

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ХВОРОГО З ПСОРИАЗОМ. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З СУПУТНЬОЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ З ВПЛИВОМ НА ОСОБИСТІСНІ ПОВЕДІНКОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Т. М. Подолух

Львівський Національний Медичний Університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Ключові слова: псоріаз, психо-емоційний стан, психосоматика, стоматологічні захворювання, мікрофлора, гігієна порожнини рота, психологічна реабілітація.

Вступ. Сучасні уявлення про сутність концепції хвороби припускають облік всієї сукупності змін, які зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми і синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування, з переходом в принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами та обмеженнями. В сучасній медицині все ґрунтовніше досліджують окремі психологічні аспекти хвороб, взаємозв'язок між психоемоційною сферою та шляхом розвитку, наростання симптоматики (певних нозологічних форм), шляхів трансформації негативних емоцій у фізіологічні; на межі норми; оборотні зміни або вже патологічні розлади та з'ясуванні істинного співвідношення психічного і соматичного в стані хворого [18].

Вплив соматичного стану на психіку може бути як сааногенним, так і патогенним. Під останнім маються на увазі порушення психічної діяльності в умовах соматичної хвороби. Існують два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: сааногенні (внаслідок інтоксикації, гіпоксії та інших впливів на центральну нервову систему) і психогенний, пов'язаний з психологічною реакцією особистості на захворювання і його можливі наслідки. Сааногенний і психогенний компоненти представлені у впливі на психічну сферу в різних співвідношеннях залежно від нозології хвороби.

Ще з XIX ст. в дерматології з'явилися такі поняття, як "невроз шкіри", "психонейродерміт", і згодом цілий напрям – психодерматологія [12]. Псоріаз, поширеність якого становить 2-4% (до 6% по сучасним даним), є однією з найчастіших хронічних запальних хвороб шкіри у світі [1]. Це захворювання зумовлене як генетичною схильністю, так і впливом провокаційних чинників, а саме інфекційних, імунологічних, ендокринних, неврологічних, застосуванням певних фармацевтичних засобів. Численні психологічні та психоемоційні чинники дедалі частіше розглядають як пускові та підтримуючі тригери захворювання. З погляду психології для псоріазу особливо сильним психосоціальним чинником є стрес, якій значно впливає на загальний стан здоров'я і знижує якість життя пацієнта. До обтяжливих чинників належать: безпосередні

зміни на шкірі, свербіж, печія, ускладнення (артропатії, що приводять до інвалідизації), відчуття стигматизації, а також відчуття безпорадності, депресії і безвиході [1].

Псоріаз представляє собою хронічний рецидивуючий дерматоз з гіперпроліферацією епідермальних клітин, порушенням процесу кератинізації і запальною реакцією в дермі, функціональними і морфологічними змінами в ряді органів і систем [15]. Основним виявом хвороби є висипання, що має маніфестний характер, у вигляді епідермальних і дермальних папул та бляшок, вкритих характерними сріблястими лусочками, схильних до периферійного росту і зливання, які можуть охоплювати значну поверхню тіла і виявляються у вигляді еритродермії та уражати нігті. При артропатичній формі патологічний процес поширюється на суглоби. В розвитку хвороби важлива роль належить імунологічним порушенням: підвищена активність Т-хелперів при дефіциті Т-супресорів; підвищеною вмісті циркулюючих комплексів та підвищенні титру антитіл до ДНК. Цитокіни і фактори росту визначають вираженість запалення і гіперпроліферації [7]. Це захворювання генетичної та мультифакторної природи: патогенними факторами є зміни ферментного, ліпідного, рідше білкового і вуглеводного обміну, ендокринні дисфункції, зрушення амінокислотного метаболізму. Часто в поєднанні з захворюваннями горла, носа, органів ротової порожнини, грипом. Це, в основному, інфекційно-алергічні хвороби (стрептококо-стафілококової і вірусної природи), а відомо, що інфекційні чинники, особливо в-гемолітичний стрептокок, взаємозв'язані, з гострими висипаннями каплевидного псоріазу, і всі ці мікроорганізми діють як постійний хронічний стимул хвороби [2,4,15].

