

# Якість сну у пацієнтів з псоріазом в умовах воєнного часу: вплив соціальних умов та психопатологічна складова

Г.І. Макуріна, Л.О. Городокіна

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

## Резюме.

**Мета:** провести комплексну оцінку якості сну у пацієнтів із псоріазом та осіб без уражень шкірних покривів з урахуванням соціальних умов та потенційної модуляційної ролі психоемоційного навантаження у формуванні патологічного взаємозв'язку.

**Матеріали і методи.** Дане дослідження проведене на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Основну групу пацієнтів склали 60 дорослих осіб з клінічно верифікованим діагнозом «Псоріаз», тоді як група порівняння представлена 30 практично здоровими добровольцями. Для досягнення мети поставленої в дослідженні використано клініко-психодіагностичний метод (шкала депресії (HAM-D), тривоги (HAM-A) Гамільтона) та анкетування (визначення стандартизованого дерматологічного індексу якості життя (DLQI), рівень свербіжів за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), оцінка індексу якості сну (PSQI)).

**Результати.** Основна вибірка представлена переважно чоловіками – 39 осіб (65%) із середнім віком  $46,7 \pm 1,2$  року, тоді як жінки налічували 21 особу (35%) зі середнім віком  $49,8 \pm 1,9$  року. Так, середня інтенсивність свербіжів протягом останньої доби для пацієнтів основної групи склала  $4,8 \pm 0,46$ , а найбільш сильний прояв еквівалентий  $5,2 \pm 0,52$ . Середній показник за PSQI для основної групи склав 9 (6–11), тоді як для групи порівняння – 6 (4,25–7,25). За даними HAM-A та HAM-D, рівні тривоги та депресії у осіб основної групи склали 18 (12–21,5) та 9 (6,75–11) відповідно. Тоді як в умовно здорових осіб загальний бал за HAM-A представлено 19 (12–21) балами, для HAM-D – 2,5 (1–3,75).

**Висновки.** Отже, у сучасній медичній практиці необхідно враховувати порушення сну не лише у пацієнтів із дерматологічними захворюваннями, де перебіг дерматозу та зміни циркадного ритму знаходяться у взаємній модуляції, а й серед цивільного населення, що зазнає впливу війни та хронічного стресу. Це необхідно для розробки комплексних терапевтичних і профілактичних стратегій, спрямованих на покращення якості життя та зменшення ризику розвитку ускладнень.

**Ключові слова:** псоріаз, порушення сну, якість життя, свербіж, тривожність, стрес, кризові умови.

**DOI:** 10.33743/2308-1066-2026-1-27-33

## Вступ

Псоріаз належить до групи хронічних запальних дерматозів, що найчастіше характеризується появою папульозної висипки на шкірі розгинальної поверхні кінцівок, волосистої частини голови [4,6]. Проте розгляд даної нозології лише в контексті уражень шкіри не є коректним в дискурсі сучасної дерматологічної парадигми. Мова йде про те, що в роботі з хворим на псоріаз увага лікаря стосується не лише можливих супутніх уражень суглобів і нігтів, але й численних системних проявів, що зумовлює необхідність комплексного підходу до ведення даного дерматозу.

Так, псоріатична хвороба є цілісним мультифакторіальним процесом, до якого залучаються варіабельні коморбідні стани (метаболічний синдром, серцево-судинна патологія, ураження шлунково-кишкового тракту і, звичайно, психопатологічні прояви), створюючи складне патофізіологічне тло, яке обтяжує перебіг основного захворювання та потенціє його системний вплив [14,16,17]. За даними Вија А. et al. вже на момент встановлення діагнозу у пацієнтів із псоріазом

найчастіше виявляли від двох до чотирьох супутніх станів [15]. У контексті такої мультиморбідності порушення сну, незважаючи на їх значущий вплив на функціональне благополуччя пацієнтів, часто залишаються недостатньо врахованими в клінічній практиці, через що їхній внесок у погіршення загального самопочуття, посилення тривожності, обмеження повсякденної активності та ускладнення перебігу дерматозу зазвичай не розглядається як пріоритетний [2]. У огляді Halioua B. et al. визначено, що в низці досліджень порушення сну у пацієнтів із псоріазом фігурують в межах 0,05% – 77,1% [8]. Окремі публікації визначають взаємовідношення між вираженістю циркадних порушень та тяжкістю дерматозу, його тривалістю та віковими характеристиками [10]. Водночас результати інших досліджень акцентують увагу на характеристиках сну, зокрема у роботі Smith P. et al. вказано, що у хворих на псоріаз провідне значення має якість сну за відсутності суттєвого зв'язку між цим дерматозом і кількісними параметрами дисрегуляції циклу сон–неспанья [5].

