

В.В. Солярик

Українська військово-медична академія, Київ

# Псоріаз у військовослужбовців. Огляд літературних джерел

Псоріаз є одним з найпоширеніших хронічних дерматозів, який може супроводжуватися різними коморбідними захворюваннями, вражаючи суглоби, підвищуючи ризик розвитку метаболічного синдрому, цукрового діабету, хвороби Крона, виразкового коліту, деяких видів раку та серцево-судинних захворювань. Пацієнти із псоріазом мають високу вразливість до стресу. Стан їхнього психічного та соціального здоров'я має бути частиною оцінки тяжкості захворювання.

**Мета роботи** — узагальнити та порівняти відомості про псоріаз у військовослужбовців.

**Матеріали та методи.** Пошук релевантних джерел інформації щодо псоріазу у військовослужбовців проведено в інтернет-ресурсах за допомогою системного, бібліосемантичного та аналітичного методів. Критеріями включення були метааналізи, огляди літератури, оригінальні дослідження та офіційні повідомлення у фахових виданнях.

**Результати та обговорення.** Війна в Україні змінила масштаби дерматологічної захворюваності. Військовослужбовці зазнають впливу поєднаних несприятливих умов життя, забруднення навколишнього середовища, травм шкіри, що робить їх більш сприйнятливими до розвитку дерматологічних захворювань. Військові зараз перебувають у ситуації, яка тримає їх у стані, що може призвести до емоційних зривів. З огляду на це вони перебувають у групі високого ризику щодо розвитку психічних розладів. Під час війни стрес є найважливішим чинником, що провокує ризик виникнення псоріазу. Лікування військовослужбовців із цим захворюванням спрямоване на зменшення гостроти симптомів, покращення індексу площі та тяжкості псоріазу (PASI) в оцінці клінічних проявів псоріазу на 75–90 %. Дерматовенерологи послуговуються такими компетенціями щодо психічних розладів у пацієнтів: запідозрити наявність психічного розладу; визначити синдромальний діагноз; встановити діагноз психологічного розладу; скерувати хворого на консультацію до психіатра; разом із психіатром проводити терапію та реабілітацію пацієнтів з тяжкими розладами; здійснювати терапію хворих з легкими/помірними порушеннями самостійно в межах клінічних настанов та протоколів.

Запропоновано проводити анкетне опитування з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) усіх військовослужбовців, хворих на псоріаз, які перебувають на лікуванні чи реабілітації, з метою виявлення у них коморбідних тривожних та/або депресивних розладів та за необхідності призначати їм відповідне лікування.

**Висновки.** Комплексна оцінка дерматовенерологом психоемоційного стану хворого на псоріаз щодо наявності коморбідних тривожних та/або депресивних розладів за допомогою шкали HADS, а також призначення відповідного психотерапевтичного і, за потреби, фармакологічного лікування є важливою складовою ефективною медичної допомоги військовослужбовцям на сучасному етапі.

## Ключові слова

Псоріаз, хронічні дерматози, коморбідні захворювання, військовослужбовці, тривожні та депресивні розлади, шкала HADS, індекс PASI.

Псоріаз — це хронічний рецидивний поліетіологічний папуло-сквамозний дерматоз, що характеризується порушенням мітозу та диференціації кератиноцитів, запальними процесами в дермі, стадійністю, тяжкістю перебігу та залученням до патологічного процесу опорно-рухового апарату, внутрішніх органів із відповідними морфологічними та функціональними змінами,

що виникають внаслідок прямої чи опосередкованої дії певних чинників. Останнім часом збільшилася кількість пацієнтів із важкими інвалідизуючими формами хвороби, резистентними до різних методів терапії [15].

Псоріаз посідає одне з найважливіших місць серед дерматологічних захворювань, насамперед через свою поширеність (5 % населення земної

кулі), а також стрімке збільшення кількості хворих серед осіб молодого віку та дітей [4]. За результатами проведених клінічних досліджень визначено, що псоріаз більш поширений серед чоловіків, ніж серед жінок. Кількість хворих на цей дерматоз становить 8–15 % усіх пацієнтів з дерматологічною патологією, а серед тих, хто перебуває на стаціонарному лікуванні, — до 22 % [17].

Встановлення діагнозу псоріазу здебільшого ґрунтується винятково на оцінці типових морфологічних проявів та клінічних симптомів захворювання. Однак у разі ускладненої діагностики або проведення диференційної діагностики рекомендовано підтверджувати діагноз псоріазу результатами патогістологічної діагностики біоптату шкіри. Серед встановлених етіологічних і патогенетичних чинників псоріазу можна визначити такі, що призводять до розвитку хвороби, а також ті, які провокують її клінічні прояви [19]. Незважаючи на велику кількість проведених клінічних досліджень, етіологія та патогенез псоріазу все ще залишаються недостатньо вивченими. На сучасному етапі розвитку медичної науки це захворювання вважають генетично обумовленим. Окрім того, псоріаз розглядають як імунозалежну патологію, в розвитку якої беруть участь клітинні та гуморальні ланки імунітету, неспецифічні фактори захисту, порушення інтерферогенезу та синтезу цитокінів [31].