Порожнина рота – це комплексна екологічна система, в якій зовнішні фактори (біологічні, індивідуальні, соціальні) взаємодіють з внутрішніми (пародонт, бактеріальна асоціація, локальна імунна система слизової оболонки, її епітелій, слина, нервово-рецепторний апарат). Як і в навколишньому середовищі, всі компоненти цієї системи знаходяться в динамічній рівновазі. Останніми роками показано, що заселення певних екологічних ніш (в тому числі і порожнини рота) мікробами, що несуть небезпечні токсини, призводять до розвитку різних соматичних зах-

ворювань. При цьому ключову роль при ураженні органів і систем відіграє опосередкована дія бактерій (масивна активація в ретикулоендотеліальній системі макрофагів і циркулюючих лейкоцитів, виділення цитокінів і активація комплементу, гістаміну, серотоніну, оксиду азоту і ін.) [11].

Видовий склад мікрофлори порожнини рота в нормі доволі постійний, однак кількість мікроорганізмів значно змінюється в залежності від кількості і консистенції слини, характеру їжі, а особливо від гігієнічної складової, стану тканин і органів порожнини рота, наявності соматичних захворювань. Мікрофлора порожнини рота дуже різноманітна і включає бактерії (лактобактерії, лептотрихії), актиноміцети, гриби, простіші, спірохети, риккетсії, віруси. Найбільшу групу бактерій порожнини рота складають коки (85-90% від всіх видів), стрептококи являються основним превалюючим видом (*S. mutans*, *S. mitis*, *S. sanguis*). В зубному нальоті присутні також стафілококи (*St. epidermidis*, інколи *St. aureus*). В 40-50% здорових людей є дріжджеподібні гриби роду *Candida* (*C. albicans*, *C. Tropicalis*, *C. glabrata*). Спірохети заселяють ротову порожнину з моменту прорізування молочних зубів і в поєднанні з деякими штамами фузобактерій і вібріонів, викликають виразково-некротичні процеси. У 50% здорових людей можуть вегетувати простіші: *Entamoeba gingivalis*, *Trichomonas* (зубний наліт, крипти миндалин, гнійний вміст пародонтальних кишень). Всі ці мікроорганізми при взаємодії певних факторів, особливо при негігієнічному вмісті порожнини рота, стоматологічних захворюваннях, підсилено розмножуючись зі звичних мешканців ротової порожнини, стають патогенними і становлять потенційну небезпеку, виступаючи пусковим механізмом або підтримуючим тригером соматичних захворювань [17].

При псоріазі існують стоматологічні прояви, притаманні власне цьому захворюванню. Пошкодження слизової оболонки порожнини рота зустрічається у 4% випадків. Слизова оболонка порожнини рота уражається синхронно з ураженням шкіри або втягується в патологічний процес по типу феномена Кебнера, тобто при дії на слизову оболонку подразників (прикушування шочи, травмування пломбою, чи нерационально виготовленими протезами) характерна довга, інколи протягом декількох років, відсутність тенденцій до зникнення висипань. При вульгарному псоріазі виявляються підвищені плоскі папули, сірувато-білого кольору, з чіткими межами і рожевим периферичним вінчиком, з нашаруванням ороговілого або мацерованого епітелію, при знятті якого спостерігається точкова або паренхіматозна кровоточивість. Найбільш часта локалізація уражень – слизова щік, червоної кайми губ і язика. При пустульозному псоріазі більш обширні ураження слизової оболонки, які являються невід'ємною частиною хвороби. У відповідності з шкірними висипаннями, псоріатичні пустульозні елементи на слизових мають виражений набряк, серозну гнійну ексудацію, відрізняються частим формуванням ерозивно-виразкових елементів. Часто хейліт і географічний глосит [4,11]. Також, спостерігаючи хворих з псоріазом, у яких слизова відповідала нормі, після передпротезної підготовки (терапевтичні та хірургічні втручання: резекція коренів, кісткова пластика і т.д.) спостерігалось надзвичайно в'яле про-

тікання процесу заживлення ран з стійкою гіперемією, петехіями і подразненнями слизової оболонки, яке пришвидшувалося лише при застосуванні імуностимуляторів.