Предиктори до порушень режиму та структури сну відзначаються значними коливаннями: від загальної тяжкості дерматозу з урахуванням активності запального процесу, уражень суглобів до інтенсивності свербіжів. Поширеність проблем зі сном у пацієнтів із псоріатичним артритом коливається від 30% до 85% та асоціюється як з порушеннями фізичної функції, больовими відчуттями, так і психопатологічними складовими [11]. Тоді як, при визначенні значимості пруритинозного компоненту серед пацієнтів із псоріазом, група дослідників на чолі з Jaworecka K. et al., визначили, що 39,3% пацієнтів мали епізодичні труднощі із засинанням, 22,7% з них подібні проблеми майже щодня, а 20,3% прокидалися під час сну ледве не щоночі [12]. Таким чином, свербіж та псоріаз, разом із порушеннями сну, формують замкнене патологічне коло, де один фактор підсилює інший. Інтенсивний свербіж погіршує якість сну, а недостатній або фрагментований сон посилює як запальні прояви шкіри, так і детермінує розвиток суб'єктивно значущого дискомфорту. З огляду на вищезазначене, дезорганізація сну впливає на функціонал нервово-гуморальних, імунних процесів, сприяючи залученню гіпоталамо-гіпофізарної-наднирничкової вісі та активації каскаду прозапальних медіаторів [1,3]. Це взаємне посилення створює умови для розвитку порушень і психічного спектру. У дослідженні Leung A. et al., у пацієнтів із псоріазом порушення сну корелювали із статистично достовірно вищими рівнями тривоги та депресії у порівнянні із контрольною групою умовно здорових осіб [13]. Це, в свою чергу, може призводити до індукції прозапальних цитокінів, які посилюють яскравість та інтенсивність перебігу дерматозу, замикаючи «патологічне коло» мультиморбідного стану: псоріаз – свербіж/біль – порушення сну – нервово-гуморально-імунні зміни – психічні порушення – погіршення перебігу псоріазу.

Порушення сну у громадян України та нашого регіону зокрема, набувають особливої актуальності в умовах хронічного стресу, викликаного війною. Дослідження циркадних порушень у цивільного населення в Україні через рік після повномасштабного вторгнення свідчить про те, що 39,4% опитаних мали коротку тривалість сну ( $\leq 6$  год), а 38,5% – симптоми інсомнії [9]. Тоді як серед комбатантів клінічно значуще безсоння реєструвалося у 77,8% осіб з розладами адаптації та у 82,5% з посттравматичним стресовим розладом [7]. Отже, воєнні дії формують додаткове психотравмуюче тло, зокрема підвищений рівень тривожності та невизначеності, перебування в умовах підвищеного ризику, а також можливий досвід втрати близьких чи житла.

Зміни соціального середовища – включно зі стресовими подіями, соціальною ізоляцією або екстремальними обставинами – можуть не лише сприяти розвитку або провокувати загострення ураження шкіри, але й сприяти трансформації особистісного психопатологічного профілю. У пацієнтів із псоріазом, які вже живуть із наявним хронічним тягарем шкірного захворювання, це додатково підвищує ризик розвитку тривожності та депресії, поглиблює порушення сну, а також негативно впливає на якість життя.

Хоча роль соціальних передумов до появи порушень сну у пацієнтів із дерматологічними захворюваннями залишається недостатньо дослідженою, практична

діяльність та реалії сьогодення вказують на їх значний потенційний вплив та обумовлюють потребу у більш глибокому вивченні проблеми та у впровадженні інтердисциплінарного підходу до ведення таких пацієнтів.

**Метою** даного дослідження є проведення комплексної оцінки якості сну у пацієнтів із псоріазом та осіб без уражень шкірних покривів з урахуванням соціальних умов та потенційної модуляційної ролі психоемоційного навантаження у формуванні патологічного взаємозв'язку.

## Матеріали та методи

Дане 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» ЗОР. Основну групу пацієнтів склали 60 дорослих осіб (віком від 18 років) осіб ( $n=60$ ) з клінічно верифікованим діагнозом «Псоріаз», що знаходились в умовах стаціонарного або амбулаторного спостереження в період з 2024–2025 роки.

Критерії виключення:

- Тяжка та гостра соматична патологія (печінкова недостатність, ниркова недостатність, цукровий діабет, нещодавно перенесений інфаркт міокарда, схильність до затримки сечі, глаукома).
- Інша дерматологічна патологія.
- Вік  $< 18$  років.
- Відсутня згода пацієнта на включення в дослідження.

Група порівняння представлена 30 практично здоровими добровольцями ( $n=30$ ), без дерматологічного анамнезу та, відповідно, наявних на момент огляду патологічних процесів на поверхні шкірних покривів. Усі учасники дослідження надали добровільну згоду згоди на участь у даному науковому проекті, відповідно до морально-етичних норм IGH/GCP, Гельсінської декларації (1964 з доповненнями 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 р.р.), Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини та законодавства України.

Аналіз площі та тяжкості ураження шкірних покривів здійснювався за допомогою індексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index), із подальшим визначенням медіанного значення ( $Me$ ), а також першого ( $Q1$ ) і третього ( $Q3$ ) квантилів. Оцінка якості життя пацієнтів досліджуваної вибірки відбувалась із залученням стандартизованої індексу DLQI (Dermatology Life Quality Index) відповідно до наступного розподілу отриманих балів:

- 0–1 – відсутність впливу;
- 2–5 – невеликий ефект;
- 6–10 – вплив середнього ступеню;
- 11–20 – сильний вплив;
- 21–30 – дуже сильний (значний вплив).

