

ляторного русла этих областей, глубины залегания и плотности функционирующих капилляров.

Глубина детектирования и пространственная локализация области, с которой осуществляется детектирование рассеянного излучения, зависят от оптических характеристик ткани, размеров и взаимного расположения источника и приемника, мощности зондирующего излучения. Объем зондируемой ткани, пространственная локализация ЛДФ-сигнала в тканях кожи и эффективной глубины детектирования определялись методом Монте Карло. Впервые сделаны оценки объема зондируемой ткани.

Метод ЛДФ как неинвазивный и высокочувствительный метод дает возможность подробнее понять, как влияют на циркуляцию крови те или иные методы лечения, а также подобрать подходящие методы терапии под контролем исследования показателей микроциркуляции, так как позволяет не только оценить перфузию ткани в целом, но и проанализировать транскапиллярный обмен в разных слоях кожи по глубине. Временной интервал проведения процедуры сравнительно незначительный, что может обеспечить его применение в ежедневной медицинской практике. Предложенный метод может быть использован для диагностики состояния биологического объекта в норме и при патологии, а также при оценке эффективности лечения различных дерматозов.

**Конфликт интересов.** Данная статья написана в рамках диссертационного исследования ассистента кафедры кожных и венерических болезней СГМУ Давыдовой А. В.

#### Библиографический список

1. Тучин В. В. Оптическая биомедицинская диагностика. М.: Физматлит, 2007.
2. Меглинский И. В., Королевич А. Н., Тучин В. В. Исследование микроциркуляций кровотока методом диффузионно-волновой спектроскопии // Биомедицинская радиоэлектроника. 2000. № 10. С. 37–45.
3. Young A. R. Chromophores in human skin // Phys. Med. Biol. 1997. Vol. 42. P. 789–802.
4. Крупаткин А. И., Сидорова В. В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. М.: Медицина, 2005. 254 с.

5. Козлов В. И., Кореи Л. В., Соколов В. Г. Лазерная доплеровская флоуметрия и анализ коллективных процессов в системе микроциркуляции // Физиология человека. 1998. Т. 24. № 6. С. 112–121.

6. Донец М. В., Кучерик А. О., Сорокин С. А. Математическая модель формирования сигнала лазерного анализатора капиллярного кровотока // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. 2004. № 3. С. 51.

7. Doronin A., Meglinski I. Online Object Oriented Monte Carlo computational tool for the needs of biomedical optics // Biomedical Optics Express. 2011. Vol. 2. P. 2461–2469.

8. Мчедлашвили Г. И. Микроциркуляция крови: общие закономерности регулирования и нарушений. Л.: Наука, 1989.

9. Светцов В. И., Смирнов С. А. Корпускулярно-фотонные процессы и технологии: учеб. пособие / Иван. гос. хим.-технол. ун-т. Иваново, 2002.

10. Ansari M. A., Massudi R. Study of short pulse laser in biological tissue by means of boundary element method // Lasers. Med. Sci. 2011. № 26 (4). P. 503–508.

#### Translit

1. Tuchin V. V. Opticheskaja biomedicinskaja diagnostika. M.: Fizmatlit, 2007.

2. Meglinskij I. V., Korolevich A. N., Tuchin V. V. Issledovanie mikroirkuljacij krovotoka metodom diffuzionno-volnovoj spektroskopii // Biomedicinskaja radiojelektronika. 2000. № 10. S. 37–45.

3. Young A. R. Chromophores in human skin // Phys. Med. Biol. 1997. Vol. 42. P. 789–802.

4. Krupatkin A. I., Sidorova V. V. Lazernaja dopplerovskaja floumetrija mikroirkuljacija krovii. M.: Medicina, 2005. 254 s.

5. Kozlov V. I., Korei L. V., Sokolov V. G. Lazernaja doplerovskaja floumetrija i analiz kollektivnyh processov v sisteme mikroirkuljacija // Fiziologija cheloveka. 1998. T. 24. № 6. S. 112–121.

6. Donec M. V., Kucherik A. O., Sorokin S. A. Matematicheskaja model' formirovanija signala lazernogo analizatora kapilljarnogo krovotoka // Biomedicinskije tehnologii i radiojelektronika. 2004. № 3. S. 51.

7. Doronin A., Meglinski I. Online Object Oriented Monte Carlo computational tool for the needs of biomedical optics // Biomedical Optics Express. 2011. Vol. 2. P. 2461–2469.