Крім цих, індивідуальних для псоріазу симптомів, які зустрічаються в невеликому процентному співвідношенні, – карієс являється одним з найпоширеніших стоматологічних захворювань, яке спостерігається у хворих, і в розвитку якого значну роль відіграють власне стрептококи, і тому несановані каріозні порожнини є джерелом стрептококового обсіменіння і відповідно причиною розвитку і загострення псоріазу. Небезпеку становлять і інші захворювання: хронічні пульпіти і періодонтити з ускладненнями (гайморит, абсцеси і т.д.), запалення слизової оболонки (гінгівіти, пародонтити, стоматити, виразкування та афти), наявність твердих та м'яких зубних відкладень, хейліти [2,21].

Мета. Беручи до уваги дані наукових статей [2,3,4,19,21] ми проводили і особисті спостереження хворих псоріазом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в обласному комунальному шкірно-венеричному диспансері (ОКШВД) та міському диспансері. Обстежувалися 60 чоловік (чоловіки та жінки віком 8-62 р.) з протяжністю захворювання (3 міс. – 15 р.). У більшості обстежених пацієнтів превалює множинний карієс (95%), гінгівіти (80-90%), хейліти, глосити (40%), скроневонижньощелепові розлади (50%), майже у всіх хворих тверді та м'які зубні відкладення, 70% хворих потребує протезування (відсутність зубів, патологічне стирання, дефекти зубних рядів, що призвели до аномалії прикусу, неякісне протезування і потребуюче заміни). Приймаючи до уваги дані літератури і власні спостереження, ми прийшли до висновку, що гігієна порожнини рота цих хворих є незадовільною, а стоматологічний статус – низький, як низька поінформованість пацієнтів щодо наявності стоматологічних проявів псоріазу, небезпеки несанованої ротової порожнини та наявності вогнищ бактеріальної сенсibiliзації організму, як важливого фактору, що підтримує й провокує, обтяжує протікання даного захворювання і тому, на даний момент, дуже важлива роль лікаря-стоматолога в профілактиці і лікуванні стоматологічних захворювань, проявів псоріазу в ротовій порожнині, співпраця з лікарями-дерматологами. І цей аспект стосується багатьох інших захворювань, зв'язаних з інфекційним компонентом.

Але, власне тут, стає на заваді психологічний момент. Адже образ успішної, щасливої здорової людини неможливо уявити собі з наявністю у нього стоматологічних проблем: відсутність зубів, їх непривабливість, пігментація, наліт, запалення ясен, адже красива посмішка – один з найсерйозніших показників успіху, фізичного та психологічного благополуччя в житті людини, адекватного відношення і поваги людини до самої себе. А що ж відбувається у житті людини, що хворіє на псоріаз? Псоріаз належить до переліку багатьох захворювань, що стосуються всіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Що тяжчий перебіг дерматозу, то більший обсяг лікувальних заходів та обмежень. Псоріаз не завжди добре піддається лікуванню й призводить до змін психічного стану пацієнта, зокрема заниженню самооцінки, депресивних станів, підвищеного емоційного

напруження, драматизації проблеми, зниження активності [5]. Отже, в даній ситуації у людини виникає байдужість і пасивність щодо догляду за здоров'ям зубів і ротової порожнини. Також, у таких хворих, внаслідок довгих фізичних страждань, може бути піднятий поріг больової чутливості, що призводить до нетерпимості та страху до стоматологічних втручань. В свою чергу, стоматологічні проблеми, що виникають, можуть обтяжити вже існуючі: кардинально вплинути на зміни в харчуванні, створити ризик гастроентерологічної симптоматики, викликати зміни у мові, дискомфорт, біль, а також помітно вплинути на зовнішній вигляд, загальний фізичний і психологічний комфорт людини. Здорові зуби є важливим атрибутом у вербальному спілкуванні, і як наслідок, комунікабельності людини. Люди, що мають захворювання зубів, органів ротової порожнини часто бувають затиснутими, соромляться зайвий раз посміхнутися, що безсумнівно впливає на якість життя. Таким чином вплив стоматологічних захворювань на життя і здоров'я людини виявляється досить вагомим, здорові зуби є важливим символом благополуччя, а хворі некрасиві зуби, ясна можуть виявитися причиною порушень в області поведінкових реакцій і повноцінності психіки.