Безумовно, генетична обумовленість виникнення псоріазу відіграє чи не найважливішу роль в етіопатогенезі цієї патології. В осіб із генетичною детермінованістю до псоріазу клінічні симптоми зазвичай виникають під впливом несприятливих чинників середовища (стрес, професійні шкідливості, зміни клімату, умови життя, харчування, прийом певних лікарських засобів) [7].

Псоріаз часто супроводжується порушенням ліпідного обміну. Відомо, що ліпіди циркулюють у біологічних рідинах у вигляді молекулярних комплексів — ліпопротеїнів, утворюючи різні функціональні елементи транспортної системи холестеролу, тригліцеридів та інших гідрофобних біологічно активних з'єднань [15].

З огляду на хронічний перебіг цього дерматозу порушується система саморегуляції фізіологічних функцій, внаслідок чого виникає нова гомеостатична ситуація, що проявляється біохімічними змінами внутрішнього середовища та функціонування органів і систем. Порушення метаболізму та механізмів захисту супроводжуються накопиченням в організмі токсинів ендогенного походження та розвитком синдрому ендогенної інтоксикації, ступінь вираженості якої залежить від активності фізіологічних систем захисту. Ендотоксикоз є головним чинником,

який формує клінічні симптоми псоріазу і визначає його перебіг та ремісію [19].

Гістамін- та серотонінемія, а також порушення співвідношення амінів при псоріазі, очевидно, є наслідками гіпоталамічних розладів, що зумовлюють зміни вегетативно-судинних функцій, які є важливими чинниками розвитку цього захворювання [26].

Псоріаз не обмежується лише ураженням шкіри, цей дерматоз здатен впливати і на інші органи і системи організму, а також на психічне здоров'я людини. Зв'язок між псоріазом і системами організму дає розуміння цього захворювання як автоімунного з механізмами системного запалення. Психічні розлади привертають все більше уваги не лише з огляду на їхній негативний вплив на психіку та настрій, спричинений ураженнями шкіри, а й через ідентифікований загальний імунозапальний механізм [16]. Виявлено зв'язок між тяжкістю псоріазу і вираженістю дискомфорту з боку шкіри та розладами настрою із впливом на якість життя таких пацієнтів [22].

Псоріаз, як відомо, може супроводжуватися різними коморбідними захворюваннями, вражаючи суглоби (псоріатичний артрит), підвищуючи ризик розвитку метаболічного синдрому, цукрового діабету, хвороби Крона, виразкового коліту, деяких видів раку та серцево-судинних захворювань [17, 31]. У сучасній медичній літературі категорію коморбідності визначають за наявності у пацієнта не менше ніж двох розладів, кожний із яких можна вважати самостійним і діагностувати незалежно один від одного. Коморбідні захворювання та стани можна умовно розділити на чотири групи: каузальні (причинні) — у разі наявності  $\geq 2$  захворювань з єдиним механізмом розвитку; ускладнення основного захворювання; конкурентні — захворювання, не пов'язані між собою; інтеркурентні — коли на тлі захворювання із хронічним перебігом виникає гострий патологічний стан [3]. Отже, коморбідність включає як випадкову комбінацію в одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно зумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб [2].

Патогенез коморбідного захворювання у хворих на псоріаз залишається невідомим, однак вважають, що спільні ланки шляхів запалення, клітинні медіатори, генетична детермінація і загальні чинники ризику є елементами, що зумовлюють його патогенез. Виявлені асоціації мають теоретичне і практичне значення та передбачають усунення цих порушень, що сприятиме досягненню клініко-профілактично-

го ефекту [31]. Крім того, накопичено досить багато доказів, що мікробіота кишечника відіграє вирішальну роль при автоімунних захворюваннях, включаючи псоріаз [20]. Результати нещодавно проведених досліджень підтвердили наявність у пацієнтів із псоріазом дисбактеріозу кишкової мікробіоти разом із аномальною імунною відповіддю внаслідок підвищеного рівня запальних молекул [21, 28]. Тісно пов'язана із псоріазом також неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП). Встановлено, що НАЖХП виникає у 50 % хворих на псоріаз, при цьому в них зазвичай відзначають більш тяжкий перебіг псоріазу [24].

Результати численних досліджень довели, що психоемоційний стан впливає як на початок псоріазу, так і на виникнення його рецидивів. Згідно з висновками цих досліджень пацієнти із псоріазом мають високу вразливість до стресу. Психічне та соціальне здоров'я має бути частиною оцінки тяжкості псоріазу, особливо у пацієнтів, які мають підвищений ризик виникнення психічних захворювань [22, 23, 32]. Виявлено чіткі спільні чинники двох захворювань: запалення, генетична схильність, низький рівень вітаміну D<sub>3</sub> і мелатоніну характерні як для псоріазу, так і для депресії. В літературі підкреслено важливість усунення психологічних розладів для досягнення кращих результатів лікування пацієнтів із псоріазом, і навпаки, лікування депресії може сприяти зменшенню вираженості симптомів псоріазу [25, 27].

