

Динаміка психоемоційних порушень у хворих на поширений псоріаз з торпідним перебігом

В.П. Матюшенко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме

Натепер встановлено, що хронічний рецидивний перебіг псоріазу позначається на психологічному стані хворих. Тривожні розлади є одним з параметрів, що характеризують психоемоційний стан пацієнта. **Результати.** В статті висвітлені особливості динаміки психоемоційних порушень у хворих на поширений псоріаз з торпідним перебігом. **Висновки.** Оцінка психоемоційного стану хворих на псоріаз дає можливість точніше описати порушення стану здоров'я пацієнтів, більш чітко зрозуміти суть клінічної проблеми та визначити найбільш раціональний метод лікування.

Ключові слова: психосоматика, псоріаз, тривожні порушення.

Вступ

Шкіра є найбільшим з органів тіла, що виконує різноманітні функції: захисну, імунну, терморегуляторну, секреторну, екскреторну, обмінну, рецепторну, сорбційну, дихальну, депонуючу та ін. Вона також є найважливішим чинником, що визначає зовнішність людини, її індивідуальність, а також «інтерфейс» для більшої частини нашого фізичного і соціального контакту з навколишнім середовищем. Зрозуміло, що події, які ставлять під загрозу цілісність шкіри, чинять глибокий і потенційно руйнівний вплив на загальне самопочуття і навіть самоповагу. Крім того, захворювання, які безпосередньо впливають на шкіру, посідають четверте місце серед найчастіших причин усіх людських хвороб, що уражують близько третини світового населення [3, 10].

На сучасному етапі серед дерматологів – як науковців, так і практичних лікарів – значно підвищився інтерес до психокорекції при шкірних захворюваннях. Цей факт пов'язаний з високим відсотком дерматозів, які супроводжуються психопатологічною симптоматикою. Більшість авторів вважають, що виявлені при дерматозах психічні порушення мають не лише клінічне, а й важливе патогенетичне значення та різною

мірою залучені до формування клінічних виявів і динаміки патології шкіри [1, 2, 4].

Нині псоріаз розглядають як хронічний мультифакторний дерматоз із генетичною схильністю, провідними характеристиками патологічного процесу якого є імунне запалення, порушення диференціювання кератиноцитів, а також надмірний ангиогенез і вазодилатація в дермі [9]. Численними спостереженнями підтверджено роль психогенних чинників у виникненні та маніфестації псоріазу [4].

Із психопатичних порушень у хворих на цей дерматоз часто виявляють підвищену втомлюваність, емоційну лабільність, дратівливість, високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, депресію. Також для таких хворих характерним є соціальна дезадаптація, що виявляється переживаннями, пов'язаними зі своєю «неповноцінністю» у суспільстві, невпевненістю у собі, нерішучістю. Відомо, що тривалий стан тривоги призводить до перелаштування центральної нервової системи (ЦНС) за тривожним типом і розбалансування основних медіаторних систем. Можна припустити, що при псоріазі нейрофізіологічні механізми тривоги відіграють суттєву роль у патогенезі дерматозу. Саме тому останніми роками

дослідники значну увагу приділяють вивченню психосоматичного компонента цього захворювання та пошуку методів корекції виявлених порушень [1, 6, 7, 8].

Мета дослідження. Вивчити особливості тривожних порушень у хворих на поширений псоріаз з торпідним перебігом.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані дані 19 хворих на поширений псоріаз з торпідним перебігом захворювання. Серед пацієнтів було 10 (52,63%) жінок та 9 (47,36%) чоловіків, середній вік хворих становив (51,2±5,3) року. Контрольну групу становили 14 здорових осіб. Обсяг діагностичних заходів проводився згідно з протоколами. Психічні характеристики досліджувались на підставі діагностичної співбесіди, а отримані дані верифікувались з використанням стандартизованих експериментально-психологічних методик визначення рівня реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ) за Спілбергом – Ханіним. Рівень тривожності до 30 балів вважали низьким, 31–44 балів – помірним, 45 та вище балів – високим. Діагностичні співбесіди проводились кожні 2 тиж лікування.

Внаслідок проведеного дослідження встановлено: 52% хворих мали помірний та 38% – високий рівень РТ, 31% хворих мали помірний та 19% – високий рівень ОТ при госпіталізації; на 14-й день терапії 44% хворих мали помірний та 32% – високий рівень РТ, 39% хворих мали помірний та 31% – високий рівень ОТ; на 21-й день лікування 38% хворих мали помірний та 31% – високий рівень РТ, 37% хворих мали помірний та 34% – високий рівень ОТ (рис. 1).

