

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Е. Дворянкова¹, доктор медицинских наук,
И. Корсунская¹, доктор медицинских наук, профессор,
М. Дениева², кандидат медицинских наук,
Ф. Балабекова³,
Е. Денисова⁴, кандидат медицинских наук,
Ю. Шилова⁴, кандидат медицинских наук,
Н. Шевченко⁵

¹Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

²Чеченский государственный университет, Грозный

³Республиканский кожно-венерологический диспансер, Грозный

⁴Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

⁵Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

E-mail: marykor@bk.ru

Качество жизни больных дерматологического профиля является показателем, позволяющим объективно оценить выраженность ряда субъективных симптомов при проведении научных исследований и в рутинной клинической практике. Применение опросников для определения качества жизни больных является дополнительным и достаточно информативным инструментом для оценки результатов проведенного лечения.

Ключевые слова: качество жизни, хронические заболевания кожи, псориаз.

В современной научной литературе широко используется понятие «качество жизни» (КЖ) применительно к медицине, которое является неким интегральным показателем, отражающим степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономической жизни. Официально этот термин признан в медицине в 1977 г., а в качестве рубрики впервые включен в Cumulated Index Medicus [1]. В 70–80-х годах прошлого века были заложены основы концепции исследования КЖ, в 80–90-х – разработана методология исследований этого показателя при различных нозологиях.

Впервые понятие «качество жизни» было использовано в 1947 г. профессором D. Karnofsky и J. Burchenal в статье, посвященной оценке эффективности химиотерапии при раке [2]. Методологический подход изучения КЖ, основанный на эмоциональной оценке этого показателя самим больным, выраженности его социальной, повседневной активности и особенностей при проведении досуга, изначально изложен в работах А. McSweeney (1982) [3]. N. Wenger (1984) для оценки КЖ выделил 3 основных параметра: функциональная способность, восприятие, симптомы, а также 9 подпараметров: ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, восприятие общего здоровья, симптомов основного и сопутствующих заболеваний, экономическое положение, благосостояние, удовлетворенность жизнью [4]. Эти параметры

в настоящее время в той или иной формулировке присутствуют в различных опросниках для определения КЖ пациентов с заболеваниями различных органов и систем.

Однако несмотря на достаточно продолжительную историю изучения КЖ, на сегодня единой всеобъемлющей трактовки этого понятия не существует. По определению ВОЗ, КЖ — «это индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». Основными критериями оценки КЖ, согласно ВОЗ, являются физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология).

В дерматологии изучение КЖ у больных с различными дерматозами является важным и ценным методом, позволяющим объективно оценить выраженность ряда субъективных симптомов (зуд, жжение, качество сна и пр.) не только при проведении научных исследований, но и в рутинной клинической практике. Кроме этого, применение опросников для определения КЖ больных является дополнительным и достаточно информативным инструментом для оценки результатов проведенного лечения.

В ходе проведения большого числа исследований показано, что лица с заболеваниями кожи имеют более высокую предрасположенность к психоэмоциональным и психическим расстройствам (особенно депрессии и тревожности), чем в общей популяции. Однако наличие хронического заболевания кожи оказывает негативное влияние на КЖ не только самого больного, но и членов его семьи, включая детей. Поэтому становится очевидным, что отрицательное влияние хронических дерматозов на социально-экономический аспект функционирования общества выходит за рамки воздействия на конкретного индивида — больного — и распространяется на окружающих его лиц.

Таким образом, хронические заболевания кожи имеют важное социально-экономическое значение, главным образом благодаря их крайне негативному влиянию на КЖ пациентов и развитию у них психоэмоциональных проблем, несмотря на то, что стойкая утрата трудоспособности в связи с этими заболеваниями сравнительно низка.

Наличие высыпаний на коже, кроме косметического дефекта и неприятных субъективных ощущений (зуд, боль), часто сопровождаются развитием психологического дискомфорта, резким снижением КЖ и нарушением социальной адаптации. Высыпания на коже у таких больных сопровождаются болезненным восприятием косметического дефекта, стеснительностью, связанной с утратой внешней привлекательности, идеями неполноценности. Так, обнаружено, что КЖ больных с патологией кожи, оцененное с помощью Дерматологического индекса КЖ (ДИКЖ), было резко снижено и составило у больных псориазом $21,90 \pm 2,31$, у пациентов с атопическим дерматитом — $25,12 \pm 1,89$, у лиц с экземой — $17,93 \pm 1,62$ [6].

