

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2413-8843

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

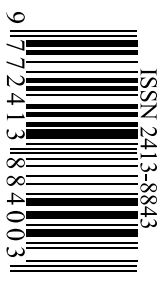
ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№1 (22) 2026



«Вгору сходами», Том Ловелл (1909-1997)



www.ujmh.net

Бойко М.І.

ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ7

Нікітіна І. М., Сміян С. А., Бабар Т. В., Кузьоменська М. Л.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ
МІОМЕКТОМІЇ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 21

**Дарій В.І., Білай І.М., Стоянов О.М., Сікорська М.В., Візір І.В.,
Рибалко Т.П., Гуйтур М.М., Саржевський О.Н., Абба Д.А.**

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН КОНЦЕНТРАЦІЇ ПРОДУКТІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ
БІЛКІВ ТА ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКЛАДНЕНИЙ ІШЕМІЧНИЙ
МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ..... 27

Городокін А.Д.

ПОРІВНЯННЯ РІВНІВ ПРОЯВУ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ
РОЗЛАДАМИ. 34

**Серіков К.В., Дарій В.І., Воротинцев С.І., Білай І.М., Гриценко С.М.,
Бойко К.А., Семенова Т.О., Григор'єв С.В., Зайцев С.Є., Доля О.С.,
Аравицький Є.О.**

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ТЯЖКОСТІ ХВОРИХ ІЗ
ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКЛАДНЕНИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ..... 42

Макуріна Г.І., Городокіна Л.О.

АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ СНУ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ПСОРІАЗОМ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ
ПРУРИГІНОЗНИХ ПАТЕРНІВ 53

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ..... 64

Макуріна Г.І. <https://orcid.org/0000-0002-3293-2748>

Городокіна Л.О. <https://orcid.org/0000-0002-3057-8685>

АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ СНУ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСОРІАЗОМ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ ПРУРИГІНОЗНИХ ПАТЕРНІВ

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Резюме

Мета роботи – комплексне вивчення патернів свербіжів при псоріазі та алергодерматозах в умовах клінічного інтерв'ю з паралельним аналізом якісних характеристик порушень сну та психопатологічних проявів.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. До першої групи ($n = 60$) клінічно було віднесено пацієнтів із діагнозом L40 Псоріаз, до другої досліджуваної когорти ($n = 60$) – наступні нозології: L20 Атопічний дерматит ($n = 14$), L30 Інші дерматити ($n = 46$). Інтенсивність свербіжів оцінювалась за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ), профіль психопатологічних симптомів визначено з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R. Оцінка якості сну здійснювалась за допомогою Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index).

Результати. Обидві групи демонструють наявність пруритичної гіперчутливості саме на ділянках шкіри з наявними ефлорисценціями. Локалізований характер свербіжів при псоріазі представлено у 90% осіб, а при алергодерматозах – 68,3%. Лише 10% пацієнтів першої групи та 31,7% другої вибірки повідомляють про загальний генералізований сенсорний дискомфорт. Об'єктивізація інтенсивності свербіжів за ВАШ демонструє статистично недостовірну різницю ($p = 0,32$; U-критерій Манна – Уїтні) між досліджуваними когортами у випадку порівняння за середнім ступенем пруритичних проявів, тоді як їх максимальні показники для алергодерматозів є достовірно вищими, ніж у хворих на псоріаз ($p = 0,04$; U-критерій Манна – Уїтні).

Переважаюча кількість осіб із псоріазом ($n = 44$; 73,3%) повідомляють про реєстрацію свербіжів лише в межах епізоду загострення, тоді як при атопічному дерматиті та екземах пацієнти відчують свербіж як під час загострення шкірного процесу ($n = 26$; 43,3%), так і епізодично поза активною появою нових ефлорисценцій ($n = 25$; 41,7%). Загальний бал PSQI для обох груп є в цілому співставним (9 (6; 11) та 8 (5,25; 10)) і відповідає критерію незадовільної якості сну, тоді як аналіз за окремими компонентами все ж демонструє різницю. Інтегральний показник загальної вираженості симптомів за SCL-90 достовірно відрізняється між групами. Аналіз субшкал продемонстрував статистично значущу різницю між групами за показником соматизації ($p < 0,05$), ворожості ($p < 0,05$) та психотизму ($p < 0,05$), тоді як інші субшкали не досягли рівня статистичної значущості.

Висновки. Комплексне оцінювання свербіжів у поєднанні з аналізом сомнологічних та психопатологічних характеристик є важливим елементом персоналізованого клінічного алгоритму, оскільки дозволяє точніше визначити тягар захворювання та прогностично оптимізувати індивідуальні підходи до ведення пацієнта.

Ключові слова: псоріаз, екзема, атопічний дерматит, порушення сну, психопатологічні зміни, клінічне інтерв'ю.

ANALYSIS OF SLEEP DISTURBANCES AND PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH PSORIASIS AND ALLERGIC DERMATOSES WITH CONSIDERATION OF CLINICAL PRURIGINOUS PATTERNS

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Abstract

Objective – a comprehensive study of itch patterns in psoriasis and allergic dermatoses during clinical interviews with parallel analysis of qualitative characteristics of sleep disturbances and psychopathological manifestations.

