

47. Beales I.L.P. Letter: Effects of proinflammatory cytokines on acid secretion // *Dig. Dis. Sci.* – 2000. – Vol.45, №2. – P.289.
48. Bubenik G.A. Localization, physiological significance and possible clinical implication of gastrointestinal melatonin // *Biol.Signals Recept.* – 2001. – №10. – P.350-366.
49. Dockray G.J. Gastrin // *Best Pract.Res. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2004. – Vol.18. – P.555-568.
50. El-Omar E.M. The importance of interleukin-1 $\beta$  in Helicobacter pylori associated disease // *Gut.* – 2001. – Vol.48. – P.743-747.
51. Factors Regulating the Effect of IL-4 on Intestinal Epithelial Barrier Function / Leo V. Di, P.C.Yang, M.C.Berin, M.H.Pedruie // *Int. Arch. Allergy, Immunol.* – 2002. – Vol.29, №3. – P.219-227.
52. Hiramoto J.S. et.al. Evidence-based analysis: postoperative gastric bleeding: etiology and prevention // *Surgical Oncology.* – 2003. – №12. – P.9-19.
53. Influence of chronic Helicobacter pylori infection on ischemic cerebral stroke risk factors / J.Majka, T.Rog, P.C.Konturek et al. // *Med.Sci. Monit.* – 2002. – Vol.8. – P.675-684.
54. Interleukin-1 beta polymorphism's increase risk of hypochlorhydria and atrophic gastritis and reduce risk of duodenal ulcer recurrence in Japan / T.Furuta, E.M. El-Omar, F.Xiao et.al. // *Gastroenterology.* – 2002. – Vol.123, №1. – P.92-105.
55. Karita M., Noriyasu A. Kosako E. et. Al. Relationship between pepsinogen I & II and H. pylori infection considered with grade of atrophy and gastroduodenal diseases // *Dig. Dis. Sci.* – 2003. – Vol.48. – P.1839-1845.
56. Kolkman J.J., Otte J.A., Groeneveld A.B. Gastrointestinal luminal tonometry: an update on physiology, methodology and clinical applications // *Br.J. Anaest.* 2000. – Vol.84. – P.74-86.
57. Maciorkowska E., Panasiuk A., Kaczmarszek M. Concentrations of gastric mucosal cytokines in children with food allergy and Helicobacter pylori infection // *World J. Gastroenterol.* – 2005. – Vol.11. – P.6751-6756.
58. McColl K.E., Cillen D., El-Omar E. The role of gastrin in ulcer pathogenesis // *Baillieres Best Pract.Res. Clin. Gastroenterol.* – 2000. – Vol.14. – P.13-26.
59. The polymorphic IL-1 $\beta$  and IL-1RN genes in the aetiopathogenesis of peptic ulcer / M.A.Garcia-Gonzalez, A.Lanas, S.Santolaria et.al. // *Clin.Exp.Immunol.* – 2001. – Vol.125, №3. – P.368.
60. Vercellotti G.M. Microbes, inflammation and atherosclerosis with old pathology lessons guide new therapies? // *Trans.Am.Clin.Climatol.Assoc.* – 2001. – Vol.122. – P.215-222.

## SUMMARY

### THE MAIN PATHOGENIC MECHANISMS OF BLEEDING RELAPSES IN BLEEDING DUODENAL ULCERS (literary review)

**Lemko I.I., Lemko O.I.**

The review of essential investigations concerning reasons and mechanism of bleeding relapsed at patients with duodenal bleedings is presented in the present report. Systematization and generalization of literary data was made in the framework of the possibilities for development of the pathogenic approach to the patients' treatment tactics.

