивідуалізованого лікування хворих, зокрема, надаючи перевагу препаратам, які можуть впливати на ті, чи інші ланки патогенезу, що вимагають корекції. Псоріатична хвороба розглядається, як система захворювання при якому патологічні зміни відбуваються не лише в шкірі, а і в багатьох інших системах і органах – у шлунково-кишковому тракті, імунній системі, центральній та вегетативній нервових системах, тощо.

Відсутність уніфікованих методів лікування, що забезпечували б стійкий терапевтичний ефект, тривалий та рецидивуючий перебіг, нестерпний свербіж, що призводить до порушення сну, створює нездоровий психологічний мікроклімат в сім'ї, погіршення якості життя, втрата працездатності в молодому віці – все це обумовлює не лише медичну та соціальну, а й економічну значимість проблеми псоріазу.

Сучасний рівень знань дозволяє визначити псоріаз як системне захворювання, в патогенезі якого важливу роль відіграють імунні зрушення, тобто як імунно-цитокіно-залежний дерматоз.

Паління тютюну серед осіб, хворих на псоріатичну хворобу залишається розповсюдженою звичною та є багатогранною проблемою, яка має медичний, соціальний, психологічний та економічний аспекти.

Відомо, що паління тютюну значно впливає на особливості перебігу, клінічних проявів та прогноз багатьох захворювань внутрішніх органів та шкіри через суттєві зміни деяких біохімічних показників, центральної та вегетативної нервової, а також імунної системи.

Існуючі дослідження, в яких визначалася роль паління тютюну при псоріазі, як правило, обмежувалися лише констатацією факту про негативний вплив паління на ризик виникнення псоріатичної хвороби у курців тютюну, але детально не вивчалися можливість впливу цього поширеного несприятливого фактору на перебіг та клінічні прояви дерматозу, патогенетичні імунологічні та нейровегетативні зміни, а внаслідок вказаного – не призначалися індивідуалізована комплексна терапія псоріазу у хворих – курців. Тому лікування псоріатичної хвороби у хворих курців тютюну залишається невирішеною проблемою, в якій доцільне дослідження впливу тютюнопаління на ведучі ланки патогенезу захворювання із подальшим урахуванням їх у комплексній індивідуалізованій терапії.

Паління тютюну є багатогранною проблемою, що має медичний, соціальний, психологічний та економічний аспекти. Обсяг українського тютюнового ринку оцінюється у 80 млрд. штук сигарет на рік, тобто понад 4 сигарети на день на кожного жителя України. За споживанням тютюну в абсолютних цифрах Україна посідає 17-те місце у світі, 1,5% світової тютюнової продукції споживається в Україні, тоді як її населення складає лише 0,8% від населення землі. За потужність тютюнова промисловість України посідає 20-те місце у світі, що є досить високим показником на фоні загальної економічної нестабільності.

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) виділяє паління тютюну в окрему нозологічну одиницю (F 17). Захворювання може бути представлене гострою інтоксикацією (F 17.1), синдромом залежності (F 17.2), абстиненцією (F 17.3) та ін. очевидно, що всі курці, а також багато з них, хто кинув палити, потрапляють під одну з цих рубрик, тому паління завжди є хворобою.

Специфіка паління як хвороби полягає в тривалому малосимптомному перебігу та відсутності на початкових етапах вираженого негативного впливу на здоров'я. Нікотинова залежність повинна розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики й відповідного лікування.

Установлено, що паління як агресивний фактор ризику сприяє виникненню та прогресуванню хвороб органів дихання, серцево-судинних захворювань, негативно впливає на психоемоційну сферу, погіршує перебіг гастроентерологічних і дерматологічних захворювань, викликає сексуальні розлади, збільшує ризик онкологічних захворювань тощо.