Пацієнти із псоріазом відчувають відомий клінічний феномен «зимової тяжкості та літнього полегшення», за якого сезонні чинники відіграють вирішальну роль у виникненні та прогресуванні симптомів захворювання. Ці чинники включають температуру, вологість, інфекцію, вплив світла та психологічний стрес. Сезонні зміни температури та вологості можуть порушити функцію шкірного бар'єра та посилити вираженість запальних реакцій, що призводить до збільшення вираженості симптомів псоріазу. Також взимку знижується вміст вітаміну D, який із кінця зими до початку весни досягає найнижчого рівня, призводячи до підвищення активності захворювання у пацієнтів із псоріазом. Взимку більш поширені грип та інфекції, спричинені *Streptococcus pneumoniae*, що може ще більше ускладнити перебіг псоріазу. Крім того, умови навколишнього середовища взимку можуть спровокувати або посилити вираженість депресії, що негативно впливає на пацієнтів із псоріазом через вісь мозок — шкіра [17].

Мета роботи — узагальнити та порівняти відомості про псоріаз у військовослужбовців.

## Матеріали та методи

Пошук релевантних джерел інформації щодо псоріазу у військовослужбовців проведено в інтернет-ресурсах за допомогою системного, бібліосемантичного та аналітичного методів. Критеріями включення були метааналізи, огляди літератури, оригінальні дослідження та офіційні повідомлення у фахових виданнях.

## Результати та обговорення

У Воєнно-медичній докторині України визначено, що медичне забезпечення військовослужбовців під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та в інших кризових ситуаціях має проводитися в обсягах, що максимально відповідають основним вимогам, чинним у мирний час. Склад сил і засобів медичних служб та система медичного забезпечення військ покликані зберігати та зміцнювати здоров'я військовослужбовців, своєчасно та ефективно надавати їм медичну допомогу у разі поранень, уражень і захворювань, якнайшвидше відновлювати боєздатність та працездатність за різних умов їхнього застосування [1]. Військовослужбовці з хронічними хворобами, підвищеним ризиком виникнення різних захворювань, перенесеними гострими формами захворювань або ті, що знають впливу несприятливих факторів військової служби, мають перебувати під динамічним наглядом лікаря військової частини [8]. Виконання вимог щодо медичних аспектів військової служби в ЗСУ є запорукою забезпечення здоров'я та дотримання безпеки військовослужбовців, а також ефективного виконання завдань у бойових діях.

Стан здоров'я військовослужбовців має комплексний характер і залежить від рівня організації та управління комплектуванням військових частин особовим складом, умов повсякденної діяльності, побуту, характеру взаємовідносин військовослужбовців, якості харчування і водозабезпечення, рівня загальної та санітарної культури, тобто від соціальних умов [9]. Захворювання шкіри та підшкірної клітковини роблять вагомий внесок в структуру загальної захворюваності серед військовослужбовців [10].

Виділяють такі модифіковані чинники, що впливають на стан здоров'я військовослужбовців [6]:

1. Організаційно-керівний, який регламентує режим праці і відпочинку особового складу.
2. Якісне і повноцінне харчування, що сприяє формуванню захисних сил організму.
3. Забруднення шкіри в поєднанні з високим рівнем мікротравматизму під час навчальних тренувань та фізичної підготовки спричиняє розвиток цих захворювань.

4. Недостатній санітарно-гігієнічний догляд за шкірою, відсутність можливості прийняти душ з милом, змінити білизну.
5. Переохолодження організму: загальні та локальні прояви внаслідок несприятливого впливу комплексу метеорологічних факторів (низької температури, вологості та руху повітря).
6. Підвищена забрудненість шкіри і потовиділення під час таких важких фізичних навантажень, як стройова підготовка, тривале стояння на варті, несення патрульної служби, постійне перебування (окрім 8-годинного сну) у форменому одязі та взутті.
7. Фактори низької ефективності протиепідемічних бар'єрів, які призводять до виникнення та поширення педикульозу.
8. Порушення техніки безпеки, несприятливі умови праці в автопарках і майстернях (необладнані санітарно-побутові приміщення). Невідповідність встановленим гігієнічним нормам санітарних вузлів та кімнат для відпочинку особового складу.