**Key words:** bleeding duodenal ulcers, bleeding relapses

УДК:616.5-002.2:[616.89+613.86]

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ (огляд літератури)

**Миронюк І.С.**

*Ужгородський національний університет, кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсами ВІЛ-інфекції, патоморфології і туберкульозу, м.Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** наведені результати аналітичного огляду наукових публікацій свідчать про значимість змін психоемоційної сфери хворих на хронічні дерматози в виникненні даних захворювань, провокуванні рецидивів та вплив на ефективність лікування. Констатовано різноспрямоване трактування характеру змін психоемоційного стану хворих на хронічні дерматози, відсутність чітких критеріїв оцінки глибини та спрямування виникаючих порушень психоемоційної сфери пацієнтів. Це створює значні труднощі при комплексній оцінці впливу захворювання на якість життя пацієнта та виборі раціональної тактики лікувального втручання.

**Ключові слова:** хронічні дерматози, психоемоційний стан, якість життя

За даними різних авторів, на псоріаз страждає від 0,4% до 2,0% населення планети [15, 41]. Такі значні коливання розповсюдженості псоріазу зумовлені неоднаковим рівнем захворюваності в різних географічних зонах. Найбільша ж кількість хворих на псоріаз в Україні, за даними Центру медичної статистики МОЗ, реєструється в регіонах Карпат та Закарпатті.

Неврогенна теорія як виникнення, так і загострень псоріазу вперше описувалася ще у 1886 році А.Г.Полотебновим, але не втратила актуальності і

на сьогоднішній день. Так, стрес як причину виникнення захворювання відзначають 23-43% хворих на псоріаз, а як причину рецидивів захворювання – 80% [2]. Існує думка [24], що функціональні порушення з боку нервової системи є вторинними і розвиваються як наслідок існування косметичного дефекту – висипки на шкірі. Зворотній взаємозв'язок стану психоемоційної сфери та шкірного захворювання (коли косметичний дефект психогенно впливає на особистість, а повторні психотравми погіршують динаміку дерматозу) є

закономірним. Якщо не враховувати емоційний фактор при шкірному захворюванні, то у 40% хворих терапевтична допомога неефективна [57].

Стрімкий темп життя суспільства, підвищення емоційного навантаження, що потребують значних нервових та інтелектуальних зусиль, нерідко виникаючі “ножиці” між фізіологічними можливостями людини та умовами її існування призводять до зростання захворюваності на хронічні дерматози, які на теперішній час ідентифікують “хворобами цивілізації”. Несприятливі чинники якості життя ускладнюють перебіг кожної хвороби, але найбільш вразливі пацієнти з косметичними недоліками шкіри, зокрема при псоріазі, екземі, atopічному дерматиті [5, 17, 19, 25, 45].

Загальне походження шкіри та нервової системи із ектодерми лежить в основі жорсткого взаємозв'язку цих ланок. Виходячи з цього, фізіологічні та патологічні процеси як в клінічно змінених, так і інтактній шкірі необхідно розглядати з позиції цілісності організму – загальнофізіологічних механізмів психосоматичної інтеграції. Проблема функціональних розладів вищої нервової діяльності безпосередньо позначається на тих чи інших змінах реактивності шкіри, неминуче зводиться до нейрогуморальних проявів емоцій в нормі та патології. Все більшу увагу у зв'язку з цим привертають питання депресивних станів, котрі проявляються ефлоресценціями. Різноманітні шкірні реакції виступають в подібних випадках як своєрідне дзеркальне відображення емоційного стану людини [11].

Вельми привабливою в такому ракурсі є подальша розробка концепції якості життя [22, 44]. Зокрема 80% хворих на псоріаз визнають, що цей дерматоз погіршує якість їх життя, обмежує професійну, навчальну та інші види активності [49]. В той же час це поняття не має однозначного трактування. Існує твердження, що під якістю життя слід розуміти ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в рамках суспільства [12]. Згідно з медичним форматом – це сприйняття пацієнтом свого положення в залежності від хвороби в контексті його систем цінностей, планів, можливостей, психоемоційного статусу тощо [13, 36].