Визначення якості сну у пацієнтів проводилося за допомогою Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index). Опитувальник складається з 19 питань для самостійного заповнення, які об'єднані у 7 компонентів: суб'єктивна якість сну, латентність сну, тривалість сну, ефективність сну, порушення сну, застосування снодійних препаратів та денна дисфункція. Кожен компонент оцінено за шкалою від 0 до 3 балів, а сукупна оцінка визначила глобальний

індекс PSQI в діапазоні від 0 до 21. Інтерпретація отриманих результатів ґрунтувалась на тезі, що отриманий бал більше 5 свідчить про незадовільну якість сну.

Інтенсивність пруритинозного компоненту констатовалась за оцінкою візуальної аналогової шкали (ВАШ), де «0» – мінімальна оцінка, що відповідає відсутності зуду та «10» – максимальний антагоністичний показник виразності даного феномену.

Рівень тривоги та депресії оцінювався за шкалами Гамільтона, відповідно HAM-A та HAM-D. Ці шкали не призначені для самостійного заповнення, тому отримані дані є результатом співбесіди із пацієнтом. Ступінь вираженості тривоги як психопатології визначалась у наступних бальних показниках:

0–17 балів – відсутність тривоги;

18–24 бали – середня вираженість тривожного розладу;

>25 балів – виражений тривожний розлад.

Оцінка за HAM-D визначала наступні межі:

0–7 балів – норма;

8–13 балів – легкий депресивний розлад;

14–18 балів – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості;

19–22 балів – депресивний розлад важкого ступеня;

> 23 балів – депресивний розлад дуже важкого ступеня.

Кореляційні співвідношення між наведеними показниками та їх сила проаналізовані за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ( $r$ ) з оцінкою достовірності при  $p < 0,05$ . Статистичну обробку результатів проведено на персональному комп'ютері в програмі «Statistica® for Windows 13.0» (StatSoft Inc., license No JP Z804I382130ARCN10-J).

## Результати досліджень

Першим кроком у даному дослідженні стало визначення гендерно-вікових характеристик серед пацієнтів основної групи. Так, більшість когорти визначеної вибірки представлено чоловіками ( $n=39$ ; 65%) з віковим розподілом в межах від 33 до 62 років та з середнім значенням  $46,7 \pm 1,2$ . Жіноча стать представлена 21 особами (35%) віком від 35 до 65 років, тоді як середній показник склав  $49,8 \pm 1,9$ . Вік як чоловіків, так і жінок в основній вибірці відповідає критеріям середнього віку за класифікацією ВООЗ. Тоді як група порівняння представлена 30 практично здоровими особами, з яких 17 чоловіків ( $n=17$ ; 56,7%) та 13 жінок ( $n=13$ ; 43,3%). Вік даної вибірки коливався в межах від 30 до 59 років, з середнім значенням  $44,1 \pm 1,37$ .

Усі пацієнти основної групи при клінічному огляді відповідають діагнозу L40.0 за МКХ-10, а згідно Уніфікованого клінічного протоколу № 762 Міністерства охорони здоров'я України від 20.11.2015 належать до вульгарного бляшкового псоріазу. Вираженість ураження шкірних покривів при даному дерматозі оцінювалось за допомогою індексу PASI, який загалом склав  $7,25$  ( $5,65-9,12$ ).

На підставі аналізу наданої пацієнтами основної групи медичної документації було додатково ідентифіковано такі коморбідні стани: артеріальна гіпертензія ( $n=12$ ), цукровий діабет ( $n=9$ ), ожиріння ( $n=9$ ), аутоімунний тиреоїдит ( $n=2$ ), тривожний розлад ( $n=3$ ). 45 пацієнтів ( $n=45$ ; 75%) основної групи артикулювали скарги щодо зуду при первинному клінічному огляді.

Тому, свербіж набуває особливого значення як автономний клінічний феномен, що зумовлює доцільність його розгляду як окремої нозологічної одиниці в умовах мультиморбідного фону. Окрім того, при детальному зборі анамнезу було визначено, що частина пацієнтів без відповідних скарг на момент проведення дослідження, все одно мала суб'єктивний дискомфорт в період попередніх загострень дерматозу або в контексті наявного епізоду пояснювала ці зміни іншими синонімічними термінами. Ця теза додатково підкреслює необхідність потенційного врахування алекситимічного компонента в процесі формулювання та інтерпретації суб'єктивних скарг у пацієнтів дерматологічного профілю. Власне тому, уся досліджувана вибірка, незалежно від суб'єктивної симптоматики, отримала низку стандартизованих опитувальників, включно із визначенням інтенсивності свербіжу за візуально-аналоговою шкалою. Так, середня інтенсивність зуду протягом останньої доби для пацієнтів основної групи склала  $4,8 \pm 0,46$ , а найбільш сильний прояв еквівалентий  $5,2 \pm 0,52$ . Таким чином, ці дані демонструють, що для пацієнтів основної групи характерний стабільно помірний свербіж із тенденцією до періодичних загострень, що може впливати на якість життя та потребує врахування цього питання у практичному менеджменті.

