

DOI 10.26886/2523-6946.2(3)2018.5

UDC 616.53-002.282+616.517]:036.17-008.9-092

**«LIFE QUALITY» INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC  
DERMATOSIS**

**<sup>1</sup>L. V. Kuts, MD, PhD, DSc, Associate Professor**

**<sup>1</sup>Anas Atalla Salem Sarayreh**

**<sup>2</sup>I. V. Ashanina, MD, PhD, Associate Professor**

**<sup>2</sup>O. S. Sovirda, MD, PhD, Associate Professor**

**<sup>2</sup>K. A. Mykhailuk**

**<sup>2</sup>L. A. Dzygal**

<sup>1</sup>Medical Institute Sumy State University, Ukraine, Sumy

<sup>2</sup>Odessa National Medical University, Ukraine, Odessa

*The subject of the study – the analysis of «life quality» indicators in patients with chronic dermatosis. The purpose of a work is to compare «life quality» indicators in patients with rosacea and psoriasis with complicated and uncomplicated forms of the disease. The research is conducting with the WHOOL-BREF Quiz – an analysis of four basic spheres, characterizing different aspects of life quality indicators of patients with rosacea and psoriasis testifies to reliable differences of the majority of scores in examined patients, comparing with average scores in «healthy people»; more pronounced differences were mentioned in complicated forms of these and others dermatosis.*

*Keywords : rosacea, psoriasis, demodecosis, arthropathia, life quality.*

*<sup>1</sup>Л. В. Куц, доктор медицинских наук, доцент; <sup>1</sup>Сарайрех Анас Аталла Салем; <sup>2</sup>И. В. Ашанина, кандидат медицинских наук, доцент; <sup>2</sup>О. С. Совирда, кандидат медицинских наук; <sup>2</sup>К. А. Михайлюк; <sup>2</sup>Л. А. Дзигал. Показатели «качества жизни» у больных хроническими дерматозами / <sup>1</sup>Медицинский институт Сумского государственного*

университета, Украина, Сумы; <sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет, Украина, Одесса

*Предмет исследования – анализ показателей качества жизни у больных хроническими дерматозами. Цель работы – сравнить показатели качества жизни больных розацеа и псориазом с осложненными и не осложненными формами течения заболевания. Проведение с помощью опросника ВОЗ (WHOQOL-BREF) – анализа 4 основных сфер, характеризующих различные аспекты качества жизни больных розацеа и псориазом свидетельствует о достоверных отличиях по большинству изученных показателей у обследованных больных по сравнению со среднестатистическими коэффициентами у «здоровых лиц»; более выраженные отличия наблюдались при осложненных формах этих и других дерматозов.*

*Ключевые слова: розацеа, псориаз, демодекоз, артропатия, качество жизни.*

В конце 70-х годов XX столетия возрос интерес к влиянию т. н. показателей качества жизни на заболевания человека, в том числе – хронические дерматозы. С этого периода собственно и появился данный термин, и по данным J. G. Kruger et A. Bowcock [7] под ним следует понимать интегральный показатель, отражающий качество не только психического и физического, но и социального, ролевого или функционально-ассоциированного образа жизни человека.

Сформированная ВОЗ концепция исследования качества жизни рекомендует определять индивидуальное соотношение человека в жизни общества в контексте культуры, различных систем ценностей с целями данного человека, его планами, возможностями, при этом основными составляющими данной концепции применительно к исследованиям больных являются:

- 1) участие самого больного в оценке его состояния;
- 2) составление полной и объективной картины болезни врачом, проводимых методом исследования качества жизни в сравнении с традиционным медицинским заключением;
- 3) изменяемость во времени – осуществление постоянного контроля за состоянием больного применительно к критериям качества жизни и, при необходимости, проведения коррекции различными методами;
- 4) многомерность: оценка информации о различных сферах жизнедеятельности человека, в том числе социальной, духовной и финансовой.

Учет этих критериев позволяет составить целостный взгляд на человека, и это позволяет в большей степени из объекта медицинского вмешательства рассматривать пациента как субъект процесса лечения, справедливо требующего улучшения хотя бы качества жизни, если не удастся достичь радикального излечения.

