

КЛІНІЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ СИСТЕМНИХ ДЕРМАТОЗІВ: АНАМНЕСТИЧНІ І ПСИХОГЕННІ ФАКТОРИ

Черкашина Л.В.^{1,3}, Піунов В.Т.², Топчій С.В.³, Кривко М.В.²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

² Військово - медичний клінічний центр Північного регіону МО України

³ Харківський національний медичний університет МОЗ України

Численні данні свідчать про участь нервової системи у виникненні та у формуванні загострень псоріазу; доведено, що вплив психогенних факторів здійснюється через формування дисфункцій вегетативної та ендокринної систем організму [1]. Підтвердженням цього взаємозв'язку є висока частота (до 70,0%) перших проявів псоріазу чи його загострень після стресових ситуацій [2]. Окрім того, у хворих на псоріаз, унаслідок тривалого перебігу хвороби можуть формуватися психогенії та несприятелі розлади психіки (астеноневротичний синдром, психосоматичні розлади і таке інше) [3]. Значна частина хворих має близький до критичного рівень занепокоєння, депресії, гніву, більш виражений у період загострення захворювання, але можливості їхньої соціальної адаптації залишаються достатньо високими [4]. Зокрема, у хворих на псоріаз відзначаються відхилення у психоемоційному стані у вигляді порушення рухливості нервових процесів за рахунок домінування гальмових процесів над збуджувальними. Саме тому, вегетативна дисфункція проявляється перевагою тону симпатичного відділу нервової системи [5], а вміст ендогенних опіоїдних гормонів при псоріазі змінений таким чином, що стан хворого в узагальненому вигляді характеризується формуванням дезадапційного синдрому (зниження у крові рівня β-ендорфіну та підвищення мет-енкефаліну) зі зростанням функціонального напруження опіатної (антистресорної) системи організму [6]. Можливо, ключова роль у індукції захворювання належить нейропептидам (субстанції Р), які вивільнюючись з нервових закінчень у шкірі, активують імунокомпетентні клітини, сприяючи виділенню біологічно активних речовин та факторів росту. У випадках генетичних дефектів, за окреслених умов, може формуватися неадекватна відповідь на дію цих медіаторів шляхом формування

вторинного стрес-індукованого імунодефіциту та дисметаболических порушень процесу вільнорадикального окислення [7]. Залежність перебігу захворювання від середовищних факторів (фотоперіод, температура, вологість тощо), сезонність перебігу псоріазу, пов'язана зі зміною функціональної активності залоз внутрішньої секреції. Припускають наявність контрольної функції епіфіза у формуванні ритмів секреції мелатоніну, а порушення цієї функції розглядається у якості чинника десинхронізації [8].

Згідно до сучасних уявлень, діючий екзогенний фактор будь-якої природи (фізичний, хімічний, біологічний), порушуючи відносну постійність внутрішнього середовища, викликає дестабілізацію стійкості фізіологічних реакцій організму [9]. У відповідь на вплив екзогенних факторів формується відповідна реакція організму, яка спрямована на відновлення порушеної рівноваги, тобто – адаптаційна метаболічна реакція [10]. Як результат, виникає два основних явища: по-перше – активація та мобілізація тієї функціональної системи, яка специфічно відповідає за адаптацію до діючого екзогенного фактора [11]; по-друге – неспецифічний стрес – синдром, який визначений Сельє у якості загального адаптаційного синдрому [12]. Унаслідок цього якісно різні фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, у разі впливу на організм, відрізняються лише своєю специфічною біологічною дією [13], тоді як їх неспецифічний вплив відрізняється кількісно та може проявлятися різноманітними порушеннями.

Мета дослідження

Вивчити роль анамнестичних та впливу психогенних факторів на клінічну маніфестацію системного дерматозу (на прикладі різних форм псоріазу).

Матеріали та методи

Виконання задач дослідження передбачало вивчення провідних анамнестичних факторів формування клінічної маніфестації псоріазу. Для стандартизованої оцінки застосовано спеціально опрацьований анамнестичний опитувальник по факторам ризику та факторам формування загострень. Зокрема, аналіз можливих факторів клінічної маніфестації псоріазу враховував: сезонність виникнення, професійні шкідливості, наявність тривалих нервово-психічних навантаження або стресу, значимі фізичні навантаження, зв'язок із застосуванням лікарських засобів, частими або тривалими інфекційними хворобами, аліментарними факторами, сімейного анамнезу псоріазу, соматичного здоров'я та деяких поведінкових факторів.

