

## НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

©Р.Ф.Айзятюлов, Я.О.Полях, М.О.Дудченко<sup>1</sup>

УДК 616.53-002.282-071-036.1

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ ПЕРЕБІГУ  
ПАПУЛО-ПУСТУЛЬОЗНОЇ СТАДІЇ РОЖЕВИХ ВУГРІВ У ПАЦІЄНТІВ  
З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯР.Ф.Айзятюлов, Я.О.Полях, М.О.Дудченко<sup>1</sup>*Донецький національний медичний університет (Лиман, Україна)*<sup>1</sup>*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава*

**Мета роботи.** Вивчити клініко-анамнестичні особливості і ступеня тяжкості перебігу захворювання у пацієнтів з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 80 пацієнтів з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів у віці від 19 до 69 років. Ступінь виразності клінічних проявів оцінювався за бальною системою й визначався частотою рецидивів, тривалістю ремісій та проявами: легкий ступінь (I ступінь тяжкості) спостерігався у 12 пацієнтів, середньої тяжкості (II ступінь тяжкості) – у 48 і тяжкий ступінь (III ступінь тяжкості) – у 20.

**Результати та обговорення.** Виявлено велику кількість супутньої патології у пацієнтів з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів. За кількістю супутньої патології переважали пацієнти з тяжким і середньотяжким перебігом захворювання.

**Висновки.** Необхідно планувати лікувально-діагностичні заходи з урахуванням клініко-анамнестичних особливостей і ступеня тяжкості перебігу захворювання для досягнення оптимального результату лікування.

**Мета роботи**

Вивчити клініко-анамнестичні особливості і ступеня тяжкості перебігу захворювання у пацієнтів з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів для планування лікувально-діагностичних заходів і досягнення оптимального результату лікування.

**Матеріали та методи дослідження**

Було обстежено 80 пацієнтів з папуло-пустульозною стадією у віці від 19 до 69 років. У процесі дослідження використано прийняті класифікаційні підходи, з урахуванням стадії і клініко-морфологічних проявів захворювання. При встановленні клінічного діагнозу в наших пацієнтів ми дотримувалися розгорнутої класифікації рожевих вугрів, що використовується у Європі та США [1, 3, 4, 5]. Для

оцінки ступеня тяжкості захворювання модифіковано метод, запропонований В.П.Адаскевичем (2004), що базується на врахуванні типових ознак захворювання [2]. Ступінь виразності клінічних проявів захворювання оцінювався за бальною системою й визначався частотою рецидивів, тривалістю ремісій і виразністю клінічних проявів. Легкий ступінь (I ступінь тяжкості) захворювання спостерігався у 12 пацієнтів, середньої тяжкості (II ступінь тяжкості) – у 48 і тяжкий ступінь (III ступінь тяжкості) – у 20 хворих.

**Результати та обговорення**

Значний інтерес для розвитку й перебігу захворювання становить виразність різних ендогенних і екзогенних факторів залежно від тяжкості захворювання. Серед аналізованих нами тригерних факторів

достовірні відмінності по всіх трьох групах порівняння встановлено (табл. 1) для впливу стресу, інсоляції і дії високої температури, ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що негативний вплив стресу перебуває в пропорційній залежності від тяжкості перебігу патологічного процесу. Так, рецидиви захворювання пов'язані з нервовими переживаннями й психотравмами відзначали 85% пацієнтів з III ступенем тяжкості, 75% – з II ступенем тяжкості. Серед пацієнтів з

легким ступенем захворювання лише 50% відзначали погіршення стану, пов'язане зі стресом. Аналогічна тенденція спостерігалася і щодо впливу сонячної інсоляції та дії високих температур (табл. 1). Погіршення процесу на шкірі під впливом сонячних променів відзначалося в 66,7% пацієнтів з легким ступенем, дещо частіше в пацієнтів з перебігом середньої тяжкості (89,6%) і тяжким (95%).

