
ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

*А.Н. Беловол, А.А. Береговая,
Н.Л. Колганова, В.Б. Кондрашова*

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме. *Данная статья является обзором современных данных о влиянии течения хронических дерматозов на качество жизни. Рассмотрено взаимодействие между псориазом и различными составляющими качества жизни. Отражены научные сведения о психонейроиммунных взаимодействиях и психологические особенности пациентов, страдающих псориазом.*

Ключевые слова: *хронические дерматозы, качество жизни, псориаз, психологические особенности, психоэмоциональное состояние.*

В настоящее время интерес к качеству жизни больного возрастает в связи с тем, что человек рассматривается не только как объект медицинского вмешательства, но и как субъект процесса лечения, личность, клиента, заказчика и потребителя медицинских услуг, а главное как личность - неотъемлемую часть социума.

В течение последнего десятилетия возрос интерес к изучению «качества жизни» при хронических заболеваниях как нового интегрального показателя, описывающего наиболее важные функции человека и позволяющего дать глубокий многоплановый анализ изменения этих функций при развитии болезни и их восстановления на фоне лечения. Новая методология дает возможность изучить качество жизни как здоровых людей, так и больных с различной патологией. Основными составляющими, которые подлежат изучению при развитии заболевания и оценке эффективности его лечения, являются физическое,

психологическое и социальное благополучие больного, что отражает стремление к развитию целостного взгляда на человека. В последнее время все чаще из объекта медицинского вмешательства пациент превращается в субъект процесса лечения, требующего при невозможности радикального излечения хотя бы улучшения качества жизни [30,37]. Понятие «качество жизни» появилось в 1977 г. [30]. Под определением «качество жизни» понимается совокупность факторов, отражающих качество физического, психического, социального и ролевого или функционально ассоциированного образа жизни индивидуума [1]. К понятию «качество жизни» относится также степень соответствия между желаемым и фактическим жизненным укладом. Обобщающее понятие «качества жизни» в медицинском аспекте отражает функциональное состояние организма человека в связи с болезнью [20]. Согласно рекомендациям ВОЗ рекомендует определять качество жиз-

ни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства [36]. Российские специалисты, занимающиеся проблемами качества жизни, предлагают понимать под качеством жизни степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [24,30,51]. Ряд авторов подчеркивают, что качество жизни предполагает не столько объективное наличие материальных и нематериальных предметов, сколько степень, с которой желаемое конкретным лицом физическое, психическое и социальное состояние фактически достигается [1,36]. Современная концепция исследования качества жизни сформировалась в зарубежной медицине в 70-80е годы прошлого века. Основными составляющими концепции исследования качества жизни являются многомерность. Так, качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека (физической, психологической, социальной, духовной и финансовой). Качество жизни, связанное со здоровьем, содержит компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного; изменяемость во времени: качество жизни меняется во времени в зависимости от обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный контроль за состоянием больного, и в случае необходимости проводить коррекцию терапии; участие больного в оценке его состояния: эта составляющая качества жизни исключительно важна. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, ценный и надежный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину патологического процесса [30].

В связи с этим в последние годы интенсивно изучается качество жизни пациентов в дерматологии. Особенно актуальным является определение качества жизни у больных с хроническими дерматозами. В дерматологической практике велик удельный вес хронических заболеваний, и, несмотря на то, что большинство этих дерматозов не представляет непосредственной угрозы для жизни, хронический и неизлечимый характер многих из них оказывает негативное влияние на качество жизни пациента. Такая пессимистическая оценка общего состояния проблемы и лежит в основе постоянной актуальности научных исследований в области патогенеза и терапии таких хронических дерматозов как псориаз, экзема, красный плоский лишай и др.

Определение качества жизни и его коррекция приобретает большое значение у больных хроническими рецидивирующими дерматозами, особенно больных псориазом. Известно, что псориаз занимает одно из ведущих мест среди всей дерматологической патологии, составляет около 12-15% [53]. Распространенность псориаза согласно источникам литературы среди населения Земли составляет от 0,1% до 5% [9,10,15,48]. В медико-географической классификации болезней кожи человека псориаз обозначен как «убиквитарное заболевание», то есть повсеместно встречающееся [9]. Высокий уровень заболеваемости псориазом на нынешнем этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, в результате чего нередко возникают противоречивые моменты между возможностями биологической природы человека и условиями жизни. Исходя из этого, псориаз нередко относят к группе так называемых «болезней цивилизации» [11].

