

ньому становив $10,9 \pm 2,1$. І фототип шкіри виявлено у 17,7 %, II — у 72,3 %, III — у 10 % хворих. У пацієнтів 2-ї групи дерматоз починався у віці від 15 до 63 років, ураження суглобів було у 50 %, нігтів — у 72 %. Обтяжений сімейний анамнез встановлено у 44 % пацієнтів. PASI становив $19,6 \pm 3,5$. І фототип шкіри визначено у 20,5 %, II — у 55,5 %, III — у 24 % пацієнтів. У 4 пацієнтів з долонно-підшовним псоріазом захворювання дебютувало у віці 22–46 років, ураження суглобів виявлено у 1 пацієнта, нігтьових пластинок — у 3. Спадковість обтяжена у 2 осіб. PASI становив $3,7 \pm 0,8$. У пацієнтів були II і III фототипи шкіри.

Висновки. Пацієнти з псоріазом та ураженням кистей і стоп частіше мали псоріатичний артрит, псоріатичну оніхопатію, обтяжений сімейний анамнез і високий PASI. При цьому у 20,5 і 50,5 % хворих були I і II фототипи шкіри, що обмежувало можливість застосування фототерапії.

Стан адаптаційних механізмів у хворих на поширений псоріаз

Е.М. Солошенко, Н.В. Жукова, О.М. Стулій, З.М. Шевченко, Т.П. Ярмак

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», Харків

Актуальність. Невідповідність між умовами навколишнього середовища, що постійно змінюються, і фізіологічними можливостями організму призводить до порушення процесів адаптації і розвитку дезадаптації. Залежно від інтенсивності і тривалості дії чинників, що провокують, результатом таких порушень може бути оздоровлення або розвиток захворювання, зокрема хронічного дерматозу, такого як псоріаз.

Мета дослідження — вивчити стан адаптації у хворих на поширений псоріаз залежно від стадії процесу, клінічних виявів та сезонності перебігу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 222 хворих на поширений псоріаз. Група контролю — 15 практично здорових осіб. Тип адаптаційної реакції визначали за вмістом сегментоядерних нейтрофілів і лімфоцитів, їхнім співвідношенням у лейкоцитарній формулі (індекс за Гаркаві). Індекс за Гаркаві як рівень адаптаційної напруги організму у здорових осіб мав такі градації: а) зона тренування — 0,32–0,51; б) зона спокійної активізації — 0,52 — 0,71; в) зона підвищення активізації > 0,71; г) стрес < 32.

Результати. Порушення стану адаптації реєстрували у 47,5 % хворих на поширений псоріаз, серед яких 43,8 % обстежених перебували в стадії прогресу, а 3,7 % — в стаціонарній. Серед типів адаптаційної реакції, який свідчив про порушення адаптаційних механізмів, у 15,9 % хворих зі стадією прогресування зауважено зону підвищеної активності, у 9,3 % — переактивізації, у 11,2 % — гострого та 7,4 % хронічного стресу. Хворі зі стаціонарною стадією, в яких була порушена адаптація, перебували переважно в зоні хронічного стресу (1,9 %), а також — підвищеної активності (0,9 %) і гострого стресу (0,9 %). Решта хворих з прогресуючою стадією без порушення стану адаптації перебували в зонах тренування (27,1 %) і спокійної активності (18,9 %). Щодо хворих зі стаціонарною стадією, в яких стан адаптації зареєстровано в межах норми, то вони перебували переважно в зонах тренування (2,8 %) і спокійної активності (1,9 %).

Аналіз результатів за типами адаптаційної реакції залежно від клінічних виявів захворювання свідчив, що стан адаптації найчастіше порушувався у хворих з бляшковим (31,7 %) та великобляшковим (11,6 %) псоріазом, а також із бляшковим псоріазом, асоційованим із псоріатичною артропатією (5,8 %). При цьому найбільше хворих перебувало в зонах підвищеної активності (16,3 %), гострого (12,5 %) та хронічного (9,6 %) стресу. Залежно від сезонності розвитку клінічних виявів встановлено, що порушення стану адаптації виявляли переважно у хворих із втратою сезонності (34,9 %) і з зимовим типом розвитку псоріазу (10,3 %).

Висновки. Встановлено порушення стану адаптації у 47,5 % хворих на поширений псоріаз, серед яких 43,8 % перебували в стадії прогресування, а 3,7 % — у стаціонарній. За типами адаптаційних реакцій, які свідчили про порушення адаптаційних механізмів, хворі на псоріаз у стадії прогресування перебували переважно в зонах переактивізації (9,3 %), гострого (11,2 %) та хронічного (7,4 %) стресу. Порушення стану адаптації виявлено переважно у хворих на бляшковий (31,7 %) і великобляшковий (11,6 %) псоріаз, а також на бляшковий псоріаз, асоційований із псоріатичною артропатією (5,8 %). Залежно від сезонності розвитку псоріазу порушення стану адаптації виявлено у хворих із втратою сезонності (34,9 %) та зимовим типом (10,3 %).