В теперішній час у дерматології для оцінки якості життя найбільш широко використовується Dermatology Life Quality Index (ДІЯЖ-DLQI) [3]. В нього включені питання, умовно поділені на шість основних критеріїв якості життя: фізичний (біль, свербіж), повсякденна активність, суспільне життя, особисті взаємовідносини, працездатність, комплаєнтність (зручність) терапії, що призначається, котрі характеризують перебіг дерматозу за останні 7 днів. ДІЯЖ-DLQI виявився простим та інформативним методом обчислення показників якості життя у дерматологічних хворих. Його перевагою є можливість застосування при багатьох захворюваннях шкіри. Опитувальник містить 10 питань, на кожне з яких є чотири можливі відпові-

ді. Розташування усіх питань на одному боці аркуша та проста методика оцінки результатів дають змогу використовувати цей індекс як у клініках з великою кількістю пацієнтів, так і з метою обмежених досліджень [20]. Нині ДІЯЖ-DLQI застосовують у хворих на псоріаз, екзему, atopічний дерматит, пухирчатку, алопецію, вітіліго, трофічні виразки [40, 48, 52].

Визначення впливу стану шкіри на життя пацієнтів за останній тиждень використовується і у Вітебському опитувальнику хворих дерматозами [1]. Детальний аналіз за його допомогою передбачає оцінку стану за 4 розділами: фізична та психоемоційна сфери, рівень незалежності, соціальні відносини. Відповідь на кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою. Максимальна кількість балів (152) вказує на занадто високий рівень впливу шкірного захворювання на якість життя пацієнтів. Їх відсутність (0) спостерігається у здорових осіб.

Індекс недієздатності при псоріазі (Psoriasis Disability Index) розроблений на основі опитування хворих про варіанти впливу дерматозу на їх життя. Перша його версія складається з 15 питань і охоплює чотиритижневий період визначення впливу стану шкіри на якість життя пацієнтів. Структура опитувальника містить дві частини. Перша, переважно, стосується щоденного життя хворих, друга – специфічних ситуацій, пов'язаних із суспільством. Цей індекс широко використовується у Західній Європі та Японії [46, 47].

За допомогою опитувальника «вплив стресу на життя при псоріазі» (Psoriasis Life Stress Inventory) з'ясовується вплив стресових факторів на показники якості життя. Він використовується для вивчення думки пацієнтів і аналізу ефективності лікування [50, 57].

Опитувальник SKINDEX складається з двох частин, присвячених фізичному стану та трьох – спрямованих на визначення психоемоційних особливостей хворих [43].

Дерматологічний індекс якості життя у дітей (The Children Dermatology Life Quality Index) є опитувальником для дітей віком від 4 до 16 років. Відповідають вони самі. Результати дозволяють оцінити ефективність стаціонарного лікування при псоріазі та atopічному дерматиті [53, 54].

Слід зазначити, що вибір варіанту визначення якості життя залежить від мети, формату та дизайну дослідження. Велике значення має тривалість часу, на який розрахований опитувальник. Деякі системи визначення якості життя враховують лише щоденну активність пацієнтів. Перевага таких опитувальників полягає в тому, що на запитання, присвячені сьогоденню, хворому легше відповісти точніше. Якщо якість життя оцінюється в наукових дослідженнях, слід використовувати анкети, що містять значний об'єм запитань. При опитуванні у переважаних медичних закладах кращі найкоротші варіанти. Легкість використання та

інтерпретації отриманих результатів у таких ситуаціях набуває неабиякого значення [21, 46].

Вказується [1] на доцільність визначення вірогідності, надійності, специфічності та чутливості анкет з урахуванням обґрунтування та мети відбраного стандарту з приведеним форматом поняття «якість життя», відбору методу, валідності та чутливості до змін, доступності (легкості розуміння запитань), можливості використання для аналізу економічної ефективності.

Існує твердження [39], що ДІЯЖ-DLQI, SKINDEX та індекс недієздатності при псоріазі дають змогу отримати додаткову інформацію щодо стану хворих. Однак останній не включає в себе розділу, присвяченого симптомам та відчуттям. Цим, вірогідно, пояснюється різниця результатів та відсутність кореляції отриманих даних у ДІЯЖ-DLQI та індексі недієздатності при псоріазі після проведеного лікування. Опитувальник SKINDEX, навпаки, містить деякі запитання, що стосуються не притаманних псоріазу аспектів [39].