Сьогодні військовослужбовці перебувають у групі високого ризику щодо розвитку психічних розладів, зокрема реакцій бойового, військово-професійного стресу і посттравматичного стресового розладу. Дослідження проявів бойового стресу, особливо в період військової агресії РФ в Україні, є надзвичайно актуальним питанням, адже постійні сповіщення про повітряні тривоги, ймовірну загрозу ракетних ударів, переживання за рідних, множинні соціально-побутові проблеми, пов'язані із залишенням постійного місця проживання, є причинами порушення психічного й психологічного здоров'я великої кількості людей у нашій країні [12]. Серед передумов, які істотно підвищують ймовірність розвитку бойового стресового розладу у військовослужбовців, віділяють: наявність особистісних відхилень, низьку морально-психологічну підготовленість, пережиту раніше травму, наявність інших проблем із психічним здоров'ям, таких як тривожність або депресія, відомості в анамнезі про психічні захворювання або зловживання психоактивними речовинами. Через тривале напруження та внутрішню настороженість виникає виражена мінливість настрою з експресивним вираженням почуттів і готовністю до імпульсивних спалахів роздратування і переключення на стереотипне виконання звичних у бойовій обстановці дій [11]. Реакції бойового стресу включають усі фізіологічні і психічні реакції, що виникають внаслідок впливу загрозливих для життя факторів бойової та службової ситуації, безпосередніх фізичних і психічних травм. Основними психотравмуючими факторами бойових дій є: важкі і тривалі бої;

смерть товаришів по службі під вогнем противника; тяжкі тілесні ушкодження та поранення; суїциди і вбивства. Порушення при бойовому стресі в першу чергу проявляються як нездатність або відмова в подальшому виконувати свої службові обов'язки. Психоемоційна лабільність, розлади настрою з різними когнітивними і фізичними станами є проблемами, з якими лікарі і командири, на жаль, мають ймовірність зіткнутись в бойових умовах [5]. Сучасні заходи профілактики і допомоги при бойовому стресі — це комплексні програми заходів, що розробляє і впроваджує військоове командування для запобігання, виявлення і надання допомоги за наявності дезадаптивних реакцій бойового стресу у військових підрозділах; оптимізації виконання бойових завдань; підтримки боєздатності [12].

Війна в Україні змінила масштаби дерматологічної захворюваності [30]. Військовослужбовці зазнають поєднаного впливу несприятливих умов життя, забруднення навколишнього середовища, травм шкіри, що робить їх більш сприйнятливими до розвитку дерматологічних захворювань [29]. Військові зараз перебувають у ситуації, яка тримає їх у стані, що може призвести до емоційних зривів (загроза життю та відповідальність за виконання завдання, невизначеність майбутнього, дефіцит часу для ухвалення рішень тощо) [7].

Відомо, що стрес ініціює розвиток багатьох дерматологічних захворювань, особливо в осіб, що схильні до їхнього виникнення. Деякі наукові докази свідчать, що психологічний стрес може відігравати ключову роль у виникненні псоріазу, а сама хвороба може спричиняти стресові стани у пацієнтів, таким чином створюючи хибне коло [19]. Тому під час військових конфліктів дерматологи повідомляють про значне збільшення кількості випадків дерматологічних захворювань, загострення численних хронічних захворювань шкіри, а відсутність належної гігієни спричиняє збільшення кількості шкірних інфекцій, які ускладнюють перебіг патології шкіри. Відомо, що до розвитку шкірних захворювань призводять екстремальні кліматичні умови, особливо холодне середовище. При цьому психодерматози часто виникають у військовослужбовців і цивільного населення України. Збільшення поширеності тривожності, депресії та посттравматичного стресу справляє значний вплив на розвиток і прогресування шкірних захворювань в Україні. Під час війни загострюється роль стресу — найважливішого чинника ризику при псоріазі [13].

Отже, захворювання шкіри у військовослужбовців зазвичай ускладнюються стресовими умовами служби. Це особливо стосується паціє-

ентів із псоріазом, коли загострення безпосередньо асоціюються з підвищеним рівнем стресу. Також дерматологічні захворювання часто виникають через обмежені можливості дотримання особистої гігієни [28]. На сьогодні псоріаз і психологічні розлади розглядають у контексті коморбідності, оскільки вони можуть ускладнювати або полегшувати взаємний перебіг за умови відповідного лікування [19].

Перебування в умовах бойових дій є передумовою виникнення постійного стресу. Стрес можна визначити як стан занепокоєння або психічного напруження, зумовлений складною ситуацією, природна реакція людини, що спонукає долати виклики та загрози. Однак бойовий стрес має певні особливості, адже він спричинений перебуванням в екстремальних умовах [26]. Реакції бойового стресу — фізичні, емоційні, когнітивні або поведінкові — мають несприятливі наслідки або спричиняють психологічні травми, що виникають у військовослужбовців, які зазнають впливу стресових чи травматичних подій під час бойових дій або виконання військових операцій. Бойові стресові реакції виникають під час бою або підготовки до нього. Це жорстко запрограмовані реакції виживання, які охоплюють фізіологічні, поведінкові, емоційні, розумові та інші зміни в процесах організму. Ситуації, що загрожують життю, активують вегетативну нервову систему, яка регулюється двома протилежними відділами — симпатичною нервовою системою, відповідальною за збудження, і парасимпатичною, що відповідає за заспокоєння. Результатом є безперервна низка автоматичних реакцій, які називають захисним каскадом, що характеризується екстремальними (але відносно короткими) підвищеннями або зниженнями фізіологічних функцій, таких як концентрація уваги/збудження, поведінкові, емоційні, розумові, мовленнєві та сенсомоторні зміни. Вони є інтенсивними і спричиняють помірні та тяжкі порушення, але їхня тривалість становить лише кілька годин або, щонайбільше, кілька днів. Приклади бойових стресорів включають: тілесні ушкодження та поранення, що призвели (або призведуть) до обмеження фізичних можливостей військовослужбовця; вбивство противника; свідчення загибелі людини; загибель/поранення військовослужбовця підрозділу. Деякі з реакцій бойового стресу, які може відчувати військовослужбовець, включають неспокій, паніку, дратівливість, лють, розгубленість, проблеми з пам'яттю, втому, безсоння, прискорене серцебиття, задишку і дисоціацію. Ступінь їхньої вираженості може змінюватися залежно від низки оперативних умов, зокрема інтенсивності, тривалості,