Доведено, що паління тютюну є найбільш вагомою причиною розвитку хронічних захворювань легень. За даними багатьох авторів, паління впливає на формування атопічного синдрому, тому у дітей, народжених у сім'ях, де палять, частіше діагностують бронхіальну астму. З віком погіршується прохідність дихальних шляхів і тим чутливіший організм хворого до тютюнового диму. З віком погіршується прохідність дихальних шляхів, що відображається в щорічному зниженні об'єму форсованого видиху за 1 секунду на 0,02 – 0,04 л, а паління прискорює цей процес у 2 – 3 рази. Незважаючи на велику кількість досліджень, у яких розглядається взаємозв'язок між палінням і захворюваннями органів дихання, практично відсутні роботи про вплив паління на функцію зовнішнього дихання та розвитком патології дихальної системи у молоді. Паління у молоді набуло масового характеру і є одним з найнегативніших нав'язливих станів.

На сучасному етапі розвитку медицини в цілому та дерматовенерології зокрема все частіше увагу привертає вивчення параметрів якості життя (ЯЖ) ВООЗ визнає ЯЖ як індивідуальне співвідношення свого стану в суспільстві із завданням (бажаннями) даного індивідуума, з його планами, можливостями та ступенем загальної невлаштованості. Дослідження ЯЖ у курців, зокрема хворих на псоріаз, в Україні відсутні. Встановлення відповідних змін у курців також може стати одним з потужних мотиваційних напрямків у спонуканні хворих до відмови від паління.

Для вивчення зв'язку індивідуальних особливостей хворих з тютюнопалінням використано методику визначення ЯЖ за допомогою загального питальника МОЗ SF – 36. з'ясовано такі показники, як фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, біль, життєздатність, соціальна активність, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я, загальне здоров'я, стан здоров'я порівняно з тим, що було рік тому. Вони відображалися в балах до належних величин. На основі отриманих даних і рекомендацій обчислені показники ЯЖ у обстежених хворих.

У дослідженні були охарактеризовані такі аспекти формування звички паління тютюну: залучення хворих до паління; аналіз мотивів залучення до паління, ставлення досліджених до реклами цигарок, до боротьби з палінням; з'ясувалось, чи потребують досліджені допомоги, щоб кинути палити.

Соціально-демографічний метод вжито для аналізу факторів, які впливали на формування й наступний перебіг тютюнопаління в обстежуваного контингенту. Під час опитування та вивчення документів збиралась необхідна інформація про респондентів, зокрема про стан здоров'я, спадковість, шкідливі звички. Для визначення нікотинової залежності у курців використовували питальник К.О.Fagerstrom.

Для оцінки стану вентиляційної функції легень у досліджених хворих на псоріаз курців тютюну проведена спірометрія за допомогою комп'ютерного спірограма vitalograph – Alpha (Німеччина). Вивчались стандартні показники функції зовнішнього дихання: життєва ємкість легень (ЖЕЛ), форсована життєва ємкість легень (ФЖЕЛ), максимальна вентиляція легень (МВЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду, максимальна об'ємна швидкість повітря на рівні видиху 25, 50 та 75% ФЖЕЛ (МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅), пікова швидкість видиху (ПШВ).

Ступінь насичення артеріальної крові киснем визначали за допомогою пульсоксиметра «Ютасокси – 201». Пульсоксиметрія – широко доступний спосіб, що дає змогу тривало і безпосередньо спостерігати за ступенем насичення артеріальної крові киснем.

Ми обстежили 40 хворих на псоріатичну хворобу, що палили тютюн 5 років і більше, і 40 хворих на псоріаз, які не зловживали тютюном. У курців тютюну псоріатична хвороба характеризувалася деякими клінічними особливостями: частіше були розповсюджені форми дерматозу, нерідко були уражені нігті, у 11 із 40 скаржились на артралгії, була відмічена торпідність до терапії, скорочення періоду ремісії, тяжким перебігом рецидивів.