Подібна динаміка простежувалась й у контексті порушень сну. Під час первинного клінічного огляду частина пацієнтів самостійно акцентувала увагу на наявних змінах у структурі та якості сну, що свідчило про достатній рівень усвідомлення ними відповідних симптомів. Водночас інша когорта респондентів повідомляла про подібні порушення лише на етапі поглибленого обстеження, зокрема під час заповнення анкети щодо оцінки Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI). Це потенційно вказує як на феномен недостатньої рефлексії щодо власного стану, так і на можливість недооцінювання пацієнтами клінічної значущості окремих симптомів.

Саме тому, враховуючи вищезазначене варто акцентувати увагу на аналізі даного опитувальника як з урахуванням загального балу, так і за кількісною оцінкою окремих компонентів. При розгляді табл. 1., середній показник для основної групи, так і групи порівняння склав 9 (6–11) та 6 ( $4,25-7,25$ ) відповідно. Обидва результати свідчать про незадовільну якість сну як у пацієнтів з псоріатичною хворобою, так і в цивільного населення, що проживає в межах прифронтового регіону. Так, за відсотковим співвідношенням 76,7% основної групи та 56,7% когорти порівняння мають загальний бал за PSQI >5 балів, що відповідає більшості в обох вибірках. Суб'єктивно оцінка сну за останній місяць оцінюється 24 респондентами (40%) з псоріазом як «досить хороший», тоді як 22 особами (36,6%) – як «досить поганий». На відміну від основної групи, більшість здорової популяції за результатами опитування мають «досить хороший» та «дуже добрий» сон у 43,3% ( $n=13$ ) та 30% ( $n=9$ ) випадків.

Пацієнти з псоріазом демонструють зміни латентності та тривалості сну. При інтегральній оцінці часу, необхідного для засинання та частоти епізодів неможливості заснути протягом 30 хвилин, максимальний сумарний бал був зафіксований у 35% ( $n=21$ ) пацієнтів основної групи. На відміну від цих даних, лише 15 здорових осіб, що складає половину досліджуваної

Таблиця 1. Аналіз кількості та якості сну за компонентами Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI) основної групи та групи порівняння

Компонент PSQI та кількість балів	Кількість пацієнтів з відповідними балами, n		Кількість пацієнтів з відповідними балами, у відсотковому відношенні?%		Me (Q1-Q3)	
	Основна група (n=60)	Група порівняння (n=30)	Основна група (n=60)	Група порівняння (n=30)	Основна група (n=60)	Група порівняння (n=30)
Компонент 1. Суб'єктивна якість сну					1 (1-2)	1 (0-1,75)
0	7	9	11,7	30		
1	24	13	40	43,3		
2	22	5	36,6	16,7		
3	7	3	11,7	10		
Компонент 2. Латентність сну (час, необхідний для засинання)					2(1-3)	1 (1-2)
0	3	3	5	10		
1	17	15	28,3	50		
2	19	8	31,7	26,7		
3	21	4	35	13,3		
Компонент 3. Тривалість сну					1 (0-2)	0 (0-1)
0	19	21	31,7	70		
1	22	7	36,6	23,4		
2	10	1	16,7	3,3		
3	9	1	15	3,3		
Компонент 4. Звична ефективність сну (співвідношення часу сну до часу перебування в ліжку)					0	0
0	46	24	76,7	80		
1	5	4	8,3	13,4		
2	4	1	6,7	3,3		
3	5	1	8,3	3,3		
Компонент 5. Порушення сну					2 (1-2)	1 (1-1)
0	2	1	3,3	3,4		
1	27	24	45	80		
2	19	2	31,7	6,6		
3	12	3	20	10		
Компонент 6. Використання снодійних засобів					0 (0-1)	0 (0-2)
0	36	19	60	63,3		
1	12	2	20	6,7		
2	3	4	5	13,3		
3	9	5	15	16,7		
Компонент 7. Дисфункція протягом денного часу					1 (0,5-2)	0 (0-1)
0	15	18	25	60		
1	27	6	45	20		
2	14	4	23,3	13,3		
3	4	2	6,7	6,7		
Загальний бал					9 (6-11)	6 (4,25-7,25)
< 5 балів (задовільна якість сну)	14	13	23,3	43,3		
>5 балів (незадовільна якість сну)	46	17	76,7	56,7		