**Таблиця 1.** Вплив різних факторів на розвиток і перебіг рожевих вугрів у хворих з різним ступенем тяжкості захворювання

| Показник           | Значення | I ст. тяжкості<br>(n=12),<br>абс. (P%±m%) | II ст. тяжкості<br>(n=48),<br>абс. (P%±m%) | III ст. тяжкості<br>(n=20),<br>абс. (P%±m%) | Рівень значущості відмінності, p |
|--------------------|----------|---|--|---|----------------------------------|
| 1                  | 2        | 3   | 4  | 5   | 6                                |
| спадковість        | 1        | 1<br>(8,3±8,0)                            | 3<br>(6,3±3,5)                             | 4<br>(20,0±8,9)                             | >0,05                            |
|                    | 0        | 11<br>(91,7±8,0)                          | 45<br>(93,7±3,5)                           | 16<br>(80,0±8,9)                            |                                  |
| стрес              | 1        | 6<br>(50,0±14,4)                          | 36<br>(75,0±6,3)                           | 17<br>(85,0±8,0)                            | <0,05*                           |
|                    | 0        | 6<br>(50,0±14,4)                          | 12<br>(25,0±6,3)                           | 3<br>(15,0±8,0)                             |                                  |
| фокальна інфекція  | 1        | –   | 6<br>(12,5±4,8)                            | –   | >0,05                            |
|                    | 0        | 12<br>(100)                               | 42<br>(87,5±4,8)                           | 20<br>(100)                                 |                                  |
| інсоляція          | 1        | 8<br>(66,7±13,6)                          | 43<br>(89,6±4,4)                           | 19<br>(95,0±4,9)                            | <0,05*                           |
|                    | 0        | 4<br>(33,3±13,6)                          | 5 (10,4±4,4)                               | 1 (5,0±4,9)                                 |                                  |
| низька температура | 1        | 4<br>(33,3±13,6)                          | 16<br>(33,3±6,8)                           | 11 (55,0±11,1)                              | >0,05                            |
|                    | 0        | 8<br>(66,7±13,6)                          | 32<br>(66,7±6,8)                           | 9<br>(45,0±11,1)                            |                                  |
| висока температура | 1        | 7(58,3±14,2)                              | 38(79,2±5,9)                               | 18 (90,0±6,7)                               | <0,05*                           |
|                    | 0        | 5 (41,7±14,2)                             | 10 (20,8±5,9)                              | 2 (10,0±6,7)                                |                                  |

Примітка: 1- показник має значення, 0 - показник не має значення.

Погіршення стану шкірного процесу під впливом високих температур відзначали

58,7% пацієнтів I ступеня тяжкості, 79,2% – II ступеня тяжкості й 90% – III ступеня

тяжкості. Щодо впливу низьких температур, то не виявлено достовірної відмінності між досліджуваними групами пацієнтів ( $p > 0,05$ ), хоча частота виникнення цього показника збільшувалася залежно від тяж-

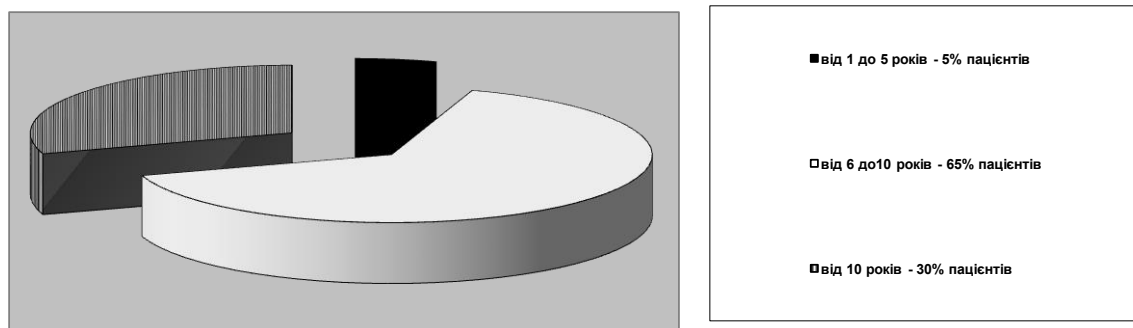
кості процесу. Дані сезонності загострень у пацієнтів з різним ступенем тяжкості перебігу захворювання наведено в таблиці 2.