Обговорення результатів

Нервово-психічні навантаження або стресові ситуації у якості етіологічного чинника виявлені в анамнезі (38,2±4,6)% хворих на псоріаз та залежно від його форми достовірно відрізнялися за частотою ($p < 0,001$): найбільша частота цього чинника мала місце у хворих з позасезонною формою псоріазу, а найменша – з осінньо-зимовою формою (відповідно (56,3±8,8)% та (29,1±6,1)% хворих. Із наведеного можна дійти висновку, що нервово – психічні навантаження чинять найбільший вплив у формуванні позасезонної форми псоріазу. Обважчений сімейний анамнез; частота обважченого сімейного анамнезу не залежала від форми захворювання (весняно-літня - (21,8±5,6)%; осінньо-зимова - (26,1±9,2)%; позасезонна - (25,0±7,7)%). На застосування лікарських засобів, як чинник виникнення псоріазу посилюється (25,5±4,2)% хворих незалежно від форми захворювання ($p > 0,05$). Аліментарні фактори однаково часто зазначаються у якості чинників формування первинного прояву псоріазу та зареєстровані на середньому для усіх форм рівні – (30,9±4,4)%.

Значні фізичні навантаження у якості чинника формування первинного прояву псоріазу зазначають (12,7±4,2)% хворих; значимою є відмінність ($p < 0,05$) між частотою цього фактора серед хворих з позасезонною формою (становить (21,9±7,3)%

у порівнянні з іншими формами захворювання (весняно-літня - (9,1±3,9)%; осінньо-зимова - (8,7±5,9)%). Часті або тривалі інфекційні хвороби (ЧТІХ), як етіологічний / пусковий фактор клінічної маніфестації псоріатичного процесу зареєстровано у (27,3±4,2)% хворих, а його частота залежно від форми псоріазу достовірно різниться. Так, якщо серед хворих з осінньо-зимовою формою псоріазу частота ЧТІХ мінімальна - (18,2±5,2)%, то серед хворих з поза сезонною формою – достовірно ($p < 0,001$) вища та становить (43,8±8,8)%. Наведене дозволяє дійти висновку, що клінічна маніфестація псоріазу відбувається на тлі зниження неспецифічної резистентності, яка у більшості випадків характеризується клінічними еквівалентами (ГРВІ, тривалий перебіг інфекційних хвороб та інші) імунодефіцитних станів. Наявність кардіоваскулярних хвороб, травм або оперативних втручань виявилось достатньо поширеним фактором у посиленні хворих на можливі чинники первинної маніфестації псоріазу (кардіоваскулярні хвороби – (14,5±3,4)%, травми/оперативні втручання – (12,7±4,2)%).

Узагальнена характеристика найбільш поширених факторів формування клінічної маніфестації псоріазу наступний: на першому місці – вплив тривалого нервово-психічного перенавантаження, на другому місці – група факторів, які характеризуються середнім рівнем поширеності (сімейний анамнез, зниження рівня неспецифічної резистентності, вплив лікарських засобів, аліментарні фактори), на третьому – стан соматичного здоров'я, поведінкові фактори та несприятливі фактори виробничого середовища.

Вивчення анамнезу захворювання, зокрема факторів, які сприяли формуванню останнього загострення, дозволило визначитись стосовно тих із них, які характерні для окремих клінічних форм сезонності псоріазу. Середня кількість з'ясованих факторів ризику загострень становить: весняно-літня форма – 1,5; осінньо-зимова форма – 1,7; позасезонна – 2,2. Найбільш виразною ($p < 0,05$) є відмінність структури факторів ризику загострень при позасезонній формі псоріазу, при якій провідними факторами є вплив стресових ситуацій, зловживання алкоголем та повторні гострі респіраторно-вірусні

захворювання.

Частота та тривалість загострень захворювання досліджено у взаємозв'язку з формами, давністю перебігу захворювання та статтю хворих на псоріаз.