Необхідність оцінки якості життя у пацієнтів з патологією шкіри пояснюється цілою низкою чинників. Зокрема, дерматози формують такі її аспекти, які, у свою чергу, можуть погіршувати прогноз захворювання. Ці впливи мало відображені в існуючих критеріях оцінки тяжкості їх перебігу та можуть включати в себе психологічні стреси, дискомфорт, стан розгубленості, відчуття провини, сорому. З часом дія цих факторів може призвести до помітного порушення стабільності емоцій, соціального благополуччя, працездатності і успішності в навчанні та роботі, особистого життя. У хворих виникає гіперергічне сприйняття елементів висипки, котре створює відчутні перешкоди у щоденному житті, наприклад при купанні, одяганні та веде до зміни зовнішнього вигляду. Хронічні дерматози можуть викликати значні обмеження у фізичній, емоційній і соціальній сферах життя пацієнтів та заважати їх кар'єрі. Емоційні чинники та обмеження у суспільстві можуть бути більш маніфестними, ніж елементи висипки, що неадекватно контролюються. Сама наявність дерматозу може викликати психологічний стрес, а неадекватна медична допомога нерідко погіршує перебіг патологічних змін на шкірі [10, 51].

Зокрема, в усіх хворих на atopічний дерматит ідентифікується психоемоційна складова захворювання [16]. Яка найбільш виразна у період ризику розвитку рецидивів. При тривалому нервовому напруженні виникає пролонгований рецидив, торпідний до терапевтичного втручання. Не викликає сумнівів, що ігнорування емоційних чинників при atopічному дерматиті значно погіршує ефективність лікування [38]. У хворих з акцентованим ураженням більш часто визначається депресивний синдром; тривожно-фобічні ознаки зустрічаються незалежно від клінічного перебігу дерматозу, а неврастенічні прояви майже відсутні при обмеженій формі, але діагностуються при дифузній. Ас-

тенічний синдром домінує при локальних проявах, при розповсюдженні патологічного процесу його виразність помітно зменшується. Отже, простежується зв'язок між тяжкістю клінічного перебігу дерматозу та складністю патопсихологічного стану пацієнтів [26].

Основними рисами особистості хворих на atopічний дерматит є внутрішня напруженість, схильність до тривожних реакцій на ті чи інші події. Все це, у поєднанні з хронічним перебігом патологічного процесу на шкірі з епізодичними нетривалими ремісіями, виразним косметичним дефектом, свербіжем і суттєвими переживаннями, сприяє формуванню складного психопатологічного синдрому [27].

Внаслідок несприятливого впливу таких етіологічних чинників, як стрес, генетична детермінованість, сенсibiliзація формується вогнище патологічного посиленого збудження в системах головного мозку, відповідальних за сприйняття відчуттів (патологічна детермінанта), котра охоплює нейронні шляхи та, як наслідок, проявляється реакцією у вигляді свербіжу. Остання є провідним симптомом atopічного дерматиту та презентує собою сенсорну одиницю, виникнення якої представляє собою результат комплексних інтегруючих процесів у центральній нервовій системі, спонукаючих до розчухування та появи, відповідно, неприємних емоційних відчуттів [8, 42, 55].

Відомо [9, 18], що у 84% дерматологічних хворих у клінічній картині спостерігається свербіж, а у 53% з них він характеризується як нестерпний стан. Його наслідком виступає поведінкова установка пацієнта, котрий використовує різноманітні предмети для розчухування шкіри. У таких осіб спостерігаються нав'язливі рухи: пощипування, пошкрябування шкіри, що призводять до її ушкодження. Утворене при цьому "порочне коло" замикається через стовбур мозку та таламус у корі головного мозку. Підкреслюється, що наявність дерматозів, які супроводжуються свербіжем значно погіршує якість життя пацієнтів [23, 30, 35].