У результаті проведеної роботи нами встановлено, що рівень паління суттєво вищий у хворих чоловічої статі в кожній віковій групі. Доведено, що хворі жіночої статі швидше звикають до регулярного вживання тютюну, хоча раніше палити починають чоловіки. Значний інтерес становить вивчення мотиваційних факторів, що сприяють залученню до тютюну. Аналіз свідчить про негативний вплив соціального оточення, а також дозволяє зробити припущення про роль психологічних негараздів у формуванні шкідливих звичок. Це дає можливість визначити спрямування психологічно-педагогічних корекційних заходів.

Досить велика кількість хворих курців тютюну відзначає зв'язок між інтенсивністю паління і поганим настроєм, особливо жінки. Переважна більшість, особливо чоловіки, вважає, що паління допомагає у спілкуванні та встановленні контактів із людьми. З точки зору опитуваних тютюнопаління може бути ознакою внутрішнього дискомфорту, внутрішніх психологічних проблем.

Більшість хворих курців тютюну вважають, що боротьба з палінням необхідна, але є недостатньо інтенсивною, та впевнені, що лікарі байдуже ставляться до факту вживання хворими тютюну. Кожен третій серед опитаних ніколи не зустрічався з заходами, спрямованими на боротьбу з палінням,

пропагандою відмови від вживання тютюну, а 58% зустрічалися з антислюкінговими програмами лише епізодично, що є свідченням пасивної позиції суспільства й держави щодо формування антинікотинового настрою. Переважна кількість хворих підтримує заборону реклами тютюнових виробів та визначає паління дуже важливою медичною, психологічною та соціальною проблемою, яку слід вирішувати на державному рівні.

Одержані нами результати дають підстави стверджувати, що проблема паління є багатофакторною. У першу чергу це пов'язано з інтенсивним зростанням цієї розповсюдженої звички, різноспрямованістю причин, що її формують, нерозумінням як курцями, так і оточенням трагічних наслідків тютюнопаління. Тому й антислюкінгова діяльність має, з одного боку, базуватись на агресивному ставленні до курців, з іншого – впливати на ті фактори, що ініціюють тютюнопаління. Ці підходи можуть бути підсилені низькою фактів та матеріалів, а саме: оцінкою тих змін, що відбуваються в органах – мішенях під впливом паління, тому ми вивчали функцію зовнішнього дихання у досліджуваних хворих.

За даними спірографічного обстеження, в курців і у зловживаючих палінням до провокаційної проби нами було встановлено певну різницю в показниках функції зовнішнього дихання.

Відзначено, що ЖЕЛ не відрізнялась від норми. У хворих на псоріаз курців тютюну, порівняно з хворими, які не палять тютюн, виявлено вирогідно нижчий показник ФЖЕЛ. Показник МВЛ в обох порівнюваних групах майже не відрізнявся. Вирогідно гіршим у нікотинзалежних виявився показник ОФВ₁ – $73,2 \pm 15,8\%$ порівняно з $88,6 \pm 19,5\%$ у непалячих. Надалі ми порівнювали такі швидкісні показники, як МОШ на рівні видиху 25%, 50% та 75% ФЖЄЛ. Помітна лише тенденція до їх зниження у курців тютюну. Отримані дані дали підстави вважати, що у обстежених хворих є прихована обструкція бронхів без видимих клінічних проявів.

Аналізуючи вентиляційну функцію легень залежно від статі, ми встановили, що зниження показників відбувається в основному за рахунок змін у хворих чоловічої статі. Паління у осіб жіночої статі тривалий час не впливає на зміни ФЗД, що, вірогідно, пов'язано з особливостями вегетативного та гормонального статусів і більш вираженими адаптаційними механізмами.

Тест із фізичним навантаженням проведено порівняно у двох групах, та в зв'язку зі статтю й інтенсивністю паління з подальшим дослідженням вентиляційної функції легень.