Весняно-літня форма. Середня частота загострень серед 23 хворих коливалась у межах від 0,6 р/рік (жінки з тривалістю захворювання 5-15 років) до 1,3 р/рік (жінки з тривалістю захворювання до 5 р.) та в середньому становить $(0,9 \pm 0,1)$ р/рік. Тривалість загострень псоріатичного процесу коливалась у межах від 18,7 діб (жінки з тривалістю захворювання до 5 р.) до 27,0 діб (жінки з тривалістю захворювання понад 15 р.) та в середньому становить $(15-25)$ діб. Тривалість ремісії захворювання коливалась у межах від 10,0 міс (жінки з тривалістю захворювання до 15 р.) до 13,0 міс (жінки з тривалістю захворювання понад 15 р.). Отже, перебіг весняно-літньої форми псоріазу характеризується щорічними загостреннями з середньою тривалістю $(20,9 \pm 2,2)$ діб та періодом ремісії $(11,2 \pm 0,7)$ міс; зі зростанням тривалості перебігу псоріазу має місце збільшення тривалості його загострень (принаймні, у жінок).

Осінньо-зимова форма. Середня частота загострень серед 55 хворих коливалась у межах від 0,6 р/рік (чоловіки з тривалістю захворювання понад 5 р.) до 2,0 р/рік (жінки з тривалістю захворювання до 5 р.) та в середньому становить $(1,0 \pm 0,2)$ р/рік. Тривалість загострень псоріатичного процесу коливалась у межах від 20,0 діб (жінки з тривалістю захворювання понад 15 р.) до $(28,0-30,0)$ діб (чоловіки з тривалістю захворювання понад 15 р.). Тривалість ремісії захворювання коливалась у межах від 8,7 міс (чоловіки з тривалістю захворювання до 5 р.) до 16,8 міс (чоловіки з тривалістю захворювання понад 15 р.). Отже, перебіг осінньо-зимової форми псоріазу характеризується щорічними загостреннями з середньою тривалістю $(25,1 \pm 1,8)$ діб та періодом ремісії $(13,5 \pm 1,4)$ міс; зі зростанням тривалості перебігу псоріазу має місце збільшення тривалості його загострень (за рахунок осіб чоловічої статі).

Позасезонна форма. Середня частота загострень серед 32 хворих коливалась у межах від 0,6 р/рік (чоловіки з тривалі-

стю захворювання понад 5 р.) до 2,6 р/рік (жінки з тривалістю захворювання до 5 р.) та в середньому становить $(1,2 \pm 0,3)$ р/рік. Тривалість загострень псоріатичного процесу коливалась у межах від 14,0 діб (жінки з тривалістю захворювання понад 5-15 р.) до 31,0 діб (чоловіки з тривалістю захворювання понад 5-15 р.). Тривалість ремісії захворювання коливалась у межах від 7,3 міс (чоловіки з тривалістю захворювання до 5 р.) до 33,0 міс (чоловіки з тривалістю захворювання понад 15 р.). Отже, перебіг позасезонної форми псоріазу характеризується щорічними загостреннями з середньою тривалістю $(20,7 \pm 2,6)$ діб та періодом ремісії $(14,4 \pm 4,3)$ міс. Зі зростанням тривалості перебігу псоріазу має місце зменшення частоти загострень зі зростанням періоду ремісії (незалежно від статі).

Висновки

Отже, найбільш значимими та статистично вірогідними відмінностями перебігу різних форм псоріазу є достовірно ($p < 0,05$) менша тривалість загострень при весняно-літній формі – $(20,9 \pm 2,2)$ діб у порівнянні з осінньо-зимовою формою $(25,1 \pm 1,8)$ діб. Статеві відмінності характеризуються достовірно ($p < 0,05$) більшими термінами загострення у чоловіків – $(23,6 \pm 0,1)$ діб у порівнянні з жінками – $(21,7 \pm 0,1)$ діб при достовірно ($p < 0,05$) більш тривалому періоді ремісії (жінки – $(12,0 \pm 0,1)$ міс; чоловіки – $(14,6 \pm 1,0)$ міс).

Аналіз клініко-анамнестичних даних та результатів комплексного клінічного обстеження дозволив виявити найбільш поширені серед хворих на псоріаз соматичні захворювання (наведені перші три ранги за нозогрупами по МКХ-X): кардіоваскулярні захворювання – 63 особи $(57,3 \pm 4,7)\%$, розлади центральної нервової та вегетативної систем – 56 осіб $(50,9 \pm 4,8)\%$, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – 54 особи $(49,1 \pm 4,8)\%$.

Література

1. Андрашко Ю.В., Миронюк І.С. Вплив лікування у камерах штучного мікроклімату на психоемоційний статус хворих на псоріаз та atopічний дерматит // Зб. наук. праць співробітн. КМАПО ім. П.Л.Шупика, 2002. Вип.11, Кн.1. С.22-28.