**Таблиця 2.** Сезонність загострень у пацієнтів з різним ступенем тяжкості захворювання на рожеві вугри

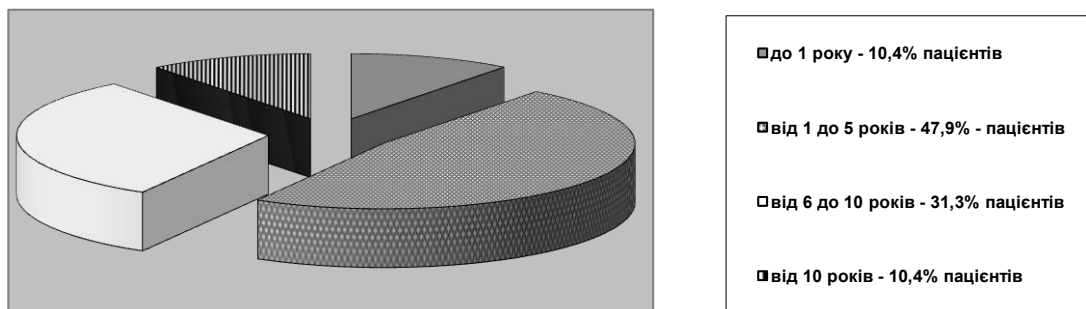
| Показник              | Значення                | I ст. тяжкості<br>(n=12),<br>абс.<br>(P%±m%) | II ст. тяжкості<br>(n=48),<br>абс.<br>(P%±m%) | III ст. тяжкості<br>(n=20),<br>абс.<br>(P%±m%) | Рівень значущості відмінності, p |
|-----------------------|-------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| сезонність загострень | осінньо-весняний період | 7 (58,3±14,2)                                | 24 (50,0±7,2)                                 | 8 (40,0±11,0)                                  | <0,05                            |
|                       | літній період           | 5 (41,7±14,2)                                | 19 (39,6±7,1)                                 | 3 (15,0±8,0)                                   |                                  |
|                       | позасезонний перебіг    | –  | 5 (10,4±4,4)                                  | 9 (45,0±11,1)                                  |                                  |

Як видно з таблиці 2, групи порівняння вірогідно відрізнялися одна від одної ( $p < 0,05$ ). Очевидною є досить велика кількість пацієнтів II і III ступеня тяжкості з позасезонним перебігом захворювання. Серед досліджуваних пацієнтів з легким перебігом рожевих вугрів загострення захворювання найчастіше мали місце в осінньо-весняний період.

Дані рис. 1 переконливо свідчать про тривалий перебіг захворювання в пацієнтів з важкими формами рожевих вугрів. Так, поміж пацієнтів III ступеня тяжкості 65% хворіють на рожеві вугрі від 6 до 10 років, і 30% – понад 10 років. Слід зазначити, що пацієнтів з давністю захворювання до 1-го року в цій групі не було.