Кожа является видимой частью человеческого тела и носителем важной части

свойств индивидуума, которые оцениваются окружающими как привлекательные и непривлекательные. Его образ в обществе, а с ним и его социальное положение в немалой степени определяются свойствами кожи. Образ, который является результатом представления человека о себе самом, и вытекающее из него чувство самосознания в значительной степени зависят от степени их оценки в обществе [2]. Видимые невооруженным взглядом неэстетические проявления хронических дерматозов, в частности, псориаза значительно снижают образ больного среди его окружения, а следовательно его самооценку: пациенты чувствуют на себе взгляды окружающих, их выделяют, от них отстраняются, насмехаются и иногда осуждают. Они приспосабливаются к жизни в социуме, маскируя и прикрывая патологические очаги на коже, становятся недоверчивыми, интравертированными и боязливыми, особенно в интимных отношениях [55]. Для данной категории больных возникают проблемы с бытовой стороны жизни, с которыми не сталкиваются здоровые люди (посещение парикмахерских, купание на общественном пляже, примерка одежды в магазине). На больного, страдающего дерматологической патологией, в том числе и псориазом, оказывают влияние отрицательные представления и брезгливость со стороны окружающих, стыд, чувство собственной неполноценности и неуверенности в будущем со стороны больного. Испытываемый больными дискомфорт существенно влияет на качество жизни больных псориазом [2].

Яцек Щепитовски, Адам Райх, исследуя качество жизни больных псориазом, отмечают, что больные, страдающие псориазом, менее социально активны: 72% отказываются от посещения бассейна, 64% – общественных бань, 55% переживают чувство стыда, 53% – застенчивы, 50% избегают людных мест, 46% сообщают о влиянии псориаза на интимную жизнь, 46% носят непривлекательную одежду, с тем, чтобы скрыть

высыпания, 40% уклоняются от занятий спортом. 34% не пользуются услугами парикмахера, 15% испытывают страх потерять работу. Интерес представляет и тот факт, что 41% больных считают лечение и все, что с ним связано, гораздо большей проблемой, отражающейся на качестве жизни, чем сам псориаз [23]. Для больного важны не только показатели физического состояния, немаловажное значение имеет удовлетворенность в психическом плане.

Психологический аспект особенно значим при заболеваниях, в патогенезе которых этот фактор играет существенную роль [20]. Псориаз является ярким примером такого заболевания. В современной медицине болезнь человека рассматривается как нарушение адаптации (дезадаптация), дисгармония биологических и социальных процессов, связанная с возросшей нагрузкой на организм, компенсаторные возможности которого безграничны. Срыв защитно-приспособительных механизмов приводит к структурным и функциональным нарушениям на всех уровнях и, прежде всего, нейроэндокринной и иммунной систем, являющихся патогенетической основой развития болезни. Таким образом, стресс в фазе истощения реализуется клинической симптоматикой того или иного хронического дерматоза, в том числе и псориаза [11]. Псориаз – многофакторный процесс, при котором генетическая программа осуществляется под влиянием повреждающих экзо- и эндогенных факторов. Характер очагов поражения при псориазе во многом зависит от патогенного влияния факторов, провоцирующих заболевание – стресс, инфекция, травма, лекарственные средства и т. д. [23]. С тяжелыми психическими потрясениями и выраженными негативными эмоциями развитие псориаза связывают более 50% больных, причем интервал между причиной и следствием у 1/3 этих больных составляет около 14 дней, а у остальных – не более 3 недель [46]. Помимо чисто временной зависимости между воз-

действием эмоционального стресса и проявлениями кожной патологии, нередко отмечается четкий параллелизм между тяжестью, распространенностью, активностью течения, давностью заболевания и интенсивностью психоэмоциональных расстройств [38,55]. Как свидетельствуют данные многочисленных исследований, большинство кожных заболеваний (атопический дерматит, экзема, псориаз и др.), традиционно относимых к психосоматическим, имеют в развитии, прежде всего, генетическую и иммунологическую основу, психогенные же факторы выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий, и приводят к возникновению или обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза [13,41]. Вместе с тем детальное изучение патогенеза дерматозов (в частности, исследование обмена и функций нейропептидов, во многом предопределяющих течение патофизиологических процессов при псориазе) позволяет объективизировать механизмы психогенного воздействия на кожный процесс и свидетельствует о значимой роли психических травм и неблагоприятных ситуаций в развитии и течении заболеваний, относимых к психосоматическим [40]. Реализация генетической программы, приводящей к манифестации псориазического процесса, осуществляется под контролем и при участии нейроэндокринной системы. В тоже время именно нейроэндокринная система первая реагирует на внешние воздействия (стресс), то есть является своеобразным посредником между внешней средой и кожным покровом [10]. Е. Farber и соавт. определяют биохимическую основу негативного влияния стресса при псориазе, изучают роль центральной нервной системы и периферической нервной системы. Авторами установлено, что многие характерные признаки псориаза (феномен Кебнера, горизонтальное чередование слоев паракератоза в псориазических бляшках, симметричность высыпаний и др.)