вибірки отримали бал на рівні «1», що свідчить про мінімальні зміни латентності сну. Показники тривалості та ефективності сну в обох досліджуваних групах характеризуються відносною подібністю. За даними таблиці 1, показники ефективності сну демонструють мінімальні варіації між досліджуваними групами. Встановлено, що у 70% осіб групи порівняння тривалість сну становить 7 годин і більше, тоді як серед пацієнтів із ураженнями шкіри 36,6% мають тривалість сну в межах 6–7 годин. Аналіз показників тривалості сну також засвідчив, що виражені порушення, які проявляються скороченням тривалості сну до менше ніж 5 годин, були виявлені у 15% осіб основної групи та лише у 3,3% учасників групи порівняння. Отримані результати, незважаючи на відсутність переважання даного показника в загальній інтегральній оцінці критерію 3, все одно свідчать про більш виразну поширеність тяжких порушень тривалості сну серед пацієнтів основної групи. Дана теза може вказувати на негативний акцент основного захворювання на механізми регуляції сну. Паралельно з кількісними змінами характеристик сну, при якісній оцінці критерію 5 також спостерігається певна гомогенність структурних характеристик в досліджуваних групах. Аналіз отриманих даних засвідчив, що більшість в обох досліджуваних групах має зміни на мінімальному рівні (1 бал). Проте найбільш виражені порушення були зафіксовані переважно серед пацієнтів із ураженнями шкіри: 31,7% з них набрали 2 бали, а 20% – 3 бали. Аналіз отриманих даних свідчить про більш значущу інтенсивність змін досліджуваного показника в основній групі порівняно з контрольною, акцентуючи на впливі патологічного процесу на шкірі в контексті якісних параметрів циркадного ритму.

Враховуючи, наявність відкритої відповіді в пункті 5j даного опитувальника, а також визначені вище порушення якості сну в обох групах, варто деталізувати відповіді отримані від респондентів щодо опису інших причин порушень періоду сон-активність. Пацієнти основної групи, окрім больових відчуттів, що відображені в пункті 5i акцентували увагу на свербіжі (n=45; 75%) та печінні (n=11; 18,3%). Окрім того, частина респондентів деталізували відповідь в контексті акценту на «загалом тривожні думки» (n=54; 90%), «погані думки щодо майбутнього» (n=22; 36,6%), «думки про смерть» (n=9; 15%) різної інтенсивності в межах опитувальника. Проте в даній групі, наявні порушення сну обґрунтовуються в першу чергу загальним дискомфортом від наявної дерматологічної складової та її впливом на щоденне функціонування. Так, при оцінці кореляційного взаємозв'язку між площею ураження шкіри псоріатичним процесом і порушеннями сну було встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок, що підтверджується коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена  $r = +0,39$  ( $p < 0,05$ ). Це свідчить про те, що ступінь ураження шкірних покривів безпосередньо впливає на якість сну пацієнтів, і, відповідно, оцінка тяжкості дерматозу не обмежується лише дерматологічними проявами, а має системний вплив на психофізіологічний стан хворих.

У свою чергу, група порівняння, попри окремі позитивні відповіді на пункти 5b-5i, у межах реакції на підпункт 5j демонструє домінування саме тривожно-депресивних ідеацій (n=19; 63,3%) в контексті

майбутнього, війни, страху за власне життя та добробут родини на тлі прокидання від вибухів або пострілів. Подальший сон відповідно вже втрачає структурованість, проявляючись частими пробудженнями та фрагментацією сну. Під час цих пробуджень пацієнти повідомляють про нав'язливі думки, пов'язані з війною, а також про постійне звернення до новин на мобільних пристроях. Такий когнітивний та сенсорний вплив, ймовірно, підсилює порушення засинання та підтримує низьку якість сну згідно компонентів PSQI як оціночного інструмента. При цьому рівень використання снодійних засобів, навіть за об'єктивної потреби та дисфункція протягом денного періоду в обох групах залишається на низькому рівні. Це можна пояснити як психофізіологічною адаптацією до хронічного стресу та нестабільних умов життя, так і формуванням підсвідомих механізмів мобілізації ресурсів організму, коли високий рівень тривожності та постійна необхідність бути уважним протягом дня змушують пацієнтів підтримувати функціональну активність, незважаючи на порушення нічного сну. У будь-якому випадку, це призводить до переведення даної проблеми в розріз хронічного, персистуючого стану, як для умовно здорових осіб, що проживають в умовах прифронтового регіону, так і відповідно пацієнтів із псоріазом формуючи додатковий клініко-мультиморбідний тягар.

Окремої уваги заслуговує вплив умов життя та порушень сну на якість життя у пацієнтів із псоріазом. За оцінкою DLQI загальний бал склав 10,5 (5,5–14,75), що відповідає верхній межі середнього впливу на функціонування таких осіб. Отримані дані за розрахуванням коефіцієнту кореляції Спірмена (+0,57 ( $r=0,57$ ,  $p<0,05$ )) свідчать про наявність прямої кореляції помірної сили між порушенням сну та якістю життя серед пацієнтів основної групи.