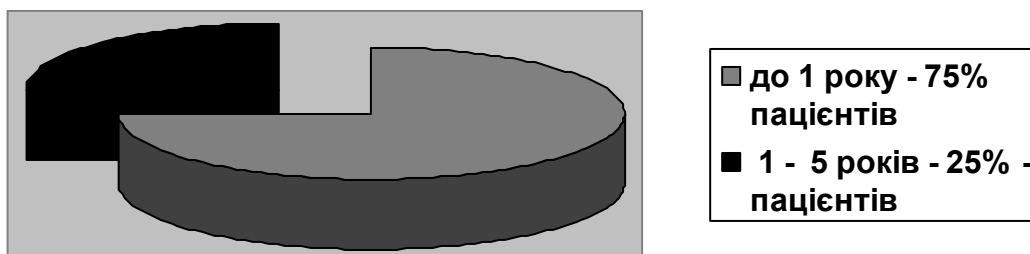
**Рис. 1.** Розподіл хворих із папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів тяжкого ступеня перебігу відповідно тривалості захворювання



**Рис. 2.** Розподіл хворих із папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів середньотяжкого ступеня перебігу відповідно тривалості захворювання

Аналіз давності захворювання пацієнтів із середньотяжким перебігом (рис. 2) показав перевагу пацієнтів, давність захворювання яких від 1 до 5 років ( $47,9 \pm 7,2$ )% і від 6 до 10 років ( $31,3 \pm 6,7$ )%. У досліджуваній групі з легким ступенем перебігу захворю-

вання переважали пацієнти, тривалість захворювання яких до 1 року – 75%. Пацієнтів, давність захворювання яких – від 1 до 5 років, нараховано 25% і зовсім не було пацієнтів, тривалість захворювання яких більше 5 років (рис.3).



**Рис. 3.** Розподіл хворих з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів легкого ступеня перебігу відповідно тривалості захворювання.

Аналіз кількості рецидивів протягом усього періоду захворювання виявив перевагу загострень із частотою 1 раз у 6 місяців – у 55% пацієнтів з III ступенем тяжкості і 64,6% – з II ступенем. Рецидив захворювання 1 раз у 2-3 місяці спостерігався в 35% пацієнтів з тяжким ступенем захворювання та у 8,4% із середньотяжким ступенем. Більш легкий перебіг захворювання

був характерний для пацієнтів з I ступенем тяжкості, у яких рецидиви, як правило, виникали до 1 разу на рік, таких було 33%. Слід також зазначити, що в 41,7% пацієнтів цієї групи захворювання було вперше виявлено. Групи порівняння з різним ступенем тяжкості вірогідно відрізнялися одна від однієї ( $p < 0,001$ ).

**Таблиця 3.** Перебіг захворювання у хворих з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів

| Показник              | Значення             | I ст. тяжкості (n=12), абс. (P%±m%) | II ст. тяжкості (n=48), абс. (P%±m%) | III ст. тяжкості (n=20), абс. (P%±m%) | Рівень значущості відмінності, p |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Давність захворювання | до 1 року            | 9 (75,0±12,5) <sup>#§</sup>         | 5 (10,4±4,4) <sup>*§</sup>           | — <sup>*#</sup>                       | <0,001                           |
|                       | від 1 до 5 років     | 3 (25,0±12,5)                       | 23 (47,9±7,2)                        | 1 (5,0±4,9)                           |                                  |
|                       | від 6 до 10 років    | —                                   | 15 (31,3± 6,7)                       | 13 (65,0±10,7)                        |                                  |
|                       | понад 10 років       | —                                   | 5 (10,4±4,4)                         | 6 (30,0±10,2)                         |                                  |
| Частота рецидивів     | вперше виявлено      | 5 (41,7±14,2) <sup>#§</sup>         | — <sup>*</sup>                       | — <sup>*</sup>                        | <0,001                           |
|                       | 1 раз на 2-3 роки    | —                                   | —                                    | —                                     |                                  |
|                       | 1 раз на рік         | 4 (33,3±13,6)                       | 13 (27,1±6,4)                        | 2 (10,0±6,7)                          |                                  |
|                       | 1 раз на 6 міс.      | 3 (25,0±12,5)                       | 31 (64,6±6,9)                        | 11 (55,0±11,1)                        |                                  |
|                       | 1 раз на 2-3 місяці  | —                                   | 4 (8,3±4,0)                          | 7 (35,0±10,7)                         |                                  |
| Тривалість ремісій    | вперше виявлено      | 9 (75,0±12,5) <sup>#§</sup>         | 5 (10,4±4,4) <sup>*§</sup>           | — <sup>*#</sup>                       | <0,001                           |
|                       | більше року          | 3 (25,0±12,5)                       | 23 (47,9±7,2)                        | 1 (5,0±4,9)                           |                                  |
|                       | від 6 міс. до 1 року | —                                   | 15 (31,3± 6,7)                       | 13 (65,0±10,7)                        |                                  |
|                       | до 6 міс.            | —                                   | 5 (10,4±4,4)                         | 6 (30,0±10,2)                         |                                  |
|                       | 2-3 міс.             | —                                   | —                                    | —                                     |                                  |