частоти бойових дій, морального духу командування та підрозділу [5].

Нервова система контролює роботу кожного органа, а тому будь-яке порушення в роботі центральної нервової системи супроводжується змінами функцій будь-якої системи організму, передусім імунної. Її дисфункція може проявлятися як у зниженні вироблення захисних клітин, так і в синтезі автоімунних антитіл, які здатні агресивно атакувати власні тканини організму. Їхньою мішенню можуть стати шкіра, суглоби та інші органи. При цьому порушення функціонування нервової системи супроводжуються зміною гормонального тла, що також позначається на емоційному тлі людини, роботі внутрішніх органів, обміні речовин. На тлі стресу також можливі переїдання, зловживання алкогольними напоями, часте куріння, що в сукупності призводить до збільшення накопичення токсинів в організмі та порушення обміну речовин. Саме через це стрес набуває основного значення у поширенні псоріазу у військовослужбовців [27].

За даними ВООЗ, коли бойові дії є надзвичайно інтенсивними, до 80 % медичних втрат мають саме психіатричний характер. Страх смерті, як і будь-якої неконтрольованої та непередбачуваної небезпеки, може призвести до такого стану. Бойові стресові реакції є більш вірогідними внаслідок дуже важких втрат, несподіваних нападів, впливу невідомої зброї, повітряних або газових атак, безперервних обстрілів важкою артилерією, просування замінованою територією, недосипання, поганого харчування та недотримання гігієни, неякісної комунікації, ізоляції та відсутності довіри до командування [29].

Прояви стресу можуть бути досить різноманітними. Під час досліджень було виявлено основні симптоми бойового стресу та посттравматичного стресового розладу, які включають дратівливість і спалахи гніву, надмірний страх і занепокоєння, головний біль, втому, депресію, апатію, втрату апетиту, порушення сну, зміни в поведінці або особистості. За результатами проведеного дослідження з використанням опитувальника Stress Symptom Checklist, розробленого Бейлогським університетом штату Техас, було визначено, що більш як у 50 % військовослужбовців виникають такі фізіологічні симптоми, як головний біль, біль у спині, шиї та плечах, підвищений артеріальний тиск, порушення функції травного тракту, втому, а також вживання алкоголю, куріння, погіршення апетиту. Серед психологічних симптомів переважно виникають тривожність, плутанина або розгубленість, забудькуватість, відчуття перенавантаженості, перепади настрою, неспокій, часта нудьга, спалахи

гніву, зміна маси тіла, переїдання, сексуальні проблеми [5].

Лікування військовослужбовців із псоріазом спрямоване переважно на зменшення гостроти симптомів захворювання. Його цілі включають покращення індексу площі та тяжкості псоріазу (PASI) в оцінці клінічних проявів псоріазу на 75–90 % [30]. Псоріаз може бути складним для лікування у польових умовах. Добре контрольований перебіг захворювання не є причиною негайного звільнення з військової служби [29]. Крім того, під час загострення необхідно продовжувати підтримувальну терапію, щоб уникнути погіршення перебігу хвороби. Системні кортикостероїди за зниження їхньої дози можуть спричинити загострення псоріазу. Застосування метотрексату може спричинити мультиорганну токсичність і потребує частого моніторингу, який може бути недоступним під час розгортання бойових дій. Інфліксимаб, анти-TNF- $\alpha$ , може підвищити сприйнятливості до різних інфекцій і реактивацію латентного туберкульозу. Крім того, для проведення системної терапії та застосування блокаторів TNF- $\alpha$  потрібне охолодження, яке не може бути гарантовано в польових умовах [16]. Значну роль у терапії хворих на псоріаз відіграє лікування коморбідних захворювань і, зокрема, реакцій бойового стресу [24].