8. Mchedlashvili G. I. Mikroirkuljacija krovii: obwie zakonomernosti regulirovanija i narushenij. L.: Nauka, 1989.

9. Svetcov V. I., Smirnov S. A. Korpuskuljarno-fotonnye processy i tehnologii: ucheb. posobie / Ivan. gos. him.-tehnol. un-t. Ivanovo, 2002.

10. Ansari M. A., Massudi R. Study of short pulse laser in biological tissue by means of boundary element method // Lasers. Med. Sci. 2011. № 26 (4). P. 503–508.

УДК 616.5–036.12–053.8-07-092.11–058 (045)

Оригинальная статья

### ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

#### У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

**М. Г. Еремина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент.

#### CHANGING IN BASIC DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN PEOPLE OF WORKING AGE WITH CHRONIC SKIN DISEASES

**M. G. Yeremina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant.

Дата поступления — 01.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

**Еремина М. Г.** Изменение основных детерминант качества жизни у лиц трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 621–626.

**Цель:** сравнительная оценка связанного со здоровьем качества жизни пациентов трудоспособного возраста с псориазом и атопическим дерматитом с помощью двух специфических вопросников DLQI и DSQL. **Материал и методы.** Работа выполнена на базе СГМУ с использованием ресурсов консультативно-диагностического кабинета клиники гематологии и профпатологии, кафедры клинической иммунологии и аллергологии, кафедры кожных и венерических заболеваний. Для выявления распространенности заболеваний проведено сплошное обследование трудоспособного контингента, занятого на производствах, не имеющих профессиональных вредностей. Оценка качества жизни включала интервьюирование с помощью вопросников, заполненных самим пациентом. Полученные данные обработаны статистически. **Результаты.** Показатели КЖ у больных псориазом и атопическим дерматитом значительно снижены, даже в период стойкой ремиссии, особенно у больных ато-

пическим дерматитом. **Заключение.** Хронические дерматозы даже вне фазы обострения способны влиять на уменьшение производительности на работе, оказывают негативное влияние на повседневную деятельность.

**Ключевые слова:** дерматологический специфический вопросник качества жизни, дерматологический индекс качества жизни, атопический дерматит, псориаз.

**Yeremina M. G. Changing in basic determinants of quality of life in people of working age with chronic skin diseases // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 621–626.**

A comparative assessment of health-related quality of life in working age patients with various chronic diseases of skin was carried out in the given research. Two specific questionnaires DLQI and DSQL were used. DSQL allows us to distinguish the quality of life in patients with various types of dermatitis using more criteria than the questionnaire DLQI (Dermatology Life Quality Index). There has not a comparative analysis of the usage of these questionnaires in patients with different nosological forms of skin diseases been organized. **Aims.** The study presents a comparative evaluation of health-related quality of life in patients of working age with psoriasis and atopic dermatitis using two specific questionnaires — DLQI and DSQL. **Methods.** The work is based on Saratov State Medical University n.a. VI Razumovsky of Ministry of Health and Social Development of Russia, using the resources of Hematology and Pathology Clinic, Department of Clinical Immunology and Allergy, Department of Skin and Venereal Diseases. To identify the prevalence of disease, employable contingent working at factories with no occupational exposures. An estimating of QoL (quality of life) included interviews with questionnaires written in by patients themselves. The obtained data were statistically processed. **Results.** Quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis is significantly reduced, even in a period of stable remission. The decline in the quality of life according to the most of scales in patients with atopic dermatitis is more significant than with psoriasis. Even non-acute phase of chronic dermatitis (atopic dermatitis and psoriasis) is able to influence the decrease in productivity at work, has a negative impact on daily activities.

**Key words** dermatology specific quality of life, Dermatology Life Quality Index, atopic dermatitis, psoriasis.

**Введение.** Эволюция представлений о здоровье как категории сложной и многогранной, понимание необходимости учета не только общих законов физиологии и психологии при изучении проблем больного, но и индивидуальных особенностей каждого пациента (возрождение принципа «лечить не болезнь, а больного») послужили основой для формирования такого понятия в клинической медицине, как «качество жизни». Негативное влияние хронических кожных заболеваний на качество жизни пациента (КЖ) достаточно полно представлено в литературе [1]. Хроническое течение болезни может приводить к существенным ограничениям в физических, эмоциональных и социальных аспектах жизни пациента, влиять на активность, профессиональную карьеру. Установлено, что пациенты часто страдают от низкой самооценки, испытывают трудности в социальных взаимодействиях, имеют серьезные психологические проблемы, что отражается на производительности труда, служебном продвижении. Оценка воздействия дерматозов на качество жизни пациентов важна для клинического управления, выбора своевременного оптимального терапевтического вмешательства.