Помимо вторично развившихся на фоне хронических заболеваний кожи психоэмоциональных расстройств, дерматозам часто сопутствуют различные психические заболевания, которые могут являться как коморбидными состояниями, так и дебютировать на фоне психотравмирующего влияния патологии кожи. У больных, страдающих заболеваниями кожи, психические расстройства регистрируются в 30–40% случаев, но при наличии зуда этот показатель может увеличиваться до 70%. При этом развитие аффективных расстройств на фоне хронических заболеваний кожи приводит к сокращению ремиссии последних на 40% [6].

Психоэмоциональное напряжение, возникшее на фоне хронического заболевания кожи, может в крайнем своем проявлении являться причиной суицидальных наклонностей и попыток. Так, среди молодых людей, страдающих экземой, 15,5% высказывали суицидальные мысли против 9,1% лиц той же возрастной группы, у которых никогда не было данного заболевания кожи. При этом среди больных, которые на момент обследования страдали от зуда, суицидальные наклонности выявлялись чаще — в 23,8% случаев [7].

В качестве конкретного примера можно привести результаты изучения КЖ у больных с таким распространенным хроническим заболеванием кожи, как псориаз. Так, при изучении качества сна у больных псориазом с артритом с помощью Питтсбургского индекса качества сна (PSQI) обнаружено, что общий показатель PSQI у них был значительно выше, чем у здоровых лиц контрольной группы, что было связано с низкой субъективной оценкой качества сна, малой его продолжительностью и отсутствием ощущения отдыха после пробуждения. При этом показатели PSQI у больных коррелировали с выраженностью тревожности, болевого синдрома, суммарным баллом PsAQoL, а также повышением концентрации С-реактивного белка и СОЭ в сыворотке крови ($p < 0,05$) [8].

В другом исследовании, направленном на изучение социальной активности больных псориазом, показано, что число лиц, регулярно занимающихся спортом, в группе больных этим дерматозом было достоверно ниже, чем в контрольной группе относительно здоровых лиц ($p < 0,001$). При этом 23,75% больных сообщили, что ранее, до начала заболевания, они регулярно занимались спортом, однако возникновение псориаза ограничило их физическую активность [9].

В исследовании А. Anstey и соавт. установлено, что больные псориазом были ограничены в социальной деятельности [10]. При изучении социальной адаптации больных псориазом обнаружено, что из 5604 обследованных в США пациентов 12% были безработными, при этом в качестве единственной причины отсутствия работы псориаз был назван у 92% из них. Также результаты данного исследования показали, что у больных с тяжелым течением псориаза риск стать безработными был увеличен в 1,8 раза [11].

При изучении особенностей жизнедеятельности у женщин детородного возраста, страдающих псориазом, обнаружено, что они реже беременеют, чем сопоставимая по возрасту и полу группа без псориаза. Так, у женщин с псориазом в возрасте моложе 35 лет вероятность наступления беременности была на 22% ниже, чем в группе контроля. Также женщины с псориазом имели меньше детей, чем в контрольной группе. При проведении серии интервью с женщинами, больными псориазом, все они отметили негативное влияние заболевания на их интимные отношения, которые в 91% случаев были связаны со снижением сексуального влечения и в 79% — со снижением сексуальных способностей [12].

Еще одним примером изменения КЖ у больных псориазом являются результаты наших собственных исследований. При изучении КЖ с помощью ДИКЖ и уровня тревоги с использованием теста Спилберга у 253 больных псориазом выявлено, что показатель КЖ у них был низким и составил 26,2 балла на фоне высокого уровня тревожности.