Встановлено, що провокаційний тест у курців суттєво вплинув на показники ФЖЄЛ, що був істотно нижчим за нормальні величини і складав у середньому $64,0 \pm 12,8\%$. У хворих, які не палили тютюну цей показник відповідає нормальному рівню – $76,4 \pm 16,4\%$. Аналізуючи зміни з боку швидкісних показників, ми виявили, що фізичне навантаження у курців тютюну, більшою мірою, ніж у здорових,

призводить до падіння після провокаційного тесту $ОФВ_1 - 70,8 \pm 14,8\%$. У непалючих даних показник не відрізнявся від норми – $83,8 \pm 18,9\%$. Аналогічні дані отримані щодо МОШ на рівні видиху 50% і 25% РЖЄЛ.

Одержані дані дають підстави вважати, що фізичне навантаження як провокаційний фактор у курців порівняно з непалючими призводить до більш вираженої варіабельності швидкісних показників. Це може свідчити про те, що курці схильні до розвитку синдрому гіперреактивності бронхів, який, як відомо, надалі внаслідок накопичення негативних ефектів може трансформуватися в стійку обструкцію.

Усі біохімічні процеси в організмі людини, зокрема на рівні окремої клітини, здійснюються з використанням енергії, яка виробляється у процесі згорання вуглеводів, білків і жирів і завдяки наявності кисню.

Кисень надходить у організм під час вдиху повітря і розноситься кровоносними судинами до всіх клітин. У процесі окислення утворюється три кінцеві продукти – енергія, вода і вуглекислий газ. Потреба в кисні змінюється залежно від ступеня функціональної активності організму та інших чинників, зокрема порушення функціонального стану і легенево – серцевого апарату, властивого для легеневих захворювань.

Однак не все повітря, яке потрапляє в легені, бере участь у газообміні. Це повітря анатомічного мертвого простору і та частина його, котра надходить у ділянки легень зі зниженим чи відсутнім капілярним кровоплином (фізіологічний мертвий простір). Обмін газів між альвеолярним повітрям і кров'ю легеневих капілярів здійснюється шляхом дифузії їх через альвеолярно – капілярну мембрану.

До зниження дифузії легень при їх захворюваннях, особливо курців тютюну, призводять ті процеси, котрі супроводжуються зменшенням площі газообміну, змінами фізичного – хімічних властивостей альвеолярно – капілярної мембрани легень. Вагому роль у дифузії відіграють не лише на зворотні органічні, а й функціональні (дистрофічні, ексудативні) та інші зміни альвеолярно – капілярної мембрани, характерні для запального процесу в легенях з активним перебігом. Цим можливо пояснити виразне відновлення зниженої дифузії при гострій пневмонії, гострому абсцесі. Таким чином, вивчення ступеня насичення крові киснем при кожному захворюванні, а також у курців тютюну, важливе з точки зору як лікування, так і прогнозу.

Пульсоксиметрія була вивчена у 40 хворих на псоріаз, курців тютюну і 40 хворих на псоріаз, які не зловживали курінням, чоловіків – 60, жінок – 20, у віці 20 – 50 років. Контрольну групу склали 20 здорових осіб.

Так, сатурація крові киснем у здорових осіб складала $97,72 \pm 0,18\%$ у чоловіків і $98,48 \pm 0,16\%$ - у жінок. У хворих на псоріаз, які не палили тютюн, як і у здорових осіб, ступень насичення артеріальної крові киснем була $97,42 \pm 0,29\%$ у чоловіків і $98,1 \pm 0,25\%$ у жінок ($p > 0,05$). В той же час, виразне зниження сатурації

крові киснем було виявлено у хворих на псоріаз, курців тютюну, у порівнянні з хворими на псоріаз, які не палять тютюну, і здорових осіб ($p > 0,01$). Так, ці показники у дослідженій групі склали $93,42 \pm 0,16\%$ у чоловіків і $95,22 \pm 0,21\%$ у жінок зниження сатурації крові киснем у курців тютюну можливо зв'язати зі зниженням процесів дифузії, яке зумовлено як зменшенням площі газообміну, так і переважно функціональними, перехідними дистрофічними, ексудативними та іншими змінами альвеолярно – капілярної мембрани, котрі найбільш властиві хронічному процесу в легенях.