Важливо враховувати, що відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги в примусовому порядку відносять винятково до компетенції психіатра або комісії психіатрів. Встановлювати діагноз психіатричного захворювання (кластер F за МКХ-10: депресивний, тривожно-депресивний розлади тощо) категорично заборонено лікарям, які не є психіатрами. Проте законом не виключається участь лікарів інших спеціальностей у наданні психіатричної допомоги. Згідно з медико-технологічними документами, затвердженими МОЗ України, лікарі інших спеціальностей, зокрема дерматовенерологи, можуть проводити діагностику, встановлювати синдромальний діагноз і призначати лікування. За даними статистики 80 % антидепресантів у країнах Західної Європи, США і Канади призначають лікарі, які не є психіатрами. Всесвітня психіатрична асоціація і Міжнародний комітет з профілактики і терапії депресії запровадили освітню програму з діагностики і лікування депресивних розладів, яка була реалізована в багатьох країнах, зокрема і в Україні [13].

Медико-технологічними документами, затвердженими МОЗ України, регламентується участь лікарів усіх спеціальностей у наданні

медичної допомоги пацієнтам з депресією та посттравматичним стресовим розладом [16, 18]. Відповідно до цих документів дерматовенерологи мають такі компетенції щодо психічних розладів: запідозрити наявність психічного розладу; визначити синдромальний діагноз; встановити діагноз психологічного розладу; скерувати пацієнта на консультацію до психіатра; разом із психіатром проводити терапію та реабілітацію хворих з тяжкими розладами; здійснювати терапію пацієнтів з легкими/помірними порушеннями самостійно в межах клінічних настанов та протоколів.

Для запровадження підходу до проактивної інтегрованої консультативної психіатричної допомоги запропоновано проводити анкетне опитування з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) усіх військовослужбовців, які перебувають на лікуванні чи реабілітації, незалежно від наявності у них скарг та за необхідності призначати лікування. Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів: тривожності та депресії. Шкала містить 14 тверджень, які складаються у дві підшкали: Т (тривожність) – непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) та Д (депресія) – парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки й кодується за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність ознаки) до 4 балів (максимальна вираженість). Оцінку за кожною зі шкал здійснюють окремо. У пацієнтів з депресією необхідно проводити аналіз суїцидальних намірів – поставити запитання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?» Пацієнтів з депресією та високим ризиком суїциду терміново скеровують до спеціалізованого стаціонару. У хворих, які за шкалою тривожності HADS мають 8–10 балів, визначають легкий ступінь тяжкості (субклінічна тривога); 11–15 балів – помірний. За відсутності депресії лікування можна починати з призначення сучасних небензодіазепінових анксиолітиків у поєднанні з психотерапією. Фабомотизол у дозі 10 мг призначають тричі на день упродовж 2–4 тиж (до 3 міс). Ефект лікарського засобу розвивається на 5–7-й день, максимальний ефект досягається наприкінці 4-го тижня та по закінченні лікування зберігається в середньому 1–2 тиж. Тривалість лікування і подальшу тактику ведення пацієнта визначають індивідуально. Можливе призначення мебікару/фенібуту, гліциседу, препаратів магнію з вітаміном В<sub>6</sub>, засобів рослинного походження (аксіомедин, лазея тощо) з урахуванням побажань пацієнта та попереднього їхнього використання [13].

Пацієнтам з депресією (помірного або легко-го ступеня за наявності обтяжливих обставин або у разі неефективності заходів немедикаментозної корекції упродовж 2–4 тиж) дерматовенеролог має призначити антидепресанти I ряду. Важливе значення має вміння лікаря проявити емпатію, підтримати пацієнта, на доступному рівні пояснити, що для одужання дуже важливо нормалізувати процеси в нервовій системі, які були порушені внаслідок хвороби, стресу, психотравмуючих подій. Потрібно надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я та необхідної тривалості лікування. Обов'язково слід наголосити на відсутності звикання та виникнення залежності під час лікування антидепресантами, надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу та дотримання режиму лікування. Дозу антидепресанта необхідно титрувати, підвищуючи її за потреби поступово: флуоксетин — 20–60 мг; есциталопрам — 5–20 мг; дулоксетин — 30–120 мг; венлафаксин — 37,5–225 мг.

Зважаючи на те, що ефект від прийому антидепресантів клінічно проявляється через 1–2 тиж, пацієнтам з коморбідною тривожністю, больовим синдромом та/або порушеннями сну можна одночасно призначити прегабалін по 75 мг двічі на добу з подальшим титруванням дози до

300 мг за необхідності. У разі порушень сну також доцільно одночасно призначити тразодон у дозі 50 мг на ніч (1/3 таблетки 150 мг). Позитивний ефект лікування спостерігають у більшості пацієнтів. Важливо наголосити на відсутності звикання і можливості тривалого застосування препарату навіть у пацієнтів старшого віку. Призначити бензодіазепіни не варто, оскільки є інформація про їхню властивість посилювати депресію [13].

Оптимізація медичної допомоги військовослужбовцям відповідно до медичних стандартів НАТО, керівних документів МО і МОЗ України, програмних документів ВООЗ передбачає запровадження принципів пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги та надання проактивної інтегрованої консультативної психіатричної допомоги.