**Цель работы** – сравнить показатели качества жизни больных розацеа и псориазом с осложненными и не осложненными формами течения заболевания.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 41 больной с псориазом (в том числе – 19 с артропатической формой) и 37 больных с розовыми угрями (в том числе – у 12 с одновременным выявлением демодекоза).

С целью оценки показателя качества жизни пациентов использовался официально принятый в мире «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» (WHOQOL-BREF), в который включены 4 сферы вопросов, на которые больной должен самостоятельно дать ответ в плане оценки состояния своего здоровья и других сфер своей жизни, при этом он выбирает ответ, который ему покажется наиболее

подходящим. Если больной не уверен как ответить на вопрос, по мнению специалистов, в этом случае первый ответ, который «придет ему в голову», часто бывает наилучшим. Оценивается качество жизни больного в течение последних четырех недель.

Оценка в условных баллах (у. б.) определенных критериев (сфер), касающихся качества жизни больного приводятся в разделе «материалы исследований». Статистическая обработка результатов исследований проведена при помощи лицензионной программы «Statistic 6.0».

**Результаты и их обсуждение.** Применительно к болевым ощущениям, анализируемым в опроснике ВОЗ о качестве жизни в отношении наблюдавшихся нами пациентов данный вид ноцицептивных ощущений отмечался у больных с артропатическим псориазом. При этом заболевании на коже преимущественно наблюдались монетовидные и кольцевидная формы с типичными высыпаниями, характерными для псориаза: папулы, покрытые серебристыми чешуйками с проявлением триады Аушпица, а у ряда пациентов – и феномена Кебнера (выявлена определенная тенденция более частого возникновения артропатического псориаза у пациентов с наличием этого феномена). В данной группе больных проводился статистический сравнительный анализ показателей качества жизни у пациентов с наличием и при отсутствии поражения суставов. Применительно к ноцицептивным проявлениям у больных с розовыми угрями болевых ощущений не выявлено, и в соответствующем критерии опросника ВОЗ оценивались иные ноцицептивные ощущения, которые имели место у данных пациентов (зуд, жжение, парестезии; у ряда пациентов с выявлением клеща рода *Demodex* отмечались более выраженные психоэмоциональные нарушения,

возможно, связанные с психологическим воздействием того, что у них найден клещ на коже).

Относительно поражения суставов при артропатическом псориазе наблюдавшихся преимущественно у лиц молодого возраста (от 19 до 22 лет) у всех пациентов вначале появлялись периодические артралгии в дистальных суставах (пальцев стоп и кистей), которые постепенно приобретали постоянный характер, а у 12 – распространялись и на другие суставы (голеностопные, коленные, тазобедренные, плечевые). Поражения нередко напоминали ревматоидный артрит, и поэтому больные консультировались у ревматолога и рентгенолога, при этом на рентгенограммах выявлялись признаки околосуставного остеопороза, сужение суставных щелей, кистозные просветления костной ткани.

Анализ 26 вопросов 4 основных сфер характеризующих качество жизни человека показал некоторые отличия у больных псориазом и розацеа, по сравнению со «здоровыми» лицами, в том числе при наличии осложненных форм при этих заболеваниях, и эти отличия имели различные степени достоверности.