Materials and methods. The study was conducted at the Department of Dermatovenereology and Aesthetic Medicine of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University. The first group (n = 60) included patients clinically diagnosed with psoriasis (L40). The second study cohort (n = 60) comprised patients with the following conditions: atopic dermatitis (L20, n = 14) and other dermatitis (L30, n = 46). The intensity of pruritus was assessed using the Visual Analogue Scale (VAS). The profile of psychopathological symptoms was evaluated using the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

Results. Both groups demonstrated the presence of pruriginous hypersensitivity predominantly in skin areas with existing lesions. A localized pattern of pruritus was observed in 90% of patients with psoriasis and in 68.3% of those with allergic dermatoses. Only 10% of patients in the first group and 31.7% in the second cohort reported generalized sensory discomfort. The objective assessment of itch intensity using the VAS showed no statistically significant difference between the studied cohorts in terms of the mean level of pruriginous manifestations ($p = 0.32$; Mann-Whitney U test). However, the maximum VAS scores were significantly higher in patients with allergic dermatoses compared to those with psoriasis ($p = 0.04$; Mann-Whitney U test). The majority of patients with psoriasis (n = 44; 73.3%) reported experiencing pruritus only during episodes of disease exacerbation. In contrast, patients with atopic dermatitis and eczema reported itch both during exacerbations of the skin condition (n = 26; 43.3%) and episodically outside periods of active lesion development (n = 25; 41.7%). The overall PSQI score was comparable between the two groups (9 (6; 11) vs. 8 (5.25; 10)) and corresponded to the criterion of poor sleep quality, although analysis of individual components revealed certain differences. The GSI of the SCL-90 differed significantly between the groups. Subscale analysis demonstrated statistically significant differences between the groups in somatization ($p < 0.05$), hostility ($p < 0.05$), and psychoticism ($p < 0.05$), whereas other subscales did not reach statistical significance.

Conclusions. A comprehensive assessment of pruritus combined with the analysis of somnological and psychopathological characteristics represents an important component of a personalized clinical algorithm, as it allows for a more precise evaluation of disease burden and facilitates prognostic optimization of individualized patient management strategies.

Keywords: psoriasis, eczema, atopic dermatitis, sleep disorders, psychopathological changes, clinical interview.

Вступ. За даними дослідження Skayem C. et al., що є частиною «Project ALL», глобальна поширеність псоріазу залишається на рівні 4,4%. При цьому у Європі цей показник становить 4,6%, а в азійському регіоні – 5,7%. Водночас у Латинській Америці

частота псоріазу є ще нижчою, складаючи лише 3,1% [27]. Варто акцентувати на закономірній тенденції до більш частоті реєстрації даного дерматозу серед популяції країн із достатньо високим соціально-економічним статусом [18]. Подібна ситуація і з проявами

алергодерматозів, частота яких за 30-річний період спостереження демонструє зростання на 20% [28]. Глобальна поширеність atopічного дерматиту становить 2,6% населення, що в абсолютних показниках відповідає близько 204,05 млн осіб у світі [29].

Наведені сучасні епідеміологічні дані значною мірою відображаються у клінічній практиці, оскільки хронічні запальні дерматози є основними патологічними процесами, з якими лікар-дерматовенеролог найчастіше стикається у своїй повсякденній професійній діяльності. Попри приналежність до різних нозологічних категорій, псоріаз та atopічний дерматит мають ряд об'єднуючих характеристик. Зокрема, обидва захворювання є хронічними запальними станами з рецидивуючим перебігом, що формуються внаслідок складної взаємодії генетичних чинників, імунологічних механізмів, впливу екзогенних тригерів та взаємодії метаболічних шляхів [9, 17, 33]. Tsai Y. C. et al., обговорюючи фенотипове перекриття обох нозологій, змінюють консервативну дихотомічну концепцію щодо обох дерматозів [30]. Окрім того, тягар патологічного процесу на шкірі не обмежується лише соматичними проявами, але також охоплює функціональні обмеження повсякденної діяльності, розлади сну та інші функціональні зрушення. Визнання цього факту трансформує підхід до сприйняття дерматологічної патології з комплексним урахуванням як характеру ефлорисценцій, так і коморбідних станів, включно з класичною терапевтичною патологією та психопатологічними феноменами [5, 11, 26].

Так, пацієнти із псоріазом мають загальноновизнаний підвищений ризик появи, в розрізі мультиморбідного тла, серцево-судинних змін, захворювань метаболічного та інфекційного генезу [4, 23]. Тоді як навколо екзематозного процесу зазвичай наявні захворювання алергічного профілю у вигляді алергічного риніту, харчової алергії чи інших станів з еозинофільним навантаженням [11]. Незважаючи на переважну реєстрацію алергодерматозів, асоційованих із atopічним маршем, як при дерматитах, так і при псоріазі метаболічні порушення у вигляді

ожиріння, цукрового діабету можуть набувати вагомого значення в перебігу обох дерматологічних патологічних станів [7, 11]. У структурі коморбідності важливе місце посідає психопатологічний компонент, виникнення якого обумовлене низкою об'єктивних факторів. Поява ефлорисценцій, особливо на відкритих ділянках тіла, сама по собі може спричиняти значущі зміни у повсякденному житті пацієнтів, впливаючи на активність, вибір одягу та участь у соціальних чи спортивних заняттях. Однак, коли шкірні симптоми супроводжуються вираженим фізичним дискомфортом, це агравує початкові клінічні та функціональні порушення.