Ми у 40 досліджених хворих на псоріаз, які палили тютюн, і у 40 – які не зловживали нікотинном вивчили показники ліпідного обміну. Так, якщо ліпіди у здорових пацієнтів складав $4,66 \pm 0,64\%$ ммоль/л, то у хворих на псоріаз, які не палили, він був на рівні $5,98 \pm 1,12$ ммоль/л, а у хворих на псоріаз, курців тютюну – $6,52 \pm 1,02$ ммоль/л. ліпіди низької щільності склали, відповідно: $2,86 \pm 0,32$ ммоль/л; $2,84 \pm 0,89$ ммоль/л і $2,92 \pm 0,78$ ммоль/л, а високої щільності - $1,42 \pm 0,68$ ммоль/л, $1,24 \pm 0,82$ ммоль/л і $1,38 \pm 0,84$ ммоль/л. Холестерин був дещо підвищен у хворих на псоріаз, які не палять - $5,03 \pm 1,03$ ммоль/л, а які палять - $5,41 \pm 0,82$ ммоль/л (норма - $4,51 \pm 0,86$ ммоль/л); особливо, фосфоліпіди, відповідно - $3,01 \pm 1,32$ ммоль/л і $2,91 \pm 1,18$ ммоль/л (норма - $0,7 \pm 0,08$ ммоль/л). Тригли цериди були на рівні у здорових людей.

Таким чином, при вивченні жирового обміну у хворих на псоріаз, особливо у курців тютюну, встановлено статистично значимо підвищення рівня загальних ліпідів, а також збільшення кількості фосфоліпідів.

Ми також вивчили комплексно вміст ФНП_α і деяких лейкоцитів у периферичній крові у хворих на псоріаз які палили тютюн. Вміст у сироватці крові ФНП_α, а також інтерлейкінів 1, 2, 4, 6 виявляли за допомогою імуноферментних тест – систем виробництва ВАТ «Протеїновий контур (Росія); ИЛ – 8 імуноферментних тест – систем виробництва «Diaclone» (Франція).

Фактор некрозу пухлини - α (ФНП_α) - активний ендогенний медіатор, який бере участь у розвитку системних і місцевих запальних і імунопатологічних реакцій при різних захворюваннях. По своїй природі ФНП_α є металлопротеїном, негликозилюваним білком, який секретується активованими макрофагами і моноцитами в присутності іонів кальцію. Оскільки ФНП_α з'являється в крові на самих ранніх етапах розвитку запальної реакції, він разом з іншими інтерлейкінами запалення чинить активуючу дію на нейтрофіли людини, змінюючи їх адгезивність, хемотаксическую і ферментативну активність. Вивчення ФНП_α при псоріазі присвячені поодинокі роботи, в яких висловлюється припущення, що, по-перше, ФНП - α прямо або побічно впливає на клітинну проліферацію та інфільтрацію псоріатичних бляшок, а по-друге - включається в реакції регулювання порушеного при псоріазі ліпідного обміну, оскільки відома

здатність ФНП_α пригнічувати активність ліпопротеїнліпази, що впливає на нормальне накопичення жирів в організмі.

Аналіз проведених імунологічних досліджень показав, що у хворих на псоріаз, ФНП_α був різко підвищений, як у не палячих (328,01±26,13 нкг/мл), а особливо у курців тютюну (362,4±18,4 мкг/мл), у порівнянні з контрольною групою (55,6±1,8 нкг/мл).

Порівняльний аналіз вмісту ФНП_α показав найбільш високий рівень його був у хворих з тяжким перебігом дерматозу, а також у хворих на артропатію, пустульозний та ексудативний дерматоз.

На відміну від нормальних фізіологічних умов, коли ФНП_α функціонує як імунорегуляторний медіатор, забезпечувавший зріст, проліферацію і диференціювання різних типів клітин, активацію Т – і В – лімфоцитів, а також регуляцію апоптоза, отримані результати свідчать про гіперпродукцію сироваточного ФНП_α при псоріазі, що можливо зв'язати як з порушеннями процесу апоптоза, так із спроможністю ФНП_α викликати гостре запалення дерми.