І що важливо, вивчаючи статистичні дані захворюваності на псоріаз у Львівській області за останні 5 років, відмічається тенденція до значного зростання захворюваності серед молоді, дітей та підлітків, причому, багато опитуваних нами підлітків та молодих людей вказує в анамнезі до початку захворювання на сильний стрес. Захворювання на псоріаз із раннього дитинства або в пубертатному періоді впливає на психічний розвиток. Унаслідок певних обмежень, пов'язаних з лікуванням і впливом на спосіб життя, низької самооцінки, труднощів у спілкуванні, тобто ознак, властивих псоріазу, у деяких осіб формується емоційний захист [5]. Хворі відмовляються виявляти свої почуття й уникають міжособистісних контактів, а в свою чергу проблеми в стоматологічній сфері можуть обтяжити цей стан. Натомість, здорові зуби, щира відкрита посмішка є важливим психологічним моментом для молодої людини. Попри те, що псоріаз може призводити до тривожних станів і депресії, дерматологи й медичні психологи не повинні недооцінювати психологічних проблем, що передують власне захворюванню на псоріаз (тим більше, що значна кількість опитуваних вказує на пережитий сильний стрес). Таким чином, часом складно визначити, депресія або тривожність виникла як первинна патологія, чи як наслідок псоріазу [5,6]. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожної людини свій оптимальний або бажаний рівень тривожності, це так звана корисна тривожність. Визначення тривожності як властивості особистості є важливим, оскільки вона багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Оцінка людиною свого стану з цього аспекту є для неї істотним компонентом самоконтролю й самовиховання. Для оцінки тривожних станів використовують методіку самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна [8,14]. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і припускає у нього

тенденцію сприймати доволі багато ситуацій як загрози, з певною реакцією на кожну з них. Як схильність особистісна тривожність активізується у разі сприйняття певних стимулів, що людина розцінює як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна тривожність як стан характеризується суб'єктивними емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та може бути різним за інтенсивністю і динамічністю в часі. За даними опитувальника Спілбергера – Ханіна виявлено, що 26,7 % хворих на псоріаз мають високий рівень ситуативної тривожності (СТ) і 80 % – особистісної тривожності (ОТ); середній рівень СТ – 60 %, ОТ – 16,7 % і низький рівень відповідно 13,3 та 3,3 % [5]. Особам з високою оцінкою тривожності необхідно формувати відчуття впевненості й успіху. Їм потрібно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значущості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності й конкретне планування за завданнями. Людям з низькою тривожністю, навпаки, потрібно пробуджувати активність, вирізняти мотиваційні компоненти діяльності, збуджувати зацікавленість, виявляти почуття відповідальності у розв'язанні тих чи інших завдань.

Особистісний опитувальник "ЛОБГ" розроблено з метою діагностування типів ставлення до хвороби та інших, пов'язаних з нею особистісних стосунків у пацієнтів з хронічними захворюваннями [9]. Аналіз психологічних типів реагування ("ЛОБГ") хворих на псоріаз вказує, що в більшості випадків у групі домінують неврастенічний (36,7 %), сенситивний (33,3 %), ейфорійний (26,7 %) та паранояльний (26,7 %) типи ставлення до хвороби [5]. Виявлені типи психологічного реагування вказують на стереотипне ставлення пацієнтів до захворювання.

Неврастенічний тип. Поведінка характеризується спалахами роздратування, нетерплячістю, особливо при нападах болю, неприємних відчуттях, невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Роздратування часто виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям та сльозами. Такі хворі важко переносять больові відчуття.

Ейфорійний тип. Необґрунтовано підвищений настрій, часто наганий. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що "все минеться саме собою". Бажання отримувати від життя все, попри хворобу.

Сенситивний тип характеризується надмірним занепокоєнням про можливе несприятливе враження, яке може справити на оточуючих хвороба. Побойовання, що навколишні почнуть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитимуться. Острах бути тягарем для близьких через хворобу.

Паранояльний тип. Упевненість, що хвороба є наслідком чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалству чи злим намірам лікарів і персоналу.