Свербіж при псоріазі та алергодерматозах нерідко виступає незалежним клінічним феноменом, який істотно модифікує перебіг захворювання, змінюючи суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого стану та власної участі в його контролі, відображаючи виражений негативний вплив симптомів на психоемоційне реагування. Додатково при псоріазі таким предиктором є біль, що також посилює загальний тягар захворювання, сприяє формуванню виражених психоемоційних реакцій, підвищує рівень тривожно-депресивних ідеацій, негативно впливаючи на якість життя пацієнтів [16, 31]. Цей несприятливий вплив також посилюється порушенням біоритмів, що проявляється у якісних змінах циклу «сон – неспання» і є одним із ключових факторів, які визначають ефективність психофізіологічного функціонування. За даними окремих досліджень, частка пацієнтів із псоріазом та екземою, які демонструють незадовільну якість сну, може досягати 80%, причому найвищі показники характерні саме для осіб з atopічним дерматитом [10, 14]. Водночас у більшості публікацій із наявного наукового масиву не враховується вплив соціальних обтяжуючих чинників на формування порушень сну та психоемоційних змін у пацієнтів із дерматологічними захворюваннями. Тоді як у розрізі сучасного вітчизняного дерматологічного дискурсу саме це набуває особливої актуальності.

Таким чином, ураження шкіри при хронічних дерматозах формує замкнене пато-

логічне коло, у якому первинні об'єктивні та суб'єктивні симптоми провокують інтенсивні сенсорні переживання та психоемоційне напруження, сприяючи розвитку тривожних і депресивних проявів. Психопатологічні зміни, у свою чергу, погіршують сон, підвищують чутливість до симптомів і посилюють сприйняття шкірних проявів. Тому оптимізація підходів до ведення пацієнтів із дерматологічними ураженнями потребує запровадження інтегрованої клініко-психопатологічної моделі, яка враховує багатовимірність симптоматики та її системні взаємозв'язки.

Метою даного дослідження є комплексне вивчення патернів свербіжів при псоріазі та алергодерматозах в умовах клінічного інтерв'ю з паралельним аналізом якісних характеристик порушень сну та психопатологічних проявів.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» та регіонального дерматовенерологічного лікувально-діагностичного центру КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

До першої групи ($n = 60$) були включені пацієнти з псоріазом (L40 за МКХ-10). Друга група ($n = 60$) складалася з пацієнтів з такими діагнозами: atopічний дерматит (L20, $n = 14$) та інші дерматити (L30, $n = 46$), зокрема монетоподібна екзема, дисгідроз тощо.

Усі учасники дослідження надали добровільну інформовану згоду на участь у науковому проєкті відповідно до вимог ICH/GCP, Гельсінської декларації (з усіма доповненнями) та законодавства України.

Для оцінки суб'єктивного дискомфорту, з акцентом на свербіж, під час першого візиту з кожним пацієнтом проводили структуроване клінічне інтерв'ю. Воно включало питання щодо локалізації свербіжів, його часової динаміки, тривалості, характеру відчуття та впливу на сон. Усі пацієнти також заповнювали анкету з оцінкою інтенсивнос-

ті свербіжів за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Діапазон шкали становив від 0 (повна відсутність проявів) до 10 (максимальна вираженість). Інтерпретацію результатів здійснювали за такими градаціями: 1–3 бали – низький рівень; 4–6 балів – помірна інтенсивність; 7–10 балів – високий ступінь інтенсивності.

Якість сну оцінювали за допомогою Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index). Опитувальник містить 19 питань, об'єднаних у 7 компонентів: суб'єктивна якість сну, латентність сну, тривалість сну, ефективність сну, порушення сну, використання снодійних препаратів та денна дисфункція. Кожен компонент оцінюється від 0 до 3 балів, глобальний індекс PSQI коливається від 0 до 21 балів. Значення більше 5 балів свідчить про незадовільну якість сну.

Психопатологічний профіль оцінювали за допомогою симптоматичного опитувальника SCL-90-R. Інструмент дозволяє визначити вираженість таких шкал: соматизація (SOM), obsесивно-компульсивні прояви (O-C), інтерперсональна сенситивність (INT), депресія (DEP), тривожність (ANX), ворожість (HOS), фобічна тривожність (PHOB), параноїдальні тенденції (PAR) та психотизм (PSY). Також розраховували загальний індекс тяжкості симптомів (GSI – Global Severity Index).

Кількісні дані з нормальним розподілом представляли у форматі $M \pm SD$, з ненормальним – у вигляді медіани та міжквартильного інтервалу (Me (Q1; Q3)). Для порівняння незалежних вибірок, що не відповідали критеріям нормальності, застосовували U-критерій Манна-Уїтні. Статистичну обробку результатів виконували за допомогою пакета програм Statistica for Windows, версія 13.0 (StatSoft Inc.).

Результати і обговорення. З методологічної точки зору, насамперед слід охарактеризувати гендерно-вікові особливості досліджуваних когорт. Перша група (пацієнти з псоріазом) складалася з 39 чоловіків (65,0%) віком від 33 до 62 років (середній вік $46,7 \pm 7,6$ року) та 21 жінки (35,0%) віком від 35 до 65 років (середній вік $49,8 \pm 8,8$ року).

Друга група (пацієнти з алергодерматозами) також демонструвала переважання чоловіків – 41 особа (68,3%) віком від 22 до 84 років та 19 жінок (31,7%) віком від 19 до 73 років. Середній вік чоловіків у цій групі становив $50,9 \pm 16,6$ року, жінок – $41,6 \pm 13,6$ року.