Тривожні порушення на тлі торпідного перебігу псоріазу лежать в основі змін психоемоційного стану хворих. Можна припустити, що високий рівень РТ на початку лікування зумовлений загостренням дерматозу, а за рахунок торпідного перебігу у хворих існує постійна підвищена схильність до розвитку стресових ситуацій. Крім того, саме захворювання для пацієнтів з псоріазом є постійним джерелом тривоги та значною психологічною проблемою, що пояснює високий рівень ОТ в кінці лікування.

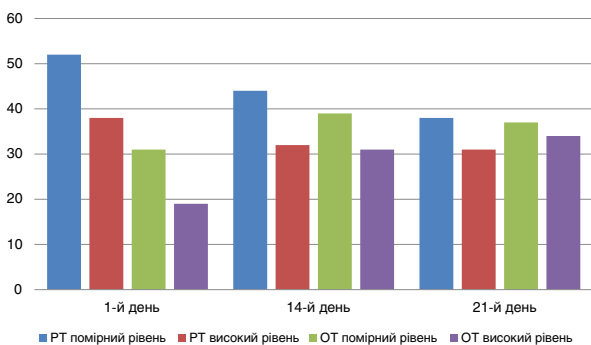


Рис. 1. Динаміка тривожних порушень у хворих на поширений псоріаз з торпідним перебігом

Для ілюстрації наводимо наше клінічне спостереження.

Хворий С., 53 роки, мешканець Харківської області, потрапив до клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» зі скаргами на масивну висипку по всьому тілі, виражений свербіж, відчуття стягнутості шкіри, ураження нігтьових пластин стоп, болісність, обмеження та скутість рухів у суглобах, зокрема колінних та дрібних суглобах кистей, стоп, підвищення температури тіла до 37,5 °С, прискорене серцебиття, погане самопочуття, порушення сну.

За анамнестичними даними, хворіє на псоріаз із 2000 р., псоріатична артропатія – з 2016 р. Спадковість щодо псоріазу відсутня. Зазвичай три загостренні дерматоз мав легкий або середній ступінь тяжкості.

Під час огляду на шкірі волосистої частини голови, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок виявлено масивні, суцільно зливні, інфільтративні еритематозні вогнища, на нижніх кінцівках – з ціанотичним відтінком. Уся поверхня висипань вкрита срібнобілим лущенням, що легко спадає. Псоріатична тріада позитивна. Дрібні суглоби кистей верхніх та нижніх кінцівок, колінні суглоби набрякли, рухомість в них болісна та обмежена. Уражена над ними шкіра гаряча на дотик. На нігтьових пластинках спостерігаються



Рис. 2. Хворий С., 53 р., загострення псоріазу

численні цяткові вдавлення, поперечні борозни. Індекс PASI = 87,1 (рис. 2).

Обсяг діагностичних заходів визначено згідно з протоколами. Клінічний аналіз крові: гемоглобін – 166 г/л, еритроцити – $5,0 \times 10^{12}$ /л, колірний показник – 0,99, лейкоцити – $13,2 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 1%, сегментоядерні – 75%, еозинофіли – 2%, лімфоцити – 19%, моноцити – 3%, ШОЕ – 58 мм/год. Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 4,2 ммоль/л, загальний білок – 67,1 г/л, білірубін загальний – 17,25 мкмоль/л, білірубін кон'югований – 4,12 мкмоль/л, аспартатамінотрансфераза – 0,65 ммоль/год.хл, аланінамінотрансфераза – 0,87 ммоль/год.хл; кальцій загальний – 2,31, лужна фосфатаза – 1157 нмоль/схл; креатинін – 102,1 мкмоль/л, С-реактивний білок – позитивний, серомукоїди – 3,8 од. S-H, глікопротеїди – 0,39 у. од., сечовина – 7,5 ммоль/л.

За результатами клініко-лабораторного обстеження встановлено діагноз: поширений псоріаз (псоріатична еритродермія), тяжка форма, прогресуюча стадія. Псоріатична артропатія, дистально-проксимальний тип, А – III ст., НФС – I ст. Псоріатична оніходистрофія.