У хворих на псоріаз, особливо у вживаючих тютюн, відмічено, у порівнянні зі здоровими особами, підвищений вміст у периферичній крові інтерлейкінів. Так, якщо ІЛ – 1в у здорових осіб складав 27,32±2,1 нкг/мл, то у хворих на псоріаз, які не палять, він був на рівні 42,3±1,6 нкг/мл, а у курців тютюну – 49,62±1,88 нкг/мл; а ІЛ – 2, відповідно, - 27,2±2,1 нкг/мл, 49,7±4,2 нкг/мл, 71,31±8,6 нкг/мл; ІЛ – 4 - 32,6±1,6 нкг/мл, 38,3±3,2 нкг/мл і 44,1±18,2 нкг/мл; ІЛ – 6 – 17,8±1,0 нкг/мл, 48,4±1,2 нкг/мл, 56,2±10,9 нкг/мл, ІЛ – 8 - 33,9±2,1 нкг/мл, 61,4±1,2 нкг/мл, 67,06±1,14 нкг/мл.

Необхідно відмітити, що була тенденція до більш високого вмісту ІЛ – 16 і ІЛ – 4 у прогресуючій стадії дерматозу, а ІЛ – 2, - 8 та – 4 стаціонарній. Це свідчить про активацію гуморального імунітету.

Вивчення параметрів якості життя (ЯЖ) стає невід'ємним методом, що дозволяє оцінити ефективність лікувальних реабілітаційних заходів та зміни, що відбуваються навіть у дебюті різних патологічних станів. Показники ЯЖ суттєво доповнюють інформацію щодо клінічного статусу пацієнта, тому таке дослідження є дуже важливим у випадку паління, адже відомо, що інколи навіть тривале вживання тютюну не призводить до появи об'єктивних змін, а показники ЯЖ можуть мати мінімальні зміни в різних сферах діяльності людини.

Параметри ЯЖ порівнювалися в здорових та хворих на псоріаз - курців. Нами встановлено, що в загальній групі залежних від паління респондентів показники фізичного, психічного та загального статусів вірогідно нижчі, ніж серед осіб, які не палять. Особливо низькими виявилися загальний статус (що відбувалося за рахунок зниження життєздатності й погіршення здоров'я порівняно з тим, що було рік тому) та психічний статус (за рахунок емоційних проблем при виконанні буденної роботи порівняно зі здоровими та завдяки зменшенню

соціальної активності). Фізичний статус у курців також вірогідно знижений, але меншою мірою.

Ми порівняли ЯЖ серед жінок, які палять і здорових. Встановлено, що паління значно погіршує показники ЯЖ в осіб жіночої статі практично за всіма параметрами, особливо жінки відзначають погіршення перебігу псоріазу порівняно з тим, що було рік тому. У чоловіків, які палять, порівняно з тими, хто не палить, ми спостерігали аналогічну картину.

Диференційовано за статтю складається така ситуація: у жінок, які палять, вірогідно нижчий, ніж у чоловіків, загальний статус - $58,1 \pm 10,5$ бала проти $63,8 \pm 13,2$ бала. В осіб жіночої статі помітне значне погіршення перебігу псоріазу порівняно з попереднім роком - $48,8 \pm 19,8$ бала, у чоловіків також досить низький даний показник - $55,9 \pm 23,6$ бала. У жінок, які залежать від паління, більше, ніж у чоловіків, обмежена життєздатність - $62,8 \pm 14,1$ проти $67,2 \pm 16,8$ бала. Вірогідно нижчим у них є фізичний статус - $75,7 \pm 16,5$ бала порівняно з $82,4 \pm 16,8$ бала у чоловіків. Фізична активність жінок – курців також вірогідно нижча. Психічний статус тих, хто палить, низький, дещо нижчий він у жінок. У них вірогідно показники соціальної активності й психічного здоров'я. Тобто якість життя жінок, які палять, гірша, ніж у чоловіків – курців. Відповідно до питальника SF – 36 вірогідно зниженими виявились такі параметри: фізична активність, психічне здоров'я, соціальна активність, перебіг псоріазу. Отже, нами встановлено, що паління досить суттєво впливає на ЯЖ хворих на псоріаз – курців, особливо на осіб жіночої статі.