Примітка: відмінність від показника при I ст. тяжкості статистично значуща,  $p < 0,05$ ; <sup>#</sup> – відмінність від показника при II ст. тяжкості статистично значуща,  $p < 0,05$ ; <sup>§</sup> – відмінність від показника при III ст. тяжкості статистично значуща,  $p < 0,05$ .

У пацієнтів з тяжким (55%) і середньотяжким (64,6%) перебігом захворювання тривалість останньої ремісії перебувала в діапазоні до 6 місяців, у порівнянні з групою пацієнтів з легким перебігом захворювання (25%). Дані про кількість рецидивів і тривалість останньої ремісії відбито в таблиці 3. Аналіз особливостей перебігу захворювання показав, що часті загострення й нетривалі (до 6 місяців) ремісії спостерігалися переважно в пацієнтів з тяжким перебігом захворювання. Важливе значення в розвитку й загостренні захворювання має

супутня патологія. Достовірні статистично значущі відмінності між групами пацієнтів з різним ступенем тяжкості рожевих вугрів виявлено для захворювань шлунково-кишкового тракту ( $p < 0,001$ ), патології серцево-судинної системи ( $p < 0,001$ ) і вегетосудинних порушень ( $p < 0,001$ ) (табл. 4). За нашими даними, в усіх пацієнтів з тяжким перебігом папуло-пустульозної стадії рожевих вугрів було виявлено різні захворювання системи травлення (хронічний гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба шлу й дванадцятипалої кишки, холецистит, пан-

креатит, гепатит, дискінезія жовчовивідних шляхів тощо). У пацієнтів з легким і середньої тяжкості перебігом захворювання патологія ШКТ також зустрічалася досить часто (50% і 66,7% пацієнтів, відпові-

дно). Серцево-судинну патологію було виявлено в 60% пацієнтів з тяжким перебігом і 22,9% пацієнтів із середньотяжким перебігом захворювання.