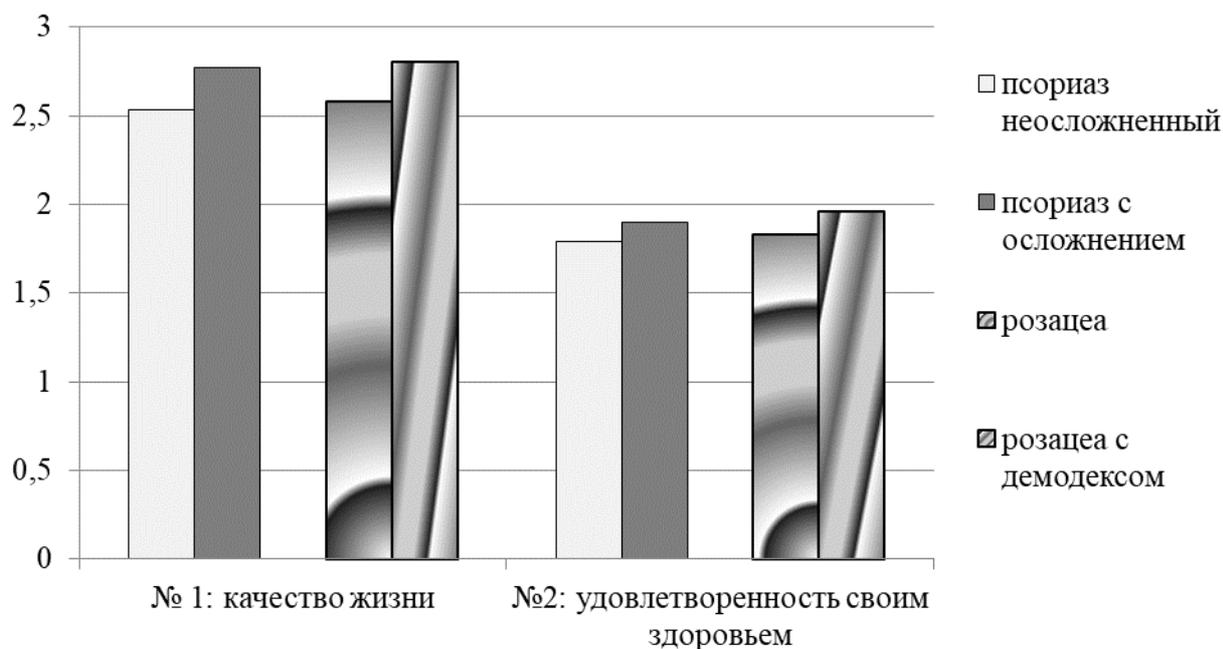
Так, при анализе 1-й сферы (вопросы № 1-2) в условных баллах (у. б.) получены следующие ответы.

На вопрос № 1: «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» (очень плохо – 1 у. б., плохо 2 у. б., ни плохо, ни хорошо – 3 у. б., хорошо – 4 у. б., очень хорошо – 5 у. б.), как больные с псориазом, так и больные с розацеа ответили или как – «плохо» или как «ни плохо, ни хорошо»; при этом средние условные баллы (суммы баллов от предварительного сложения умножения количества больных на степень оценки показателя) не отличались достоверно у больных с наличием или без наличия осложнений заболевания ( $p>0,05$ ); на

рисунках средняя степень значений соответствующих показателей приведена в у. б.

С учетом того, что средний показатель от суммы количественной оценки в у. б. для общего показателя (1 + 2 + 3 + 4 + 5) составляет 3,0 у больных при обеих дерматозах (розацеа, псориаз) при осложненном и не осложненном вариантах их течения этот коэффициент снижается, но не имеет достоверного отличия как от среднего коэффициента опросника, так и между этими формами заболеваний ( $p > 0,05$ ).

Второй показатель (вопрос № 2: удовлетворенность состоянием своего здоровья) снижается еще в большей степени, при этом он имеет достоверное отличие ( $p < 0,05$ ) от среднего коэффициента. Несомненно, ведущим фактором, влияющим на эти показатели жизни является наличие высыпаний на участках кожи, заметных для окружающих людей (лицо, кисти) так называемый «косметологический стресс-фактор».



**Рис. 1. Оценка (у. б.) степени удовлетворенности качеством жизни и состоянием здоровья больных псориазом и розацеа**

Анализ ответов на вопросы № 3 – 9 (рис. 2) 2-й сферы, характеризующей в какой степени больные испытывали определенные состояния в течении последних четырех недель, показал определенные отличия в зависимости от вида этих состояний (как от среднестатистического показателя, так и между этими формами заболевания).