Для выявления пациентов с низкими показателями качества жизни важно использовать надежные инструменты оценки. В мировой практике для дерматологии разработано около полутора десятков специальных вопросников. Среди них: Dermatology Life Quality Index (DLQI), созданный Finlay A. Y. в 1994 г. С момента своего появления в 1994 г. DLQI (дерматологический индекс качества жизни — ДИКЖ) сыграл важную роль в оценке связанного со здоровьем качества жизни у дерматологических пациентов. Тем не менее в связи с развитием новых психометрических требований к подобного рода инструментам и появлением новых стандартов [2] стали использоваться альтернативы, например русскоязычная версия специального дерматологического вопросника Dermatology Specific Quality of Life (DSQL) [3]. DSQL позволяет определять уровень качества жизни у больных с различного рода дерматитами по большому числу критериев, нежели вопросник Dermatology

Life Quality Index. Для более корректной оценки общего эмоционального состояния создатели англоязычной версии вопросника дополнили его двумя подуровнями вопросов из MOS SF-36.

Сравнительного изучения использования названных вопросников у больных с разными нозологическими формами кожных заболеваний не проводилось.

**Цель:** сравнительная оценка связанного со здоровьем качества жизни пациентов трудоспособного возраста, страдающих различными хроническими заболеваниями кожи, с помощью двух специфических вопросников DLQI и DSQL.

**Методы.** Работа выполнена на базе ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России с использованием ресурсов консультативно-диагностического кабинета клиники гематологии и профпатологии (зав. поликлиникой Царева О. Е), кафедры клинической иммунологии и аллергологии (зав. кафедрой — проф. Астафьева Н. Г), кафедры кожных и венерических заболеваний (зав. кафедрой — проф. Утц С. Р.).

**Характеристика обследованных лиц.** Для выявления лиц с хроническими заболеваниями кожи в период плановой диспансеризации с декабря 2011 г. по март 2012 г. проведено сплошное обследование трудоспособного контингента, занятого на производствах, не связанных с профессиональными вредностями (Водоканал, СарАвиа, преподаватели и студенты СГМУ, Почта России, Волжская ТГК, Связь-транснефть и некоторые другие). Каждый пришедший на диспансеризацию сотрудник трудоспособного возраста осматривался врачом-дерматологом для сбора анамнеза и выявления клинических признаков поражения кожи. Перед началом исследования все обследуемые подписывали информированное согласие на участие в исследовании и разрешение на использование полученных результатов в научных целях. Всего было обследовано 2564 человека. Возраст обследованных от 16 до 60 лет, из них мужчин 1292 (50,4%), женщин 1272 (49,6%). В интеллектуальный труд вовлечено 1139 человек (44,4%); физическим трудом занимались 1425 человек (55,6%). Среди обследованных лиц выявлено 323 человека с различными заболеваниями кожи. Таким образом, распространенность различных заболеваний кожи в популяции составила 12,6%, что соответствует

**Ответственный автор** — Еремина Мария Геннадьевна.  
Адрес: г. Саратов, ул. Рахова, 42, кв. 46.  
Тел.: 93 10 53.  
E-mail: info@sarderma.ru

литературным данным. У 50 человек выявлен псориаз (показатель распространенности в популяции 1,95%), 102 пациента имели atopический дерматит, распространенность их в популяции составила 3,9%.

Для оценки социальных факторов все респонденты заполняли специально разработанную анкету.

Сравнительный анализ показателей качества жизни больных проводился среди двух групп: первая группа — пациенты с atopическим дерматитом; вторая группа — пациенты с псориазом. Все респонденты находились в фазе ремиссии заболевания.

**Методы оценки качества жизни.** Для определения уровня качества жизни больных нами использовались дерматологический индекс качества жизни — **Dermatology Life Quality Index (DLQI)**. Для стандартизованного интервьюирования с помощью вопросника респондентам предлагалось ответить на 10 вопросов. С помощью данного вопросника оценка КЖ больных проводится по шести основным параметрам: симптомы / самочувствие (вопросы 1–2), повседневная активность (вопросы 3–4), досуг (вопросы 5–6), работа / учеба (вопрос 7), личные отношения (вопросы 8–9), лечение (вопрос 10). Степень влияния заболевания на КЖ больных определяется по четырёхбалльной шкале Likert (0 — нет, 1 — немного, 2 — умеренно, 3 — очень сильно). Ответ «неактуально» оценивается в 0 баллов. Сумма из десяти ответов составляла DLQI, который находился в пределах от 0 до 30. Максимальное значение 30 баллов соответствует существенно ухудшению качества жизни за счет болезни. Между значением индекса КЖ (DLQI) и уровнем КЖ существует обратная зависимость — чем выше ДИКЖ, тем более тяжёлые (глубокие) расстройства наблюдаются у данного респондента [4].