**Таблиця 4.** Супутня патологія у хворих на рожеві вугри папуло-пустульозної стадії

| Показник                               | Значення | I ст. тяжкості<br>(n=12),<br>абс.<br>(P%±m%) | II ст.<br>тяжкості<br>(n=48),<br>абс.<br>(P%±m%) | III ст. тяжко-<br>сті<br>(n=20),<br>абс.<br>(P%±m%) | Рівень<br>значущості<br>відмінності, p |
|--|----------|--|--|---|--|
| Захворювання шкіри                     | 1        | 6 (50,0±14,4)                                | 9<br>(18,8±5,6)                                  | 5 (25,0±10,7)                                       | >0,001                                 |
|  | 0        | 6 (50,0±14,4)                                | 39<br>(81,2±5,6)                                 | 15 (75,0±10,7)                                      |  |
| Гінекологічні захворювання             | 1        | 4 (33,3±13,6)                                | 17<br>(35,4±6,9)                                 | 4 (20,0±8,9)  | >0,001                                 |
|  | 0        | 8 (66,7±13,6)                                | 31<br>(64,6±6,9)                                 | 16 (80,0±8,9)                                       |  |
| Захворювання шлунково-кишкового тракту | 1        | 6 (50,0±14,4)                                | 32<br>(66,7±6,8)                                 | 20<br>(100)   | <0,001*                                |
|  | 0        | 6 (50,0±14,4)                                | 16<br>(33,3±6,8)                                 | –   |  |
| Хвороби серцево-судинної системи       | 1        | –  | 11<br>(22,9±6,1)                                 | 12 (60,0±11,0)                                      | <0,001*                                |
|  | 0        | 12<br>(100)                                  | 37<br>(77,1±6,1)                                 | 8 (40,0±11,0)                                       |  |
| Вегето-судинні порушення               | 1        | 2 (16,7±10,8)                                | 5<br>(10,4±4,4)                                  | 10 (50,0±11,2)                                      | <0,001*                                |
|  | 0        | 10 (83,3±10,8)                               | 43<br>(89,6±4,4)                                 | 10 (50,0±11,2)                                      |  |
| Ендокринна патологія                   | 1        | 2 (16,7±10,8)                                | 16<br>(33,3±6,8)                                 | 7 (35,0±10,7)                                       | >0,001                                 |
|  | 0        | 10 (83,3±10,8)                               | 32<br>(66,7±6,8)                                 | 13 (65,0±10,7)                                      |  |
| Патологія сечостатевої системи         | 1        | 4 (33,3±13,6)                                | 9<br>(18,8±5,6)                                  | 4 (20,0±8,9)  | >0,001                                 |
|  | 0        | 8 (66,7±13,6)                                | 39<br>(18,8±5,6)                                 | 16 (80,0±8,9)                                       |  |

Примітка: 1 - наявність супутньої патології, 0 - відсутність супутньої патології

Вегето-судинна патологія також найчастіше значилася у пацієнтів з тяжким перебігом захворювання (50%) у порівнянні з більш легким перебігом дерматозу. Навпаки, частота виявлення гінекологічних захворювань, хвороб сечостатевої системи й

ендокринних захворювань у пацієнтів з рожевими вуграми не залежала від тяжкості процесу.

#### Висновки

З огляду на отримані дані, ми вважаємо, що найбільш значущими фактора-

ми, що обтяжують перебіг захворювання, є стреси, вплив фізичних агентів (інсоляції, висока температура). Варто звернути увагу і на той факт, що значна частка пацієнтів з тяжкими формами захворювання довгий час займалися самолікуванням. Внаслідок проведених досліджень виявлено велику кількість супутньої патології в пацієнтів з папуло-пустульозною стадією рожевих вугрів. За кількістю супутньої патології

переважали пацієнти з тяжким і середньо-тяжким перебігом захворювання. Аналізуючи вище викладене, можна стверджувати, що необхідно планувати лікувально-діагностичні заходи хворих на рожеві вугри з урахуванням клініко-анамнестичних особливостей і ступеня тяжкості перебігу захворювання для досягнення оптимального результату лікування.

### Список літератури

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые / В.П. Адашкевич. - М. : Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. - 160 с.
2. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич. - Москва: Медицинская книга, 2004. - 165 с.
3. Айзятюлов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: Иллюстр. руковод-

ство / Р.Ф. Айзятюлов. - Донецк: Каштан, 2006. - 360 с., ил.

4. Brinell H.J. Rosacea disturbed defense against brain overheating / H.J. Brinell, M. Friedel, M. Caputa et al. // Arch. Dermatol. Res. - 1989. - Vol. 281. - P. 66 - 77.
5. Buechner S.A. Rosacea: an update. / S.A. Buechner // Dermatology. 2005. - Vol. 210(2). - 100-108.

### SUMMARY

#### CLINICO-ANAMNESTIC COMPARISONS FLOW PAPULES-PUSTULAR ROSACEA STAGE IN PATIENTS VARYING DEGREES OF DISEASE SEVERITY

R.F. Ayzyatulov, Y.A. Poljah, N.A. Dudchenko

**Objective.** To study clinic-anamnesic features and degree of weight of flow of disease for patients with the papules-pustular stage of pink acnes.