Враховуючи важливість психопатологічних чинників як для перебігу дерматозу у пацієнтів основної групи, так і для впливу на якість життя умовно здорових осіб, які проживають у районах, наближених до зон бойових дій, слід звернути особливу увагу на рівні тривоги та депресії в обох когортах. Так, за даними, психометричних інструментів HAM-A та HAM-D, рівні тривоги та депресії у осіб основної групи склали 18 (12–21,5) та 9 (6,75–11) відповідно. Тоді як в умовно здорових осіб загальний бал за HAM-A представлено 19 (12–21) балами, для HAM-D – 2,5 (1–3,75).

Таким чином, у контингенті обох груп відзначається помірний рівень проявів тривоги, тоді як стани депресивного спектру значно відрізняються в бік їх активності серед осіб з псоріазом. Це може свідчити про специфічний психоемоційний профіль основної групи, де тривожно-депресивна коморбідність є домінуючою, на відміну від вибірки здорових осіб, що демонструють акцент на ізолюваному тривожному афекті. При оцінці взаємозалежності між отриманими загальними балами за PSQI та психопатологічною компонентою у вигляді HAM-A/HAM-D встановлено, що в основній групі порушення сну та тривога представлені достовірно помірною прямою залежністю ( $r=0,51$ ,  $p<0,05$ ), а депресивні компоненти корелюють в контексті прямої слабкої взаємодії ( $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ). Для групи порівняння вищезазначені характеристики визначені як помірною прямою кореляцією для тривоги ( $r=0,40$ ,  $p<0,05$ ) та слабкою позитивною кореляцією ( $r=0,36$ ,  $p>0,05$ ) для депресивної

симптоматики, проте остання без статистично доведеної достовірності. Отримані результати свідчать про полімодальну природу порушень сну як у пацієнтів із дерматологічною патологією, так і у здорових осіб. Тому, у пацієнтів із псоріазом спостерігається психоемоційна дисрегуляція, яка у поєднанні з впливом екстремальних соціальних стресорів, зокрема проживанням у зоні воєнного конфлікту, формує додаткове патогенетичне навантаження, поглиблюючи як перебіг основного дерматологічного нозології, так і порушуючи ритм сон-бадьорість. Проте в даних умовах, навіть цивільні особи без уражень шкіри демонструють порушення якості сну та підвищену тривожність, що свідчить про суттєвий вплив наведених вище чинників на здоров'я населення в цілому.

Отже, створення диференційованої стратегії ведення порушень сну потребує акценту на інтегративному підході, який враховує не лише дерматологічну складову, а й психоемоційний стан пацієнта, соціальні чинники та особливості когнітивно-поведінкових механізмів регуляції сну. Такий підхід сприятиме формуванню персоналізованих терапевтичних і психопрофілактичних інтервенцій, спрямованих на покращення якості сну та зниження ризику розвитку вторинних дерматологічних і психосоматичних ускладнень.

## Висновки

1. При оцінці якості сну з'ясовано, що медіанні значення у хворих на псоріаз згідно показників PSQI

## Список літератури

- Keenan E.L., Granstein R.D. Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety. *Acta Physiol (Oxf)*. 2025. Vol. 241(3). P. e70019. doi: 10.1111/apha.70019.
- Multimorbidity of Psoriasis: A Large-Scale Population Study of Its Associated Comorbidities / M. Almenara-Blasco, T. Gracia-Cazaña, B. Poblador-Plou, et al. *J Clin Med*. 2024. Vol. 13(2). P. 492. doi: 10.3390/jcm13020492.
- Nowowiejska J., Baran A., Flisiak I. Mutual Relationship Between Sleep Disorders, Quality of Life and Psychosocial Aspects in Patients With Psoriasis. *Front Psychiatry*. 2021. N. 12. P. 674460. doi: 10.3389/fpsy.2021.674460.
- Psoriasis / C.E.M. Griffiths, A.W. Armstrong, J.E. Gudjonsson et al. *Lancet*. 2021. Vol. 397(10281). P. 1301–1315. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
- Psoriasis and Sleep Disturbance: A US Population-Based Study Using the NHANES Database / P. Smith, J.Q. Jin, R.K. Spencer et al. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024. Vol. 14(8). P. 2277–2283. doi: 10.1007/s13555-024-01211-2.
- Psoriasis: From Pathogenesis to Pharmacological and Nano-Technological-Based Therapeutics / R.G. Petit, A. Cano, A. Ortiz et al. *Int J Mol Sci*. 2021. Vol. 22(9). P. 4983. doi: 10.3390/ijms22094983.
- Probable trauma-associated sleep disorder among Ukrainian combatants with stress-related mental disorders / D.I. Boiko, A. Shkodina, M.E. Uddin et al. *Sleep Med*. 2025. N. 136. P. 106803. doi: 10.1016/j.sleep.2025.106803.
- Sleep Disorders and Psoriasis: An Update / B. Halioua, C. Chelli, L. Misery et al. *Acta Derm Venereol*. 2022. Vol. 102: adv00699. doi: 10.2340/actadv.v102.1991.
- Sleep Duration, Insomnia, and Associated Factors Among Ukrainians 1 Year After Russia's Full-Scale Invasion / S. Wang, M.H. Hicks, E. Barrett et al. *Psychosom Med*. 2024. Vol. 86(8). P. 690–699. doi: 10.1097/PSY.0000000000001337.
- Sleep in psoriasis: A meta-analysis / M. Guo, J. Su, S. Zheng et al. *J Psychosom Res*. 2024. N. 176:111543. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111543.
- Sleep Problems in Patients With Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review and Metaanalysis / C. Grant, M. Woodbury, M. Skougaard et al. *J Rheumatol*. 2023. Vol. 50(12). P. 1594–1609. doi: 10.3899/jrheum.2022-1169.
- The Impact of Pruritus on the Quality of Life and Sleep Disturbances in Patients Suffering from Different Clinical Variants of Psoriasis / K. Jaworecka, M. Rzepko, L. Marek-Józefowicz et al. *J Clin Med*. 2022. Vol. 11(19). P. 5553. doi: 10.3390/jcm11195553.
- The Impact of Psoriasis on Sleep Quality: Examining the Relationship Between Psoriasis, Sleep, and Mental Health / A. Leung, K. Haran, G. Marquez-Grap et al. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025. Vol. 15(8). P. 2247–2254. doi: 10.1007/s13555-025-01449-4.
- Taliercio M., Lebwohl M. Psoriasis Comorbidities and Their Treatment Impact. *Dermatol Clin*. 2024. Vol. 42(3). P. 405–416. doi: 10.1016/j.det.2024.02.007.
- The Prevalent Comorbidity at the Onset of Psoriasis Diagnosis / A. Buja, A. Miatton, C. Cozzolino, et al. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023. Vol. 13(9). P. 2093–2105. doi: 10.1007/s13555-023-00986-0.
- Vizir V.A., Makurina G.I. Features of arterial hypertension course in patients with psoriasis. *Zaporozhye Medical Journal*. 2017. Vol. 19(2). P. 129–134. doi: 10.14739/2310-1210.2017.2.95559.
- Yamazaki F. Psoriasis: Comorbidities. *J Dermatol*. 2021. Vol. 48(6). P. 732–740. doi: 10.1111/1346-8138.15840.

