

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і
здоров'я

Міняйло Аміна Геннадіївна

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 227 Терапія та реабілітація
спеціалізації 227.01 Фізична терапія
галузі знань 22 Охорона здоров'я

Науковий керівник:

Алипова Олена Євгенівна професор,
доктор медичних наук

Запоріжжя

2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет III медичний факультет

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Спеціальність 227 Терапія та реабілітація

Спеціалізація 227.01 Фізична терапія

Освітньо-кваліфікаційний рівень МАГІСТР

К В А Л І Ф І К А Ц І Й Н А Р О Б О Т А

на тему

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ**

ЗДОБУВАЧ: Міняйло Аміна Геннадіївна

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК: професор ЗВО кафедри фізичної реабілітації,
спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, доктор медичних наук,
професор _____ Олена АЛИПОВА

РЕЦЕНЗЕНТ: доцент ЗВО кафедри фізичної реабілітації, спортивної
медицини, фізичного виховання і здоров'я, кандидат медичних наук, доцент
_____ Олександр ЧЕРЕПОК

Робота розглянута на засіданні кафедри (протокол № 9 від «25» квітня 2025 р.)
і допущена до захисту.

ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ: професор ЗВО, доктор наук з фізичного виховання
та спорту, професор _____ Едуард ДОРОШЕНКО

Запоріжжя

2025

ЗМІСТ

Реферат	4
Abstract.....	5
Перелік умовних позначень, символів, одиниць скорочень і термінів.....	6
Вступ.....	7
Розділ 1. Теоретичні основи фізичної терапії при захворюваннях шкіри	10
1.1. Захворювання шкіри, що супроводжуються функціональними обмеженнями: класифікація та патогенез	10
1.2. Методи фізичної терапії при різних шкірних захворюваннях.....	22
Розділ 2 Завдання, методи та організація дослідження	31
2.1. Завдання дослідження	31
2.2. Методи дослідження	31
2.3. Організація дослідження.....	36
Розділ 3. Динаміка змін шкіри під впливом терапевтичних втручань	38
3.1. Оцінка стану шкіри у жінок.....	38
3.2. Розробка програми фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями	44
3.3. Динаміка змін шкіри у жінок.....	58
Висновки.....	64
Список використаних джерел.....	67
Додатки	72

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 73 сторінок, 7 таблиць, 13 рисунків, 39 літературних джерел.

Об'єкт дослідження – процес фізичної терапії при захворюваннях шкіри.

Мета дослідження – визначити ефективність програми фізичної терапії при захворюваннях шкіри.

Методи дослідження – теоретичний аналіз, синтез, узагальнення і систематизація сучасної наукової літератури з проблеми дослідження; оцінка стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою візуального огляду та збору анамнезу, Шкала PASI; методи математичної статистики – t-критерій Стьюдента.

Проведена терапія сприяла істотному покращенню стану шкіри у жінок із псоріазом, зменшенню запальних процесів, нормалізації структури шкірних покривів і загальному поліпшенню самопочуття. Позитивні зміни стосувалися як зовнішнього вигляду шкіри (зменшення еритеми, лущення, інфільтрації, покращення тургору, зволоженості та кольору), так і розмірів та форми псоріатичних бляшок, локалізації вогнищ ураження. Результати візуального спостереження підтверджують поліпшення дерматологічного статусу пацієнток, зокрема зменшення площі уражених ділянок і пом'якшення супутніх симптомів (свербежу, подразнення тощо). Отримані дані підтверджують доцільність і результативність використання фізичної терапії в межах комплексного підходу до лікування псоріазу у жінок.

ПСОРИАЗ, ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ,
ФОТОТЕРАПІЯ, ЗВОЛОЖЕННЯ ШКІРИ, ЛУЩЕННЯ, ЕРИТЕМА,
ІНФІЛЬТРАЦІЯ, РЕМІСІЯ

ABSTRACT

The qualification work consists of 71 pages, 7 tables, 13 figures, 39 literary sources.

The object of the study – the process of physical therapy for skin diseases.

The purpose of the study – to determine the effectiveness of a physical therapy program for skin diseases.

Research methods – theoretical analysis, synthesis, generalization, and systematization of modern scientific literature on the research problem; assessment of the skin condition in women with psoriasis through visual examination and medical history collection, PASI scale; methods of mathematical statistics – Student's t-test.

The conducted therapy contributed to a significant improvement in the skin condition of women with psoriasis, a reduction in inflammatory processes, normalization of skin structure, and overall improvement in well-being. Positive changes were observed both in the external appearance of the skin (reduction of erythema, scaling, infiltration, improved turgor, hydration, and color), and in the size and shape of psoriatic plaques, as well as in the localization of lesions. The results of visual observation confirm an improvement in the dermatological status of the patients, particularly a reduction in the affected skin area and alleviation of accompanying symptoms (itching, irritation, etc.). The obtained data confirm the relevance and effectiveness of using physical therapy within the framework of a comprehensive approach to the treatment of psoriasis in women.

PSORIASIS, SKIN DISEASE, PHYSICAL THERAPY, PHOTOTHERAPY,
SKIN HYDRATION, SCALING, ERYTHEMA, INFILTRATION, REMISSION

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

АТФ – аденозинтрифосфат

ВПЛ – вірус папіломи людини

СЧВ – системний червоний вовчак

УФ – ультрафіолетове

ФДТ – фотодинамічна терапія

EMS – електрична стимуляція м'язів

NB-UVB – вузькосмугова ультрафіолетова терапія типу В

PASI – Psoriasis Area and Severity Index (стандартизована шкала, яка дозволяє комплексно визначити поширеність і вираженість патологічного процесу)

RF – радіочастотна терапія

SPF – Sun Protection Factor (фактор захисту від сонця)

UV – ультрафіолетове випромінювання

UVA – довгохвильове ультрафіолетове випромінювання, нм

UVA-1 – довгохвильова частина UVA в діапазоні 340–400 нм, яка проникає найглибше у шкіру (до дерми)

UVB – середньохвильове ультрафіолетове випромінювання, нм

UVC – короткохвильове ультрафіолетове випромінювання, нм

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах зростаючого темпу життя, погіршення екологічної ситуації, частого впливу стресових чинників та зниження адаптаційних можливостей організму, шкірні захворювання набувають дедалі більшого поширення серед населення різного віку. За даними ВООЗ, від 30 до 70 % людей упродовж життя стикаються з тими чи іншими дерматологічними проблемами, які не лише знижують якість життя, а й можуть мати системні наслідки для здоров'я. Особливої актуальності набуває проблема хронічних дерматозів, зокрема псоріазу, атопічного дерматиту, екземи, які потребують тривалого й комплексного лікування.

У зв'язку з цим надзвичайно важливим стає впровадження в клінічну практику ефективних, безпечних, науково обґрунтованих програм фізичної терапії, які б не лише сприяли зменшенню клінічних проявів захворювання, а й забезпечували довготривалу ремісію, мінімізували медикаментозне навантаження та покращували психоемоційний стан пацієнта.

Особливе місце в структурі фізичної терапії займають фототерапевтичні та електростимулюючі методи, які зарекомендували себе як ефективні при лікуванні хронічних шкірних патологій. Такі методи, як вузькосмугова ультрафіолетова (UVB) - терапія, UVA-1, фотодинамічна терапія (ФДТ) та мікрострумова стимуляція, є предметом активного наукового аналізу та клінічного впровадження.

Питання розробки та впровадження фізіотерапевтичних методик при шкірних захворюваннях знайшли відображення у працях низки вітчизняних та закордонних дослідників. Зокрема, в українській науковій традиції цінними є напрацювання В. Кривенка, І. Непрядкіної, М. Колесника, які акцентують увагу на особливостях фізіотерапії при алергодерматозах. Комплексний підхід до клінічної діагностики та лікування шкірних захворювань розкрито у працях Г. Макуріної, О. Рябоконт, А. Головкина, а сучасні технології світлотерапії та

мікрострумової стимуляції ґрунтовно досліджували І. Берлим і В. Макаренко, які вивчали ефекти фототерапії у жінок, хворих на псоріаз.

Методологічну основу використання фізичних чинників у дерматології розкрито в працях А. Біловола, С. Ткаченка, Є. Татузяна, які підкреслюють значення косметологічної фізіотерапії у комплексному лікуванні шкірних уражень.

Попри наявність окремих досліджень, що стосуються ефективності тих чи інших фізіотерапевтичних методів, досі недостатньо структурованими залишаються питання щодо комплексної побудови програм фізичної терапії, що враховують етапність, персоналізацію та мультидисциплінарний супровід пацієнтів зі шкірними захворюваннями, зокрема жінок, які є більш чутливими до змін шкірного покриву з психологічного та соціального погляду. Актуальність даного дослідження зумовлена: зростанням кількості шкірних захворювань; потребою у безпечних, немедикаментозних методах лікування; недостатньою індивідуалізацією фізіотерапевтичних програм у клінічній практиці; необхідністю наукового обґрунтування програм фізичної терапії з урахуванням сучасних міжнародних стандартів.

Актуальність зумовила вибір теми дослідження: «Особливості програм фізичної терапії при захворюваннях шкіри».

Мета дослідження – визначити ефективність програми фізичної терапії при захворюваннях шкіри.

Для досягнення поставленої мети дослідження було визначено такі завдання:

1. Здійснити аналіз наукової літератури щодо фізичної терапії при захворюваннях шкіри.
2. Оцінити стан шкіри у жінок, хворих на псоріаз.
3. Розробити програму фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями.
4. Визначити ефективність упровадження програми фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями.

Об'єкт дослідження – процес фізичної терапії при захворюваннях шкіри.

Предмет дослідження – зміст, структура та ефективність фізіотерапевтичної програми при хронічних шкірних захворюваннях, зокрема псоріазі, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що впровадження індивідуалізованої програми фізичної терапії, яка включає фототерапевтичні методи, мікрострумову терапію, зволожувальні процедури та навчання самодогляду, сприяє суттєвому покращенню стану шкіри у жінок, хворих на хронічні дерматологічні захворювання, зокрема псоріаз, знижує індекс PASI та зменшує частоту рецидивів.

Наукова новизна роботи полягає у розробці програми фізичної терапії, яка включає фототерапевтичні методи, мікрострумову терапію, зволожувальні процедури та навчання самодогляду.

Практичне значення дослідження полягає в розробці програми фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями, зокрема псоріазом. Результати дослідження особливостей програм фізичної терапії при захворюваннях шкіри можуть бути корисними: фахівцям фізичної терапії та дерматологам для створення індивідуалізованих планів лікування; косметологам, які працюють із клієнтами, що мають дерматологічні проблеми, для розробки безпечних і ефективних програм догляду; пацієнтам – для підвищення обізнаності щодо сучасних методів підтримки стабільного стану шкіри та профілактики рецидивів; науковцям – для подальших досліджень у сфері фізичної реабілітації при хронічних дерматозах.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ

1.1. Захворювання шкіри, що супроводжуються функціональними обмеженнями: класифікація та патогенез

Шкірні захворювання є однією з найпоширеніших медичних проблем, що впливають не лише на зовнішній вигляд людини, а й на її фізичний та психоемоційний стан. Деякі з них супроводжуються вираженими функціональними обмеженнями, які можуть значно знижувати якість життя пацієнтів, ускладнювати професійну діяльність та обмежувати соціальну активність.

Функціональні обмеження при дерматологічних патологіях можуть проявлятися у вигляді порушення бар'єрної функції шкіри, зниження її еластичності, больового синдрому, свербіжу, набряку, виразкування або утворення рубцевих змін. Крім того, низка хронічних дерматозів супроводжується системними порушеннями, що впливають на внутрішні органи та тканини.

Шкірні захворювання являють собою широку групу патологій, що відрізняються за своїм походженням та механізмом розвитку, але мають спільну характеристику – ураження шкіри, її придатків (волосся, нігтів) та видимих слизових оболонок [8]. Ці порушення можуть мати як локалізований, так і системний характер, впливаючи не лише на зовнішній вигляд, а й на загальний стан організму.

Основні клінічні прояви шкірних захворювань:

- поява плям (зміна забарвлення шкіри без її рельєфних змін);
- міхурцеві утворення (пухирці, заповнені прозорою рідиною або гнійним вмістом – пустули);
- вузлики та бляшки (ущільнені елементи, що піднімаються над рівнем шкіри);

- лущення (утворення лусочок внаслідок відшарування рогового шару епідермісу);

- садна, тріщини, виразки (пошкодження різної глибини, що виникають при хронічних процесах або вторинному інфікуванні).

Низка дерматологічних патологій супроводжуються такими неприємними симптомами, як свербіж, печіння, біль, що може суттєво погіршувати якість життя пацієнта.

Етіологічні чинники розвитку патологічних змін у шкірі поділяються на зовнішні та внутрішні. Зовнішні чинники:

- інфекційні агенти – бактерії, віруси, грибки, паразити, що провокують запальні та алергічні реакції;

- механічний вплив – тривале тертя, удари, здавлення можуть спричинити потертості, набряки, мозолі;

- температурні чинники – дія високих чи низьких температур може викликати опіки, обмороження, термічні ураження шкіри;

- променеве випромінювання – сонячне світло, ультрафіолетове та рентгенівське випромінювання можуть провокувати опіки, фотодерматози та передчасне старіння шкіри;

- хімічні речовини – кислоти, луги, солі, фарби та інші агресивні сполуки можуть викликати подразнення, опіки та алергічні реакції [25].

Низка патологічних процесів у внутрішніх органах та системах організму можуть виступати причиною розвитку шкірних захворювань. До основних внутрішніх чинників, що впливають на стан шкіри, належать:

- порушення обміну речовин – дисбаланс у процесах метаболізму може призводити до змін у структурі та функціях шкіри, спричиняючи її сухість, висипання або гіперпігментацію;

- дисфункція ендокринної системи – розлади роботи залоз внутрішньої секреції (щитовидної, надниркових залоз, підшлункової залози тощо) можуть спричиняти акне, гіперкератоз, пігментні порушення;

- захворювання внутрішніх органів – патології печінки, нирок,

шлунково-кишкового тракту відображаються на стані шкіри у вигляді висипань, набряків, зміни кольору чи текстури шкірного покриву;

– авітаміноз та дефіцит мікроелементів – нестача вітамінів (особливо А, С, D, Е, групи В) та мінералів призводить до сухості, ламкості нігтів, випадіння волосся та порушень регенерації шкіри;

– алергічні реакції – підвищена чутливість організму до певних алергенів (харчових, медикаментозних, контактних) може провокувати дерматити, кропив'янку, екзему [25].