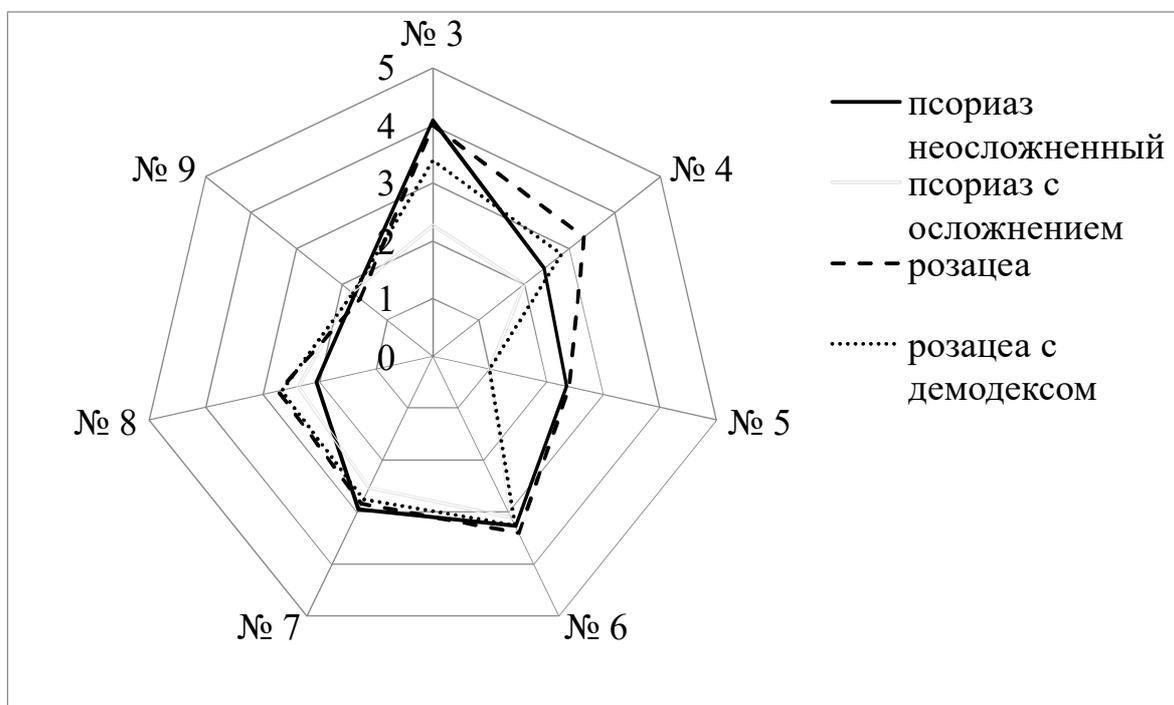
Так, при артропатическом псориазе физические боли (вопрос № 3) достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще мешали больным исполнять свои обязанности, в отличие от больных без поражений суставов; этот показатель при артропатическом псориазе достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался и от среднего коэффициента оценки ответов на данный вопрос. В отношении этого вопроса у больных розацеа, как указывалось выше, оценивалась не боль, а иное ноцицептивное ощущение – зуд, при этом соответствующие показатели у больных розацеа без выявления клещей *Demodex* и при их наличии так же отличались достоверно ( $p < 0,05$ ).

Больные псориазом (особенно при артропатической форме) достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем больные розацеа, нуждались в какой-либо помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни (вопрос № 4), что объясняется локализацией высыпаний на коже при псориазе в участках тела, где больной не сможет их смазывать лекарственными формами без посторонней помощи. Этими же обстоятельствами можно объяснить и достоверное ( $p < 0,05 - 0,001$ ) снижение показателя при ответе на вопрос №5 «Насколько Вы довольны своей жизнью?». В тоже время, на показатель сформулированный в вопросе № 6 этой сферы («Насколько Ваша жизнь наполнена смыслом?») эти обстоятельства