склали 9 (6–11), тоді як у групі порівняння – 6 (4,25–7,25). Узагальнені характеристики та детальний розгляд окремих компонентів Піттсбурзького індексу якості сну засвідчили наявність суттєвих порушень кількісних і якісних параметрів сну як у осіб з дерматозом, так і серед представників цивільного населення без захворювань шкіри, що проживають в умовах прифронтового регіону.

2. У представників обох досліджуваних груп виявлено помірний рівень тривожних проявів (за НАМ-А – 18 (12–21,5) та 19 (12–21) відповідно), тоді як депресивні стани суттєво переважають серед пацієнтів саме із псоріазом (за НАМ-D – 9 (6,75–11)). Така різниця свідчить про специфічний психоемоційний профіль основної групи, для якого характерна домінуюча тривожно-депресивна коморбідність, на відміну від вибірки умовно здорових осіб, де переважає ізольований тривожний афект.

3. Отже, у сучасній медичній практиці необхідно враховувати порушення сну не лише у пацієнтів із дерматологічними захворюваннями, де перебіг дерматозу та зміни циркадного ритму знаходяться у взаємній модуляції, а й в цілому серед цивільного населення, що зазнає впливу війни та хронічного стресу. Це необхідно для розробки комплексних терапевтичних і профілактичних стратегій, спрямованих на покращення якості життя та зменшення ризику розвитку ускладнень.

Конфлікт інтересів: відсутній.