Одновременно с ДИКЖ нами был использован **Dermatology specific quality of life (DSQL)**, который включает 5 отдельных шкал (тематических блоков) и 7 общих определяющих вопросов. Уровни (шкалы) вопросника основаны на модели измерения воздействий различных составляющих заболевания на КЖ больных. Вопросы первого тематического блока DSQL (с 1 по 9) оценивают физическое состояние пациента при дерматите. Общая суть вопросов, определяющих физические симптомы, была разработана на основе информации как из медицинских источников, так и от пациентов, страдающих различными заболеваниями кожи [5, 6].

Второй блок вопросов (с 10 по 14) связан с изучением влияния дерматита на повседневные заботы. Шкала включает 5 индикаторов, имеющих отношение к нарушению обычных дел, обусловленному данным заболеванием. Вопросы данного блока позволяют уточнить, насколько больные ограничены в свободном выборе пищи, напитков, моделей одежды, стиля причёски, самых простых манипуляциях по уходу за кожей лица (бритье для мужчин и использование косметики для женщин). Отдельно затрагивается возможность участия пациентов в таких видах физической активности, которые сопровождаются обильным потоотделением и могут повлиять на состояние кожи.

Следующий блок вопросов (с 16 по 23) посвящен социальным проблемам больных (культурно-общественной деятельности). Он состоит из восьми вопросов, показывающих, насколько заболевание мешало заводить новые знакомства (в том числе интимные), посещать общественные мероприятия (чувствовать себя комфортно в общественных местах) и планировать продолжительность пребывания в обществе (временное проведение с друзьями) и отдых с друзьями, посещать магазины.

Проблемы участия и взаимодействия пациентов на работе или в школе отражены в четвертом тематическом блоке инструмента (вопросы с 24 по 27). Данный блок вопросов направлен на раскрытие проблем, которые могли иметь место на рабочем месте или в учебном заведении (школе). Вопросы четвертого тематического блока выявляют степень препятствия болезни в повышении на работе (насколько заболевание могло ограничивать больных в достижении определенных успехов в работе и учёбе), лёгкости общения с сотрудниками, эффективном выполнении своей работы, пунктуальности и регулярном посещении.

Последний тематический блок вопросов (с 28 по 35) посвящен определению степени психологической дезадаптации, чтобы оценить, как кожное заболевание влияет на внутренний мир респондента. Вопросы данного блока направлены на выяснение, до какой степени поражения кожи вызывают у больных чувство неуверенности в себе, смущения, раздражения и разочарования, причиняют страдания, заставляют беспокоиться о негативном отношении окружающих людей. Очень часто у окружающих возникает чувство безразличия по отношению к больным с заболеваниями кожи, их сторонятся, людей пугает возможность «заразиться»... Всё это может негативно отражаться на психике больных, усугублять течение заболевания. Возможно, что самое значительное влияние заболеваний кожи на КЖ, с точки зрения пациентов, выражается в самовосприятии [7].

Значение показателя КЖ по какой-либо шкале вопросника рассчитывается как средняя арифметическая ответов на вопросы данного тематического блока (шкалы). При этом следует учитывать, что результирующие вопросы каждого блока используются индивидуально и не принадлежат многомерной шкале. Значение показателя КЖ, рассчитанное в соответствии с указанной методикой, представляет собой параметр, который может быть точно соотнесён с аналогичными значениями других инструментов. Среднее значение каждой шкалы вопросника обычно используется с целью сохранения сравнимости между баллами всей шкалы и между отдельными её составляющими. Общее значение показателя КЖ ( $KJ_{DSQL}$ ) представляет собой сумму средних величин отдельных тематических блоков (шкал) вопросника, что предполагает равное влияние каждой составляющей шкалы на итоговый (суммарный) показатель. Между значением шкалы КЖ (DSQL) и уровнем КЖ существует обратная зависимость: чем выше показатель балльной оценки, тем более тяжёлые (глубокие) расстройства наблюдаются у данного респондента.