Клінічне інтерв'ю було одним із ключових методів дослідження, оскільки воно дозволило не лише отримати узагальнене уяв-

лення про пацієнта, а й сформувати цілісне клінічне розуміння перебігу захворювання. У межах даного дослідження акцент робили на характеристиках свербіжу як потенційно самостійного коморбідного феномена. Під час інтерв'ю оцінювали топографічні, часові, інтенсивності та якісні характеристики свербіжу, що дало змогу виділити його основні клінічні патерни.

Таблиця 1

Клінічні патерни свербіжу у пацієнтів із псоріазом та алергодерматозами згідно з клінічним інтерв'ю

Патерн	Група 1 (n=60)	Група 2 (n=60)
Локалізація свербіжу 1 = локалізований в межах ураження; 2 = генералізований, у тому числі в ділянках інтактної шкіри.	1: n = 54 (90,0%) 2: n = 6 (10,0%)	1: n = 41 (68,3%) 2: n = 19 (31,7%)
Інтенсивність за ВАШ 1 = середня інтенсивність; 2 = максимальна виразність.	1: 4,5 [2,25; 7] 2: 5 [4; 7]	1: 5 [3; 8] 2: 7 [4; 9]
Динаміка появи 1 = вдень; 2 = вночі; 3 = постійно.	1: n = 9 2: n = 36 3: n = 15	1: n = 4 2: n = 27 3: n = 29
Тривалість 1 = лише під час загострення; 2 = епізодично поза загостренням; 3 = постійно.	1: n = 44 2: n = 14 3: n = 2	1: n = 26 2: n = 25 3: n = 9
Характер відчуття (власний опис за частотою реєстрації)	Свербіж, поколювання, дряпання, пощипування, дискомфорт.	Печіння, свербіж, жар, повзання чогось на поверхні шкіри, подразнення, дряпання.
Частота використання антигістамінних засобів 1 = ніколи; 2 = періодично (у т. ч. під час загострення); 3 = постійно (короткі перерви).	1: n = 54 2: n = 6 3: n = 0	1: n = 9 2: n = 37 3: n = 14

Згідно з результатами, представленими в таблиці 1, у пацієнтів обох груп спостерігалася пруригіозна гіперчутливість переважно на ділянках шкіри з наявними ефлоресценціями. Локалізований характер свербіжу реєструвався у 90% пацієнтів з псоріазом та у 68,3% пацієнтів з алергодерматозами. Генералізований сенсорний дискомфорт, у тому числі на візуально інтактних ділянках шкіри, відзначався лише у 10% хворих на псоріаз і у 31,7% пацієнтів другої групи. Патерн появи свербіжу на інтактній шкірі потребує подальшого вивчення, оскільки

може свідчити про системні порушення адаптаційних механізмів запалення при псоріазі та екзематозних процесах. Водночас не можна виключати вплив індивідуальних психологічних особливостей пацієнтів, зокрема емоційної реактивності, агравації та психосоматичних проявів.

Об'єктивна оцінка інтенсивності свербіжу за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) не виявила статистично значущої різниці між групами за середніми показниками ($p = 0,32$; U-критерій Манна-Уїтні). Водночас максимальні значення ВАШ були достовірно вищи-

ми у пацієнтів з алергодерматозами порівняно з хворими на псоріаз ($p = 0,04$; U-критерій Манна-Уїтні). Отримані дані узгоджуються із сучасними літературними відомостями, згідно з якими псоріаз характеризується вираженим пруригінозним компонентом, не менш інтенсивним, ніж при atopічному дерматиті [6, 15]. Разом з тим низка досліджень вказує на вищу інтенсивність свербіж саме при алергодерматозах [21].

Щодо часової динаміки, більшість пацієнтів першої групи ($n = 36$; 60%) відзначали виражене посилення свербіжу вночі, а 15 осіб (25%) – постійний характер відчуття протягом доби. За даними Morariu et al., у пацієнтів з псоріазом переважав вечірній свербіж (46,08%), тоді як у денний і нічний час він зустрічався рідше [19]. На відміну від них, пацієнти з алергодерматозами майже однаково часто повідомляли про нічний ($n = 27$; 45%) та постійний ($n = 29$; 48,3%) свербіж протягом 24 годин. За даними Sang et al., пік свербіж у дорослих хворих на atopічний дерматит припадав на період 20:00–00:00, з мінімумом в ранкові години (04:00–08:00) [25].

Аналіз динаміки свербіж дозволяє не лише систематизувати скарги пацієнтів, але й формувати індивідуальний клінічний портрет з урахуванням циркадних ритмів, що важливо для оптимізації терапевтичних підходів.

Переважна більшість пацієнтів з псоріазом ($n = 44$; 73,3%) відчувала свербіж виключно під час загострень. Натомість при atopічному дерматиті та екземі свербіж спостерігався як під час загострення ($n = 26$; 43,3%), так і епізодично поза активними висипаннями ($n = 25$; 41,7%). Така відмінність потребує подальшого обговорення критеріїв ремісії та ролі соматоформних механізмів у формуванні суб'єктивних відчуттів. Сенсорні симптоми часто набувають додаткового емоційного забарвлення, що ускладнює їх клінічну оцінку. Це підтверджується значною варіабельністю описів відчуттів пацієнтами. При цьому близько третини учасників обох груп (група 1: $n = 17$, 28,3%; група 2: $n = 22$, 36,7%) мали труднощі з описом власного свербіж, що може бути пов'язано з явищем алекситимії [3, 8, 24].