## References

- Keenan EL, Granstein RD. Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety. *Acta Physiol (Oxf)*. 2025;241(3): e70019. doi: 10.1111/apha.70019.
- Almenara-Blasco M., Gracia-Cazaña T., Poblador-Plou B., et al. Multimorbidity of Psoriasis: A Large-Scale Population Study of Its Associated Comorbidities. *J Clin Med*. 2024; 13(2):492. doi: 10.3390/jcm13020492.
- Nowowiejska J, Baran A, Flisiak I. Mutual Relationship Between Sleep Disorders, Quality of Life and Psychosocial Aspects in Patients With Psoriasis. *Front Psychiatry*. 2021;12:674460. doi: 10.3389/fpsy.2021.674460.
- Griffiths C.E.M., Armstrong A.W., Gudjonsson J.E. et al. Psoriasis. *Lancet*. 2021; 397(10281):1301–1315. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
- Smith P., Jin J.Q., Spencer R.K. et al. Psoriasis and Sleep Disturbance: A US Population-Based Study Using the NHANES Database. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024;14(8):2277–2283. doi: 10.1007/s13555-024-01211-2.
- Petit R.G., Cano A., Ortiz A. et al. Psoriasis: From Pathogenesis to Pharmacological and Nano-Technological-Based Therapeutics. *Int J Mol Sci*. 2021;22(9):4983. doi: 10.3390/ijms22094983.
- Boiko D.I., Shkodina A., Uddin M.E. et al. Probable trauma-associated sleep disorder among Ukrainian combatants with stress-related mental disorders. *Sleep Med*. 2025;136:106803. doi: 10.1016/j.sleep.2025.106803.
- Halioua B., Chelli C., Misery L. et al. Sleep Disorders and Psoriasis: An Update. *Acta Derm Venereol*. 2022;102:adv00699. doi: 10.2340/actadv.v102.1991.
- Wang S., Hicks M.H., Barrett E. et al. Sleep Duration, Insomnia, and Associated Factors Among Ukrainians 1 Year After Russia's Full-Scale Invasion. *Psychosom Med*. 2024;86(8):690–699. doi: 10.1097/PSY.0000000000001337.
- Guo M., Su J., Zheng S. et al. Sleep in psoriasis: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2024;176:111543. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111543.
- Grant C., Woodbury M., Skougaard M. et al. Sleep Problems in Patients With Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2023;50(12):1594–1609. doi: 10.3899/jrheum.2022-1169.
- Jaworecka K., Rzepko M., Marek-Józefowicz L. et al. The Impact of Pruritus on the Quality of Life and Sleep Disturbances in Patients Suffering from Different Clinical Variants of Psoriasis. *J Clin Med*. 2022;11(19):5553. doi: 10.3390/jcm11195553.
- Leung A., Haran K., Marquez-Grap G. et al. The Impact of Psoriasis on Sleep Quality: Examining the Relationship Between Psoriasis, Sleep, and Mental Health. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025;15(8):2247–2254. doi: 10.1007/s13555-025-01449-4.
- Taliercio M., Lebwohl M. Psoriasis Comorbidities and Their Treatment Impact. *Dermatol Clin*. 2024;42(3):405–416. doi: 10.1016/j.det.2024.02.007.
- Buja A., Miatton A., Cozzolino C., et al. The Prevalent Comorbidity at the Onset of Psoriasis Diagnosis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(9):2093–2105. doi: 10.1007/s13555-023-00986-0.
- Vizir V.A., Makurina G.I. Features of arterial hypertension course in patients with psoriasis. *Zaporozhye Medical Journal*. 2017;19(2):129–134. doi: 10.14739/2310-1210.2017.2.95559.
- Yamazaki F. Psoriasis: Comorbidities. *J Dermatol*. 2021; 48(6):732–740. doi: 10.1111/1346-8138.15840.

**SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS DURING WARTIME:  
IMPACT OF SOCIAL CONDITIONS AND PSYCHOPATHOLOGICAL COMPONENT****Makurina H. I., Horodokina L. O.**

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia

**Abstract. Objective:** To conduct a comprehensive assessment of sleep quality in patients with psoriasis and individuals without skin lesions, taking into account social conditions and the potential modulatory role of psycho-emotional stress in the formation of pathological interrelations

**Materials and methods.** This study was conducted at the Department of Dermatovenereology and Aesthetic Medicine of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University. The main group included 60 adult patients with a clinically verified diagnosis of psoriasis, while the comparison group consisted of 30 practically healthy volunteers. To achieve the study objectives, a clinical and psycho-diagnostic approach was applied (Hamilton Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale) along with a questionnaire-based assessment, including the standardized Dermatology Life Quality Index, pruritus intensity using the Visual Analog Scale, and evaluation of sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index.

**Results.** The main cohort was predominantly represented by men – 39 individuals (65%) with a mean age of  $46.7 \pm 1.2$  years, while women accounted for 21 individuals (35%) with a mean age of  $49.8 \pm 1.9$  years. The mean pruritus intensity during the last 24 hours among patients in the main group was  $4.8 \pm 0.46$ , with the most severe manifestation reaching  $5.2 \pm 0.52$ . The median PSQI score for the main group was 9 (6–11), whereas in the comparison group it was 6 (4.25–7.25). According to the HAM-A and HAM-D scales, anxiety and depression levels in the main group were 18 (12–21.5) and 9 (6.75–11), respectively. In contrast, among the conditionally healthy individuals, the total HAM-A score was 19 (12–21), and the HAM-D score was 2.5 (1–3.75).

**Conclusions.** Thus, in contemporary medical practice, it is necessary to consider sleep disturbances not only in patients with dermatological diseases, where dermatosis progression and changes in circadian rhythm are mutually modulatory, but also among the general population exposed to the effects of war and chronic stress. This consideration is essential for the development of comprehensive therapeutic and preventive strategies aimed at improving quality of life and reducing the risk of complications.

**Keywords:** psoriasis, sleep disorders, quality of life, pruritus, anxiety, stress, crisis conditions

Стаття надійшла до редакції 10.01.2026 р.

Стаття рекомендована до опублікування 17.03.2026 р.

Стаття опублікована 10.04.2026

**Відомості про авторів:**

**Макуріна Галина Іванівна** – доктор мед. наук, професор, зав. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.

**ORCID ID: 0000-0002-3293-2748**

**Городокіна Лілія Олексіївна** – доктор філософії, доцент кафедри дерматовенерології та естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

**ORCID ID: 0000-0002-3057-8685**