Сьогодні виділяють три основні групи шкірних захворювань, які відрізняються за своєю етіологією та механізмами розвитку:

1) алергічні дерматози – патологічні стани шкіри, що виникають унаслідок підвищеної чутливості організму до певних речовин, таких як лікарські засоби, харчові продукти або хімічні сполуки, що містяться в побутових і професійних середовищах (наприклад, синтетичні тканини, косметика). За оцінками фахівців, поширеність алергічних захворювань сягає близько 10% населення Землі, і ця цифра продовжує зростати. Основним механізмом розвитку є контакт або проникнення алергенів, що провокує імунну відповідь організму. До найпоширеніших алергічних уражень шкіри належать дерматити, екзема, нейродерміти та кропив'янка;

2) інфекційні та паразитарні захворювання шкіри – патології, спричинені різними збудниками, зокрема вірусами, бактеріями та патогенними грибами. Однак для розвитку інфекції недостатньо одного лише контакту зі збудником, адже значну роль відіграють додаткові чинники, такі як ослаблений імунітет, мікротравми шкірного покриву та супутні захворювання;

3) шкірні захворювання невстановленої етіології – це група патологій, причини виникнення яких залишаються до кінця нез'ясованими. З огляду на активні дослідження, механізми їх розвитку та провокуючі чинники ще потребують подальшого вивчення [24]. Розглянемо детальніше кожну групу хвороб.

Алергічні дерматози – ця група об'єднує хвороби, що розвиваються

через підвищену чутливість організму до різних алергенів. Вони можуть мати гострий або хронічний перебіг. Класифікація:

– контактний алергічний дерматит – виникає внаслідок контакту шкіри з подразниками (косметика, побутова хімія, метали) (рис. 1.1.1). Симптоми: почервоніння, набряк у місці контакту; висип, що може супроводжуватися свербіжем і мокрінням; утворення пухирців, які можуть лопатися з утворенням кірочок. Може бути гострим (відразу після контакту) або хронічним (при регулярному контакті з подразником);



Рис. 1.1.1 Контактний алергічний дерматит [2]

– атопічний дерматит – хронічне запальне захворювання, пов'язане зі спадковою схильністю до алергій. Симптоми: сухість і лущення шкіри; інтенсивний свербіж, що може призводити до розчісування і вторинної інфекції; червоні плями, пухирці, мокріння, кірочки. Локалізація: обличчя, лікті, коліна, шия, кисті рук (рис. 1.1.2);



Рис. 1.1.2 Атопічний дерматит [2]

– кропив'янка – алергічна реакція, що проявляється сверблячими пухирями на шкірі після контакту з алергенами (харчові продукти, ліки, укуси комах). Симптоми: виникнення пухирів, схожих на опік кропивою; інтенсивний свербіж; набряклість шкіри (рис. 1.1.3). Перебіг: гострий (до 6 тижнів) або хронічний (триває понад 6 тижнів);



Рис. 1.1.3 Кропив'янка [2]

– екзема – запальне ураження шкіри з чергуванням загострень та ремісій, що супроводжується висипом, лущенням та свербіжем. Причини: генетична схильність; вплив алергенів (харчові продукти, контактні подразники); порушення роботи імунної системи. Симптоми: почервоніння, сухість, лущення; утворення мікроевезикул (дрібних пухирців); виражений свербіж, що може призводити до розчісування і вторинної інфекції (рис. 1.1.4). Перебіг: загострюється під впливом стресу, змін погоди, контакту з алергенами;



Рис. 1.1.4 Екзема [2]

– нейродерміт – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується інтенсивним свербіжем та ліхеніфікацією (потовщенням шкіри). Причини: психоемоційні фактори (стрес, перевтома); дисбаланс імунної системи; алергічні реакції. Симптоми: сильний свербіж, що посилюється вночі; ущільнення шкіри (ліхеніфікація); сухість, лущення, утворення тріщин (рис. 1.1.5). Локалізація: ліктьові згини, коліна, шия, обличчя, ділянка навколо очей [1].



Рис. 1.1.5 Нейродерміт [2]

Алергічні дерматози є складними і часто хронічними захворюваннями, що потребують комплексного підходу до лікування. Важливим завданням є виявлення та усунення алергену, адже саме він є основним пусковим механізмом розвитку патології.

Інфекційні та паразитарні хвороби шкіри – це група патологій, що спричинені різними мікроорганізмами, такими як віруси, бактерії, грибки та паразити. Вони можуть передаватися контактним, повітряно-крапельним, гемоконтактним шляхом або через забруднені предмети. Багато з цих захворювань супроводжуються запальними процесами, що призводять до пошкодження шкіри, утворення висипань, гнійників, набряків або рубців. Ослаблений імунітет, погана гігієна та несприятливі зовнішні умови є основними чинниками ризику розвитку цих інфекцій. Класифікація інфекційних та паразитарних захворювань шкіри:

1) вірусні інфекції – вірусні ураження шкіри спричинені проникненням вірусів у клітини шкірного покриву, що призводить до їх загибелі або змін у

їхній структурі:

- простий герпес (HSV-1, HSV-2). Викликається вірусом герпесу людини (HSV-1 – переважно уражає губи, HSV-2 – геніталії). Характеризується появою болючих пухирців, наповнених серозною рідиною, що згодом перетворюються на виразки. Інфекція часто рецидивує на фоні ослабленого імунітету, стресу, переохолодження. Передається контактним та повітряно-крапельним шляхом;

- оперізувальний герпес (Herpes Zoster). Виникає через реактивацію вірусу вітряної віспи (Varicella-Zoster virus), який залишається в нервових гангліях після перенесеної вітрянки. Характеризується болючим висипом уздовж нервових закінчень, що супроводжується печінням і свербіжем. Частіше зустрічається у людей з ослабленим імунітетом;

- бородавки (ВПЛ). Викликані вірусом папіломи людини (HPV). Проявляються у вигляді доброякісних утворень на шкірі (плоскі, звичайні, підошовні бородавки, загострені кондиломи);

- контагіозний молюск викликається вірусом *Molluscum contagiosum*. Проявляється у вигляді дрібних щільних вузликів з характерним втисненням у центрі, іноді з білуватим вмістом (рис. 1.1.6). Поширюється через безпосередній контакт із шкірою зараженої людини або предметами побуту.



Рис. 1.1.6 Контагіозний молюск [2]

2) бактеріальні інфекції – бактеріальні ураження шкіри виникають при інфікуванні стафілококами, стрептококами або іншими патогенними

мікроорганізмами:

- імпетиго – гостре бактеріальне захворювання, спричинене стафілококами або стрептококами. Проявляється у вигляді жовтих або медових кірок, що утворюються після розтину пухирців. Частіше зустрічається у дітей, легко передається контактним шляхом.

- фолікуліт – запальне ураження волосяних фолікулів, спричинене стафілококами. Проявляється дрібними гнійниками навколо волосся, часто зустрічається в області бороди, голови, паху;

- фурункул (чиряк) – глибоке гнійне запалення сальної залози та прилеглих тканин, спричинене стафілококами. Характеризується болючим ущільненням з гнійним стрижнем у центрі. Розвивається на фоні ослабленого імунітету, діабету, авітамінозу;

- карбункул. Множинні фурункули, що зливаються в одне велике запалене утворення. Процес супроводжується сильним болем, підвищеною температурою, загальною слабкістю;

3) грибкові (мікотичні) інфекції – грибкові ураження шкіри викликаються дерматофітами, дріжджоподібними та пліснявими грибами;

- дерматофітії (трихофітія, мікроспорія, стопа атлета, оніхомікоз). Грибкові інфекції, що уражають шкіру, нігті, волосся (рис. 1.1.7). Проявляються лущенням, свербіжем, почервонінням, ламкістю нігтів. Поширюються контактним шляхом (через заражені предмети, взуття, басейни, сауни);



Рис. 1.1.7 Оніхомікоз [2]

– кандидоз шкіри викликається дріжджоподібними грибками *Candida*. Найчастіше уражає шкірні складки, слизові оболонки (рис. 1.8). Супроводжується білим нальотом, свербіжем, почервонінням, мокрінням;



Рис. 1.1.7 Кандидоз шкіри великих складок [2]

4) паразитарні захворювання – шкірні паразити викликають запальні реакції та свербіж, що призводить до пошкодження шкіри:

– короста викликається коростяним кліщем (*Sarcoptes scabiei*). Передається через контакт із зараженою людиною або предметами побуту. Проявляється інтенсивним свербіжем (посилюється вночі), парними ходами на шкірі (рис. 1.1.8);



Рис. 1.1.8 Короста [2]

– педикульоз (вошивість). Викликається головними, лобковими або платтяними вошами. Супроводжується сильним свербіжем, розчухами, появою дрібних плям. Передається контактним шляхом або через заражені речі [20; 5; 9; 15; 25]. Інфекційні та паразитарні захворювання шкіри можуть

мати серйозні наслідки, особливо при ослабленому імунитеті. Важливо своєчасно виявляти симптоми, дотримуватися правил гігієни та проводити відповідне лікування.

Шкірні захворювання невстановленої етіології об'єднують хронічні, рецидивуючі та аутоімунні шкірні патології, точні причини яких залишаються до кінця не з'ясованими. Вважається, що їхній розвиток може бути обумовлений генетичними, імунними, ендокринними та зовнішніми чинниками, проте механізми їх виникнення ще потребують подальшого вивчення. Більшість цих захворювань мають тривалий перебіг, періоди загострення та ремісії, а їхня терапія часто спрямована лише на полегшення симптомів і зменшення активності патологічного процесу.

Класифікація шкірних захворювань невстановленої етіології:

– псоріаз – це хронічне запальне аутоімунне захворювання, яке характеризується надмірним поділом клітин епідермісу. У нормі цикл оновлення шкіри триває 28-30 днів, проте при псоріазі цей процес скорочується до 3-5 днів, що призводить до утворення псоріатичних бляшок. Причини (гіпотези): генетична схильність – псоріаз часто передається у спадок; аутоімунні порушення – організм помилково атакує власні клітини шкіри; чинники зовнішнього середовища – стрес, інфекції, медикаменти, травми. Клінічні прояви: сухі, червоні бляшки, покриті сріблястими лусочками; свербіж, печіння, іноді біль. Локалізація: шкіра голови, лікті, коліна, поперекова ділянка, нігті (рис. 1.1.9);



Рис. 1.1.9 Псоріаз [2]

– червоний плоский лишай – хронічне запальне захворювання шкіри та

слизових оболонок, яке проявляється сверблячими багатокутними червоними вузликами. Можливі причини: аутоімунні процеси – надмірна активність імунної системи; генетична схильність; інфекційні чинники – вірусні захворювання можуть провокувати рецидиви; стресові ситуації та психоемоційне навантаження. Симптоми: червоні, блискучі вузлики з фіолетовим відтінком; сильний свербіж; можливе ураження слизових оболонок рота, статевих органів; гіперкератоз (потовщення шкіри) на долонях та підшвах (рис. 1.1.10). Локалізація: зап'ястя, передпліччя, внутрішня сторона стегон, слизові оболонки;



Рис. 1.1.10 Червоний плоский лишай [2]

– системний червоний вовчак – аутоімунне захворювання, при якому імунна система атакує власні клітини, що призводить до ураження шкіри, суглобів, серця, нирок та інших органів. Причини (гіпотези): генетична схильність; гормональні порушення (частіше хворіють жінки); інфекційні тригери (віруси, бактерії); вплив ультрафіолетового випромінювання. Симптоми: «метеликоподібна» еритема на обличчі (почервоніння у формі метелика на щоках і переніссі); червоні або пурпурні висипання на тілі; підвищена стомлюваність, біль у суглобах; порушення функції внутрішніх органів (нирки, серце, легені) (рис. 1.1.11). Локалізація: обличчя, шия, руки, слизові оболонки.



Рис. 1.1.11 Системний червоний вовчак [2]

– склеродермія – рідкісне аутоімунне захворювання, що викликає ущільнення та фіброз шкіри та внутрішніх органів. Причини: порушення імунної системи; генетична схильність; вплив токсинів. Симптоми: потовщення та ущільнення шкіри (обличчя, руки, кінцівки) (рис. 1.1.12); рейно-синдром – порушення кровообігу в пальцях рук і ніг; ураження внутрішніх органів (легенів, серця, нирок). Форми: локалізована – уражає лише шкіру; системна – уражає внутрішні органи;



Рис. 1.1.12 Склеродермія [2]

– бульозний пемфігоїд та пемфігус – це аутоімунні захворювання, що супроводжуються утворенням пухирів на шкірі та слизових оболонках. Пемфігус: виникає через аутоантитіла до білків, що з'єднують клітини епідермісу; шкіра стає крихкою, утворюються великі, болючі пухирі. Відсутність лікування може призвести до інфекційних ускладнень та сепсису. Бульозний пемфігоїд: менш агресивний, ніж пемфігус. Уражені ділянки не такі болючі, пухирі щільніші (рис. 1.1.13). В основному вражає літніх людей. Локалізація: шкіра, слизові оболонки рота, носа, очей, статевих органів.

Шкірні захворювання невстановленої етіології є складними для діагностики та лікування через незрозумілий механізм їх розвитку. Більшість із них мають аутоімунну природу, що означає, що лікування спрямоване на контроль імунної відповіді. Для пацієнтів із такими захворюваннями важливе комплексне лікування, що включає імуномодулятори, протизапальні засоби та спеціальні доглядові процедури [25].



Рис. 1.1.13 Пемфігоїд [2]

Отже, шкірні захворювання, що супроводжуються функціональними обмеженнями, є важливою проблемою, оскільки вони можуть значно знижувати якість життя пацієнтів. Такі патології, як псоріаз, atopічний дерматит, червоний плоский лишай, склеродермія, бульозні дерматози, часто мають хронічний перебіг, супроводжуються свербіжем, болем, порушенням рухливості та можуть впливати на психоемоційний стан людини.

Патогенез цих захворювань зазвичай включає аутоімунні, запальні, генетичні та судинні механізми, що сприяють розвитку шкірних уражень та системних порушень. Основні функціональні обмеження при цих хворобах пов'язані з порушенням бар'єрної функції шкіри, хронічним запаленням, деструкцією тканин та системними проявами.

1.2. Методи фізичної терапії при різних шкірних захворюваннях

Фізична терапія є важливим компонентом комплексного лікування шкірних захворювань, оскільки вона спрямована не лише на усунення

зовнішніх проявів патологій, але й на покращення загального стану шкіри, стимуляцію процесів регенерації, нормалізацію кровообігу та зменшення запальних реакцій. Використання фізіотерапевтичних методів дозволяє знизити потребу в медикаментозному лікуванні, зменшити ризик рецидивів і підвищити ефективність традиційної терапії.

Методи фізичної терапії застосовуються при широкому спектрі дерматологічних захворювань, включаючи псоріаз, atopічний дерматит, екзему, грибкові ураження, бактеріальні інфекції, трофічні виразки та алергічні дерматози. Вони допомагають зменшити свербіж, біль, запалення, а також стимулюють імунні механізми організму для боротьби з інфекційними та хронічними шкірними патологіями.