Список літератури:

1. Альтмаер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. – М.: ГЭОТАРМЕД. – 2003. – 1248с.
2. Дуров С.Д. Порівняння визначення насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем шляхом пульсоксиметрії та інвазивним методом у пацієнтів з полі травмою під час відлучення від респіатора // Укр. журн. екстрем.мед. ім. Г.О.Можаєва. – 2007. – № 4, т. 8. – с. 25 – 28.
3. Каданер Є.І. Комплексна терапія хворих на екзему курців тютюну // Автореф.канд. дисер. – Харків. – 2012. – с. 16.
4. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Корнага Н.В. Сатурація крові киснем у хворих на туберкульоз легень // Віст. наук.досл. – 2009. -№ 1. – с. 18 – 20.
5. П'ятночка І.І. та ін. Сатурація крові киснем при деяких легеневих захворюваннях // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – № 1(08). – 2012. - с. 74 – 77.

6. Слепченко Н.С. Вплив паління на функцію зовнішнього дихання, показники якості життя в підлітків // *Новости медицини и фармации. Аллергология и пульмонология.* – 2008. - № 246. – с. 21 – 24.
7. Тодоріко Л.Д., Петренко В.І. Патогенетичні, патоморфологічні, клінічні особливості респіраторного дистрес – синдрому // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.* – 2011. № 3. – с. 87 – 95.
8. Фрайт В. та ін. Легеневе кровопостачання, гіпертензія і туберкульоз. – Дрособич: Відродження, 2001. – 291с.
9. Ганонг Вільям Ф. Фізіологія дихання: Підручник (пер. з англ. за ред. М.Бжегоцького, В.Шевчука, О.Заячківської. – Львів: Бак, 2002. – 784с.
10. Aligne C.A., Stoddard J. Tobacco and children an economic evaluation of the medical effects of parental smoking // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1997. – Vol. 151. – p. 648 – 653.
11. Baifour D.J. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence // *Int. J. Clin. Pract.* – 2001. - № 55. – p. 53 – 57.
12. Balfour D.J., Ridley D.L. The effect of nicotine on neural pathways implicated in depression // *Farmacol. Biochem. Behav.* – 2000. - № 66. – p. 70 – 85.
13. Kadohama N., Shintai K., Osawa G. Tobacco alkaloid derivatives as inhibitors of breast cancer aromatase // *Cancer Lett.* – 1993. – Vol. 75. – p. 175 – 182.
14. Kyerematen G.A. et al. Smoking induced changes in nicotine and its metabolites // *Clin. Pharmacol. Ther.* – 1982. - № 2. – p. 769 – 780.
15. Larsson I. et al. Nicotine und cotinine levels in different body fluids of smokers // *Acta Pharmaco. Toxicol.* – 1986. – Suppl. 5. – p. 12.
16. Matsukara S. et al. Cotinine excretion and daily cigarette smoking in habituated smokers // *Clin. Pharmacology Ther.* – 1979. – vol. 25. – p. 555 – 561.
17. Pinner A. Ueber nicotin // *Arch. Pharmacol.* – 1993. – vol. 2, № 1. – p. 378 – 448.
18. Pojer R. et al. Carboxyhemoglobin, cotinine, and thiocyanate assay compared for distinguishing smokers from non – smokers // *Clin. Chem.* – 1984. – № 10. – p. 1077 – 1080.
19. Smith J.B., Weil A.F. Cutaneous manifestations and consequences of smoking // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1996. – vol. 34. – p. 717 – 732.
20. Stratton K., Shetty P., Wallace R., Bondurant S. Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. – Washington DC: The Wational Academics Press. Institute of Medicine, 2001. – 315p.