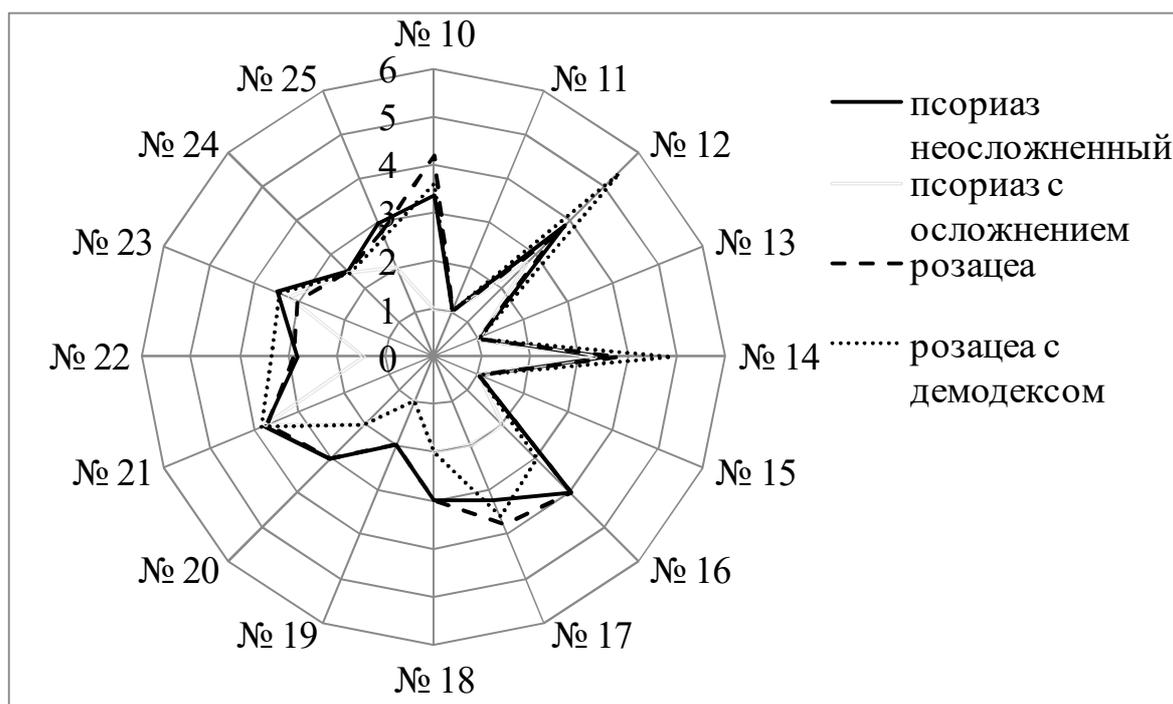
практически не повлияли, и они достоверно не отличались от среднестатистического ( $p > 0,05$ ).

На вопросы № 7 – 9 2-й сферы («Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?»; «Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?»; «Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?») у обеих групп больных дерматозами отмечались примерно одинаковые степени снижения показателей оценки на эти вопросы, достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще измененные, по сравнению со средними коэффициентами их оценки (рис. 2).

На вопросы №№ 11 - 25 3-й сферы (насколько больные ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течении последних четырех недель) были ответы в различной степени отличающиеся как от среднестатистического коэффициента, так и в зависимости от форм псориаза или розацеа (рис. 3).



**Рис. 2. Оценка (у. б.) состояния здоровья больных псориазом и розацеа в течение последних четырех недель (2-я сфера)**



**Рис. 3. Оценка (у. б.) состояния выполнения определенных функций больных псориазом и розацеа в течение последних четырех недель (3-я сфера)**

Так, на такие взаимосвязанные вопросы как №11 («Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?») и №19 («Насколько Вы довольны собой?») все больные ответили «Совершенно не удовлетворен», что достоверно ниже ( $p < 0,001$ ) среднестатистического значения ответов на этот вопрос; такую же оценку сделали все больные с осложненными формами заболевания ( $p < 0,001$ ); больные с неосложненными формами псориаза и розацеа на этот вопрос ответили «Не удовлетворен», что так же статистически достоверно отличается как от среднего показателя ( $p < 0,05$ ), так и от показателей внутри этих групп при разных формах течения заболеваний ( $p < 0,01$ ).

Вторая подгруппа вопросов 3-й сферы (так сказать «финансового плана») так же связана с проблемой наличия заболеваний кожи у опрашиваемых и необходимостью их длительного лечения и проведения мероприятий реабилитационного и профилактического характера. Оценка в у. б. ответов на вопросы №12 («Достаточно ли у

Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?»), №14 («В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?»), № 15 («Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?»), № 23 («Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?»), №24 («Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?»), № 25 («Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?») и, соответственно, показатели, выявленные при обследовании больных достоверно отличались от среднестатистических, а по отдельным из них – и между различными формами течения псориаза и розацеа.

Достоверно отличались от среднестатистических показателей ответы и на 3-ю группу вопросов 3-й сферы (т. с. – «личностные», рис. 3), и это относилось к ответам на такие вопросы как №10 («Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?»), № 13 («Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?»), № 16 («Насколько Вы удовлетворены своим сном?»), № 17 («Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?»), № 18 («Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?»), № 20 («Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?»), № 21 («Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?»), № 22 («Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?»).