Особенности мотивационной структуры личности больных артропатическим псориазом

А.Е. Федоренко, В.В. Гилюк

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Актуальность. Изменения личности и ее мотивационной составляющей при хронических соматических заболеваниях относятся к наиболее часто наблюдаемым и ярко выраженным изменениям психики больных. Эти проявления возникают и при самых разных дерматовенерологических заболеваниях с хроническим течением. Ситуация развития такого тяжелого хронического заболевания как артропатический псориаз рассматривает-

ся нами как провоцирующая кризис психического статуса в целом и развития личности в частности. Объективно складывающаяся ситуация наличия обильных папулезных высыпаний на коже и поражение суставов при этом хроническом дерматозе достаточно часто формирует одну из жизненных моделей ситуационно обусловленного мотивационного кризиса у заболевшего человека.

Цель работы — уточнение мотивационной структуры больных артропатическим псориазом в зависимости от особенностей клинического течения этого дерматоза.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных артропатическим псориазом с распространенным псориазическим поражением кожи и поражением суставов. Возраст пациентов колебался от 29 до 67 лет.

Результаты. Объективная ситуация развития тяжелой (артропатической) формы псориаза у 18 пациентов, их вынужденный отрыв от привычного социального окружения, реальная возможность возникновения инвалидирующих осложнений способствовали изменению объективного положения заболевшего человека в социальной среде и его внутренней «мотивационной позиции» при оценке всей ситуации в целом. Тяжелое клиническое течение этой соматической патологии вполне ожидаемо приводит к функциональным и органическим нарушениям в организме больного. Очень важной для восстановительного лечения особенностью является то, что этот хронический дерматоз ставит перед больным также сложные психологические проблемы и вынуждает изменить мотивационную структуру личности. Прямым подтверждением являются результаты проведенного нами исследования, показавшего, что социальная ситуация изменения личности и ее мотивационной составляющей у данной категории больных во многих отношениях негативна, ограничивающая возможности их последующей жизнедеятельности: снижается социальный статус; их переводят на инвалидность; отрываются от привычного круга межличностного общения; сужается круг контактов; нарушаются личные и семейные планы; достижение профессиональных целей становится невозможным; изменяются привычный уклад и стиль жизни. Осознание неопределенности прогноза или негативный прогноз нарушают возможности планирования жизненных целей, сужают временную перспективу, необходимую для нормальной жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения, направленные в будущее, утрачивают смысл в ситуации развития артропатической формы псориаза, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования у таких лиц. Специфическая ситуация особо тяжелого течения артропатического псориаза у трех обследованных нами больных актуализировала мотив сохранения жизни, который у них стал главным побудительным и смыслообразующим мотивом деятельности. Все остальное казалось им бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. При опросе они отметили, что все, к чему стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, было важно только тогда, когда нет угрозы самому их существованию. В этой ситуации необходимыми и осмысленными им представляются только формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребностям физического существования.

Выводы. Под влиянием тяжелого клинического течения такой хронической соматической патологии как артропатический псориаз формируются в сознании новые смыслообразующие мотивы, отражающиеся в воплощении нового смысла в значениях. Для них значения — «болезнь», «псориаз», «артропатия» наполняются новым смыслом, причем в ходе развития заболевания можно предполагать дальнейшую динамику этих смыслов. Учитывая вышеизложенное, особое внимание в комплексном лечении больных артропатическим псориазом нужно уделять психотерапевтическим аспектам, что во многом определяется личностными характеристиками лечащего врача-дерматолога.

Синдром избыточного бактериального роста у больных псориазом. Современные подходы к диагностике и терапии

Т.А. Литинская, В.В. Гилюк

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Актуальность. Оптимизация диагностики сопутствующей кишечной патологии у больных псориазом и разработка эффективной комплексной терапии больных является актуальной проблемой дерматологии. В последние годы в Украине в целях диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке используют водородный дыхательный тест с глюкозой (H_2 -ГДТ), чувствительность которого составляет 62,5 %, специфичность — 82 % (диагностическая точность — 72 %).

Цель работы — повышение эффективности терапии и снижение частоты рецидивов у больных псориазом за счет коррекции сопутствующей патологии кишечника.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 72 больные с псориазом ($PASI = 18,5 \pm 1,5$). Для диагностики СИБРа в тонкой кишке больным проводили водородный дыхательный тест с глюкозой (H_2 -ГДТ).

Эффективность терапии оценивали на основании результатов лечения пациентов, которые были распределены на две клинические группы. Пациентам основной группы, у которых выявлен сопутствующий СИБР, дополнительно к базовой терапии назначали селективный кишечный антибиотик рифаксимин. Пациенты группы сравнения получали только базовую терапию.