Фізіотерапія – це галузь медицини, що базується на використанні природних і штучних фізичних чинників із лікувальною та профілактичною метою [23]. Вона спрямована на активацію природних механізмів відновлення організму, зменшення запалення, полегшення больових відчуттів та покращення загального самопочуття.

Основу фізіотерапії складають два типи впливу – природний та штучний. До природних чинників належать сонячне випромінювання, кліматичні умови, мінеральні та прісні води, грязі, глина, озокерит, нафталан, морські та річкові купання. Штучні чинники включають використання спеціальних медичних апаратів, що генерують різні види фізичної енергії [23].

Методи фізіотерапії класифікуються за типом використовуваного фізичного впливу. Серед них виділяють: електротерапію (вплив електричного струму), світлотерапію (застосування світлового випромінювання, включаючи ультрафіолет і лазер), теплолікування (грязьові та парафінові аплікації, термотерапія), механотерапію (масаж, вібраційний вплив), ультразвукову терапію та методи радіоактивного випромінювання [4].

Призначаючи фізіотерапевтичне лікування, слід враховувати загальний стан пацієнта, специфіку патологічного процесу, його клінічні прояви, стадію розвитку та динаміку перебігу захворювання шкіри. Важливими чинниками

при виборі методики є наявність супутніх хвороб, вік, стать, професійна діяльність, а також нервово-психічний стан пацієнта. Комплексний підхід до оцінки цих параметрів дозволяє забезпечити максимальну ефективність терапії та уникнути можливих ускладнень.

Фізіотерапевтичні методи забезпечують широкий спектр лікувальних ефектів, серед яких знеболюючий, протизапальний, десенсибілізуючий (зменшення алергічних реакцій), покращення кровообігу, стимуляція обміну речовин тощо. Крім загальних ефектів, кожен фізичний чинник має свою унікальну дію на організм, що дозволяє індивідуально підбирати метод лікування відповідно до стану пацієнта та характеру захворювання шкіри.

У сучасній косметології активно застосовують мікрострумову терапію, яка сприяє активації клітинного метаболізму та відновленню функцій пошкоджених тканин. Завдяки цьому методу покращується лімфодренаж і мікроциркуляція крові, що сприяє виведенню токсичних речовин, підвищенню рівня кисневого обміну та стимуляції синтезу колагену й еластину, необхідних для підтримки еластичності та здоров'я шкіри [10]. Крім косметичного ефекту, мікроструми мають виражену знеболюючу дію, що дозволяє використовувати їх не лише для регенерації шкірного покриву, а й для зменшення больових відчуттів при дерматологічних захворюваннях, зокрема при псоріазі [6].

Фототерапія є одним із сучасних методів лікування, що передбачає контрольований вплив певних видів електромагнітного випромінювання на шкірні покриви. Одним із ключових компонентів фототерапії є ультрафіолетове випромінювання (UV), яке охоплює діапазон довжин хвиль від 200 до 400 нм у спектрі електромагнітного випромінювання.

Залежно від довжини хвилі розрізняють три основні типи ультрафіолетових променів:

- короткохвильове ультрафіолетове випромінювання (UVC, 100-280 нм)
- має виражену бактерицидну дію та використовується в дезінфекційних лампах, але не застосовується у фототерапії шкіри;

– середньохвильове ультрафіолетове випромінювання (UVB, 280-320 нм) – активно впливає на епідермальні клітини, відіграє значну роль у лікуванні дерматологічних захворювань;

– довгохвильове ультрафіолетове випромінювання (UVA, 320-400 нм) – проникає глибше в шкіру, впливаючи на дермальні тучні клітини, гранулоцити, дендритні клітини, Т-лімфоцити, фібробласти, ендотеліальні клітини та кератиноцити епідермісу [27; 30; 35].

Хоча UVB-промені мають меншу проникну здатність, ніж UVA, вони здатні ефективно взаємодіяти з епідермальними кератиноцитами та дендритними клітинами, що робить їх особливо цінними у фототерапії. Раніше у фототерапевтичному лікуванні застосовувався повний спектр UVB-променів (широкосмугова UVB-терапія). Проте дослідження показали, що найбільший лікувальний ефект у боротьбі з псоріазом спостерігається при довжинах хвиль 304-313 нм, які сприяють ефективному очищенню шкіри від псоріатичних бляшок. Натомість хвилі 290-300 нм здебільшого провокують сонячні опіки без значного терапевтичного ефекту [30; 35]. Ці відкриття сприяли розробці вузькосмугової UVB-терапії, яка є більш селективною та ефективною. Вона дозволяє зменшити побічні ефекти, знизити ризик опіків і забезпечити стійке покращення стану шкіри при дерматологічних захворюваннях, зокрема при псоріазі. Сьогодні цей метод є одним із найефективніших та безпечних у фототерапії [16; 27].

Селективна фототерапія – це метод лікування шкірних захворювань, що ґрунтується на використанні ультрафіолетових променів середньохвильового (UVB) та довгохвильового (UVA) спектра. Процедури проводяться 3-6 разів на тиждень, а початкова доза UVB-випромінювання становить 0,1 Дж/см². Якщо після першого сеансу не спостерігається еритемної реакції (почервоніння шкіри), наступне опромінення здійснюється із збільшенням дози на 0,1 Дж/см². Курс лікування складається з 20–30 процедур, після яких спостерігається виражене покращення стану шкірного покриву. Селективна фототерапія показана при таких шкірних захворюваннях, як: псоріаз –

допомагає зменшити запалення та нормалізувати процеси регенерації шкіри; atopічний дерматит – знижує свербіж, запалення та гіперчутливість шкіри; червоний плоский лишай – сприяє усуненню висипань і покращенню загального стану шкіри. Завдяки системному підходу та точному дозуванню ультрафіолетового випромінювання, селективна фототерапія є безпечним та ефективним методом лікування хронічних дерматологічних патологій [7; 39; 28].

Дослідження І. Берлим та В. Макаренко було присвячене вивченню комплексного впливу фототерапії та мікрострумової терапії на шкіру, уражену псоріазом. Вони розробили методику, що передбачає використання синергічного ефекту світлової терапії та мікрострумів для лікування псоріатичних бляшок. У процесі лікування застосовували апарат для мезотерапії з функціями (RF+EMS+Фототерапії). Під час процедур на попередньо очищену шкіру наносили контактний гель, після чого апарат налаштовували на 3-й рівень потужності. Починаючи з третьої процедури, інтенсивність збільшували до 4-го рівня, а з шостої – до максимального 5-го рівня. Вплив на уражені ділянки тривав 10 хвилин. Ключову роль у процедурі відігравало жовте світлове випромінювання (567-589 нм), яке сприяло стимуляції лімфодренажу, покращенню кровообігу, зменшенню запалення, антисептичному та протигрибковому ефекту. Крім того, це випромінювання покращувало кисневий обмін у клітинах шкіри, що сприяло її регенерації [3].

Після проведення курсу з 10 процедур з інтервалом у 3 дні спостерігалася виражена позитивна динаміка. Уже після кількох процедур пацієнти відзначали зменшення свербіжу та лущення, а після п'ятої процедури печія повністю зникла. До завершення курсу терапії почервоніння шкіри значно зменшилося, а її загальний стан суттєво покращився. Отримані результати підтверджують ефективність комбінованого застосування фототерапії та мікрострумів у лікуванні псоріатичних уражень шкіри [3].

Згідно з дослідженнями Американської академії дерматології та Національного фонду псоріазу, вузькосмугова UVB-терапія (NB-UVB) з

довжиною хвиль 311-313 нм є рекомендованим методом монотерапії для лікування генералізованого бляшкового псоріазу [30].

Початкова доза NB-UVB має визначатися на основі мінімальної еритемної дози, або ж її можна підбирати відповідно до фототипу шкіри пацієнта чи протоколу фіксованої дози. Оптимальний режим лікування передбачає три сеанси на тиждень із загальною тривалістю курсу від 20 до 30 процедур.

Для підвищення ефективності терапії перед сеансами рекомендується нанесення тонкого шару зволожувального засобу, наприклад вазеліну. Це сприяє кращому проникненню UV-променів, зменшенню сухості шкіри та пом'якшенню еритемної реакції після опромінення. Однак слід враховувати, що надмірне нанесення зволожувальних засобів може зменшити поглинання UVB-променів, що, своєю чергою, може знизити ефективність терапії [27; 30].

Фототерапія UVA-1 є методом лікування, що базується на використанні високих доз довгохвильового ультрафіолетового випромінювання (UVA) без застосування фотосенсибілізаторів. Вона ефективно застосовується при хронічних запальних та аутоімунних захворюваннях шкіри, сприяючи зменшенню запальної реакції, модуляції імунної відповіді та покращенню процесів регенерації шкіри. Лікування починається з початкової дози UVA у межах 5-10 Дж/см², а процедури проводять щоденно. Доза може залишатися незмінною або поступово збільшуватися на 5-10 Дж/см² залежно від реакції шкіри пацієнта. Максимальна загальна доза UVA-1 випромінювання, що використовується в курсі лікування, може сягати 100-130 Дж/см². Фототерапія UVA-1 показана при таких захворюваннях, як atopічний дерматит, де вона допомагає зменшити свербіж, запалення та покращити стан шкіри, бляшкова склеродермія, при якій цей метод сприяє розм'якшенню ущільнених ділянок та покращенню мікроциркуляції, а також системний червоний вовчак, для якого UVA-1-терапія є ефективним способом контролю аутоімунного ураження шкіри. Завдяки контрольованому використанню високих доз UVA-випромінювання, цей метод вважається перспективним у лікуванні

аутоімунних та запальних дерматозів, особливо у випадках, коли традиційна медикаментозна терапія не дає очікуваного результату [17; 18; 29; 33].

Загальновідомо, що ультрафіолетове опромінення може негативно впливати на перебіг системного червоного вовчака, оскільки є потужним провокуючим чинником, що сприяє загостренню захворювання. У деяких випадках надмірне УФ-випромінювання може призводити до серйозних ускладнень і навіть фатальних наслідків. Однак, сучасні дослідження свідчать про те, що низькі щоденні дози UVA-1-опромінення можуть мати позитивний терапевтичний ефект для пацієнтів із СЧВ.

У відкритому дослідженні, яке включало 10 пацієнтів із системним червоним вовчаком, застосовувалося щоденне опромінення низькими дозами UVA-1 (6 Дж/см²) протягом різних періодів – від 15 днів до 8 місяців. Усі учасники відзначили зменшення активності хвороби, а найбільш виражений позитивний ефект спостерігався після 8 місяців лікування. Серед досягнутих покращень були зниження втоми, усунення депресивних станів, зменшення головного болю та безсоння, зниження фоточутливості, регрес шкірних висипань, покращення стану суглобів. Крім того, у більшості пацієнтів було зафіксовано зменшення або повне зникнення антитіл синдрому Шегрена А та антиядерних антитіл, що свідчить про імуномодуючий ефект терапії. Отримані результати були підтверджені в 18-тижневому двоетапному дослідженні, під час якого застосовувалася аналогічна доза 6 Дж/см². Жодних побічних ефектів зафіксовано не було, що свідчить про безпечність низькодозованої UVA-1-терапії для пацієнтів із червоним вовчаком. Водночас слід враховувати, що високі дози UVA-1-опромінення можуть мати протилежний, шкідливий вплив, викликаючи загострення хвороби у більшості пацієнтів із СЧВ [36; 34].

Фотодинамічна терапія – це сучасний метод лікування, який поєднує вплив інфрачервоного випромінювання (600-730 нм) та фотосенсибілізаторів із групи порфіринів. Процедура включає нанесення спеціального гелю-стабілізатора на шкіру, що рівномірно розподіляється і накопичується в

клітинах, які мають порушений енергетичний баланс. Під дією лазерного випромінювання фотосенсибілізатор активується, що спричиняє утворення активних форм кисню. Це, своєю чергою, запускає процеси окислення та руйнування патологічно змінених клітин, не завдаючи шкоди здоровим тканинам. Гибель дефектних клітин стимулює регенерацію шкіри, активізує роботу мітохондрій, що сприяє збільшенню вироблення АТФ – основного джерела клітинної енергії. Крім того, підсилюється синтез колагену, покращується еластичність шкіри, прискорюється метаболізм і мікроциркуляція в тканинах [22; 21; 32].

Фотодинамічна терапія має широкий спектр лікувальних ефектів, включаючи регенеративний, протизапальний, знеболюючий, протинабряковий, імуномодуючий та протиалергічний вплив. Вона ефективно застосовується при лікуванні базальноклітинної карциноми (епітеліоми), бородавок, псоріазу, а також у випадках метастатичних уражень шкіри та грибоподібного мікозу (лімфоми шкіри). Крім того, ФДТ використовується при хворобі Бовена, що є передраковим станом [14].

Завдяки високій селективності, відсутності інвазивного втручання та широкому спектру лікувальних ефектів фотодинамічна терапія є перспективним методом, що активно застосовується у дерматології, онкології та косметології. Вона дозволяє ефективно боротися з різними захворюваннями шкіри, забезпечуючи безпечне лікування з мінімальним ризиком побічних ефектів та коротким періодом відновлення.

Сучасний розвиток науки та технологій можна образно охарактеризувати як «лазерну еру», оскільки лазерні технології широко застосовуються у різних сферах діяльності людини. Особливо значні досягнення спостерігаються у медицині та дерматології, де за останні 20 років лазери стали революційним інструментом для лікування широкого спектра шкірних захворювань (дерматит, червоний плоский лишай, екзема, мелазма тощо), вроджених дефектів, судинних та пігментних плям, а також для видалення татуювань, шрамів і зморшок. Сучасні лазерні та світлові технології

відкрили нові можливості для шліфування та омолодження шкіри, роблячи ці процедури більш безпечними та ефективними [31].

Лазерна терапія – це метод фізіотерапевтичного впливу, заснований на використанні енергії лазерного випромінювання з лікувальною метою. Завдяки численним дослідженням вдалося глибоко розкрити механізми впливу низькоінтенсивного лазерного випромінювання, що дозволяє успішно застосовувати лазерну терапію у лікуванні та профілактиці різних патологій [37].

Лазерне випромінювання може впливати на різні структури організму, включаючи шкіру, м'язи, кістки, жирову тканину, сухожилля та внутрішні органи. Оскільки кожен вид тканини має унікальні оптичні та теплофізичні властивості, ефективність лазерного впливу залежить від правильно підібраних параметрів. Важливими характеристиками є довжина хвилі, потужність, частота імпульсів, тривалість опромінення, що визначають глибину проникнення лазерного випромінювання та його вплив на конкретну біологічну структуру [38].