могут возникать вследствие высвобождения нервными волокнами нейропептидов, которые при псориазе выступают связующим звеном между неврологическими и воспалительными реакциями [29]. Согласно выдвинутой авторами гипотезе, под влиянием экзо- и эндогенных раздражителей из нервной ткани освобождаются нейропептиды (субстанция Р), которые активизируют иммунокомпетентные клетки (макрофаги, лимфоциты и др.) и медиаторы воспаления. Субстанция Р инициирует цепь иммунных и метаболических процессов (высвобождение гистамина, гепарина, лейкотриена, простагландина D₂, протеиназ), что приводит к усилению проницаемости сосудов и вазодилатации, способствуя развитию изоморфной реакции. При этом на клетках эпидермиса в очагах поражения увеличивается количество рецепторов неврального фактора роста [12]. Изучение психонейроиммунных взаимодействий в современной дерматологии актуально [17,19]. Важную роль в этих взаимодействиях играет кожа: доказано, что она не только содержит рецепторы практически ко всем нейромедиаторам и пептидным гормонам гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы, но и может их синтезировать [21,31]. Считается, что кожа обладает иммунными функциями: в настоящее время ее рассматривают как лимфоэпителиальный орган, обеспечивающий лимфоцитам оптимальное окружение и условия для реализации иммунного ответа. Все это позволяет считать кожу органом, непосредственно участвующим как в реакции организма на стресс, так и в осуществлении иммунного ответа [32]. Следует также подчеркнуть изменение психического состояния больных псориазом. Н.А. Егоров и соавт. (1979) отмечают, что в прогрессирующей стадии заболевания психоэмоциональное состояние больных псориазом сопровождается депрессией с напряженностью и нервозностью, причем стабилизация психического состояния влечет за собой некоторое улучшение

кожного процесса [14]. Известно, что депрессия сопровождается активацией иммунной системы, что ведет к повышению содержания в периферической крови лейкоцитов и нейтрофилов, а также к усилению выработки сигнальных протеинов – цитокинов: интерлейкина1, интерлейкина2, интерлейкина6, фактора некроза опухоли альфа, интерферона гамма и др., которые в свою очередь принимают участие в манифестации кожных проявлений псориаза [47]. Проводя исследование психологического статуса больных, страдающих псориазом, и членов их семей, В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва (2003) получили следующие данные: 1. пациенты являются младшими или единственными детьми в семье; 2. лидерство в семье безоговорочно приписывается матери, которую пациенты описывают, используя определения «волевая», «властная»; 3. отцы этих семейств ведомы, управляемы, подчиняются женам, употребляют спиртное для снятия напряжения (однако в других социальных сферах, они занимают ответственные, «командные» должности); 4. требования родителей к своим детям весьма противоречивы и формируют конфликт долженствования); 5. для пациентов имеет большое значение понятие «красота», причем именно внешняя; 6. в компаниях сверстников они не занимают лидирующих положений, а подчиняются большинству, со многими людьми складываются приятельские отношения, но близких друзей нет. В результате исследования авторы отмечают, что пациенты воспитываются в ситуации эмоциональной депривации со стороны матери, которая традиционно считается источником эмоционального комфорта в семье. Кроме того, открытое выражение эмоций в их семьях не поощряется и даже наказывается, что формирует алекситимию, то есть ограниченную способность к восприятию собственных чувств, их адекватную вербализацию и экспрессивную передачу. Согласно психосоматической теории Сифнеоса, алекситимия – ведущее психоло-