Обстеження хворих на псоріаз дозволило констатувати в усіх таких осіб порушення психоемоційного стану, ступінь виразності яких залежить від статі, тривалості перебігу дерматозу та рівня маніфестації елементів висипки на візуально доступних ділянках шкірного покриву [4]. У віковій групі від 20 до 29 років при анкетуванні встановлений пік цих розладів. Такі пацієнти при використанні ДІЯЖ-DLQI та індексу недієздатності при псоріазі набирали від 138 до 144 балів. Більша їх кількість реєструвалася у жінок. У віковій групі від 30 до 39 років спостерігалася тенденція до зменшення кількості набраних балів (від 95 до 110). Таке пригнічення їх рівня пояснюється більшою тривалістю перебігу дерматозу, знанням "поводження при псоріазі" та можливих наслідків "порушень поведінки". У віковій групі від 40 до 49 років означена тенденція ще більше акцентувалася

і кількість набраних балів коливалась від 70 до 85. Підкреслюється, що останні дані можуть свідчити про сприйняття захворювання цією категорією осіб як “члена родини” та “шанобливим ставленням до нього” – з одного боку; накопиченням арсеналу знань про дерматоз, його індивідуальними особливостями – з іншого [4]. Такі результати свідчать, що наявність псоріазу різко знижує якість життя молодій людині.

У хворих на екзему формується та чи інша стратегія поведінки. Вельми важливим видається якомога раннє визначення типу психологічного реагування на захворювання у таких осіб, особливо в тих випадках, коли формуються ті чи інші дезадаптивні варіанти. Доведено, що лише у кожного шостого хворого на екзему спостерігається чисто гармонійний тип. Частка усіх трьох адаптивних (гармонійна, анозогнозична та ергопатична) реакцій з мінімальною соціально-психологічною дезадаптацією становить 31,4%. Аналіз змістовного співвідношення між складовими змішаних типів психологічного реагування показує наявність як внутрішньоузгоджених, так і явно суперечливих, що свідчить про неоднозначний характер самої структури психологічного реагування особистості в ситуації розвитку такого хронічного дерматозу як екзема. Таким пацієнтам притаманний дифузний тип психологічного реагування з вираженою дезадаптацією в умовах захворювання. Однак, остання має невизначений характер з наявністю приблизно однакового ступеня виразності рис як інтра-, так і інтерпсихологічного спрямування [37]. Наявні дані [7], що формування та загострення екземи у 26-55% пацієнтів пов'язані з депресією. Застосування шкали Спілбергера-Ханіна дозволило констатувати у таких осіб високий рівень ОТ і середню виразність РТ [14].

Доведений негативний вплив червоного плескатоного лишая на життєдіяльність і психоемоційний стан хворих [31]. У таких пацієнтів встановлена чітка залежність інтенсивності психологічної адаптації особистості від тривалості перебігу дерматозу. У хворих констатувалися неврозоподібні симптоми та явища астенії [33].

Психологічне тестування пацієнтів з розацеа дозволило поділити їх на 3 групи: перша – особи з неврозоподібними змінами (головний біль, слабкість, порушення сну), друга – з явищами неврас-

тенії (подрозливість, швидка втомлюваність), третя – з істеричними розладами (кошмарні сновидіння, різка зміна настрою). Підкреслюється необхідність включення до комплексу лікувальних заходів при означеній патології цілеспрямованої індивідуальної психокорекції для підвищення ефективності терапії [29].

Окрім виразної залежності дії психоемоційного чинника та розвитку або рецидиву дерматозу, нерідко виявляється чітка кореляція між тяжкістю перебігу того чи іншого шкірного захворювання та виразністю функціональних розладів вищої нервової діяльності. Виникнення або загострення патологічного процесу на шкірі часто буває найбільш ілюстративною чи навіть першою ознакою погіршення психічного стану здоров'я [32].