Таблиця 2

Аналіз якості сну за компонентами Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI) у пацієнтів із псоріазом (група 1) та алергодерматозами (група 2)

Компонент PSQI	Група 1 (n=60) Me (Q1;Q3)	Група 2 (n=60) Me (Q1;Q3)	0 балів n (%)		1 бал n (%)		2 бали n (%)		3 бали n (%)	
			Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
1. Суб'єктивна якість сну	1 [1;2]	1,5 [1;2]	7 [11,7]	5 [8,3]	24 [40,0]	25 [41,7]	22 [36,7]	23 [38,3]	7 [11,7]	7 [11,7]
2. Латентність сну	2 [1;3]	2 [1;2]	3 [5,0]	9 [15,0]	17 [28,3]	19 [31,7]	19 [31,7]	18 [30,0]	21 [35,0]	14 [23,3]
3. Тривалість сну	1 [0;2]	1 [0;2]	19 [31,7]	18 [30,0]	22 [36,7]	16 [26,7]	10 [16,7]	21 [35,0]	9 [15,0]	5 [8,3]
4. Звична ефективність сну	0 [0;1]	0 [0;1]	46 [76,7]	37 [61,7]	5 [8,3]	14 [23,3]	4 [6,7]	5 [8,3]	5 [8,3]	4 [6,7]
5. Порушення сну	2 [1;2]	1 [1;2]	2 [3,3]	2 [3,3]	27 [45,0]	39 [65,0]	19 [31,7]	16 [26,7]	12 [20,0]	3 [5,0]
6. Використання снодійних засобів	0 [0;1]	0 [0;1]	36 [60,0]	42 [70,0]	12 [20,0]	9 [15,0]	3 [5,0]	2 [3,3]	9 [15,0]	7 [11,7]
7. Денна дисфункція	1 [0,5;2]	1 [0;2]	15 [25,0]	18 [30,0]	27 [45,0]	23 [38,3]	14 [23,3]	18 [30,0]	4 [6,7]	1 [1,7]
Загальний бал PSQI	9 [6;11]	8 [5,25;10]	< 5 балів						> 5 балів	
			14 [23,3]	31 [51,7]	-	-	-	-	46 [76,7]	29 [48,3]

В таблиці 2 наведено дані щодо особливостей циклу «сон–неспанння» у пацієнтів обох досліджуваних груп [2]. Незважаючи на те, що загальний бал PSQI для обох груп є в цілому співставним (9 (6;11) та 8 (5,25;10)) і відповідає критерію незадовільної якості сну, аналіз окремих компонентів виявив суттєві відмінності.

За компонентом «Тривалість сну» 1 бал (скорочена тривалість) частіше спостерігався у пацієнтів з псоріазом (36,7% проти 26,7%). Водночас більш виражені порушення (2–3 бали) частіше реєструвалися у групі алергодерматозів (26 осіб проти 19). Це може пояснюватися поєднаною дією інтенсивнішого свербіжу, хвилюподібного перебігу захворювання та емоційної реактивності, характерної для алергодерматозів, що призводить до частих мікропробуджень і фрагментації сну.

Ефективність сну в обох групах загалом співставна, проте в когорті пацієнтів з алергодерматозами на 9 осіб більше оцінили її в 1 бал (23,3% проти 8,3%).

Аналіз компонента 5 («Порушення сну») продемонстрував чіткі відмінності: пацієнти з алергодерматозами частіше мали нижчі бали (1 бал – 65,0% проти 45,0%), тоді як пацієнти з псоріазом значно частіше отримували максимальні оцінки (3 бали – 20,0% проти 5,0%). Така різниця, ймовірно, зумовлена вагомим впливом больового та сенсорного дискомфорту при псоріатичному процесі, який, за даними літератури, суттєво погіршує якість нічного відпочинку [12].

Звертає на себе увагу менша частка пацієнтів другої групи, які не застосовують снотворні засоби (0 балів – 70,0% проти 60,0%).

Щодо денної дисфункції (компонент 7), максимальний її ступінь (3 бали) був харак-

тернішим для пацієнтів з псоріазом (6,7% проти 1,7%), що свідчить про сильніший кумулятивний вплив нічних порушень сну, свербіжу та больових відчуттів на денне функціонування при папулосквамозному дерматозі.

Найбільш показовим є розподіл за загальним балом PSQI: незадовільну якість сну (> 5 балів) мали 76,7% пацієнтів з псоріазом проти 48,3% пацієнтів з алергодерматозами. У другій групі розподіл був майже рівномірним (< 5 балів – 51,7%, > 5 балів – 48,3%).

Отримані результати потребують порівняння з літературними даними. Більшість досліджень підтверджують погіршення якості сну при обох нозологіях [13, 32]. Водночас atopічний дерматит традиційно асоціюється з більш вираженими порушеннями сну [10, 14]. Перевага показників порушень сну у групі псоріазу в нашому дослідженні може пояснюватися такими чинниками: по-перше, гетерогенністю другої когорти (поряд з atopічним дерматитом – інші дерматити); по-друге, впливом умов прифронтового міста на психологічну резиліентність пацієнтів; по-третє, частим застосуванням пацієнтами другої групи антигістамінних препаратів із седативним ефектом (періодично – 37 осіб, постійно – 14 осіб), що покращує не лише свербіж, але й якість сну (див. таблицю 1). Крім того, при псоріазі на якість сну впливає ширший коморбідний фон (більш при артропатичному варіанті, серцево-судинна патологія тощо), тоді як при алергодерматозах основним предиктором порушень сну залишається свербіж.