гическое расстройство, лежащее в основе психосоматических заболеваний [41]. Помимо этого, авторы характеризуют личностный профиль больных, страдающих псориазом: снижение фрустрационной толерантности с фиксацией на фрустрирующей ситуации, страх перед будущим, стремление полностью оградить себя от неприятных воспоминаний и переживаний, отрешенность, замкнутость, низкая способность к эмпатии и установлению жизненных целей, пассивная жизненная позиция [3]. О.Л. Иванов и соавт. (2006) так характеризуют круг психических расстройств у больных псориазом: 1. у большинства пациентов отмечаются психические расстройства тревожно-депрессивного и аффективного характера различной степени выраженности; 2. 1/4 часть больных, отмечая роль психоэмоционального фактора в очередном обострении, испытывают лишь небольшой психологический дискомфорт; 3. примерно 1/3 больных (преимущественно мужчины) вообще не отмечают каких-либо психологических проблем [17]. А.Б. Рахматов и Р.Г. Школьник (1991), изучая психоэмоциональный статус больных псориазом, выявили различной выраженности невротические расстройства: раздражительность, мнительность, нарушение сна, быстрая утомляемость. Кроме того, авторы указывают, что при стабильном течении псориаза психического процесса (с ежегодными обострениями кожного процесса с вовлечением новых участков кожи) у больных, чаще, чем при лабильном течении (нерегулярные обострения, длительные ремиссии), встречаются ипохондрические и истерические состояния наряду с шизоидными и паранойяльными нарушениями, а также увеличение выраженности конфликтности [38]. Необходимо отметить, что особенно тяжелыми являются психические нарушения, когда псориаз развивается в детском возрасте. Дети, больные псориазом, сталкиваются с ограничениями в поведении, по поводу которых им еще и сочувствуют. Они неуверенные в себе, интра-

вертированы, подвержены сменам настроения, имеют сложности в отношениях с родителями и при контактах с окружающими, с противоположным полом, а также испытывают трудности в последующей профессиональной деятельности [3]. И так, псориаз в свою очередь также оказывает существенное влияние на психику, личность больного. Таким образом, учитывая выше изложенное, в основе возникновения и развития псориаза лежит явный психоэмоциональный компонент. Более того, косметический дефект,

хроническое течение формируют в общей клинической картине псориаза выраженные психические расстройства, влияющие на качество жизни больного, дезадаптируя его в социальном плане. Знания врача о психологических особенностях и переживаниях пациентов, а также использование методов психотерапии могут помочь пациентам осознать ценность собственной личности, научить его принимать себя таким, как есть, со своим заболеванием и в итоге повысить эффективность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
2. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – № 1. – С.51-56.
3. Адаскевич В.П., Дуброва В.П., Пуртов А.В. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №4. – С.42-45.
4. Аковбян В.А., Арипов С.С., Краковский М.Э. и др. Некоторые индивидуальные особенности организма больных псориазом характера клинического течения заболевания // Вестн. дерматол. – 1992. – № 2. – С.23-25.
5. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993. – № 2. – С.85-88.
6. Белоусов Т.А., Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №1. – С.41-45.
7. Данилычева И.В., Ильина Н.И. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом // Consilium Medicum. – 2001. – № 3. – С.217224.
8. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1975. – Т. 75, Вып. 5. – С.760-771.
9. Дмитрук В.С., Левицкий Е.Ф., Дмитрук С.Е. Физические и природные факторы терапии псориаза. – Томск: Издво НТЛ, 2003. – 148 с.
10. Довжанский С.И. Псориаз или псориагическая болезнь. – Саратов: Изд-во Саратов. университета, 1992. – 174 с.
11. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. – 2001. – № 3. – С.12-13.
12. Довжанский С.И., Пинсон И.Я. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 1. – С.14-19.
13. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.16-21.
14. Егоров Н.А., Демьянова Т.Б. Вестн. дерматол. – 1979. – № 11. – С.56-59.
15. Задорожный Б.А. Псориаз. – Киев: Здоровье, 1973. – 177 с.
16. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. и др. Психодерматология: история, пробле-

мы, перспективы // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 1999. – № 1. – С.28-37.

17. Иванов О.Л. Проблемы психодерматологии в трудах представителей Рахмановской школы // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.7-10.

18. Иванова И.Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 5. – С.77-79.

19. Иванова И.Н., Мансуров Р.А. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем // Вестн. дермотл. – 2003. – № 5. – С.28-30.

20. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертензия: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача // Тер. архив. – 2000. – № 4. – С.71-73.

21. Корсунская И.М., Зеленцова С.Е., Василевская Е.А., ТоА гоева Л.Т. Препараты кальципотриола в терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2007. – № 3. – С.45-46.

22. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Айрапетян Н.Р. и др. Инфликсимаб в терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2005. – № 5. – С.37-39.

23. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.11-15.

24. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии // Вестн. дерматол. – 2004. – № 4. – С.16-19.

25. Кулагин В.И., Павлова О.В. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психологическими нарушениями. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии // Вестн. дерматол. – 2007. – № 1. – С.16-19.

26. Кошевенко Ю.Н. Особенности клиники, патогенеза, лечения и реабилитации больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. – 1991. – № 12. – С.47-50.

27. Любан А., Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб., 1994. – 167 с.

28. Мордовцев В.Н. и др. Псориаз. – Кишинев, 1991. – 184 с.