## Висновки

Комплексна оцінка дерматовенерологом психоемоційного стану хворого на псоріаз щодо наявності коморбідних тривожних та/або депресивних розладів за допомогою використання шкали HADS, а також призначення відповідного психотерапевтичного і, за потреби, фармакологічного лікування є важливою складовою ефективною медичної допомоги військовослужбовцям на сучасному етапі.

Матеріали статті використано в рамках дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

**Конфлікту інтересів немає.**

Фінансова підтримка з боку фармацевтичних компаній та грантові ресурси не використовувались.

## Список літератури

- Білий ВЯ, Жаховський ВО, Лівінський ВГ. Воєнно-медична докторина України як основа медичної складової національної безпеки держави. Наука і оборона. 2018;4:8-14.
- Дячук ДД та ін. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу та удосконалення організації медичної допомоги на сучасному етапі (огляд літератури). Клінічна та профілактична медицина. 2023;1:67. doi: 10.31612/2616-4868.1(23).2023.10.
- Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Ласиця ТС. Мультиморбідність як клінічна проблема. Укр кардіол журн. 2019;1:94-104. doi: 10.31928/1608-635X-2019.1.94104.
- Кравченко ВГ, Ємченко ЯО, Кравченко АВ, Дащук АМ. Псоріаз: сучасний стан захворюваності та організаційні заходи. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2022;3-4:42-48. doi: 10.30978/UJDVK2022-3-4-42.
- Кравченко КО, Тімченко ОВ, Ширококов ЮМ. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців — учасників антитерористичної операції: монографія. 2017. Харків, 2017. С. 50-58; 70-72.
- Левченко ФМ, Козак НД. Стан здоров'я військовослужбовців — вагомий чинник боездатності військ. Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Української військово-медичної академії. 2008;24:159-170.
- Маштакова ЮО, Матюшенко ВП. Специфіка психоемоційного стану у військових, хворих на псоріаз / Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Здобутки та проблеми дерматовенерологічної науки в військовий час» 23-24 листопада 2023 р., м. Харків. Дерматологія та венерологія. 2023;3:38.
- Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 04.11.2017 № 391 «Про затвердження Інструкції з диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України на мирний час».
- Наказ Директора Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України від 12.12.2006 № 113 «Про затвердження Методики диспансерного динамічного нагляду при основних захворюваннях та аналізу диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України».
- Огороднійчук ІВ, Нарожнов ВВ, Хижняк МІ. Захворюваність, госпіталізація та працевтрати військовослужбовців Збройних Сил України 2012-2016 рр. Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць УВМА. 2017;15:505-511.
- Остапенко СП. Дерматовенерологічна захворюваність у період локальних воєн та збройних конфліктів. Дерматовенерол. Косметол. Сексопатол. 2017;3-4:26-27.
- Приходько ПІ. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди. Психологія. 2021;1(64):193-215. doi: 10.34142/23129387.2021.64.12.
- Савицький ВЛ, Ткаленко ОМ, Мороз ГЗ. Коморбідні тривожні, депресивні синдроми, посттравматичний стресовий розлад в роботі військового лікаря загальної практики на сучасному етапі: метод. рекомендації. К.: УВМА, 2023. 43 с.

14. Святенко ТВ, Макуріна ІВ, Свистунов ІВ. Дерматовенерологія військового часу: атлас. Вінниця: Нова книга, 2025. 176 с.
15. Сизон ОО, Вольбин СВ, Дашко МО. Аналіз клініко-біохімічних порушень у хворих на псоріаз / Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Клінічний досвід та організаційно-методологічні аспекти української дерматовенерології в умовах воєнного стану (9–10 травня 2024 р., м. Київ). Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;2:38-9.
16. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»: наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.
17. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії». [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015\\_762\\_ukpmd\\_psoriasis.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_762_ukpmd_psoriasis.pdf).
18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад»: наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121. <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>.
19. Alesci A, Lauriano ER, Fumia A, et al. Relationship between immune cells, depression, stress, and psoriasis: could the use of natural products be helpful molecules. 2022;27(6):1953. doi: 10.3390/molecules27061953.
20. Catinean A, Neag MA, Mitre AO, et al. Microbiota and immune-mediated skin diseases-An overview. Microorganisms. 2019;7(9):279. doi: 10.3390/microorganisms7090279.
21. Hidalgo-Cantabrana C, Gómez J, Delgado S, et al. Gut microbiota dysbiosis in a cohort of patients with psoriasis. Br J Dermatol. 2019;181(6):1287-95. doi: 10.1111/bjd.17931.
22. Kouris A, Platsidaki E, Kouskoukis C, Christodoulou C. Psychological parameters of psoriasis. Psychiatr. 2017;28(1):54-9. doi: 10.22365/jpsych.2017.281.54.
23. Krstanović K, Kroflin K, Kroflin L, Kušević Z. Psoriasis and mental health: a psychodermatological approach with an emphasis on psychotherapy. Psychiatr Danub. 2024 ;36(1):7-16. doi: 10.24869/psyd.2024.7.
24. Mantovani A, Gisondi P, Lonardo A, Targher G. Relationship between non-alcoholic fatty liver disease and psoriasis: A novel hepato-dermal axis? Int J Mol Sci. 2016;17(2):217. doi: 10.3390/ijms17020217.
25. Rigas HM, Bucur S, Ciurdac DM, et al. Psychological stress and depression in psoriasis patients – a dermatologist's perspective. Maedica (Bucur). 2019;14(3):287-91. doi: 10.26574/maedica.2019.14.3.287.
26. Rousset L, Halioua B. Stress and psoriasis. Int J Dermatol. 2018;57:1165-72. doi: 10.1111/ijd.14032.
27. Sahi FM, Masood A, Danawar NA, et al. Association between psoriasis and depression: A traditional review. Cureus. 2020;12(8):e9708. doi: 10.7759/cureus.9708.
28. Schade L, Mesa D, Faria AR, et al. The gut microbiota profile in psoriasis: a Brazilian case-control study. Lett Appl Microbiol. 2022;74(4):498-504. doi: 10.1111/lam.13630.
29. Singal A, Lipner SR. A review of skin disease in military soldiers: challenges and potential solutions. Ann Med. 2023;55(2):2267425. doi: 10.1080/07853890.2023.2267425.
30. Szepletowski JC. Wartime dermatovenereology during the military conflict in Ukraine. Postepy Dermatol Alergol. 2023;40(3):467-9. doi: 10.5114/ada.2023.127196.
31. Woo YR, Park CJ, Kang H, Kim JE. The risk of systemic diseases in those with psoriasis and psoriatic arthritis: from mechanisms to clinic. Int J Mol Sci. 2020;21(19):7041. doi: 10.3390/ijms21197041.
32. Yildirim FE, Şeremet S, Afşar FŞ, et al. Evaluation of social anxiety levels and related factors in psoriasis patients: A controlled, cross-sectional study. Noro Psikiyatrs Ars. 2020;57(2):148-53. doi: 10.29399/npa.24854.