Одна з ключових переваг лазерних технологій – це можливість специфічного вибіркового впливу, що дозволяє ефективно працювати навіть із підшкірними патологіями без порушення цілісності шкірного покриву. Завдяки цьому лазерні методики продовжують удосконалюватися та розширювати спектр свого застосування, забезпечуючи високу ефективність лікування при мінімальному травматизмі.

Отже, сучасні дослідження підтверджують ефективність вузькосмугової UVB-терапії, UVA-1 фототерапії та фотодинамічної терапії у боротьбі з різними дерматологічними розладами, зокрема з аутоімунними захворюваннями, такими як системний червоний вовчак, бляшкова склеродермія та базальноклітинний рак шкіри. Упровадження лазерних технологій та інноваційних методів фотолікування дозволяє цілеспрямовано впливати на патологічні тканини, пришвидшуючи їхнє загоєння та покращуючи стан шкіри без значного пошкодження здорових клітин.

РОЗДІЛ 2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Завдання дослідження

Мета дослідження – визначити ефективність програми фізичної терапії при захворюваннях шкіри.

Для досягнення поставленої мети дослідження було визначено такі завдання:

1. Здійснити аналіз наукової літератури щодо фізичної терапії при захворюваннях шкіри.
2. Оцінити стан шкіри у жінок, хворих на псоріаз.
3. Розробити програму фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями.
4. Визначити ефективність упровадження програми фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями.

2.2. Методи дослідження

Для розв’язання завдань дослідження було використано низку методів:

1. Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення і систематизація сучасної наукової літератури з проблеми дослідження.
2. Оцінка стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою візуального огляду та збору анамнезу.
3. Шкала PASI.
4. Методи математичної статистики.

За допомогою методів теоретичного аналізу, синтезу, узагальнення та систематизації сучасної наукової літератури з проблеми дослідження було здійснено:

– комплексне вивчення теоретичних основ фізичної терапії при шкірних захворюваннях, зокрема таких, що супроводжуються функціональними

обмеженнями (псоріаз, atopічний дерматит, екзема, червоний плоский лишай, склеродермія тощо);

- визначено класифікацію шкірних захворювань за етіологічними ознаками: алергічні, інфекційні, паразитарні, аутоімунні (невстановленої етіології), з детальним описом клінічних проявів, патогенезу, провокуючих чинників і механізмів розвитку;

- систематизовано патогенетичні механізми формування функціональних порушень при дерматозах, включаючи аутоімунні, судинні, обмінні та запальні процеси, що лежать в основі хронічних уражень шкіри;

- узагальнено сучасні підходи до фізичної терапії в дерматології, включаючи класифікацію та характеристики методів, що застосовуються у лікуванні шкірних захворювань: фототерапію (UVB, UVA-1, NB-UVB), мікрострумову терапію, лазеротерапію, фотодинамічну терапію;

- проаналізовано ефективність сучасних фізіотерапевтичних технологій при псоріазі та інших хронічних шкірних захворюваннях на основі огляду клінічних досліджень;

- визначено можливості використання інноваційних методів лікування у косметології, зокрема для покращення якості шкіри, зменшення запалення, стимуляції регенерації та підвищення ефективності базового дерматологічного лікування.

Отже, використання методів аналізу та узагальнення дозволило не лише структурувати наявну інформацію з теми, а й закласти теоретичне підґрунтя для подальших емпіричних досліджень ефективності фізичної терапії у комплексному лікуванні шкірних захворювань, зокрема у межах косметологічної практики.

Для визначення стану шкіри жінок із діагнозом псоріаз було застосовано методи візуальної дерматоскопічної оцінки та структурованого збору анамнестичних даних. Візуальний огляд дозволив отримати об'єктивну інформацію про морфологічний стан шкірного покриву, ступінь вираженості уражень та локалізацію псоріатичних бляшок. Він проводився за наступним

алгоритмом:

- положення пацієнтки – стоячи або сидячи у добре освітленому приміщенні, зі збереженням приватності та комфорту;
- зовнішній вигляд шкіри: фіксувалася наявність почервоніння, лущення, набряку, інфільтрації, потовщення шкіри;
- локалізація уражень: оцінювалися типові зони (волосиста частина голови, лікті, коліна, попереки, нігті, обличчя);
- форма та розмір бляшок: описувалися ділянки з добре відмежованими осередками гіперемії, вкритими сріблястими лусочками;
- оцінка лущення: визначалася інтенсивність десквамації (від дрібнопластинчастої до грубих лусочок);
- стан прилеглих зон – шкіри, нігтів, слизових оболонок.

Усі результати візуального обстеження документувалися в анкеті дослідження з фотографуванням (за згодою пацієнтки).

Для збору суб'єктивної інформації про перебіг захворювання використовувався напівструктурований інтерв'ю-протокол, який включав наступні блоки:

- 1) загальні дані: вік, термін хвороби, дата встановлення діагнозу; генетична схильність (наявність псоріазу у близьких родичів);
- 2) перебіг хвороби: характер дебюту (гострий, поступовий); частота та тривалість загострень; сезонність загострень (зимова, літня форма).
- 3) чинники, що провокують загострення: стрес, інфекції, травми шкіри, гормональні зміни, ліки тощо;
- 4) суб'єктивні відчуття: свербіж (інтенсивність за візуально-аналоговою шкалою 0–10); печіння, біль, стягнутість шкіри; ступінь психоемоційного дискомфорту, пов'язаного з ураженнями;
- 5) раніше застосовані методи лікування: медикаментозне лікування (системні препарати, місцеві мазі); фізіотерапія або фототерапія; косметичний догляд: частота, тип засобів, індивідуальні реакції;
- 6) загальний стан здоров'я: наявність супутніх хронічних захворювань

(гіпертонія, цукровий діабет, депресивні розлади);

7) прийом медикаментів, які можуть впливати на перебіг псоріазу.

Оцінку ступеня тяжкості псоріазу у жінок проводили за допомогою індексу PASI – стандартизованої шкали, яка дозволяє комплексно визначити поширеність і вираженість патологічного процесу. Цей індекс враховує як розмір ураженої площі, так і ступінь інтенсивності трьох клінічних ознак псоріазу: почервоніння (еритеми), лущення шкіри та її ущільнення (інфільтрації).

Для обчислення PASI шкіру пацієнток умовно поділяли на чотири анатомічні зони:

- голова – 10% від загальної площі тіла;
- верхні кінцівки – 20%;
- тулуб – 30%;
- нижні кінцівки – 40%.

Кожній зоні відповідав окремий ваговий коефіцієнт у формулі розрахунку:

- 0,1 – для голови;
- 0,2 – для верхніх кінцівок;
- 0,3 – для тулуба;
- 0,4 – для нижніх кінцівок.

Оцінка площі ураження в кожній анатомічній області здійснювалася за шестибальною шкалою:

- 0 – відсутність ураження;
- 1 – до 9% поверхні зони;
- 2 – 10-29%;
- 3 – 30-49%;
- 4 – 50-69%;
- 5 – 70-89%;
- 6 – 90–100%.

Для орієнтовної оцінки площі ураження в польових умовах додатково

використовувалося правило «долоні»: площа ураження розміром з долоню пацієнта вважалася рівною 1% всієї поверхні шкіри. Ступінь вираженості еритеми, лущення та інфільтрації у кожній із чотирьох зон визначали окремо за четирибальною шкалою:

- 0 – відсутність ознаки;
- 1 – слабка вираженість;
- 2 – помірна;
- 3 – виражена;
- 4 – надзвичайно виражена.

Індекс PASI для кожної ділянки розраховували за формулою:

$$\text{PASI ділянки} = \text{коефіцієнт зони} \times (\text{еритема} + \text{лущення} + \text{інфільтрація}) \times \text{ступінь ураження шкіри.}$$

Після обчислення значень для всіх чотирьох зон отримані результати сумували, щоб вивести загальний PASI, який може коливатися від 0 до 72 балів:

- менше 10 балів – псоріаз легкого ступеня;
- 10 і більше балів – середній або тяжкий перебіг захворювання.

Індекс PASI є надійним інструментом кількісної оцінки вираженості псоріатичних уражень, що дозволяє як об'єктивізувати клінічну картину, так і відстежувати динаміку під впливом терапії.

У процесі оцінки ефективності фізичної терапії у жінок із хронічними шкірними захворюваннями, зокрема псоріазом, було використано t-критерій Стюдента для залежних вибірок (парний t-тест), що дозволяє визначити статистичну значущість змін, які відбулися в стані пацієнток до та після проведення курсу терапії. Цей метод є одним із найпоширеніших у медико-біологічних дослідженнях і дає змогу об'єктивно оцінити динаміку терапевтичного впливу на основі кількісних показників.

На першому етапі дослідження було сформовано вибірку з певної кількості жінок, яким встановлено діагноз псоріаз. Усі досліджувані проходили фізіотерапевтичну програму, після чого здійснювалася

порівняльна оцінка клінічних показників до і після втручання. Як вихідні, так і повторні дані збиралися за допомогою індексу PASI, візуальної оцінки.

Розрахунок t-критерію здійснювався шляхом визначення різниці між парними значеннями показників для кожної пацієнтки (до та після терапії), обчислення середнього значення цієї різниці ($\bar{d}$) та її стандартного відхилення (SD). Далі ці дані підставлялися у формулу $t = \bar{d} / (SD / \sqrt{n})$, де n – кількість обстежених осіб. Отримане емпіричне значення t порівнювали з табличним критичним значенням t для відповідної кількості ступенів свободи ($n - 1$) і рівня значущості ($p < 0,05$).

Якщо t емпіричне перевищувало t критичне, це свідчило про достовірні статистичні зміни між до- та післятерапевтичними показниками, що підтверджувало ефективність проведеної фізичної терапії. Якщо ж значення t не перевищувало критичного рівня, висновок про ефективність втручання робити було неможливо, і зміни вважалися статистично незначущими. Такий підхід дозволив не лише об'єктивізувати результати терапії, а й обґрунтувати доцільність використання конкретних фізіотерапевтичних методів у подальшій клінічній практиці.

2.3. Організація дослідження

Дослідження ефективності програми фізичної терапії при захворюваннях шкіри було здійснено на базі приватного косметологічного кабінету. У дослідженні взяли участь 7 жінок віком від 37 до 49 років. Дослідження тривало з вересня 2023 року до травня 2025 року.

Дослідження проводили в чотири етапи

1) упродовж першого етапу дослідження (вересень 2023 р. – вересень 2024 р.) було здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз, логіко-смысловий синтез, узагальнення та систематизацію сучасних наукових джерел з проблеми дослідження. У межах цього етапу було чітко окреслено мету дослідження, конкретизовано його об'єкт і предмет, сформульовано ключові дослідницькі

завдання, а також визначено адекватні методи, необхідні для реалізації наукового задуму;

2) на другому етапі дослідження (жовтень-листопад 2024 р.) було проведено констатувальний етап дослідження з визначення стану шкіри жінок із захворюванням шкіри;

3) на третьому етапі дослідження (листопад 2024 р. – лютий 2025 р.) було реалізовано програму та визначено динаміку змін шкіри у жінок із захворюванням шкіри;

4) на четвертому етапі дослідження (березень – травень 2025 року) було здійснено всебічне опрацювання та детальний опис отриманих результатів. На цьому етапі узагальнено емпіричні дані, отримані під час практичної частини роботи, здійснено їх аналіз, інтерпретацію та співвіднесення з поставленими на початку дослідження гіпотезами і завданнями. Проведено порівняння до- та післяекспериментальних показників, встановлено динаміку змін шкіри у жінок із захворюванням шкіри і виявлено статистично значущі результати. Особливу увагу було приділено формулюванню науково обґрунтованих висновків, які стали підґрунтям для подальших рекомендацій і практичних узагальнень.

РОЗДІЛ 3. ДИНАМІКА ЗМІН ШКІРИ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ

3.1. Оцінка стану шкіри у жінок

Псоріаз є одним із найпоширеніших хронічних дерматозів, який значною мірою впливає не лише на фізичний стан пацієнтів, а і на їх психоемоційне самопочуття та якість життя загалом. У жінок ця патологія часто супроводжується посиленням емоційним навантаженням, пов'язаним із естетичним дискомфортом, тривалим перебігом захворювання та соціальною дезадаптацією.

Для ефективного планування фізичної терапії надзвичайно важливим є проведення комплексної оцінки стану шкіри, що дозволяє об'єктивно зафіксувати ступінь ураження, локалізацію псоріатичних елементів, інтенсивність симптомів та суб'єктивні скарги пацієнтки. Така оцінка є вихідною точкою для розробки індивідуального терапевтичного підходу, а також слугує базисом для подальшого моніторингу ефективності лікування.

У табл. 3.1.1 представлено результати оцінки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою візуального огляду.

Таблиця 3.1.1

Оцінка стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою
візуального огляду

№ досл.	Зовнішній вигляд шкіри	Локалізація уражень	Форма та розмір бляшок	Оцінка лущення	Стан прилеглих зон
1	легке почервоніння, поодинокі бляшки	лікть, волосиста частина голови	округлі, діаметром до 1,5 см	незначне, сухе, локальне	неуражена шкіра, без почервоніння
2	вогнища з червонуватим відтінком, помірне лущення	коліна, лікті, поперек	нерівномірні краї, 2-3 см	середньої інтенсивності, в центрі бляшок	легка сухість, помірна чутливість

Продовження таблиці 3.1.1

3	гіперемія зі сріблястими лусками	спина, стегна	овальні, до 4 см, помірна інфільтрація	виражене лущення по всій поверхні бляшок	місцями подразнена, суха
4	місцями шкіра суха, з дрібним лущенням	волосиста частина голови, тулуб	дрібні, щільні, до 2 см	слабо виражене, з ділянками тонких лусочок	без змін, еластичність збережена
5	невеликі вогнища гіперемії з блискучими лусками	передпліччя, лікті	поодинокі бляшки 1-2 см, помірно ущільнені	локальне лущення, зі збереженням глянцевого ділянок	легка гіперемія біля вогнищ
6	помітна гіперемія, бляшки з лущенням	гомілки, плечі	неправильної форми, 3-4 см, злегка виступають над поверхнею шкіри	середнє лущення з вираженими ділянками зроговіння	шкіра навколо дещо суха, є незначне подразнення
7	червонувато-рожеві вогнища, блискучі ділянки	поперек, груди	округлі, до 3 см, з незначною інфільтрацією	лущення в центрі та по краях бляшок, середньої інтенсивності	помірна сухість, легка чутливість до дотику

У таблиці 3.1.1 представлено результати візуального огляду шкірного покриву семи жінок, які страждають на псоріаз легкої та середньої форми тяжкості. Оцінювання проводилося за п'ятьма основними критеріями: зовнішній вигляд шкіри, локалізація уражень, форма та розмір псоріатичних бляшок, інтенсивність лущення, стан прилеглих до уражених ділянок зон.