Хворому була призначена комбінована схема лікування: базисна терапія (метотрексат) з додаванням детоксикаційних, антигістамінних засобів, гепатопротекторів, препаратів для покращення мікроциркуляції та симптомомодифікуювальних засобів. Зовнішня терапія: кератолітики, топічні глюкокортикостероїди, емолієнти. Лабораторні обстеження проводили в динаміці запропонованого лікування.

Також було досліджено психосоматичний стан хворого: рівень РТ та ОТ за Спілбергом – Ханіним, рівень депресії за шкалою Гамільтона (HDRS). Оцінка тяжкості депресії за шкалою HDRS здійснюється наступним чином: сума балів від 0 до 7 свідчить про відсутність депресії, сумарні значення для малого депресивного епізоду становлять 7–16 балів, нижнє граничне значення для великого депресивного епізоду – понад 16 балів, максимально можливий загальний бал становить 52 і відповідає крайньому ступеню тяжкості депресивного синдрому.

Під час госпіталізації хворий був зосереджений на болісних та інших відчуттях, спостерігалось постійне прагнення розповісти про них оточуючим, поєднання бажання лікуватись і ретельного обстеження зі страхом шкоди і болючості процедур. PASI становив 87,1%, рівень РТ – 47 балів (високий), ОТ – 35 балів (помірний), рівень депресії – 3 бали (відсутність депресії).

На 14-й день хворий виявляв безперервне занепокоєння та недовіру стосовно несприятливого перебігу хвороби, неефективності та небезпеки лікування, бажання отримати додаткову інформацію про хворобу, можливі ускладнення, методи лікування. PASI

становив 71,3%, рівень РТ – 49 (високий), ОТ – 38 (помірний), рівень депресії – 7 балів (відсутність депресії).

На 21-й день хворий був пригнічений хворобою, зневірений в ефективності лікування, одужанні. Спостерігалися депресивні висловлювання, песимістичний погляд на майбутнє при сприятливому клінічному перебігу хвороби. PASI становив 49,9%, рівень РТ – 41 (помірний), ОТ – 41 (помірний), рівень депресії – 14 балів (малий депресивний епізод).

На 28-й день лікування, при вираженій позитивній динаміці хвороби (рис. 3), пацієнт мав тривожну недовірливість стосовно ускладнень хвороби, можливих рецидивів, невдач у житті, роботі або сім'ї у зв'язку з захворюванням. PASI становив 37,2%, рівень РТ – 35 (помірний), ОТ – 46 (високий), рівень депресії – 10 балів (відсутність депресії).

Проаналізуємо особливості динаміки рівня психоемоційних порушень при псоріатичній еритродермії з торпідним перебігом на прикладі розглянутого клінічного випадку. На тлі динамічного зниження PASI у хворого на 21-й день діагностувався малий депресивний епізод, хоча при госпіталізації ознаки депресії були відсутні. Рівень тривоги мав хвилеподібний перебіг, максимальний бал відзначався на 14-й день терапії, після лікування рівень ОТ превалював над РТ.



Рис. 3. Хворий С., 53 р., після лікування

Висновки

Псоріаз у стадії загострення, за рахунок виражених змін шкіри, значно впливає на самооцінку пацієнтів, їх стосунки з оточуючими, може стимулювати порушення психоемоційного стану. Для успішної терапії необхідна своєчасна діагностика психоемоційних розладів, розробка заходів медичної допомоги

дерматологічним хворим з коморбідними психічними розладами у вигляді вдосконалення психотерапії, як під час лікування так і в періоди ремісії. Це допоможе підвищити ефективність лікування, збільшити тривалість ремісій, підвищити рівень соціальної адаптації та знизити сукупність фінансових витрат.

Список літератури

1. Кірієнко В.О., Макуріна Г.І., Якіменко Є.С. Порушення фізіологічних маркерів психоемоційного напруження та їх корекція з використанням температурно-міографічного тренінгу в комплексній терапії псоріатичної хвороби у хворих з надмірною масою тіла та артеріальною гіпертензією. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. №1. С. 25.
2. Коляденко В.Г., Степаненко В.І., Федорич П.В., Скляр С.І., Шкірні та венеричні хвороби. Вінниця: Нова книга, 2006. 424 с.
3. Королєнко В.В., Степаненко В.І. Місце дерматології в сучасному глобальному здоров'ї. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. №2. С. 15-16.
4. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л. Патомімії. Психопатологія аутоагресії в дерматологічній практиці. М: МИА, 2012. 160 с.
5. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 230 с.
6. Cardiovascular and metabolic risk profile in German patients with moderate and severe psoriasis: a case control study / Warnecke C., Manousaridis I., Herr R. et al. Eur. J. Dermatol. 2011. Vol. 21. P.761-770.
7. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E. Psychologic factors in psoriasis. Dermatol. Clin. 2005. Vol. 23. P.681-694.
8. Gupta M.A. Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders. In: Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. Cambridge University Press, 2005. Vol.158. P.29-43.
9. Kim J, Krueger J.G. The immunopathogenesis of psoriasis. Dermatol Clin. 2015. 33(1). 13-23.
10. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions / Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C. et al. J. Invest. Dermatol. 2014. Vol. 134. P. 1527-1534.