На можливість психічного генезу дерматологічного страждання вказує часто й передуюча йому невротична симптоматика з більш або менш виразними афективними розладами депресивного кола. Періодичні депресії, провідними соматичними проявами яких стають, наприклад, псоріатичні ефлоресценції, далеко не рідкість у клінічній практиці. Тяжкі психічні переживання або надмірні емоційні навантаження лягають в основу скарг пацієнтів на загальну слабкість, швидку втомлюваність, постійне внутрішнє напруження, акцентовану тенденцію до пригнічення настрою, тривогу, втрату стимулів до діяльності, порушення апетиту, зниження лібідо, послаблення сексуальної потенції, тощо. Тому, не викликають подиву повідомлення, що виразні клінічні ознаки псоріазу за рахунок поліпшення психологічного стану хворих можуть регресувати без будь-якого місцевого лікування [6, 28, 34].

Таким чином, наведені результати досліджень свідчать про різноспрямоване трактування характеру змін психоемоційного стану хворих на хронічні, зокрема й псоріаз, дерматози. Відсутні чіткі критерії оцінки глибини та спрямування виникаючих порушень. Недостатньо висвітлена залежність патопсихологічних розладів від клінічного перебігу патологічного процесу на шкірі. Анкетування таких пацієнтів проводиться у вузькому форматі, що не дозволяє об'ємно оцінити їх якість життя. Це створює значні труднощі при виборі раціональної тактики лікувального втручання.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Мед. книга, 2004. – С.137-146.
2. Айзатулов Р.Ф., Юхименко В.В. Состояние вегетативного гомеостаза у больных псориазом с нарушением адаптивной реакции на стресс// Информационный бюллетень. – Харьков, 1996. – № 1 – С. 47-48.
3. Аковбян Г.В. Оценка качества жизни в дерматологии// Тез. научн. работ 8 Всеросс. съезда дерматовенерол. – М., 2001. – Ч.1. – С.79-80.
4. Аль Рамлаві Хішам Джаміль. Порушення психоемоційного стану у пацієнтів, які страждають на псоріатичну хворобу// Дерматологія та венерологія. – 2006. – № 2(32). – С.52-54.
5. Аряев Н.Л. Клиническое значение атопического дерматита в педиатрической практике// Перинатол. и педиатрия. – 2005. – № 1-2. – С.59-63.
6. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоров'я. – Донецк: Донеччина, 2002. – 216 с.