2. Дашук А.М., Яковлева О.В. Сучасні аспекти етіопатогенезу псоріатичної хвороби // Врачебная

практика. 2003. №6. С.69-75.

3. Kruger G., Koo J., Lebwohl M. et al. The impact of psoriasis on quality of life: results of 1998 National Psoriasis Foundation patient membership survey // Arch. Dermatol. 2001. V.137. P. 28—284.

4. Болотна Л.А. Новый фармакотерапевтический подход до лікування псоріазу / Л.А. Болотна, О.В. Решетняк // Дерматол. та венерологія. 2002. № 2. С. 56-58.

5. Скоромный Н.А., Крутыпорох Г.Ф., Скоромная Н.Н., Фомочкина И.И. Изменение церебральной гемодинамики под влиянием тиотриазолина при моделировании вестибило-вегетативных расстройств // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Зб. наук. Статей ЗДМУ, 2002. С.113—115.

6. Решетняк О.В. Порухення функціональної активності епіфіза та імунітету у хворих на звичайний псоріаз з урахуванням добових, сезонних біоритмів та їх корекція: Автореф. ... канд. мед. наук. Харків, 2002. 20с.

7. Романенко К.В. Нейроморфология кожи больных крупнобляшечным псоріазом // Дерматовенерол., косметология, сексопатология, 2002.-

№3-4.-С.141-145.

8. Романенко К.В. Комплексне імуномодельюче та геліомедикаментозне лікування хворих на поширений велико-бляшковий псоріаз з втратою сезонності перебігу: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харків, 2004. 19 с.

9. Floyd R.A. Hydroxyl free radical adduct of deoxyguanosine // Free Radic. Res. Comm. 1996. Vol. 1, №11. P. 163-172.

10. Цыбин А.К., Доценко А.А. Клиническая значимость диагностического исследования с позиций доказательности // Здравоохран. Беларуси. 2002. №8. С.52-55.

11. Stadman E.R. Metal ion-catalyzed oxidation of proteins: biochemical mechanism and biological consequences // Free Radical Biology. 1990. Vol.9. P.315-325.

12. Труніна Т.І. Роль ендогенної інтоксикації в патогенезі псоріазу та комплексна дезінтоксикаційна терапія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ, 1999. 20с.

13. Awad J.A., Burk R.F. Effect of selenium deficiency and glutathione-modulation agent on diquat toxicity and lipid peroxidation in patients // J. Pharmacol. Exp. Ther. 1999. Vol.270, №2. P. 858—864.

Поступила в редколлегию 20.03.2009

Клиническая манифестация системных дерматозов: Анамнестические и психогенные факторы / Черкашина Л.В., Пиунов В.Т., Топчий С.В., Кривко Н.В.

// Медицина и... 2009. № 1(23). С. 89-92.

Исследовано влияние анамнестических и психогенных факторов на клиническую манифестацию системного дерматоза (на примере псоріазу) и продемонстрировано влияние сезонности, половой принадлежности и психосоматического статуса на течение заболевания; исследована роль психогений в формировании его обострений.

Ключевые слова: системные дерматозы, анамнестические и психогенные факторы.

Клінічна маніфестація системних дерматозів: Анамнестичні і психогенні фактори

/ Черкашина Л.В., Піунов В.Т., Топчий С.В., Кривко М.В.

// Медицина і... 2009. №1(23). С. 89-92.

Досліджено вплив анамнестичних та психогенних факторів на клінічну маніфестацію системного дерматозу (на прикладі псоріазу) та продемонстровано вплив сезонності, статевої приналежності і психосоматичного статусу на перебіг захворювання; досліджено роль психогеній у формуванні його загострень.

Ключові слова: системні дерматози, анамнестичні та психогенні фактори

Clinical manifestation of system dermatosis: Anamnestic and psychogenic factors

/Cherkashina L.V., Piunov V.T., Topchiy S.V., Krivko N.V.

// Medicine and... 2009. №1(23). P. 89-92.

Influence of anamnestic and psychogenic factors on clinical manifestation of system dermatosis (on the example of psoriasis) is studied and the influence of seasonality, sex and psychosomatic status on the course of the disease is demonstrated; the role of psychogenies in forming of its aggravation is investigated.

Keywords: system dermatosis, anamnestic and psychogenic factors.