References

1. Kiriienko VO, Makurina GI, Yakimenko YeC. Porushennya fiziologichnykh markeriv psy'xoemocijnogo napruzheniya ta yix korekciya z vy'kory'stanniam temperaturno-miografichnogo treningu v kompleksnij terapiji psoriaty'chnoyi xvoroby' u xvory'x z nadmirnoyu masoyu tila ta arterial'noyu gipertenzieyu (Violations of physiological markers of psychoemotional stress and their correction with the use of temperature-myographic training in the complex therapy of psoriatic disease in patients with excessive body weight and arterial hypertension). Urayinsky'j zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii, 2015;1:25.
2. Kolyadenko VG, Stepanenko VI, Fedory'ch PV, Sklyar SI. Shkirmi ta venery'chni xvoroby'(Skin and venereal diseases). Vinny'cy: Novaa kny'ga, 2006. 424 p.
3. Korolenko VV, Stepanenko VI. Misce dermatologii v suchasnomu global'nomu zdorov'yi (Place of Dermatology in Contemporary Global Health). Urayinsky'j zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii, 2015;2:15-16.
4. Smulev'y'ch AB, L'vov AN, Y'vanov OL. Patomy'my'y'. Psy'xopatoly'ya autoagressy'y' v dermatologii'cheskoj prakty'ke (Pathemy. Psychopathology of autoaggression in dermatological practice). M: MY'A; 2012. 160 p.
5. Sobenny'kov VS, Belyalov FY'. Somaty'zacy'ya y' psy'xosomaty'chesky'e rassstrojstva: monografiya Somatization and psychosomatic disorders: monograph (Somatization and psychosomatic disorders: monograph). Y'r'kutsk: RY'O Y'GY'Uva, 2010. 230 p.
6. Warnecke C, Manousaridis I, Herr R, et al. Cardiovascular and metabolic risk profile in German patients with moderate and severe psoriasis: a case control study. Eur. J. Dermatol. 2011;21:761-770.
7. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis. Dermatol. Clin. 2005;23:681-694.
8. Gupta MA. Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders. In: Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. Cambridge University Press, 2005;158:29-43.
9. Kim J, Krueger JG. The immunopathogenesis of psoriasis. Dermatol Clin. 2015;33(1):13-23.
10. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. J. Invest. Dermatol. 2014;134:1527-1534.

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ С ТОРПИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

В. П. Матюшенко

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме

В настоящее время установлено, что хроническое рецидивирующее течение псориаза отражается на психологическом состоянии больных. Тревожные расстройства являются одним из параметров, характеризующих психоэмоциональное состояние пациента.

Результаты. В статье освещены особенности динамики психоэмоциональных нарушений у больных распространенным псориазом с торпидным течением.

Выводы. Оценка психоэмоционального состояния больных псориазом дает возможность точнее описать нарушения состояния здоровья пациентов, более четко понять суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения.

Ключевые слова: психосоматика, псориаз, тревожные расстройства.

DYNAMICS OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PSORIASIS WIDESPREAD, TORPID COURSE

V.P. Matiushenko

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

Abstract

Currently, it is established that the chronic recurrent course of psoriasis affects the psychological state of patients. Anxiety disorders are one of the parameters characterizing the patient's psycho-emotional state.

Results. The article highlights the features of the dynamics of psycho-emotional disorders in patients with psoriasis with torpid course.

Conclusions. Evaluation of the psycho-emotional state of psoriasis patients makes it possible to describe the violations of the health of patients more accurately, to understand the essence of the clinical problem, to determine the most rational method of treatment.

Key words: psychosomatics, psoriasis, anxiety disorders.

Відомості про автора:

Матюшенко Валерія Павлівна – аспірант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: micepolice@gmail.com