Хронический психоэмоциональный стресс, как известно, является одним из мощных и признанных факторов, провоцирующих дебют и (или) обострение ряда хронических заболеваний кожи, в том числе псориаза. Кроме этого, выявлено, что изменение психоэмоционального состояния у больных псориазом, как и другими заболеваниями кожи, связанное с клиническими проявлениями, способствует появлению у некоторых больных пагубных привычек — они начинают много курить, злоупотреблять алкоголем, что, согласно современным представлениям, способствует дальнейшему прогрессированию и повышению частоты обострений дерматологического заболевания, замыкая таким образом порочный патологический круг.

Таким образом, рассматривая псориаз как частный случай хронического заболевания кожи, крайне негативно влияющего на КЖ больных, можно констатировать, что этот дерматоз можно отнести к группе психосоматических заболеваний. В настоящее время клинические психологи рассматривают псориаз как следствие недовольства человека собственным телом, своим положением в жизни, окружающим миром, неумением ценить себя. Чем более выражен внутренний конфликт, тем тяжелее протекает болезнь. Симптомы в виде высыпаний на коже с точки зрения психосоматики отражают самоуничтожительные мысли больного, появляющиеся чешуйки и корочки призваны огородить человека от внешнего мира. Как правило, пациент с психосоматической формой псориаза придает слишком большое значение мнению других о себе, стыдится своих недостатков, внутренне не может принять себя, постоянно боится, что его могут обидеть. В связи с этим чрезвычайно важно оценивать КЖ больных псориазом, своевременно выявлять психотравмирующие факторы и включать психотерапевтическую помощь в план терапии псориаза наряду с основными медикаментозными и физиотерапевтическими методами лечения. При этом психотерапия может быть показана не только самому больному с целью лечения и реабилитации, но и членам его семьи, которые, как указывалось, находятся в неблагоприятной психологической обстановке и нуждаются в соответствующей помощи.

Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине / СПб: Элби, 1999; 140 с.
2. Karnofsky D., Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. Ed. C. Macleod. Evaluation of chemotherapeutic agents / USA: Columbia University Press, 1947; p. 107–34.
3. McSweeney A. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch. Intern. Med. – 1982; 142: 473–8.
4. Wenger N., Mattson M., Furberg C. et al. Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies // Am. J. Cardiol. – 1984; 54: 908–13.
5. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth Forum. 1996; V. 1: p. 29.
6. Меркулова Т.Б., Орлов Е.В., Шапкина А.А. Влияние современных антибиотиков на качество жизни больных хроническими дерматозами // Клин. дерматол. и венерол. – 2011; 6: 79–82.
7. Halvorsen J., Lien L., Dalgard F. et al. Suicidal ideation, mental health problems, and social function in adolescents with eczema: a population-based study // J. Invest. Dermatol. – 2014; 134 (7): 1847–54.
8. Gezer O., Batmaz I., Sariyildiz M. et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis // Int. J. Rheum. Dis. Article first published online: Nov. 1, 2014.
9. Balato N., Megna M., Palmisano F. et al. Psoriasis and sport: a new ally? // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015; 29 (3): 515–20.
10. Anstey A., McAteer H., Kamath N. et al. Extending psychosocial assessment of patients with psoriasis in the UK, using a self-rated, web-based survey // Clin. Exp. Dermatol. – 2012; 37 (7): 735–40.
11. Armstrong A., Schupp C., Wu J. et al. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011 // PLoS One. – 2012; 7 (12): e52935.
12. Cather J. Psoriasis in children and women: addressing some special needs // Semin Cutan Med. Surg. – 2014; 33 (2 Suppl. 2): 42–4.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC SKIN DISEASES

E. Dvoryankova¹, MD; Professor **I. Korsunskaya¹**, MD; **M. Denieva²**, Candidate of Medical Sciences; **F. Balabekova³**; **E. Denisova⁴**, Candidate of Medical Sciences; **Yu. Shilova⁴**, Candidate of Medical Sciences; **N. Shevchenko⁵**

¹Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow

²Chechen State University, Grozny

³Republican Dermatovenereology Dispensary, Grozny

⁴Moscow Research-and-Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department

⁵N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Dermatology life quality in patients is an indicator to objectively evaluate the severity of a number of subjective symptoms in researches and in routine clinical practice. The use of questionnaires to determine the quality of life in patients is an additional and rather useful informative tool in assessing the results of performed treatment.

Key words: quality of life, chronic skin diseases, psoriasis.