Серед потенційних коморбідностей важливе значення має також психопатологічна складова.

Таблиця 3

Порівняльний аналіз психопатологічних показників за SCL-90-R у пацієнтів з псоріазом (група 1) та алергодерматозами (група 2)

Шкала SCL-90-R	Група 1 (n=60) M ± SD	Група 2 (n=60) M ± SD	p-критерій
Соматизація (SOM)	1,13 ± 0,74	0,89 ± 0,56	p < 0,05
Обсесивно-компульсивні (O-C)	1,02 ± 0,66	0,89 ± 0,64	p > 0,05

Шкала SCL-90-R	Група 1 (n=60) М ± SD	Група 2 (n=60) М ± SD	р-критерій
Інтерперсональна сенситивність (INT)	0,92 ± 0,75	0,77 ± 0,58	р > 0,05
Депресія (DEP)	0,95 ± 0,74	0,76 ± 0,68	р > 0,05
Тривожність (ANX)	1,04 ± 0,81	0,85 ± 0,60	р > 0,05
Ворожість (HOS)	1,00 ± 0,86	0,65 ± 0,56	р < 0,05
Фобічна тривожність (PHOB)	0,50 ± 0,68	0,37 ± 0,40	р > 0,05
Параноїдальні тенденції (PAR)	0,81 ± 0,79	0,61 ± 0,50	р > 0,05
Психотизм (PSY)	0,56 ± 0,54	0,38 ± 0,35	р < 0,05
Загальний індекс тяжкості (GSI)	0,91 ± 0,60	0,71 ± 0,48	р < 0,05

Згідно з таблицею 3, у пацієнтів обох груп відзначається підвищення показників за більшістю субшкал SCL-90-R. Інтегральний показник загальної вираженості симптомів (GSI) був статистично значущо вищим у групі пацієнтів з псоріазом порівняно з групою алергодерматозів. Аналіз окремих субшкал виявив статистично значущі відмінності за показниками соматизації (SOM), ворожості (HOS) та психотизму (PSY) (р < 0,05 у всіх випадках), тоді як за іншими субшкалами статистично значущої різниці між групами не встановлено.

Таким чином, психопатологічний профіль пацієнтів обох когорт є загалом подібним, однак пацієнти з псоріазом демонструють вищу вираженість окремих доменів психоемоційного реагування.

За даними літератури, як пацієнти з псоріазом, так і з алергодерматозами мають вищі показники психопатологічних симптомів порівняно з умовно здоровими особами. Зокрема, Navarro-Triviño FJ et al. виявили у пацієнтів з алергічним контактним дерматитом значне підвищення показників за всіма субшкалами SCL-90-R, з найбільш вираженими відхиленнями за доменами фобічної тривожності, соматизації та тривожності [20]. У свою чергу, Rompoti N. et al. показали високу поширеність психопатологічних проявів у пацієнтів із псоріазом, особливо депресивної симптоматики, obsесивно-компульсивних розладів, соматизації, інтерперсональної сенситивності та тривожності [22].

У нашому дослідженні акцент на статистично значущих відмінностях за доменами соматизації, ворожості та психотизму підкреслює специфіку психоемоційного реагування пацієнтів на хронічний дерматологічний процес. Вищий рівень соматизації у пацієнтів з псоріазом може відображати тенденцію до посиленого переживання тілесних відчуттів, пов'язаних зі шкірним процесом, що часто зумовлено больовим компонентом, мультиморбідністю та пруритичним впливом. Хронічний перебіг захворювання також сприяє формуванню патернів ворожості (роздратування, фрустрація, експлозивність), а також підвищеному рівню психотизму.

Менша вираженість симптоматики за вказаними доменами у пацієнтів з алергодерматозами не зменшує їхньої клінічної значущості. Такий розподіл може бути пов'язаний з більшою частотою ремісій, менш вираженою соціальною стигматизацією та гетерогенністю цієї групи (поряд з atopічним дерматитом – інші дерматити). У разі аналізу лише пацієнтів з atopічним дерматитом показники психопатологічних проявів могли б бути вищими [1]. Крім того, періодичне застосування антигістамінних препаратів із седативним ефектом у другій групі також могло частково зменшити вираженість психоемоційної симптоматики під час оцінки.

Таким чином, отримані дані підтверджують необхідність комплексного підходу до оцінки свербіжу з обов'язковим урахуван-

ням його клінічних, суб'єктивних характеристик, а також психопатологічних і сомнологічних аспектів у межах персоналізованої діагностичної та лікувальної стратегії.

Висновки:

1. Клінічні патерни свербіжів, визначені під час клінічного інтерв'ю, демонстрували чіткі відмінності між групами за локалізацією (переважно локалізований при псоріазі та частіше генералізований при алергодерматозах), інтенсивністю, циркадною динамікою та тривалістю. У пацієнтів з псоріазом свербіж переважно обмежувався епізодами загострення, тоді як при atopічному дерматиті та інших формах екземи він часто зберігався і поза фазами активного ураження.
2. Порушення сну, оцінені за допомогою PSQI, були поширеними в обох групах. Однак пацієнти з псоріазом значно частіше мали незадовільну якість сну та більш виражену денну дисфункцію. Це

може бути пов'язано з комплексним впливом больового, прurigінозного та коморбідного компонентів захворювання.