7. Белоусова Т.А., Дороженко И.Ю., Кабаева Т.И. и др. Роль психических расстройств в течении псориаза и экземы// Тез. научн. работ 8<sup>го</sup> Всеросс. съезда дерматовенерол. -М.,2001. – С.60.
8. Богаров В.А., Зяблицев С.В., Висячин В.Б. и др. Новая концепция формирования зудовой реакции при некоторых хронических дерматозах // Архив кл. и экспер. медицины. – 1997. – Т.6. – С.113-116.
9. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия – 2004. – № 1(8). – С.7-18.
10. Гірник Г.Е. Дерматологічний індекс якості життя у хворих на атопічний дерматит// Дерматовенеролог., косметол., сексопатол. – 2006. – № 3-4(9). – С.108-112.
11. Гладчук В.Е. Психосоматические аспекты в клинике больных зудящими дерматозами// Дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2003. – №1-4(6). – С.156-159.
12. Данилычева И.В., Ильина Н.И. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом// Consilium Medicum. – 2001. – №3-4. – С.217-224.
13. Довжанский И.В. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами// Вестник дерматол. и венерол. – 2001. – №3. – С.12-13.
14. Елькин В.Д., Коломойцев А.В., Кузнецов И.Д. Особенности психовегетативного реагирования у больных аллергическими дерматозами под влиянием комплексной терапии с включением физических упражнений// Тез. научн. раб. 8 Всеросс. съезда дерматовенерол. – М.,2001. – С.28.
15. Зарзар Кетинг. Патогенетичне обґрунтування призначення деяких препаратів при псоріазі// Журн. дерматовенерології та косметології ім. Н. А.Торсуева. – 2001. – Том 1. – №1 – С. 26-34.
16. Каможная Л.Д., Безверченко Е.И. Функциональное состояние центральной нервной системы и мозгового кровообращения у больных атопическим дерматитом// Дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2004. -№ 3-4(7). – С.55-59.
17. Катханов А.М., Шейх-Заде К.Ю. Оценка психоэмоционального статуса у лиц, страдающих зудящими дерматозами// Акт. вопросы дерматол., косметол., микол. и ИППП. – Владивосток,1999. – С.118-120.
18. Кершот Я. Биопунктура и антигомотоксическая медицина. Расширенные показания для парентеральной терапии. – М.:Арнебия, 2001. – 252 с.
19. Ковалева Л.Н., Хрущ В.И. Особенности психологического статуса у больных экземой и атопическим дерматитом в южном регионе Украины// Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2006. – №2(21). – С.13-17.
20. Коляденко В.Г., Чернишов П.В. Показники якості життя у дерматологічних хворих// Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2005. – №2(17). – С.11-14.
21. Коляденко В.Г., Чернишов П.В. Ренесанс дерматології// Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2004. – №4. – С.89-90.
22. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция определения качества жизни больных в дерматовенерологии// Вестник дерматол. и венерол. – 2004. – №4. – С.16-19.
23. Лузина Чжу Л. Чжень-цзу терапия в лечении некоторых болезней кожи // Рефлексотерапия. – 2004. – №1(8). – С.24-29.
24. Маринина Г.Н., Маринин В.С. Лечение псориаза// 4-е изд., перераб.- Харьков: Спектр, 2000.- 104 с.
25. Новик А.А., Иванова Т.Н., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140с.
26. Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С. и др. Диагностика и коррекция пограничных расстройств у больных атопическим дерматитом // Вестник дерматол. и венерол. – 1998. – № 2. – С.34-37.
27. Папий Н.А. Кожные заболевания: психодиагностика и психокоррекция. – Минск: Полымя, 2003. – 176 с.
28. Раева Т.В., Ишутина Н.П. Современные методы психофармакологической и психотерапевтической реабилитации больных с хронической кожной патологией// Тез. научн. раб. 8 Всеросс. съезда дерматовенерол. – М.,2001. – С.55.
29. Ревунов В.П., Габараева-Ходочкова Н.Д., Александров А.В. Роль психотерапевтических факторов в лечении больных розацеа// Дерматология и венерология. – 1996. – №2. – С.49-50.
30. Рупп Д.Ф., Каплан Д.Л. Свербіння: патофізіологія, причини і обстеження пацієнтів // Медицина світу. – 2002. – Т.12, № 2. – С.1-12.
31. Святенко Т.В. Використання аналізу даних спеціальних опитувальників для оцінки якості життя у хворих на різні форми червоного плоского лишая// Дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2005. – №1-2(8). – С.73-76.
32. Святенко Т.В. Психопатологические расстройства у больных дерматозами и ИППП// Дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2001. – №2-3(4). – С.120-125.
33. Святенко Т.В., Федотов В.П. Дифференцированный учет психотерапевтических факторов в комплексной терапии больных красным плоским лишаем// Тез. научн. раб. 8 Всеросс. съезда дерматовенерол. – М.,2001. – С.210-211.
34. Сидоров П.И., Панков М.И., Файзулин Р.А. Психологические особенности больных псориазом // Вестник дерматол. и венерол.-1999. – № 6. – С.31-34.
35. Старостенко Л.В. Психосоціальні проблеми хворих на хронічні сверблячі дерматози. Способи їх вирішення за допомогою нетрадиційних методів// Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2006. – №1(20). – С.42-44.
36. Таганов О., Жукова І. "Гри розуму"// Les Nouvelles Esthetiques України. – 2006. – №1(35). – С.38-44.
37. Федоренко О.Е., Загер К. Загальна структура психологічного реагування у хворих на екзему // Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2007. – №4(27). – С.27-29.
38. Хацкель С.Б. Аллергология в схемах и таблицах: Справочн. руководство.-СПб.: Спец. лит., 2000. – 715 с.
39. Чернишов П.В. Вплив псоріазу на окремі складові показників якості життя пацієнтів// Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. – 2005. – №4(19). – С.11-13.
40. Чернишов П.В. Дерматологічний індекс якості життя у хворих на екзему кистей при застосуванні 0,1% мазі метилпреднізолону ацепонату// Укр. журнал дерматол. венерол. косметол. – 2005. – №4(19). – С.20-21.