Для обработки результатов исследования использовались программная надстройка «Пакет анализа» табличного процессора Microsoft Excel 2010 и пакет статистического анализа Statistica V5.5A фирмы StatSoft. Результаты исследования представлены в виде средней и среднеквадратического отклонения ( $M \pm m$ ).

**Результаты.** Показатели дерматологического индекса качества жизни больных представлены в таблице.

**Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) в группах обследованных больных,  $M \pm m$**

Показатель	Первая группа (n= 102): atopический дерматит	Вторая группа (n= 50): псориаз
ДДИКЖ (баллы)	15,7±0,2	8,53± 0,2

Как видно из таблицы, при atopическом дерматите и псориазе с помощью ДИКЖ были выявлены серьезные изменения КЖ, суммарно включающие измененную эмоциональную реактивность, проблемы на работе и дома, связанные как с самой болезнью, так и с проводимым лечением. Снижение качества жизни при atopическом дерматите было более значимым, чем при псориазе ( $p < 0,05$ ).

Необходимо подчеркнуть, что данный вопросник является одним из нескольких, предложенных для применения в клинической практике аллерголога и дерматолога. Несмотря на то что вопросы сформулированы таким образом, что они охватывают и частые, и крайне редко упоминаемые аспекты снижения качества жизни, требуется измерение качества жизни больных atopическим дерматитом и псориазом с помощью более чувствительных инструментов, таких, как DSQL.

При использовании DSQL установлено, что у пациентов с atopическим дерматитом отмечается значительное влияние болезни на ухудшение КЖ больных (рис. 1).

Средний показатель КЖ по шкале физических симптомов при atopическом дерматите колеблется от 0,6 до 2,71 балла, составляя в среднем  $1,5 \pm 0,2$  балла. Наиболее значимое влияние на показатели КЖ оказывают: сухость кожи, чувствительность и зуд кожи. У больных псориазом колебания средних показателей КЖ по шкале физических симптомов составили  $1,3 \pm 0,2$  балла. Несмотря на то что в целом влияние псориаза на КЖ было менее существенным, имелось 2 признака, по которым видно, что у больных псориазом большее беспокойство, чем при atopическом дерматите, причиняют такие клинические проявления, как ощущение зуда на пораженных участках и невыносимого физического дискомфорта (вопросы 4 и 7). При анализе шкалы физических симптомов было отмечено, что влияние на суммарный показатель при псориазе оказывают ответы на вопросы об ощущении физического дискомфорта. Шкала физических симптомов наглядно демонстрирует физические страдания больных atopическим дерматитом и псориазом даже вне обострения болезни.

При анализе шкалы повседневной активности (рис. 2) установлено, что в обеих группах больных наибольшее влияние оказывал фактор ограничения респондентов в выборе пищи или напитков, а также в одинаковой степени заболевания создавали неудобства в поддержании больными своей внешности в том виде, как им нравится, здесь показатели характеризуют влияние заболевания как «сильное». При этом наиболее значимое влияние болезни на КЖ отмечалось у больных atopическим дерматитом, у которых показатели характеризовали влияние заболевания как «сильное». У больных псориазом снижение показателей КЖ по данной шкале было не столь значимым (различия между группами достоверны,  $p < 0,05$ ).

При исследовании шкалы социального функционирования больных исследуемых групп установлено значительное снижение уровня социальной активности у пациентов первой группы (atopический дерматит) и в меньшей степени — второй группы (псориаз) (имеется достоверность различий между группами,  $p < 0,05$ ). Больных существенно беспокоили ограничения в завязывании новых знакомств, связанные с проявлениями заболевания (рис. 3).

Такие составляющие социального функционирования, как ощущение комфорта в общественных

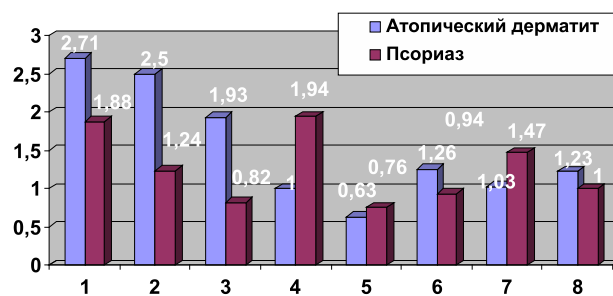


Рис. 1. Шкала физических симптомов у больных atopическим дерматитом и псориазом (DSQL): 1-6 – оценка вопросов о клинических проявлениях кожного процесса: сухость, болезненность, повышенная чувствительность кожи, жжение, зуд; 7 – оценка вопросов об ощущении физического дискомфорта; 8 – оценка вопроса о нарушении сна