На вопрос № 26 4-й сферы (насколько часто у больных были отрицательные переживания – плохое настроение, тревога, депрессия), все обследованные ответили – «Очень часто» (1 у. б.), что так же достоверно отличается от среднестатистического показателя оценки ответов на этот вопрос (3 у. б.) –  $p < 0,001$ .

Наши данные и значительное количество других исследований [1-6] подтверждают взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией таких заболеваний как псориаз и розовые угри, что дает основания для внесения их в группу психосоматических заболеваний.

Высокий уровень психоэмоциональных расстройств (беспокойство, депрессии, нарушения сна) наблюдается, прежде всего, в периоды обострения или рецидивов данных дерматозов. Нередко эти состояния приводят к психологической дезадаптации, конфликтности пациентов в быту и на работе. Возможно также развитие невроза навязчивых состояний, снижение способности противостоять стрессам и их последствиям (в том числе факторам, которые обозначены в опроснике ВОЗ – финансовым, социальным проблемам и т. п.).

Предварительные данные в отношении оценки показателей качества жизни по данной методике при других хронических дерматозах (атопический дерматит – 35, алопеция – 17, угревая болезнь – 21) показывает примерно такую же степень отклонений по приведенным выше показателям, что может свидетельствовать о влиянии общих механизмов на них.

**Выводы.** Оценка качества жизни больных розацеа и псориазом с помощью опросника ВОЗ «WOOOL – BREEF» позволяет выявить достоверные отличия (по сравнению со среднестатистическими коэффициентами) показателей, характеризующих удовлетворенность состоянием их здоровья в целом, степени испытанного определенных состояний в течении последних четырех недель, способности выполнять определенные функции, переживаний определенных состояний. Эти отличия в большей степени отмечались при осложненном течении псориаза (артропатия) и розацеа (выявление

клещей Demodex). Важными факторами, влияющими на ухудшение качества жизни больных указанными дерматозами, является наличие высыпаний на видимых другими людьми участках кожи («косметологический» стресс-фактор), наличие субъективных ощущений (боли в суставах при артропатическом псориазе, зуд при розацеа – «ноцицептивный стресс»), выявление клещей Demodex на коже («психогенный стресс»), необходимость длительного и нередко дорогостоящего лечения, профилактики и реабилитации («финансово-социальный стресс»). Соответственные данные врачам необходимо учитывать при оказании комплекса мер по медицинской помощи не только больным розацеа и псориазом, но и при других хронических дерматозах (атопический дерматит, алопеция, угревая болезнь и др).

#### **Литература:**

1. Адашкевич В. П. *Акне вульгарные и розовые*. М.: Медицинская книга, 2005. 160 с.
2. Самцов А. В. *Акне и Акнеформные дерматозы*. М.: ООО «ЮТКОМ», 2009. 288 с.
3. Якубович А. И., Новицкая Н. Н. Псориаз и качество жизни: психосоматические аспекты. *Психические расстройства в общей медицине*. 2010. № 3. С. 21-24.
4. Bolognia Jean L., Joseph L. Jorizzo, Julie V. Schaffer. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012, 2776 p.
5. Deb Willis. *Cosmetology and Dermatology*. New York: Hayle Medical, 2016. 247 p.
6. Klaus Wolff, Richard Johnson. *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology: Sixth Edition [6 ed.]*. New York: McGraw-Hill McGraw-Hill Professional, 2009, 1153 p.

7. Kruger J. G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann. Rheum. Dis.* 2005. V. 64. P. 30-36.

**References:**

1. Adaskevich V. P. (2005). *Akne vul'garnye i rozovye*. Moscow: Medicinskaja kniga.

2. Samcov A. V. (2009). *Akne i Akneformnye dermatozy*. Moscow: OOO YUTKOM.

3. Jakubovich A. I., Novickaja N. N. (2010). Psoriaz i kachestvo zhizni: psihosomaticheskie aspekty. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*, 3, 21-24.

4. Bologna Jean L., Joseph L. Jorizzo, Julie V. Schaffer. (2012). *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.

5. Deb Willis. (2016). *Cosmetology and Dermatology*. New York: Hayle Medical.

6. Klaus Wolff, Richard Johnson. (2009). *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. Sixth Edition [6 ed.]. New York: McGraw-Hill Professional.

7. Kruger J. G., Bowcock A. (2005). Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann. Rheum. Dis.*, 64, 30-36.