V.V. Soliaryk

*Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv*

## Psoriasis in military personnel. Review of literature sources

Psoriasis is one of the most common chronic dermatoses that can be accompanied by various comorbid diseases, affecting the joints, increasing the risk of developing metabolic syndrome, diabetes, Crohn's disease, ulcerative colitis, certain types of cancer, and an increased risk of cardiovascular disease. Patients with psoriasis are highly vulnerable to stress. Their mental and social health should be part of the assessment of the severity of psoriasis.

**Objective** – to summarize and compare information about psoriasis in military personnel.

**Materials and methods.** The search for relevant sources of information on psoriasis in military personnel was carried out in Internet resources using systemic, bibliosemantic and analytical methods. The inclusion criteria were metaanalyses, literature reviews, original studies and official reports in professional publications.

**Results and discussion.** The war in Ukraine has changed the scale of dermatological morbidity. Military personnel are a unique population that is exposed to a combination of adverse living conditions, environmental pollution, skin injuries, which makes them more susceptible to the development of dermatological diseases. The military is currently in a situation that keeps them in a state that can lead to emotional breakdowns. In this regard, they are at high risk of developing mental disorders. During the war, the role of stress, the most important provoking risk factor for psoriasis, is emphasized. Treatment of psoriasis in military personnel is aimed at alleviating acute symptoms, improving the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) index in assessing the clinical manifestations of psoriasis by 75–90 %. Dermatovenereologists have the following competencies regarding mental disorders of their patients: suspect the presence of a mental disorder; establish a syndromic diagnosis; establish a diagnosis of a psychological disorder; refer to a psychiatrist for a consultation; conduct therapy, rehabilitation of severe disorders together with a psychiatrist; treat mild/moderate disorders independently within clinical guidelines and protocols.

---

It is proposed to conduct a questionnaire survey using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of all military personnel with psoriasis who are undergoing treatment or rehabilitation in order to identify comorbid anxiety and/or depressive disorders in them and prescribe appropriate treatment, if necessary.

**Conclusions.** A comprehensive assessment by a dermatovenereologist of the psychoemotional state of a patient with psoriasis, for the presence of comorbid anxiety and/or depressive disorders using the HADS scale, as well as the appointment of appropriate psychotherapeutic and, if necessary, pharmacological treatment is an important component of effective medical care for military personnel at the present stage.

**Keywords:** psoriasis, chronic dermatoses, comorbid diseases, military personnel, anxiety and depressive disorders, HADS scale, PASI index.

---

Стаття надійшла до редакції / *Received* 18.03.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 30.04.2025.

Стаття опублікована / *Published* 26.06.2025.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2025;2:57-65. doi: 10.30978/UJDVK2025-2-57.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2025;2:57-65. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2025-2-57>.

---

*Дані про автора / Author's informations*

**Солярник Володимир Валерійович**, магістр медицини, викладач кафедри медичних дисциплін факультету перепідготовки і підвищення кваліфікації

<https://orcid.org/0009-0004-2061-8286>

01015, м. Київ, вул. Князів Острозьких, 45/1, будівля 33

E-mail: vsolvukr@gmail.com