3. Психопатологічний профіль пацієнтів обох груп за результатами SCL-90-R характеризувався загальною подібністю. Водночас пацієнти з псоріазом мали статистично значущо вищі показники за доменами соматизації, ворожості та психотизму, що свідчить про інтенсивніше емоційне та тілесно зумовлене реагування на хронічний дерматологічний процес.
4. Комплексне оцінювання свербіжів в поєднанні з аналізом сомнологічних і психопатологічних характеристик є важливим елементом персоналізованого клінічного алгоритму. Такий підхід дозволяє точніше визначити тягар захворювання та оптимізувати індивідуальні стратегії ведення пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Макуріна ГІ, Городокіна ЛО. Особливості психопатологічної складової клінічного профілю пацієнтів із atopічним дерматитом. Український журнал дерматології, венерології та косметології. 2025;3:36-43. <https://doi.org/10.30978/UJDVK2025-3-36>
2. Макуріна ГІ, Городокіна ЛО. Якість сну у пацієнтів з псоріазом в умовах воєнного часу: вплив соціальних умов та психопатологічна складова. Дерматологія, венерологія. 2026;1(111):27-33. <https://doi.org/10.33743/2308-1066-2026-1-27-33>
3. Alfahaad H. Alexithymia prevalence among patients with chronic dermatological diseases in a tertiary hospital, Saudi Arabia. Postepy Dermatol Alergol. 2023;40(5):684-687. <https://doi.org/10.5114/ada.2023.129944>
4. Almenara-Blasco M, Gracia-Cazaña T, Poblador-Plou B, Laguna-Berna C, Carmona-Pérez J, Navarro-Bielsa A, et al. Multimorbidity of psoriasis: a large-scale population study of its associated comorbidities. J Clin Med. 2024;13(2):492. <https://doi.org/10.3390/jcm13020492>
5. Amara S, Pasumarthi A, Parikh N, Kodali N, Lebwohl M, Monks G. Psoriasis management tree based on comorbidity. Int J Dermatol. 2025;64(2):229-245. <https://doi.org/10.1111/ijd.17497>
6. Boehncke WH, Reich A, Ständer S, Hernandez J, Mert C, Grond S, et al. Itch improvement has a major and comparable effect on the Dermatology Life Quality Index in psoriasis and atopіc dermatitis patients. JEADV Clin Pract. 2024;3:1509-1517. <https://doi.org/10.1002/jvc2.509>
7. Chen Y, Peng C, Zhu L, Wang J, Cao Q, Chen X, et al. Atopіc dermatitis and psoriasis: similarities and differences in metabolism and microbiome. Clin Rev Allergy Immunol. 2024;66(3):294-315. <https://doi.org/10.1007/s12016-024-08995-3>
8. Chiricozzi A, Esposito M, Gisondi P, Valenti M, Gori N, Giovanardi G, et al. Disease severity is associated with alexithymia in patients with atopіc dermatitis. Dermatology. 2020;236(4):329-335. <https://doi.org/10.1159/000507246>
9. Chovatiya R, Silverberg JI. Pathophysiology of atopіc dermatitis and psoriasis: implications for management in children. Children (Basel). 2019;6(10):108. <https://doi.org/10.3390/children6100108>
10. Esposito M, Amicucci G, Salfi F, Pellegrini C, De Berardinis A, Chiricozzi A, et al. Exploring the interplay of atopіc dermatitis severity with sleep and mental health: a case-control study in adult patients. Postgrad Med. 2024;136(5):533-540. <https://doi.org/10.1080/00325481.2024.2366162>