41. Ющшин М.І., Семенуха К.В., Біла І.М. Спосіб життя як метод лікування і профілактики рецидивів псоріазу// Дерматологія, косметологія, сексопатологія. – 2000. – №2(3) – С.208-211.
42. Ansel J.S., Armstrong C.A., Song J. Internetsons of the skin and nervous system // Journal Inrestig. Dermatol. Symp. Proc. Proc.-1997.-Vol.2.- P.23-26.
43. Chren M.M., Lasek K.J., Quinn L.M. et. al. Skindex, a quality-of life measure for patients with skin disease: reliability, validity and resposivereness// Journal Invest. Dermatol. – 1996. – Vol.107. – P.707-713.
44. Coenroads P.J., Bouma J., Diepgen T.L. Quality of life of patients with occupationally-induced hand eczema// Hautarzt. – 2004. – Vol.55. – P.28-30.
45. Consoli S.I. Cosmetic dermatology and psychic reactions// Abstracts of the 9<sup>th</sup> Congress EADV. – Geneva, Snitzerland, 2000. – P.18.
46. Finley A.Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide// Brit. Journal Dermatol. – 1997. – Vol.136. – P.305-314.
47. Finley A.Y., Coles E.C. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients// Brit. Journal Dermatol. – 1995. – Vol.132. – P.236-244.
48. Finley A.Y., Khan I.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for zontine clinical use// Clin. Exp.Dermatol. – 1994. – Vol.19. – P.210-216.
49. Gordon K., Papp K., Walicke P. et al. Efalizumab for patients with moderate to severe plaque psoriasis// JAMA. – 2003. – Vol.290, № 23. – P. 3073-3080.
50. Jupta M.A., Jupta A.K. Age and gender differences in the impact of psoriasis quality of life// Int. Journal Dermatol. – 1995. – Vol.34. – P.700-703.
51. Katsambas A. Quality of life in dermatology and the EADV // Journal Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 1994. – Vol. 3.- P.211-214.
52. Kurwa H., Finlay A.Y. Dermatology in patient admission greatly improves life quality// Brit. Journal Dermatol. – 1995. – Vol.133. – P.210-216.
53. Levis-Jones M.S., Finlay A.Y. Children’s Dermatology Life Quality Index (CDQI): initial validation and practical use// Brit. Journal Dermatol. – 1995. – Vol.132. – P.942-949.
54. Levis-Jones M.S., Lawson V., Hill J. et al. Monitoring Childhood skin disease handicap// Brit. Journal Dermatol. – 1996. – Vol.136. – P.52-61.
55. Lotti T., Bianchi B., Jhersetich J. Can the brain inhibit inflammation generated in the skin // Int. Journal. Dermatol. – 2002. – Vol.41. – P.311-318.
56. McKenna K.E., Stern R.S. The impact of psoriasis on quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort// Brit. Journal Dermatol. – 1995. – Vol.132. – P.17-21.
57. Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J.G. Textbook of dermatology// 3 rd Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. – 1979. – P.234.

## **SUMMARY**

### **THE PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES (BROWSE OF THE LITERATURE)**

**Myronuk I.S.**

The indicated results of the analytical review of the scientific publications testify to a significance of changes of psycho-emotional sphere of patients with chronic dermatoses in origin of the given diseases, in provoke of relapses and influence on efficiency of treatment. It was established the many-sided interpretation of character of changes of psycho-emotional status of the patients with chronic dermatoses, absence of accurate criteria of an estimate of depth and direction of appearing changes of psycho-emotional sphere of the patients. It creates considerable difficulties at a complex estimate of influence of disease on quality of life of the patient and choice of rational tactics of medical interference.

**Key words:** chronic dermatoses, psycho – emotional sphere, quality of life