**Materials and methods.** 80 patients are inspected with papules-pustular stage of pink acnes in age from 19 to 69. The degree of expressed of clinical displays was estimated on the ball system and determined by frequency of relapses, duration of remissions and displays: an easy degree (I degree of weight) was observed for 12 patients, middle weight (II degree of weight) - at 48 and heavy degree (III of weight) - at 20.

**Results and discussion.** It is educed plenty of concomitant pathology at patients with the papules-pustular stage of pink acnes. On the amount of concomitant pathology patients prevailed with heavy and by the middle weight flow of disease.

**Conclusions.** To plan curatively-diagnostic measures It is necessary taking in to account clinic-anamnesic features and degree of flow of disease for an achievement optimal.

### РЕЗЮМЕ

#### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ СТАДИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Р.Ф. Айзятюлов, Я.А. Полях, Н.А. Дудченко

**Цель работы.** Изучить клинико-анамнестические особенности и степень тяжести течения заболевания у пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 80 пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей в возрасте от 19 до 69 лет. Степень выраженности клинических проявлений оценивалась по бальной системе и определялась частотой рецидивов, длительностью ремиссий и проявлениями: легкая степень (I степень тяжести) наблюдалась у 12 пациентов, средняя (II степень тяжести) – у 48 и тяжелая степень (III степень тяжести) – у 20.

**Результаты и обсуждение.** Выявлено большое количество сопутствующей патологии у пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей. По количеству сопутствующей патологии преобладали пациенты с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания.

**Выводы.** Необходимо планировать лечебно-диагностические мероприятия с учетом клиничко-anamnestических особенностей и степени тяжести течения заболевания для достижения оптимального результата лечения.

©O.O.Syzon

UDC 616.517-007.348-07

## CHANGES OF SOME PARAMETERS CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

O.O.Syzon

*Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky*

**Objective.** To study the role of basis indexes of laboratory in spection of patients for clarification of their role in pathogeny of arthropathy psoriasis.

**Materials and methods.** The concentration of trigger cytokines - IL-1 $\beta$ , IL-8, IL-17, IL-22, stress hormones - ACTH and cortisol, state of cell-antibody mediated immunity (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+, IRI, IgM, IgG levels) in the serum of patients were defined.

**Results and discussion.** We have detected the possible changes of stress-reaction mediator concentrations in the serum of patients with PA (i.e. decreasing of the status of cell immunity indices (CD3+, CD4+, CD8+ T- lymphocytes, B- lymphocytes CD22+ fraction, IRI with compensatory increasing of the levels of CD16+ T-cells, cytokines — IL-1 $\beta$ , IL-8, IL-17, IL-22, stress hormone – cortisol, immunoglobulins IgM, IgG, CIC) irrespective of the disease duration which testifies the strain of their stress-realizing mechanisms, even if clinical stabilization of skin and joint process is normalized.

**Conclusions.** Thus, the final diagnosis of PA is determined only under aggregation of anamnestic, clinical, instrumental and laboratory data and the results of additional examinations. The indices mentioned above are key mediators of stress-realizing immune-neuroendocrine system and play an ambiguous role in the development of PA, their various effects require further study.

### Introduction

According to the literature the frequency index of psoriatic arthritis (PA) in patients with psoriatic disease (PD) varies from 1 to 13% [1, 2, 3]. In recent years there has been detected the tendency of increasing of patients with PA in Ukraine. This situation may be caused by the accumulation of several

factors such as: bad ecological situation in Ukraine, in sufficient level of material and living conditions which leads to psychoemotional stress and, as the result, to decreasing of clinical remission period in patient and more frequent relapses [4, 7, 10]. In 20-60 % of patients pathological processes are progressing in the association with the develop-