Зовнішній вигляд шкіри варіюється від легкого почервоніння й поодиноких бляшок до наявності гіперемійованих зон з вираженим лущенням. У деяких випадках фіксуються сухість та лускуватість поверхні шкіри, що свідчить про активну фазу хвороби.

Локалізація уражень охоплює типові для псоріазу ділянки: лікті, коліна, волосисту частину голови, поперек, передпліччя, тулуб. Найбільшу кількість проявів зафіксовано в ділянках, що зазнають тертя або відкриті для зовнішнього впливу.

Форма та розмір бляшок у більшості пацієнток округлі або овальні, зі

зміненими краями, їхній діаметр коливається від 1 до 4 см. Ураження характеризуються різним ступенем ущільнення (інфільтрації), що є типовим для хронічного перебігу псоріазу середньої тяжкості.

Оцінка лущення демонструє варіабельність: від слабо вираженого до інтенсивного з утворенням щільних лусочок. У деяких жінок спостерігалось переважно центроване лущення, що свідчить про часткову ремісію або відносну стабільність патологічного процесу.

Стан прилеглих зон варіюється від повністю інтактної шкіри до легкої гіперемії, сухості та незначної подразненості. Це свідчить про поступове поширення патологічного процесу або периферичне запалення навколо псоріатичних бляшок.

Отримані дані дають змогу зробити висновок про переважання легких та середніх форм псоріазу в обстежених жінок. З огляду на наявність бляшок і лущення, у більшості випадків відсутні ознаки глибокого ураження шкіри або значної інфільтрації. Оцінка стану шкіри за запропонованими критеріями є важливим етапом у плануванні індивідуалізованої фізіотерапевтичної програми та дозволяє відстежувати динаміку клінічного покращення.

Для збору суб'єктивної інформації про перебіг захворювання використовувався напівструктурований інтерв'ю-протокол, результати якого представлено в таблиці 3.1.2.

Таблиця 3.1.2

Анамнез жінок, хворих на псоріаз

№ дос л.	Загальні дані	Перебіг хвороби	Чинники	Суб'єктивні відчуття	Методи лікування	Стан здоров'я	Прийом ліків
1	35 років, вчителька	Хворіє 3 роки, сезонні загострення	Стрес	Свербіж, сухість	Мазі, антигістамінні	Задовільний	Антигістамінні періодично
2	42 роки, продавець	Хворіє 7 років, періодичні ремісії	Гормональні зміни, дієта	Неприємне печіння	Креми	Супутній гастрит	Топічні стероїди

Продовження 3.1.2

3	29 років, офіс-менеджер	Псоріаз з дитинства, середня активність	Нервово напруження	Сильний свербіж уночі	Системні препарати, вітаміни	Анемія, часті застуди	Вітамін D, заспокоїли ві
4	38 років, медсестра	Хворіє 5 років, загострення навесні	Інфекції, перевтома	Лущення, чутливість шкіри	Народні методи, гормональні мазі	Загалом здоров'я стабільне	Без постійної терапії
5	47 років, бухгалтер	Перші прояви 2 роки тому, покращення влітку	Зміна клімату, хімічні засоби	Помірний свербіж, косметичний дискомфорт	Дієта, місцеве лікування	Підвищений тиск	Мазі, ліки для тиску
6	40 років, перукар	Псоріаз 4 роки, стабільні періоди ремісії	Стрес, використання хімічних засобів	Сухість, періодичне печіння	Мазі з цинком, лікувальні шампуні	Варикоз нижніх кінцівок	Протизапальні мазі, вітаміни С і Е
7	33 роки, менеджер	Хворіє 6 років, останній рік – часті загострення	Переохолодження, порушення режиму сну	Постійний свербіж, напруження шкіри	Топічні засоби	Часті ГРВІ, нестабільний сон	Антигістамінні курсово, седативні засоби

Усі респондентки – жінки працездатного віку (від 29 до 47 років), які працюють у соціально активних сферах: освіта, медицина, торгівля, офісна робота. Це свідчить про те, що псоріаз у цих випадках може мати не лише медичний, а й соціально-психологічний вплив, зокрема в контексті спілкування, публічної діяльності та зовнішнього вигляду.

Тривалість захворювання варіюється від 2 до 7 років, що свідчить про хронічний характер псоріазу. У деяких випадках спостерігається ремісійно-рецидивний перебіг (наприклад, у 2 та 4 пацієнтки), а в однієї жінки (№3) захворювання розпочалося ще в дитинстві, що може свідчити про генетичну або аутоімунну схильність.

Серед основних тригерів загострень переважають психоемоційні та

фізіологічні чинники: стрес, нервові перенапруження, інфекції, переохолодження та гормональні зміни. Також згадується вплив кліматичних умов і побутової хімії, що вказує на чутливість до зовнішніх подразників.

Найчастіше пацієнтки скаржаться на свербіж, сухість шкіри, печіння та косметичний дискомфорт. В окремих випадках (пацієнтка №3) фіксується інтенсивний нічний свербіж, що може суттєво погіршувати якість сну й загальний психоемоційний стан.

Усі жінки мають досвід використання різних терапевтичних підходів: місцеві засоби (мазі, креми), антигістамінні препарати, системна медикація, вітамінотерапія, а також народна медицина. Це свідчить про прагнення знайти ефективне лікування, але також про фрагментарність або незавершеність терапії.

У більшості випадків загальний стан оцінюється як задовільний. Проте у двох пацієнток виявлено супутні стани: анемія, часті застуди, підвищений артеріальний тиск, що може впливати на перебіг псоріазу та ускладнювати вибір терапевтичної тактики. Більшість жінок періодично використовують антигістамінні засоби, гормональні мазі, вітаміни або топічні стероїди. Одна з пацієнток приймає препарати для контролю артеріального тиску, що може бути важливо при призначенні фототерапії.

Анамнестичні дані свідчать про індивідуальний перебіг псоріазу в кожної з пацієнток, із переважанням середньої та легкої форм. Поширені тригери – стресові чинники та сезонні зміни, а основними скаргами є свербіж і косметичний дискомфорт. Усі жінки потребують комплексного підходу до лікування з урахуванням анамнезу, супутніх станів, а також корекції способу життя. Проведений аналіз є основою для формування індивідуальних програм фізичної терапії.

У процесі оцінювання стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз, було використано шкалу PASI, яка є загальноприйнятим міжнародним критерієм оцінки тяжкості перебігу цього захворювання (табл. 3.1.3).

Стан шкіри у жінок, хворих на псоріаз за шкалою PASI

Досліджувані	1	2	3	4	5	6	7
PASI-індекс	5,2	18,6	11,3	6,9	19,5	21,3	18,8

Отримані результати PASI-індексу в досліджуваних пацієнток варіюються від 5,2 до 21,3 балів, що свідчить про наявність легких і середніх форм псоріазу у вибраній групі. У жінки під номером 1 зафіксовано PASI-індекс 5,2 балів, що відповідає легкій формі перебігу захворювання. Ураження шкірного покриву є локалізованим і не має виражених клінічних проявів. Подібна картина спостерігається і в пацієнтки №4, де індекс PASI становить 6,9 балів – також легка форма псоріазу з обмеженими симптомами, помірним свербіжем і незначним лущенням.

Натомість у п'яти інших жінок діагностовано середній ступінь активності псоріазу. У пацієнтки №3 PASI дорівнює 11,3 балів, що свідчить про помірну площу ураження з відносно вираженими проявами у вигляді еритеми, лущення та інфільтрації. У жінки №2 значення індексу становить 18,6 балів, що вказує на наявність численних псоріатичних бляшок і розширену зону ураження, переважно на ділянках, які зазнають постійного зовнішнього впливу (передпліччя, тулуб, волосиста частина голови). Найвищий індекс PASI виявлено в пацієнтки №6 – 21,3 балів, у неї зафіксовано найбільшу площу ураження з активною фазою перебігу хвороби, інтенсивним свербіжем, лущенням і гіперемією.

Проведене оцінювання за шкалою PASI дозволяє констатувати, що серед обстежених жінок переважають випадки середньої тяжкості псоріазу (у п'яти із семи осіб), тоді як дві пацієнтки мають легку форму хвороби. Ці дані слугують підґрунтям для подальшого планування фізіотерапевтичного лікування, індивідуалізації реабілітаційного підходу та моніторингу динаміки стану шкіри в процесі терапевтичного втручання.

Отже, проведене дослідження дозволило здійснити комплексну оцінку стану шкіри у жінок, які страждають на псоріаз, із застосуванням як об'єктивних (візуальний огляд, PASI-індекс), так і суб'єктивних (анамнез, самопочуття, досвід попереднього лікування) методів. Аналіз отриманих результатів засвідчив, що у більшості жінок діагностовано псоріаз середньої тяжкості, що проявляється помірним поширенням уражень, інфільтрацією, лущенням та вираженим свербіжем. Дві пацієнтки мають легку форму хвороби з локалізованими проявами, незначною еритемою та обмеженим ураженням шкіри.

Особливу увагу було приділено локалізації бляшок, їхній морфології, стану прилеглих тканин, що дозволило детально охарактеризувати клінічну картину захворювання. Зазначені прояви супроводжувалися типовими для псоріазу суб'єктивними скаргами: свербіжем, сухістю шкіри, відчуттям стягнення, а також психологічним дискомфортом, що посилювався в умовах професійної чи соціальної активності.

Аналіз анамнестичних даних засвідчив, що захворювання у більшості жінок має тривалий перебіг, з частими рецидивами, які переважно провокуються стресовими чинниками, гормональними змінами, сезонністю та впливом зовнішнього середовища. Спектр раніше використаних методів лікування вказує на потребу в комплексному, цілеспрямованому підході до терапії з врахуванням індивідуальних особливостей перебігу хвороби.

3.2. Розробка програми фізичної терапії для жінок із шкірними захворюваннями

У сучасній системі медичної реабілітації шкірних захворювань, зокрема псоріазу, зростає роль фізичної терапії як одного з ключових напрямів комплексного лікування. Зважаючи на хронічний рецидивний характер псоріазу, його вплив не лише на фізичне, а й на психоемоційне здоров'я жінок, виникає потреба у розробці ефективних немедикаментозних підходів, що

сприяють досягненню тривалої ремісії, покращенню якості життя та соціальній адаптації пацієнток.

Серед сучасних фізіотерапевтичних засобів особливу увагу привертає фототерапія – метод лікування, який ґрунтується на контрольованому впливі ультрафіолетового випромінювання певного спектра. Зокрема, доведено високу ефективність вузькосмугової UVB-терапії (311-313 нм), фототерапії UVA-1 та фотодинамічної терапії при різних клінічних формах псоріазу. Ці методи дозволяють зменшити запальні процеси, пригнічувати надмірну проліферацію кератиноцитів, нормалізувати імунну відповідь шкіри без системного фармакологічного навантаження на організм.

Мета програми: розробити, науково обґрунтувати та впровадити комплексну програму фізичної терапії з використанням фототерапевтичних технологій, спрямовану на зменшення клінічних проявів псоріазу, покращення стану шкірного покриву, підвищення якості життя та забезпечення стійкої ремісії у жінок із хронічним перебігом захворювання.

Програма була адаптована до індивідуальних потреб пацієнток, з урахуванням особливостей перебігу псоріазу, локалізації уражень, чутливості шкіри та супутніх психоемоційних чинників, характерних для жіночого організму.

Завдання програми:

1) визначити показання та протипоказання до фототерапевтичного впливу, враховуючи тип шкіри, ступінь ураження, фоточутливість, наявність супутніх патологій і загальний стан здоров'я жінок;

2) обґрунтувати доцільність використання фототерапії залежно від індивідуальних особливостей перебігу захворювання;

3) побудувати терапевтичний протокол: розробити структуру програми фізичної терапії, яка включає: тривалість курсу, частоту сеансів, параметри дозування ультрафіолетового випромінювання, чергування фототерапії з іншими видами фізичного впливу (мікроструми, зволожуючі процедури, масаж);

- 4) забезпечити супровідний догляд за шкірою;
- 5) розробити рекомендації щодо дерматологічного догляду в період терапії, зокрема використання зволожуючих засобів, фотозахисту, режиму гігієни та харчування;
- 6) формування навичок самоконтролю та профілактики рецидивів. Надати жінкам індивідуальні поради щодо подальшої профілактики, способів підтримання ремісії, психоемоційної стабілізації та модифікації способу життя для уникнення провокуючих чинників.

Реалізація зазначених завдань дозволить створити ефективну, науково обґрунтовану та безпечну програму фізичної терапії для жінок із псоріазом, яка сприятиме не лише покращенню клінічного стану, але й підвищенню рівня їхнього психологічного благополуччя та соціальної адаптації.

Програма структурована так, щоб забезпечити послідовність, поступовість і безпечність терапевтичного впливу, уникаючи перевантаження організму, але забезпечуючи достатню інтенсивність для досягнення лікувального ефекту.

Частота процедур – 3 рази на тиждень. Ця періодичність є оптимальною для фототерапії, зокрема при використанні вузькосмугового UVB-випромінювання, оскільки:

- дозволяє підтримувати терапевтичну концентрацію впливу ультрафіолету;
- забезпечує час для відновлення шкірних покривів між процедурами;
- зменшує ризик побічних ефектів, таких як еритема, подразнення або фоточутливі реакції;
- сприяє формуванню стійкого імуномодуючого ефекту. Процедури проводили у понеділок, середу та п'ятницю.

Загальна кількість процедур – 24 сеанси. Програма передбачала проведення 24 фототерапевтичних сеансів, які розподілені рівномірно протягом 8 тижнів:

- 1-2 тижні: адаптаційний період – підбір індивідуальної дози

опромінення, моніторинг реакції шкіри;

– 3-6 тижні: основний етап терапії – стабільний терапевтичний ефект, поступове збільшення дози;

– 7-8 тижні: закріплення результатів, поступове зниження інтенсивності опромінення або підтримуюча терапія.

Переваги такої тривалості та частоти:

– досягається ефективна ремісія за умови середнього чи легкого перебігу псоріазу;

– скорочується потреба у медикаментозному лікуванні;

– покращується психоемоційний стан жінки, оскільки спостерігається поступове покращення зовнішнього вигляду;

– забезпечується довготривалий ефект без рецидивів за умови дотримання рекомендацій після завершення програми.

У табл. 3.2.1 представлено структуру комплексної фізичної терапії із застосуванням фототерапії для жінок із псоріазом.