Для дослідження комплексу чинників ставлення до себе використовують опитувальник, запропонований В. В. Століним у 1985 році [16]. За результатами опитувальника

самоствалення у досліджуваних спостерігається низький рівень за шкалами: самоповага – 16,7 %; автосимпатія – 23,3 %; очікуване ставлення від інших – 10 % та самоінтерес – 16,7 % [5]. Для підвищення рівня самоповаги потрібно зміцнити віру в свої сили, здібності, енергію, самостійність, підвищити оцінку своїх можливостей, контролювати власне життя і бути самопослідовним, розуміти самого себе. Низький рівень за шкалою автосимпатії характеризується баченням у собі переважно недоліків, низькою самооцінкою, готовністю до самозвинувачення. Занижена оцінка за шкалою очікуваного ставлення від інших відображає очікування негативу до себе від оточення. Шкала самоінтересу демонструє міру близькості до себе, зокрема інтерес до власних думок і почуттів.

Висновки. За методикою “Індекс життєвого стилю”, що ґрунтується на психодіагностичній системі Келлермана-Плутчика [13,14] свідчить, що доволі високий рівень спостерігається за шкалі Е – депресивна диспозиція (53,3 %), що вказує на страждання особистості через втрату уявного об’єкта, а також втрату самоповаги. Переважна емоція – сум. Головний спосіб захисту – компенсація, спрямована на уникнення відчуття депресії. Компенсація особливо ефективна в підтриманні високої самооцінки. У хворих на псоріаз доволі суттєво занижена загальна конструктивність особистості (46,7 %, методика О.Моткова). За аналізом самооцінки депресії (тест Шкала Зунга [14]) у 100 % хворих визначається стан без депресії. Результати оцінки агресивності у стосунках (методика А. Асінгера [14]), показали, що 86,6 % досліджуваних характеризуються помірною агресивністю, але цілком успішні у житті. У хворих на псоріаз особистісна тривожність (80 %) вища за ситуативну (26,7 %), тобто загострення хвороби активізує стійку індивідуальну схильність суб’єкта до тривоги. Аналіз психологічних типів реагування хворих на псоріаз вказує, що в групі домінують неврастенічний, сенситивний, ейфорійний та паранояльний типи ставлення до хвороби. Ці типи психологічного реагування вказують на стереотипне ставлення пацієнтів до захворювання. Результати за опитувальником Століна свідчать про занижений рівень глобального самоствалення – 40 %.

Отже, психологічний статус хворих з псоріазом обтяжений, а стоматологічні проблеми додають і соматичної, і психологічної симптоматики, причому утворюється “замкнуте коло” проблем. Вплив дерматозу на емоційний стан відзначають 61% хворих; а психологічних чинників на перебіг шкірного захворювання 55% пацієнтів.

Дослідження наукового матеріалу, особисті спостереження надають всебічного розуміння сукупності проблем і факторів захворювання “Псоріаз”, що потребує співпраці спеціалістів багатьох галузей медицини, зокрема, дерматолог-стоматолог-медичний психолог. Таким чином, стан соматичного захворювання, що перекликається із стоматологічними проблемами, взаємообтяжують один одного, як з погляду критеріїв фізичного здоров’я, успішності і ефективності лікування, так і психологічного здоров’я особистості, гармонійності сприйняття самого себе і життя навколо. Тому очевидною є необхідність стоматологічного супроводу, психотерапії та психологічної реабілітації хворих на псоріаз, метою якого будуть: збільшення шансів

на покращення стану, адекватної оцінки неприємних подій і фактів, пристосування до них, підтримки свого власного позитивного образу, збереження емоційної рівноваги і спокійних відносин з оточуючим навколишнім світом.