11. Gonzalez-Urbe V, Vidaurre-de la Cruz H, Gomez-Nuñez A, Leyva-Calderon JA, Mojica-Gonzalez ZS. Comorbidities & burden of disease in atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2023;41(2):97-105. <https://doi.org/10.12932/AP-231022-1484>
12. Grant C, Woodbury M, Skougaard M, Boldsen JK, Ogdie A, Klerman EB, et al. Sleep problems in patients with psoriatic arthritis: a systematic literature review and meta-analysis. *J Rheumatol.* 2023. <https://doi.org/10.3899/jrheum.2022-1169>
13. Jensen P, Zachariae C, Skov L, Zachariae R. Sleep disturbance in psoriasis: a case-controlled study. *Br J Dermatol.* 2018;179(6):1376-1384. <https://doi.org/10.1111/bjd.16702>
14. Kaaz K, Szepletowski JC, Matusiak Ł. Influence of itch and pain on sleep quality in atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(2):175-180. <https://doi.org/10.2340/00015555-3065>
15. Kaczmarek A, Kwiatkowska D, Skrzypek KK, Kowalewski ZT, Jaworecka K, Reich A. Pathomechanism of pruritus in psoriasis and atopic dermatitis: novel approaches, similarities and differences. *Int J Mol Sci.* 2023;24(19):14734. <https://doi.org/10.3390/ijms241914734>
16. Lee LL, Huo AP, Chen SL. Experiences and coping behaviors of patients with psoriasis: a qualitative study. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2193661. <https://doi.org/10.1080/09546634.2023.2193661>
17. Li M, Wang J, Liu Q, Liu Y, Mi W, Li W, et al. Beyond the dichotomy: understanding the overlap between atopic dermatitis and psoriasis. *Front Immunol.* 2025;16:1541776. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1541776>
18. Lin S, Wang C, Huang T, Chen P, Huang ZX. Global and regional trends in psoriasis burden (1990–2021): age patterns and socio-demographic associations. *BMC Public Health.* 2025;26(1):108. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25758-7>
19. Morariu SH, Cotoi OS, Tiućă OM, Ambros M, Ilcuş RI, Garaga L, et al. Predicting factors and clinical characteristics of pruritus in psoriasis: a cross-sectional survey. *Life (Basel).* 2024;14(7):827. <https://doi.org/10.3390/life14070827>
20. Navarro-Triviño FJ, Prados-Carmona Á, Ruiz-Villaverde R, Peralta-Ramírez MI. Psychopathological burden in allergic contact dermatitis: results from a case-control study using the SCL-90-R. *Contact Dermatitis.* 2026. <https://doi.org/10.1111/cod.70120>
21. O'Neill JL, Chan YH, Rapp SR, Yosipovitch G. Differences in itch characteristics between psoriasis and atopic dermatitis patients: results of a web-based questionnaire. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(5):537-540. <https://doi.org/10.2340/00015555-1126>
22. Rompoti N, Tsiouri S, Kontoangelos K, Kouzoupis A, Papageorgiou C, Gregoriou S, et al. Psychopathological profile of patients with moderate-to-severe plaque psoriasis and its correlation to DLQI: results from a prospective, monocentric clinical study. *J Clin Med.* 2024;13(21):6424. <https://doi.org/10.3390/jcm13216424>
23. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatol Clin.* 2015;33(1):41-55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
24. Sampogna F, Puig L, Spuls P, Girolomoni G, Radtke MA, Kirby B, et al. Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *Br J Dermatol.* 2017;176(5):1195-1203. <https://doi.org/10.1111/bjd.15243>
25. Sang X, Lu J, Tan L, Zeng J, Wang D, Guo A, et al. The circadian rhythm of itching among 241 adults with atopic dermatitis: a cross-sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2024;104:adv35427. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.35427>
26. Singh P, Silverberg JI. Screening for cardiovascular comorbidity in United States outpatients with psoriasis, hidradenitis, and atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res.* 2021;313(3):163-171. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02087-w>
27. Skayem C, Taieb C, Halioua B, Baissac C, Saint Aroman M. Epidemiology of psoriasis: a worldwide global study. *Acta Derm Venereol.* 2025;105:adv42945. <https://doi.org/10.2340/actadv.v105.42945>
28. Sun C, Zhang X, Su Z, Yao WH, Chen HD, Zeng YP. Global, regional, and national burdens of atopic dermatitis from 1990 to 2021: a trend analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *J Am Acad Dermatol.* 2025;93(4):1008-1017. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.06.042>
29. Tian J, Zhang D, Yang Y, Huang Y, Wang L, Yao X, et al. Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Br J Dermatol.* 2023;190(1):55-61. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad339>
30. Tsai YC, Tsai TF. Overlapping features of psoriasis and atopic dermatitis: from genetics to immunopathogenesis to phenotypes. *Int J Mol Sci.* 2022;23(10):5518. <https://doi.org/10.3390/ijms23105518>
31. van Laarhoven AI, Kraaijmaat FW, Wilder-Smith OH, van Riel PL, van de Kerkhof PC, Evers AW. Sensitivity to itch and pain in patients with psoriasis and rheumatoid arthritis. *Exp Dermatol.* 2013;22(8):530-534. <https://doi.org/10.1111/exd.12189>
32. Zhang N, Chi H, Jin Q, Sun M, Zhao Y, Song P. Prevalence of sleep disorders in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res.* 2025;317(1):668. <https://doi.org/10.1007/s00403-025-04176-0>
33. Zhou Z, Meng L, Cai Y, Yan W, Bai Y, Chen J. Exploration of the potential mechanism of the common differentially expressed genes in psoriasis and atopic dermatitis. *Biomed Res Int.* 2022;2022:1177299. <https://doi.org/10.1155/2022/1177299>

АВТОРСЬКА ДОВІДКА / INFORMATION ABOUT AUTHORS

- **Макуріна Галина Іванівна**

Д.мед.н., професор, зав. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Адреса: 69063, вул. Академіка Амосова, 83, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380974462727

E-mail: makurinagalina1@gmail.com

- **Городокіна Лілія Олексіївна**

Доктор філософії, доцентка кафедри дерматовенерології та естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380666468882

E-mail: lilgrdkn@gmail.com

- **Makurina Halyna Ivanivna**

MD, DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology and Aesthetic Medicine, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Address: 83 Akademika Amosova St., Zaporizhzhia 69063, Ukraine
Tel.: +380974462727

E-mail: makurinagalina1@gmail.com

- **Horodokina Liliia Oleksiivna**

PhD, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology and Aesthetic Medicine, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine

Address: 26 Marii Prymachenko Blvd., Zaporizhzhia, Ukraine, 69035
Tel.: +380666468882

E-mail: lilgrdkn@gmail.com

Отримано / Received 02.02.2026

Рецензовано / Revised 09.02.2026

Прийнято до друку / Accepted 16.02.2026

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net