Таблиця 3.2.1

Комплексна фізична терапія із застосуванням фототерапії для жінок із псоріазом

Етап програми	Мета	Процедури та методи
Підготовчий етап (1 тиждень)	оцінка стану шкіри, визначення форми і тяжкості псоріазу, індивідуалізація плану терапії	первинна консультація фізичного терапевта; проведення візуального огляду, PASI-оцінювання, збір анамнезу; визначення типу шкіри, фоточутливості; проведення пробної фототерапії для підбору безпечної дози UVB/UVA; надання інструкцій пацієнтці щодо зволоження шкіри, правил поведінки перед і після процедур
Основний терапевтичний етап (6 тижнів)	стабілізація стану шкіри, усунення симптомів, стимуляція регенерації шкіри.	фототерапія (18 процедур, 3 рази на тиждень): вузькосмугова UVB-терапія (311-313 нм), UVA-1; початкова доза: 0,1 Дж/см ² ; щосеансне збільшення при відсутності еритеми; тривалість процедур: 5-15 хв. Мікрострумова терапія (1 раз на тиждень): частота: 300-500 мкА; жовте світло (567-

Продовження таблиці 3.2.1

		589 нм); тривалість – 10 хв; зволожуючі аплікації: гель із пантенолом, термальна вода; навчання самодогляду: емоменти, УФ-захист, гігієна
Контрольний етап (1 тиждень)	оцінка ефективності програми, фіксація результатів, формування рекомендацій	повторне PASI-оцінювання; повторний візуальний огляд; надання рекомендацій щодо профілактики рецидивів

Фототерапія (18 процедур, 3 рази на тиждень) є центральним компонентом комплексної фізичної терапії жінок із псоріазом. У межах цієї методики застосовуються два основні варіанти фотолікування: вузькосмугова UVB-терапія та UVA-1-терапія, вибір яких залежить від клінічної форми захворювання, поширеності уражень та індивідуальних особливостей пацієнтки.

Основним методом фототерапевтичного впливу є вузькосмугова UVB-терапія з довжиною хвиль у межах 311-313 нм. Цей тип випромінювання вважається найбільш ефективним і безпечним для лікування хронічного бляшкового псоріазу, оскільки має оптимальну глибину проникнення в епідерміс, де локалізуються основні патологічні процеси при псоріазі. UVB-промені цієї довжини впливають на Т-лімфоцити, пригнічуючи їхню активність і зменшуючи запальний процес. Серед переваг цієї методики – низький рівень фототоксичності, відсутність потреби у застосуванні фотосенсибілізаторів і доведена ефективність у зменшенні гіперемії, лущення та свербежу.

UVA-1 фототерапія (340-400 нм) є альтернативним методом, що застосовується за показаннями – у випадках атипового або генералізованого псоріазу, а також при супутніх аутоімунних ураженнях шкіри. Вона проникає глибше у шкіру, досягаючи дерми, та чинить імуномодулюючу дію,

зменшуючи запальні прояви в підшкірних структурах.

Перед початком лікування визначається початкова доза UVB-випромінювання, яка, згідно з загальноприйнятими клінічними протоколами, становить 0,1 Дж/см². Подальше дозування коригується індивідуально: якщо після попереднього сеансу у пацієнтки не виникає еритеми (почервоніння шкіри), дозу збільшують на 0,1 Дж/см². Якщо ж з'являються ознаки подразнення або фототоксичної реакції, дозування не змінюється або знижується.

Перед кожною процедурою обов'язково проводиться клінічний контроль стану шкірного покриву: оцінюється наявність або відсутність еритеми, ступінь свербіжу, чутливість шкіри, наявність побічних реакцій. Також враховується анамнез фоточутливості пацієнтки та її індивідуальна реакція на попередні сеанси.

Тривалість одного сеансу фототерапії варіювалася в межах від 5 до 15 хвилин. Її тривалість залежить від кількох чинників:

- площі шкірного покриву, ураженої псоріазом;
- фототипу шкіри пацієнтки;
- індивідуальної переносимості УФ-випромінювання;
- конкретної дози, яка була визначена для цього сеансу.

Загалом, фототерапія проводилася тричі на тиждень через день, що забезпечувало оптимальний режим навантаження на шкірні структури без надмірного стресу для клітин. Повний курс лікування передбачав 18 процедур протягом 6 тижнів, після чого проводилася оцінка клінічної динаміки з подальшим формуванням рекомендацій щодо підтримуючої терапії. Такий підхід забезпечив поступову стабілізацію стану шкіри, зменшення площі ураження, нормалізацію кольору, текстури та структури шкірного покриву.

Мікрострумова терапія була додатковим фізіотерапевтичним методом, який включали до програми комплексної терапії жінок із псоріазом один раз на тиждень. Ця процедура ґрунтувалася на дії наднизьких електричних струмів у діапазоні 300-500 мкА (мікроампер), що максимально наближені до

фізіологічного рівня струмів, які природно присутні в клітинних структурах людини. Завдяки такій біосумісності мікроструми безпечно й м'яко впливали на тканини, активізуючи внутрішньоклітинні процеси регенерації, оновлення та детоксикації.

Окрім електричного впливу, терапія включала світловий супровід у спектрі жовтого світла (567-589 нм). Цей спектр має доведену протизапальну та антибактеріальну дію, що є особливо важливим при псоріазі, де часто спостерігається підвищена чутливість шкіри та ризик вторинного інфікування. Жовте світло стимулює лімфодренаж і мікроциркуляцію, що сприяє виведенню токсичних продуктів обміну, зменшенню набряку та покращенню живлення тканин. У результаті покращується трофіка шкіри, тобто постачання клітин поживними речовинами та киснем. Це сприяє прискоренню загоєння псоріатичних бляшок, зменшенню лущення, подразнення та локального запалення.

Процедура тривала 10 хвилин і проводилася локально, тобто безпосередньо на уражених ділянках шкіри. Обробці підлягали лише зони з наявними бляшками, що дозволяло забезпечити цілеспрямовану дію та уникнути надмірного навантаження на здорові тканини. Мікроструми не викликають болю, відчуття під час процедури є або зовсім відсутні, або мінімальні, тому метод добре переноситься пацієнтами навіть із підвищеною чутливістю шкіри.

Отже, мікрострумова терапія в контексті лікування псоріазу є не лише ефективним засобом пригнічення запалення, а й стимулом для відновлення цілісності шкіри, що особливо важливо при хронічному та рецидивному перебігу захворювання. Регулярне включення цієї процедури до загальної програми дозволяє досягти стійкого покращення дерматологічного статусу, скоротити тривалість загострень і підвищити якість життя пацієнток.

Зволожуючі аплікації / обгортання (після кожного сеансу фототерапії) є обов'язковим етапом догляду за шкірою жінок із псоріазом у межах комплексної фізичної терапії. Ця процедура спрямована на швидке

відновлення гідроліпідного бар'єру шкіри, який частково порушується внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання, а також на пом'якшення, зволоження і заспокоєння епідермісу після активного терапевтичного втручання.

Основними засобами для аплікацій є гелі на основі пантенолу, алое вера та термальної води:

- пантенол має виражену епітелізуючу та зволожуючу дію, стимулює регенерацію пошкоджених клітин шкіри, знижує подразнення та сприяє швидшому загоєнню мікропошкоджень;

- алое вера чинить протизапальний, антиоксидантний і заспокійливий ефект, зменшує свербіж, сухість та почервоніння, одночасно покращуючи пружність шкіри;

- термальна вода містить мінерали й мікроелементи, які сприяють зволоженню шкіри, нейтралізації подразнень і підтримці природної мікрофлори.

Порядок проведення аплікацій наступний:

- після завершення кожної процедури фототерапії на уражені ділянки шкіри наносили тонкий рівномірний шар зволожуючого гелю. Засіб не втирається, а лише легко розподіляється, щоб забезпечити максимальне проникнення активних компонентів у глибокі шари епідермісу. У разі підвищеної сухості або вираженого лущення дозволено використання обгортання: на оброблені ділянки накладається поліетиленова плівка на 10-15 хвилин, що створює оклюзійний ефект і підсилює проникнення зволожувальних речовин;

- завдяки регулярному застосуванню аплікацій та обгортань спостерігається помітне покращення стану шкіри: зменшення свербіжу, лущення, почервоніння, підвищення еластичності, а також прискорення відновлення клітин. Цей етап є необхідною складовою фототерапевтичної програми, оскільки підтримує бар'єрну функцію шкіри, запобігає її

пересушуванню та створює комфорт для пацієнтки під час всього курсу лікування.

У процесі реалізації програми фізичної терапії жінки, хворі на псоріаз, отримували індивідуалізовані консультації з питань догляду за шкірою, спрямовані не лише на закріплення терапевтичного ефекту, а й на довготривалу профілактику рецидивів. Консультації включали пояснення механізмів впливу доглядових процедур на стан шкіри, а також формували у пацієнток усвідомлене ставлення до щоденних гігієнічних та профілактичних заходів.

Кожна пацієнтка отримувала персоналізовані рекомендації, розроблені з урахуванням типу шкіри, ступеня тяжкості псоріазу, локалізації уражених ділянок, віку, супутніх станів і фоточутливості. Це дозволяло підібрати максимально ефективні засоби догляду та оптимізувати режим використання терапевтичних методів у домашніх умовах.

Рекомендації для пацієнтки №1:

- емоменти з керамідами або гліцерином двічі на день: зранку й увечері, особливо після душу;
- на волоссистій частині голови – використання спеціального шампуню з дьогтем або саліциловою кислотою 2-3 рази на тиждень;
- застосування локальних зволожуючих масок на лікті 2 рази на тиждень (алое вера + пантенол);
- УФ-захист: крем SPF 30 при виході на вулицю, уникати тривалого сонячного впливу;
- виключення агресивних миючих засобів, заміна їх на нейтральні гелі для душу;
- 1 раз на тиждень – м'який пілінг шкіри навколо бляшок для покращення проникнення зволожувальних засобів.

Рекомендації для пацієнтки №2:

- емоменти з сечовиною (5%) після кожного душу + ввечері перед сном;

- додаткове нанесення крему з пантенолом на коліна та поперек перед сном;

- обмежити контакт з вовняними тканинами; носимий одяг – м'який, натуральний;

- уникати гарячої води, парових ванн – тільки теплий душ до 5 хв;

- сонцезахисний крем SPF 50+ – обов'язково щоденно, особливо влітку;

- 1 раз на тиждень – мікрострумова терапія для зменшення лущення.

Рекомендації для пацієнтки №3:

- зволожуючі обгортання з термальною водою та пантенолом 2-3 рази на тиждень;

- нанесення емоментів 3 рази на день, особливо після душу;

- масажна щітка з м'яким ворсом – для покращення мікроциркуляції;

- носити вільний бавовняний одяг;

- 1 раз на тиждень – мікрострумова процедура з жовтим світлом;

- душ з фільтрацією води (антихлор) для зниження подразнення;

- уникати сидячого положення в синтетичних кріслах без додаткових тканинних підкладок.

Рекомендації для пацієнтки №4:

- регулярне використання шампуню з кетоконазолом або цинком 2-3 рази на тиждень;

- після кожного миття – зволожувальні сироватки на шкіру голови (на водній основі);

- на тулуб – зволоження з алое вера + легкий крем на основі вітаміну Е;

- застосовувати сонцезахисні засоби SPF 30, навіть при помірній інсоляції;

- уникати зачісок із тугим натягом волосся, фену на високій температурі;

- психоемоційна регуляція: йога, короткі дихальні вправи щодня.

Рекомендації для пацієнтки №5:

Рекомендації для пацієнтки №4:

- щоденне нанесення емоментів із ліпідами (на основі вазеліну або масла ши);
- вранці – SPF 50 на відкриті ділянки (передпліччя), повторне нанесення кожні 3-4 години на вулиці;
- після кожного миття рук – зволоження спеціальним кремом (без ароматизаторів);
- уникати тертя тканин і браслетів на зонах ураження;
- 1-2 рази на тиждень – домашні маски з термальною водою або огірком;
- обов'язково уникати стресових чинників – психоемоційна підтримка, ведення щоденника настрою.

Регулярне застосування емоментів (пом'якшуючих і зволожувальних засобів) 2-3 рази на день вважалося обов'язковим елементом догляду. Емоменти наносилися вранці, після душу та на ніч. Їх використання дозволяло підтримувати оптимальний рівень гідратації, запобігати мікропошкодженням шкіри, зменшувати лущення та подразнення, а також сприяти відновленню природного захисного бар'єру епідермісу.

Особлива увага приділялася захисту шкіри від ультрафіолетового випромінювання. Пацієнткам рекомендовано використовувати сонцезахисні засоби з фактором захисту не менше SPF 30. Така практика допомагала запобігти розвитку фотодерматозів, загостренням псоріазу та виникненню реактивної еритеми.

Ще одним важливим аспектом самодогляду було уведення механічного та хімічного травмування шкіри. Жінкам було рекомендовано:

- уникати жорсткого тертя шкіри під час витирання рушником (промокувати шкіру, не терти);
- носити вільний одяг із натуральних тканин, що не подразнює шкіру в ділянках ураження;
- утримуватися від розчісування сверблячих ділянок і вчасно застосовувати заспокійливі засоби;

– виключити агресивні миючі засоби з догляду (з ароматизаторами, сульфатами, спиртом).

У межах гігієнічних рекомендацій акцент робився на використанні м'яких, рН-нейтральних засобів для вмивання і душу, короткотривалих водних процедур помірної температури, ретельному очищенні зон лущення та зволоженні шкіри після кожного миття.

Навчання також включало інформацію про збалансований режим дня, управління стресом (оскільки психоемоційні перевантаження є частим тригером псоріазу), важливість адекватного сну, раціонального харчування та планових консультацій із дерматологом чи фізіотерапевтом.

Навчання самодогляду стало важливою складовою терапевтичного процесу, забезпечуючи не лише тривале збереження ремісії, а й підвищення якості життя жінок, що страждають на псоріаз, шляхом формування стійких гігієнічних і профілактичних навичок.

Після завершення основного курсу фізичної терапії жінки, хворі на псоріаз, отримали вичерпні індивідуальні рекомендації, спрямовані на профілактику рецидивів та підтримку стабільного стану шкіри у щоденному житті. Ці поради були сформовані з урахуванням сучасних клінічних настанов, дерматологічних протоколів, а також аналізу перебігу терапії кожної пацієнтки, індивідуальних змін PASI-індексу, локалізації уражень, типу шкіри та супутніх чинників ризику.

Одним із базових елементів підтримувального догляду стало регулярне використання емоментів, щонайменше двічі на день, а за потреби – частіше. Емоменти рекомендовано наносити безпосередньо після душу або ванни, уникаючи повного висихання шкіри – це допомагало зменшити трансепідермальну втрату вологи та підтримати бар'єрні функції епідермісу. Пацієнткам радили обирати дерматологічно протестовані засоби з нейтральним рН, без ароматизаторів, барвників чи агресивних консервантів, аби мінімізувати ризик подразнення.