Рецензент: д.м.н., професор Степаненко В.І.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бамер Ю.А., Петерманн Ф., Куль Ю. Роль психо-соціальної нагрузки при вульгарном псоріазе // *Дерматологія*. – 2010. – № 1. – С. 39-47.
2. А.В. Борисенко, Л.Т. Чегринюк – *Характеристика распространенности и интенсивности кариеса зубов среди больных псоріазом*. – *Современная стоматология* 3/2009.
3. А.В. Борисенко, Л.Т. Чегринюк – *Особенности лечения генерализованного пародонтита у больных псоріазом*. – *Дентальные технологии* №2(45), 2010.
4. Бишарова А.С. Псоріаз у детей. *Медицинский научно-практический журнал “Лечащий врач”*. №09/06.
5. О.А. Каденко, І.В. Томаржевська. *Особенности психического состояния больных на псоріаз, что перебавают на стационарному лікуванні*. *Український журнал дерматології, венерології і косметології*. № 1 (40), 2011.
6. О.А. Каденко, І.В. Томаржевська. *Психологічна характеристика індивідуально особистісних особливостей хворих на псоріаз*. *Психологічні перспективи*. Вип. 19, 2012.
7. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. – *Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ / Навч. посіб.* – К.: Грамота, 2007. – 280 с.: іл.
8. Корольчук М.С., Осьодло В.І. *Психодіагностика: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За заг. ред. М.С. Корольчука*. – 2009. – 400 с.
9. Менделевич В.Д. *Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич*. : Медпресс, 2001. – 592 с.
10. Николаева В.В. *Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева*. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 359 с.
11. 555 заболеланий слизистой оболочки рта, языка и губ / Л.М.Цепов, Е.Л.Цепова, А.Л.Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 224 с.
12. Павлова О.В. *Основы психодерматологии / О.В. Павлова*. – М.: Изд-во ЛКИ, 2007. – 240 с.
13. *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Васерман и др.* – СПб.: [б.и.], 2005. – 54 с.
14. Розов В.І. *Адаптивні антистресові психотехнології: навчальний посібник*. – К.: Кондор, 2009. – 278 с.
15. Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – *Кожные и венерические болезни*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544с.: ил.
16. Столин В.В., Пантилеев С.Р. *Опросник самоотншения. Практика по психодиагностике: Психодиагностические материалы*. – М., 1988. – С. 123-130.
17. *Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е. В. Боровского*. – М.: “Медицинское информационное агентство”, 2003. – 840 с.: ил.

18. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

19. Кьоніонен М. Краніомандибулярні розлади при псоріазі. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987 Apr; 15 (2): 108-12.

20. Огляд етіологічних концепцій скронево-нижньощелепних больових розладів: від біопсихосоціальної моделі до інтеграції фізичних чинників розладу з психо-

логічними та психосоціальними чинниками впливу хвороби. Сувінен Т.І., Реаде П.С., Кемпаінен П., Кьоніонен М., Дворкін С.Ф. – *Eur J Pain.* 2005 Dec; 9 (6): 613-33.

21. JJ Keller, H.C. Луна. Copyright 2012 Британская ассоциация дерматологов DOI: 10.1111/j.1365-2133.2012.11126.x Влияние хронического периодонтита и его лечение на последующий риск возникновения и обострения псориаза.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО С ПСОРИАЗОМ. ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ВЛИЯНИЕМ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Т. М. Подоліух

Львовский Национальный Медицинский Университет им. Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Резюме: в статье представлены особенности психического состояния больных псориазом, проанализирована взаимосвязь псориаза и наличия стоматологической патологии, взаимовлияние этих заболеваний на формирование индивидуально-личностных характеристик. Обоснована необходимость комплексного подхода, как конструктивной тактики лечения, стоматологического и психологического сопровождений.

Ключевые слова: псориаз, психоэмоциональное состояние, психосоматика, стоматологические заболевания, микрофлора, гигиена полости рта, психологическая реабилитация.

PSYCHOLOGICAL PROFILE OF A PATIENT WITH PSORIASIS. RELATIONSHIP BETWEEN ASSOCIATED DENTAL PATHOLOGY AND THE INFLUENCE ON THE FORMATION OF PERSONAL BEHAVIORAL CHARACTERISTICS

T. Podolyuch

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: the article presents the characteristics of the psychological state of patients with psoriasis, analyzes the relationship between psoriasis and the presence of dental pathology, mutual influence of these diseases on the formation of individual characteristics of personality. The necessity of integrated approach as a constructive treatment strategy, dental and psychological support was substantiated.

Key words: psoriasis, psychoemotional, psychosomatics, dental diseases, microflora, oral hygiene, psychological rehabilitation.