29. Никитин А.Ф., Легостев Б.И., Сергиевская И.В. К вопросу о патогенезе псориаза // Вестн. дерматол. – 1990. – № 5. – С.38-40.

30. Новик А.А., Ионова Т.И., Денисов Н.Л. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии // Тер. архив. – 2003. – № 10. – С.42-46.

31. Павлова О.В., Скрипкин Ю.К. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия // Вестн. дерматол. – 2007. – № 3. – С.9-11.

32. Павлова О.В. Иммуномодулирующая терапия псориаза у больных с сопутствующими шизотипическими расстройствами // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №4. – С.21-23.

33. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2005. – № 6. – С.3639.

34. Патология кожи. В 2 т. Т.2. Частная патология кожи /Под ред. В.Н. Мордовцева, Г.М. Цветковой. – М.: Медицина, 1992. – 384 с.

35. Подвысоцкая О.Н. Проблемы функционального направления в дерматологии. – М.: Медгиз, 1954. – 172 с.

36. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клин. мед. – 1989. – № 3. – С.3-8.

37. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.32-35.

38. Рахматов А.Б., Школьник Р.Г. Психоэмоциональный статус больных псориазом // Вестн. дерматол. – 1991. – № 4. – С.66-68.

39. Скворцов К.А. Очерки по психотерапии соматического больного. – М., 1958. – 87 с.
40. Смулевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2005. – № 6. – С.33-39.
41. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 2. – С.4-9.
42. Соколовский Е.В. Серия “Библиотека врача дерматовенеролога”. Вып. 3. – СПб.: СОТИС, 1999. – 134 с.
43. Ступин А.В., Юцковский А.Д., Латышев Н.А. Природные факторы Приморского края в терапии и реабилитации больных псориазом // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 5. – С.17-19.
44. Суколина О.Г., Баткаев Э.А. Комплексная оценка эффективности патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2007. – № 3. – С.30-34.
45. Сухорев А.В., Назаров Р.Н. Медикопсихологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.25-27.
46. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
47. Трофимова И.Б., Барденштейн Л.М., Воронина Я.Ю., Сускова В.С. Некоторые аспекты патогенеза псориаза и особенности комплексного лечения больных // Вестн. дерматол. – 2006. – № 1. – С.32-35.
48. Федоров С.М. Псориаз: клинические и терапевтические аспекты // Рус. мед. журн. – 2001. – Т.9, № 11. – С.447-451.
49. Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В., Мошкалов А.В., Имяниатов Е.Н. Современные представления об иммунных механизмах псориаза (обзор литературы) // Вестн. дерматол. – 2007. – № 1. – С.3-7.
50. Хобейш М.М. Псориаз и качество жизни // Медицинский вестник. – 2006. – № 38. – С.12-13.
51. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в кардиологии // Вестн. рос. воен. мед. акад. – 2000. – № 1. – С.5-13.
52. Шилов В.Н. Псориаз – решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). – М: Издатель В.Н. Шилов, 2001. – 304 с.
53. Шульман А.Я., Терман О.А., Кухарева Е.Н. Возможности медикогенетического консультирования при псориазе (обзор литературы) // Вестн. дерматол. – 2007. – № 4. – С.21-22.
54. Щепитовски Я., Райх А. Психодерматологические аспекты // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 4. – С.17-21.
55. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Федорова Е.Б., Фронек А.А. К проблеме психогенных дерматозов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.29-32.

**ВПЛИВ ПЕРЕБІГУ
ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ
НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ
ПАЦІЄНТІВ**

**Біловол А.М.,
Берегова А.А.,
Колганова Н.Л.,
Кондрашова В.Б.**

Резюме. Дана стаття є оглядом сучасних даних про вплив плин хронічних дерматозів на якість життя. Розглянута взаємодія між псоріазом і різними складовими якості життя. Показані наукові відомості про психологічні, нейроімунні взаємодії та психологічні особливості пацієнтів, що страждають псоріазом.

Ключові слова: хронічні дерматози, якість життя, псоріаз психологічні особливості, психоемоційний стан.

**INFLUENCE OF CHRONIC
DERMATITIS ON THE
PATIENTS'S QUALITY OF
LIFE**

**Belovol A.N.,
Beregovaya A.A.,
Kolganova N.L.,
Kondrashova V.B.**

Summary. This article is a review of recent data on the effect of chronic dermatitis on the quality of life. The interaction between psoriasis and the various components of quality of life is examined. The scientific information about psychoneuroimmune interactions and psychological characteristics of patients with psoriasis are shown.

Keywords: chronic dermatoses, quality of life, psoriasis, psychological characteristics, psycho-emotional state.