Ретельна профілактика зовнішніх подразників стала ще одним важливим пунктом. Особливо наголошувалося на необхідності:

- використання сонцезахисних засобів із SPF 30 і вище;
- уникнення інсоляції, тривалого перебування на сонці в обідній час;
- обмеження впливу сухого чи занадто вологого повітря, кондиціонерів і опалювальних приладів;
- недопущення перегрівання або переохолодження, зокрема в періоди міжсезоння.

Також пацієнток інформували про ризики хлорованої води в басейнах, що може сушити шкіру, а, отже, провокувати мікротріщини та загострення хвороби.

Оскільки псоріаз схильний до прояву феномена Кебнера – появи нових вогнищ у місцях пошкоджень, пацієнткам наполегливо рекомендували:

- уникати фізичного тертя та натискання на уражені ділянки;
- не розчісувати сверблячі місця, навіть за сильного дискомфорту;
- носити одяг із натуральних тканин, бажано вільного крою, що не спричиняє перегрівання чи механічного подразнення;
- застосовувати делікатні засоби особистої гігієни, без сульфатів, спирту, ароматизаторів і лужних добавок.

Важливою частиною індивідуальних порад стало управління психоемоційним станом. Оскільки стрес є одним із ключових тригерів псоріазу, жінкам рекомендувалося:

- практикувати релаксаційні техніки (медитація, дихальні вправи, йога);
- за можливості – обмежити емоційне перенавантаження;
- звертатися за допомогою до психолога або психотерапевта у разі тривалих стресових станів чи депресивних проявів;
- вести щоденник самопостережень, де фіксувати зміни настрою, самопочуття, життєвих обставин і шкірного стану.

З метою контролю та запобігання можливим загостренням, пацієнткам рекомендували:

- планово відвідувати дерматолога не рідше, ніж 1 раз на 3-6 місяців;
- проводити профілактичні огляди у фізіотерапевта, особливо перед початком нового сезону чи в разі зміни стану шкіри;
- за потреби – коригувати схему догляду залежно від індивідуальних змін;
- своєчасно фіксувати алергічні або реактивні прояви на продукти, ліки, косметику.

Також підкреслювалася роль збалансованого харчування: обмеження вживання гострих, жирних, солоних страв, алергенів (мед, цитрусові, шоколад) та алкоголю, що здатні провокувати загострення.

Отже, надані профілактичні рекомендації були багатовекторними, доказово обґрунтованими та практично орієнтованими. Завдяки цьому жінки, які завершили курс фізичної терапії, отримали інструменти для самостійного контролю стану шкіри, змогли зменшити частоту загострень, подовжити періоди ремісії та підвищити якість свого життя в умовах хронічного захворювання.

Отже, розроблена програма фізичної терапії для жінок, хворих на псоріаз, засвідчила свою актуальність і практичну доцільність у межах комплексного підходу до лікування хронічних дерматологічних захворювань. Вона була структурована з урахуванням сучасних наукових досягнень у сфері фізіотерапії, клінічних рекомендацій та індивідуальних особливостей кожної пацієнтки (вік, тип шкіри, локалізація уражень, фоточутливість, ступінь тяжкості псоріазу).

Запропонована модель терапії включала підготовчий, основний і контрольний етапи, на кожному з яких було реалізовано чітко визначені цілі: від первинного обстеження, визначення дози фототерапевтичного впливу до оцінки ефективності програми за допомогою об'єктивних інструментів (PASI-індекс, візуальна діагностика). Комплекс застосованих фізичних методів – вузькосмугова UVB-терапія, мікрострумова стимуляція, зволожуючі обгортання – забезпечив не лише поліпшення клінічного стану шкіри, а й

сприяв зниженню психоемоційного напруження, яке супроводжує хронічні дерматози.

Особливу увагу було приділено компоненту навчання самоогляду, що дозволив пацієнткам усвідомити необхідність регулярного зволоження шкіри, уникнення травмуючих чинників, дотримання фотозахисту та профілактичних гігієнічних заходів. Це підвищує ефективність довготривалого контролю за станом захворювання, сприяє профілактиці рецидивів і покращує якість життя жінок, які живуть із псоріазом.

3.3. Динаміка змін шкіри у жінок

Після проведення комплексної оцінки стану шкіри у жінок, які страждають на псоріаз, наступним етапом дослідження стало вивчення ефективності призначеної фізіотерапії та аналіз динаміки змін шкірних покривів у ході лікувального впливу. Зважаючи на хронічний характер захворювання, терапевтичні заходи були спрямовані не лише на зменшення зовнішніх проявів псоріазу, таких як еритема, інфільтрація, лущення, а й на поліпшення загального стану шкіри, підвищення її бар'єрної функції, зменшення свербіжу та усунення психологічного дискомфорту.

Для об'єктивного визначення ефективності лікування застосовувалася шкала PASI, яка дозволяє кількісно оцінити тяжкість перебігу хвороби за основними клінічними показниками, а також візуальний огляд. Порівняльний аналіз показників до і після проходження курсу терапії дає можливість не лише оцінити результативність запропонованих методів, а й підтвердити доцільність використання фізіотерапевтичних засобів у комплексному підході до лікування жінок, хворих на псоріаз.

У табл. 3.3.1 представлено результати оцінки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою візуального огляду на контрольному етапі дослідження (після фізіотерапевтичного втручання).

Таблиця 3.3.1

Оцінка стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за допомогою візуального огляду на контрольному етапі дослідження

№ досл.	Зовнішній вигляд шкіри	Локалізація уражень	Форма та розмір бляшок	Оцінка лущення	Стан прилеглих зон
1	Шкіра чиста, незначна залишкова еритема	Поодинокі залишки на ліктях	Дрібні, округлі, до 0,5 см	Відсутнє	Шкіра зволожена, без почервоніння
2	Значне зменшення почервоніння, шкіра рівномірного тону	Лише окремі ділянки на колінах	Поодинокі бляшки з нечіткими краями, до 1 см	Ледь помітне в центрі уражених зон	Нормальний тургор, шкіра еластична
3	Зменшення гіперемії, м'яке світле лущення	Локалізовано на стегнах, зменшення площі ураження	Залишкові елементи діаметром до 1,5 см	Незначне, сухе, локальне	Чиста, без подразнення, рівна
4	Шкіра зволожена, майже без вогнищ	Поодинокі ділянки в зоні волосистої частини голови	Окремі гладкі ділянки, які ледь виступають	Практично відсутнє	Без змін, відновлена текстура
5	Почервоніння зменшилось, шкіра набуває здорового вигляду	Невеликі вогнища на ліктях	Бляшки зменшились, м'які, до 1 см	Лущення мінімальне, у фазі завершення	Місцями незначна сухість, загальний стан шкіри – задовільний
6	Шкіра здебільшого чиста, наявна незначна пігментація після регресії бляшок	Поодинокі плями в ділянці шиї та передпліччя	Мікробляшки округлої форми до 0,5 см	Слабо виражене, у фазі завершення	Шкіра м'яка, еластична, з ознаками регенерації
7	Видиме зменшення уражених зон, колір шкіри вирівнявся	Невеликі ділянки на стегнах	Залишкові ущільнення до 1 см, помітно зменшені	Мінімальне лущення, переважно навколо країв	Стан покращився, сухість відсутня

На контрольному етапі дослідження, що передбачав візуальну оцінку стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз, було зафіксовано позитивну динаміку

в усіх семи досліджуваних випадках, що свідчить про ефективність застосованої фізичної терапії. За зовнішнім виглядом шкіри у більшості досліджуваних спостерігалось помітне покращення.

У першої пацієнтки шкіра була практично чистою, із незначною залишковою еритемою. У другій – зафіксовано істотне зменшення почервоніння, відновлення рівномірного тону шкіри. Третя пацієнтка демонструвала поступове зникнення гіперемії, на тлі якої залишалось лише м'яке світле лущення. У четвертій шкіра була добре зволоженою, із мінімальними залишками уражень. П'ята пацієнтка також продемонструвала покращення: почервоніння помітно зменшилось, а шкіра поступово набула здорового вигляду. Шоста і сьома пацієнтки також продемонстрували зменшення уражених зон, колір шкіри вирівнявся.

Локалізація псоріатичних вогнищ змінилася на краще у всіх жінок. Ураження залишалися лише на обмежених ділянках: у першої – на ліктях, у другій – на колінах, у третьій – на стегнах, однак зменшення площі було очевидним. У четвертій збереглися поодинокі вогнища лише в зоні волосистої частини голови, в п'ятій – незначні залишки уражень також зафіксовано на ліктях. У шостій – поодинокі плями в ділянці шиї та передпліччя, а в сьомій – невеликі ділянки на стегнах.

Форма та розмір бляшок характеризувалися зменшенням у діаметрі та інтенсивності. У першої пацієнтки бляшки були дрібні, округлі, до 0,5 см. У другій – поодинокі, до 1 см, з нечіткими межами. У третьій залишкові елементи досягали 1,5 см, однак були м'якими. У четвертій – гладкі ділянки ледь виступали над поверхнею шкіри, у п'ятій – бляшки зменшились, стали м'якими, діаметром до 1 см. У шостій – мікробляшки округлої форми до 0,5 см, а в сьомій – залишкові ущільнення до 1 см, помітно зменшені.

Лущення також істотно зменшилося. У першої пацієнтки воно було повністю відсутнім, у другій – ледь помітне в центрі уражених зон, у третьій – сухе, незначне і локалізоване. У четвертій лущення практично не виявлено, а в п'ятій воно знаходилось на завершальній фазі, було мінімальним.

Стан прилеглих до ураження ділянок шкіри також покращився. У першої він характеризувався зволоженістю та відсутністю почервоніння. У другої – нормальний тургор і еластичність. У третьої шкіра була чистою, без ознак подразнення. У четвертої – текстура шкіри відновилась. У п'ятої зафіксована лише незначна сухість у деяких зонах, загальний стан шкіри оцінювався як задовільний. У шостої – шкіра м'яка, еластична, з ознаками регенерації, а в сьомої – стан покращився, сухість відсутня.

Отже, результати контрольного візуального огляду підтвердили позитивну динаміку у всіх пацієнток, що дозволяє стверджувати про ефективність застосованої терапевтичної програми для лікування псоріазу, зокрема у зменшенні проявів запалення, площі ураження та нормалізації стану прилеглих ділянок шкіри.

У процесі оцінювання динаміки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз, було використано шкалу PASI (табл. 3.3.2). На підставі аналізу отриманих результатів оцінки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз, за шкалою PASI на контрольному етапі дослідження було зафіксовано виражену позитивну динаміку у всіх п'яти досліджуваних випадках. PASI-індекс, який відображає поширеність і тяжкість псоріатичних уражень з урахуванням площі ураження, інтенсивності еритеми, лущення та інфільтрації, значно знизився після проведення курсу фізичної терапії.

Таблиця 3.3.2

Стан шкіри у жінок, хворих на псоріаз за шкалою PASI (контрольний етап)

Досліджувані	1	2	3	4	5	6	7
PASI-індекс ДО	5,2	18,6	11,3	6,9	19,5	21,3	18,8
PASI-індекс ПІСЛЯ	2,1	7,9	4,6	2,3	6,8	6,9	7,3

У першої пацієнтки показник PASI зменшився з 5,2 до 2,1, що свідчить про покращення легкої форми перебігу псоріазу. Спостерігалось очищення шкіри з мінімальними залишковими проявами ураження. Подібна тенденція

простежувалася і в четвертій пацієнтки, у якої індекс знизився з 6,9 до 2,3 – що відповідає практично повній реїсії клінічних симптомів. Найбільш вражаюче зниження PASI-індексу було зафіксовано у другій, п'ятій та шостій пацієнток, які на початковому етапі мали високі показники (18,6, 19,5 та 21,3 відповідно), що свідчило про середній перебіг захворювання. Після терапії їхні показники зменшилися до 7,9, 6,8 та 6,9 відповідно, що демонструє значне зменшення вираженості симптомів і покращення загального стану шкіри (легкий ступінь). У третьої пацієнтки PASI-індекс знизився з 11,3 до 4,6. Це також свідчить про ефективність лікування: зменшення площі ураження, послаблення інтенсивності еритеми та лущення, зниження свербіжу. Загалом усі пацієнтки мали зменшення індексу PASI, що супроводжувалося клінічним покращенням зовнішнього вигляду шкіри, зменшенням запальних проявів, нормалізацією стану прилеглих ділянок шкіри та покращенням загального самопочуття.

З метою визначення значущості динаміки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз було здійснено порівняння PASI-індексу до та після фізіотерапевтичного втручання за t-критерієм Стьюдента (табл. 3.3.3).

Таблиця 3.3.3

Значущість динаміки стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз за PASI-індексом

Середнє значення PASI ДО	Середнє значення PASI ПІСЛЯ	t	p
14,51	5,41	5,59	0,01

Примітка: значущість на рівні $p < 0,05$

Аналіз результатів, отриманих за шкалою PASI, дозволяє зробити висновки про статистично значущу динаміку покращення стану шкіри у жінок, хворих на псоріаз, після курсу фізичної терапії. Середнє значення PASI до лікування становило 14,51 балів, що вказує на середній перебіг захворювання у вибірці. Після завершення терапевтичного курсу середній показник знизився до 5,41 балів, що відповідає вже легкому ступеню псоріатичного ураження або майже ремісії у деяких пацієнток. Таке зниження вказує не лише на зменшення

площі ураження, але й на меншу вираженість клінічних симптомів – еритеми, лущення та інфільтрації.

Для перевірки достовірності виявлених змін було застосовано t-критерій Стюдента для залежних вибірок. Розрахований t-показник становив 5,59, а рівень статистичної значущості $p=0,01$. Оскільки значення $p < 0,05$, це свідчить про високу достовірність отриманих змін та дає підстави відмовитися від нульової гіпотези про відсутність ефекту. Виявлені зміни PASI-індексу є не випадковими, а результатом цілеспрямованого терапевтичного впливу. Це підтверджує ефективність обраного комплексу фізичної терапії, зокрема її вплив на зменшення запальних процесів, поліпшення регенерації шкіри, зниження інтенсивності симптомів та підвищення загального дерматологічного стану пацієнток.

Отже, результати дослідження засвідчили наявність позитивної динаміки змін шкіри у жінок, хворих на псоріаз, після проведення курсу фізичної терапії. Комплексна оцінка ефективності лікування, що базувалася на візуальному огляді та застосуванні об'єктивного інструментарію – шкали PASI, виявила значне зниження вираженості клінічних проявів захворювання у всіх п'яти досліджуваних випадках. Позитивні зміни стосувалися як зовнішнього вигляду шкіри (зменшення еритеми, лущення, інфільтрації, покращення тургору, зволоженості та кольору), так і розмірів та форми псоріатичних бляшок, локалізації вогнищ ураження. Результати візуального спостереження підтверджують поліпшення дерматологічного статусу пацієнток, зокрема зменшення площі уражених ділянок і пом'якшення супутніх симптомів (свербежу, подразнення тощо). Проведена терапія сприяла істотному покращенню стану шкіри у жінок із псоріазом, зменшенню запальних процесів, нормалізації структури шкірних покривів і загальному поліпшенню самопочуття. Отримані дані підтверджують доцільність і результативність використання фізичної терапії в рамках комплексного підходу до лікування псоріазу у жінок.

ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретичний аналіз дає підстави стверджувати, що шкірні захворювання, зокрема ті, що супроводжуються функціональними обмеженнями, мають складний патогенез, який включає аутоімунні, інфекційні, алергічні, генетичні та психосоматичні чинники. Ці патології іноді мають хронічний характер перебігу, що зумовлює тривалі періоди загострень, ураження шкірного покриву різного ступеня тяжкості, порушення бар'єрної функції шкіри та значне зниження якості життя пацієнтів. Особливої уваги заслуговують аутоімунні захворювання шкіри (псоріаз, червоний вовчак, склеродермія), які важко піддаються лікуванню та потребують довготривалої, комплексної терапії. У зв'язку з цим актуальним стає використання засобів фізичної терапії, які, завдяки своїй фізіологічності та здатності активізувати ендогенні механізми організму, є ефективним додатковим інструментом у лікуванні дерматологічних хвороб. Методи фізичної терапії (фототерапія, мікрострумова терапія, лазеротерапія, фотодинамічне лікування тощо) мають широкий спектр дії: протизапальний, знеболювальний, імуномодулюючий, регенеративний та протинабряковий ефекти. Найперспективнішими визнано вузькосмугову UVB-терапію (311-313 нм), фототерапію UVA-1 та комбіновані методики із застосуванням мікрострумів і світлотерапії. Їхня ефективність підтверджена численними клінічними дослідженнями, а низький рівень побічних ефектів забезпечує безпечність і добру переносимість навіть при тривалому використанні.

2. У ході дослідження було проведено комплексну оцінку стану шкіри у 7 жінок, хворих на псоріаз, із використанням візуального огляду, напівструктурованого інтерв'ю та шкали PASI. Результати аналізу свідчать, що переважна частина пацієнток має легку та середню форму псоріазу з локалізованим ураженням шкіри, помірною інфільтрацією та вираженим лущенням. Ураження охоплюють типові зони – лікті, коліна, волосисту частину голови, поперек, що відповідає класичному клінічному портрету

захворювання. Анамнестичні дані засвідчили, що тривалість хвороби коливається від 2 до 7 років, що свідчить про її хронічний характер. Основними тригерами загострень виступають стресові чинники, гормональні зміни, сезонні коливання та зовнішні подразники, що вказує на комплексну етіологію перебігу хвороби в жінок. Пацієнтки відзначають як фізичні симптоми (свербіж, сухість, печіння), так і психологічний дискомфорт, пов'язаний з естетичними проявами псоріазу. Індекс PASI підтверджує наявність легких форм хвороби у двох жінок (5,2 і 6,9 балів) та середньої активності у п'яти інших (11,3-21,3 балів). Ці результати є цінними для визначення початкового стану пацієнток і вибору адекватної програми фізичної терапії.

3. Розроблено науково обґрунтовану, структуровану та індивідуалізовану програму фізичної терапії для жінок із хронічними шкірними захворюваннями, зокрема псоріазом. Програма враховувала як клінічні особливості захворювання (форма, локалізація, інтенсивність проявів, PASI-індекс), так і специфіку психоемоційного стану жінок, що значно підвищувало її ефективність і комфортність застосування. Головним компонентом фізичної терапії виступала фототерапія (вузькосмугова UVB 311-313 нм, UVA-1), яка поєднувалася з допоміжними процедурами (мікрострумова стимуляція, зволожуючі аплікації, світлотерапія). Програма передбачала трьохетапну структуру: підготовчий, основний і контрольний етапи з чітко визначеними цілями та індикаторами ефективності. Такий поетапний підхід забезпечував поступове покращення стану шкіри без перевантаження організму і дозволяв досягти тривалої ремісії. Особлива увага в межах програми приділялася навчанню жінок навичкам догляду за шкірою та профілактиці рецидивів. Індивідуальні рекомендації щодо використання емоментів, засобів фотозахисту, режиму гігієни та управління стресом стали ключовим компонентом тривалої підтримки терапевтичного результату.

4. Проведене дослідження динаміки стану шкірного покриву у жінок, хворих на псоріаз, після реалізації індивідуалізованої програми фізичної

терапії засвідчило її високу ефективність. Позитивна динаміка була зафіксована у всіх семи пацієнток, що брали участь у дослідженні. Спостерігалось зменшення кількості та розміру псоріатичних бляшок, покращення зволоженості та еластичності шкіри, нормалізація її кольору й текстури. Особливо показовими стали зміни PASI-індексу: в усіх випадках його рівень суттєво знизився, а в окремих пацієнток досягнуто майже повної ремісії. Статистичний аналіз за t-критерієм Стюдента підтвердив достовірність змін ($t=5,41$; $p=0,01$), що виключає ймовірність випадкового характеру покращення. Результати контрольного етапу дослідження свідчать про доцільність застосування фізичної терапії як важливого складника комплексного лікування псоріазу в жінок. Отримані дані підтверджують, що поєднання фототерапії, мікрострумове впливу, зволожуючих аплікацій та індивідуалізованого догляду сприяє стійкому покращенню дерматологічного статусу, зниженню ризику рецидивів та підвищенню якості життя пацієнток.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алергічні ураження шкіри у практиці сімейного лікаря (друге видання, доповнене): навчальний посібник для лікарів, клінічних ординаторів, лікарів загальної (сімейної) практики, лікарів терапевтичного спрямування, а також для лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» та «внутрішні хвороби» / уклад. В. І. Кривенко, І. В. Непрядкіна, М. Ю. Колесник. [та ін.]. Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. 127 с.
2. Атлас з дерматології, венерології : наочний посібник для студентів зі спеціальності «Медицина», «Педіатрія», «Стоматологія» / уклад. Г. І. Макуріна, О. В. Рябоконь, А. В. Головкін, А. С. Чорненька. Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. 117 с.
3. Берлим І., Макаренко В. Вивчення комплексної дії фото-та мікрострумової терапії на шкіру вражену псоріазом. Збірник наукових праць викладачів, аспірантів, магістрантів і студентів факультету комп'ютерних наук, математики, фізики та економіки. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2023. С. 70–72.
4. Біловол А. М., Ткаченко С. Г., Татузян Є. Г. / Фізіотерапія в косметології : навч. посібник. Харків : ХНМУ, 2017. – 116 с.
5. Галникіна С. О. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом : підручник. 2-ге вид., переробл. та допов. Тернопіль : Укрмедкн., 2020. 423 с.
6. Дія на організм людини мікрострумів. URL: <https://jak.koshachek.com/articles/dija-na-organizm-ljudini-mikrostrumi.html> (дата звернення: 15.02.2025).
7. Запольський М. Е., Лебедюк М. М., Прокоф'єва Н. Б., Теплюк Ю. В., Запольська Д. М. Сучасний погляд на проблему еритематозних станів обличчя у разі розацеа. *Одеський медичний журнал*. 2022. № 1–2 (179–180). С. 59–62.
8. Захворювання шкіри в практиці сімейного лікаря: навчальний

посібник / уклад. С. О. Галникіна, О. М. Барна, Я. В. Корост, О. О. Погребняк. Київ : Медікс груп, 2018. 108 с.

9. Інфекційні хвороби : підручник Т. 1 / за ред. В. П. Малого, М. А. Андрейчина. Львів : Магнолія, 2023. 652 с.

10. Мікрострумова терапія (лікування мікрострумами). URL: <https://lediestetik.ua/ua/poslugi/mezoterapiya-kiiv-doglyad> (дата звернення: 15.02.2025).

11. Міняйло А. Г. Оцінка ефективності комплексної програми фізичної терапії у жінок із псоріазом. *Актуальні питання медицини, фармації, терапії та реабілітації*: міжнародна науково-практична конференція, (м. Херсон, 23-24 травня 2025 р.). Херсон, 2025. 4 с.

12. Міняйло А. Г. Принципи та особливості побудови програм фізичної терапії при захворюваннях шкіри. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2025*: збірник тез доповідей 85 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю (Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, 15–16 травня 2025 р.). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 356–357.

13. Нейродерміт. URL: <https://healthapple.info/zdorovya-ta-organizm/neyrodermit/> (дата звернення: 15.02.2025).

14. Остафійчук Д., Бірюкова Т. Фотодинамічна терапія. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 5 (23). С. 56–63.

15. Практична дерматологія / уклад. В. Савчак, С. Галникіна. Київ : Укрмедкнига, 1998. 272 с.

16. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр МОЗ України. 2015. 233 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/11/2015_762_akn_psoriaz.pdf (дата звернення: 15.02.2025).

17. Пустова Н. О. Фототерапія atopічного дерматиту. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstreams/1c76967f-380e-40da-b014->

[18349b9f3081/download](https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/eaca915c-90ae-450d-977a-eacd7e26ef61/download) (дата звернення: 15.02.2025).

18. Пустова Н. О. Фототерапія, як ефективний метод лікування дерматологічної патології URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/eaca915c-90ae-450d-977a-eacd7e26ef61/content> (дата звернення: 15.02.2025).

19. Рябова О. О., Жаботинська Н. В., Литвиненко, Г. Л., Карабут Л. В. Сучасні методи фізичної терапії в лікуванні бляшкового псоріазу. *Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини* : зб. наук. пр. присвячено пам'яті професора О. В. Пешкової, м. Харків, 21-22 квіт. 2022 р. Харків, 2022. Вип. 3. С. 64–68.

20. Рябоконт О. В. Інфекційні хвороби : навч. посіб. для студентів мед. ф-ту за спеціальністю 7.110.10 – «Стоматологія». Запоріжжя : [ЗДМУ], 2011. 205 с.

21. Терещенко С. В. Фотодинамічна терапія. Фізичні основи. Проблематика. *Вісник НТЦУ «КПІ». Серія Приладобудування*. 2005. Вип. 29. С. 111–116.

22. Терещенко С. В., Денисова М. О. Алгоритмічно-апаратна реалізація процесу ФДТ. *Вісник НТЦУ «КПІ». Серія Приладобудування*. 2003. Вип. 26. С. 117–123.

23. Фізіотерапія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / уклад. В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський. Запорі: ЗДМУ, 2014-196 с.

24. Шевченко С. І. Захворювання шкіри: психосоматичний аспект. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2013. Вип. 19. С. 191–198.

25. Шегедин М. Б. Медсестринство в дерматології і венерології: навчальний посібник. Вінниця : Нова книга, 2017. 200 с.

26. Abeck D., Schmidt T., Fesq H. et al. Long-term efficacy of medium dose UVA-1 phototherapy in atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000. Vol. 42. P. 254–257.

27. Amatore F., Villani A. P., Tauber M. et al. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2019. Vol. 33. № 3. P. 464–483.
28. Bevins Ch.L., Liu F.-T. Rosacea: skin innate immunity gone awry? *Nat Med.* 2007. Vol. 13. P. 904–906.
29. Collins P., Ferguson J., Narrow-band UVB (TL-01) phototherapy: an effective preventative treatment for the photodermatoses. *Br. Dermatol.* 1995. Vol. 132. P. 956–963.
30. Elmetts C. A., Lim H. W., Stoff B. et al. Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2019. Vol. 81. № 3. P. 775–804.
31. Fransen F., Tio D., Prinsen C. A Systematic Review of Outcome Reporting in Laser Treatments for Dermatological Diseases. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2019. Vol. 34. № 1. P. 47–53.
32. Krasnoselsky N. V., Simonova L. I., Zavadskaya T. S., et al. Natural and systemic treatment effects of intra-vascular laser therapy in cancer patients *Experimental and clinical medicine.* 2019. Vol. 1 (82). P. 87–93.
33. Krutmann J., Morita A., Elmetts A. Mechanisms of photo (chemo) therapy. *Dermatological phototherapy and photodiagnostic methods.* Berlin : Springer, 2001. P. 56–59.
34. Mang R., Krutman J. UVA-1 phototherapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2005. 21. P. 103–108.
35. Mehta D., Lim H. W. Ultraviolet B phototherapy for psoriasis: review of practical guidelines. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2016. Vol. 17. №. 2. P. 125–133.
36. Polderman M. C. A., Le Cessie S., Huizinga T. W. J., Pavel S. Efficacy of UVA-1 cold light as an adjuvant therapy for systemic lupus erythematosus. *Rheumatology.* 2004. Vol. 43. P. 1402–1404.
37. Wang T., Guo X., Zhu Y. Principle and clinical application of intense pulsed light technology. *Journal of Cosmetic Dermatology.* 2020. № 3

(19). P. 496–502.

38. Zabierek G. A. Guidance on the safe use of lasers in education and. *AURPO Guidance Note*. 2018. № 7. P. 105–107.

39. Zouboulis C., Katsambas A., Kligman A. Pathogenesis and Treatment of Acne and Rosacea. Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg, 2014. 729 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік публікацій за темою дослідження

1. Міняйло А. Г. Оцінка ефективності комплексної програми фізичної терапії у жінок із псоріазом. *Актуальні питання медицини, фармації, терапії та реабілітації*: міжнародна науково-практична конференція, (м. Херсон, 23-24 травня 2025 р.). Івано-Франківськ, 2025. – 4 с.

2. Міняйло А. Г. Принципи та особливості побудови програм фізичної терапії при захворюваннях шкіри. Актуальні питання сучасної медицини та фармації – 2025 : 85 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю (м. Запоріжжя, 15-16 травня 2025 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 356–357.

Довідка про впровадження результатів роботи

Приватний косметологічний кабінет

ФОП Міняйло А.Г.

адреса: просп. Соборний, 135

Довідка

Матеріали кваліфікаційної роботи здобувача вищої освіти освітньо-професійної програми «Фізична терапія» другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» спеціалізації 227.1 «Фізична терапія» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету Міняйло Аміни Геннадіївни впроваджено в діяльність приватного косметологічного кабінету у рамках магістерської роботи на тему: «ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ».

Запропоновані елементи фізичної терапії застосовуються у веденні пацієнтів із хронічними дерматологічними захворюваннями (псоріаз, екзема, atopічний дерматит тощо), зокрема з використанням методів лікувальної фізичної культури, світлотерапії, кінезіотерапії та рекомендацій щодо способу життя.

Підпис



Дата: «23» квітня 2025 р.