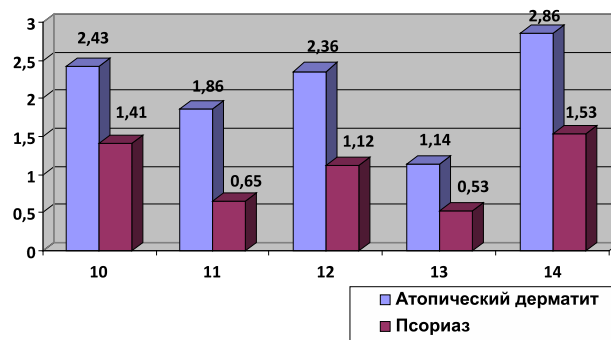


Рис. 2. Шкала повседневной активности у больных atopическим дерматитом и псориазом (DSQL): 10, 11 – оценка вопроса степени ограничения в выполнении простейших манипуляций по уходу за кожей: бритье у мужчин, макияж у женщин; 12, 13 – оценка вопроса степени ограничения в выборе одежды, прически; 14 – оценка вопроса степени ограничения в выборе пищи, напитков

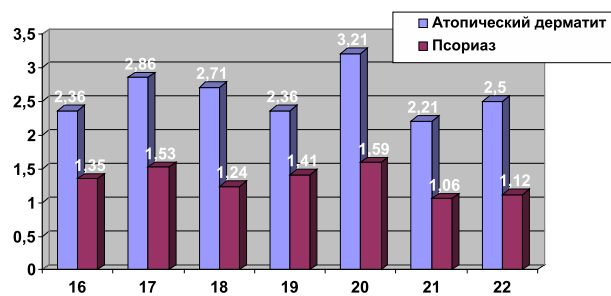


Рис. 3. Шкала, отражающая социальное функционирование у больных atopическим дерматитом и псориазом (DSQL): 16, 18, 20 – оценка степени влияния заболевания на возможность заводить новые знакомства, в том числе интимные; 17, 19, 21, 22 – оценка степени ограничения длительности пребывания в обществе, посещения общественных мероприятий или посещения магазина с целью покупок

местах, способность заводить новые знакомства, в том числе личного характера, удовлетворение в интимной жизни больных atopическим дерматитом беспокоили намного чаще и сильнее, чем больных псориазом. Среднее значение баллов при atopическом дерматите колебалось от 2,21 до 3,21 балла, а при псориазе — от 1,06 до 1,59 балла.

При исследовании профессиональной активности, включающей три основных пункта, у больных исследуемых групп выявлены выраженные ограничения. В наибольшей степени проявления дерматита ограничивают больных исследуемых групп в продвижении в карьере и в несколько меньшей степени пре-

пятствует достижению успехов на работе / в школе (рис. 4).

Более благоприятные показатели уровня КЖ были зафиксированы по шкале профессиональной активности специального дерматологического вопросника DSQL у больных псориазом по сравнению с атопическим дерматитом (различия между группами достоверны,  $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о том, что псориаз в меньшей степени ограничивает больных в достижении успехов в профессиональной сфере, эффективности выполняемой работы или учебы, а также пунктуальности и регулярности посещения мест профессиональных занятий. Влияние шкалы профессиональной (трудовой) активности на КЖ больных атопическим дерматитом достаточно сильное, особенно значимое влияние оказывает такой фактор, как ограничения «на работе / в школе». При этом следует учесть, что исследование проводилось в фазу ремиссии заболевания, когда больные осуществляли привычную профессиональную деятельность.

По данным исследования, отражающим уровень дезадаптации, наиболее значимое влияние на внутренний мир пациента и в первой и во второй группах больных оказывают следующие факторы: беспокойство о том, что думают о них окружающие, и раздражение по поводу своей внешности (рис. 5).

Влияние атопического дерматита на психологическое состояние значительное. При атопическом дерматите больных в большей степени беспокоят проблемы психологического дискомфорта, обусловленные изменениями на коже. При псориазе проблемы самовосприятия выражены меньше ( $p < 0,05$  между группами). Однако пациенты и первой и второй групп испытывают примерно одинаковую степень подавленности (вопрос 40).

Сравнительная оценка показателей качества жизни по всем шкалам вопросника DSQL у больных с разными формами хронических дерматозов представлена на рис.6.

Как видно на представленном рисунке, при сравнительной оценке показателей качества жизни больных с хроническими заболеваниями кожи по шкалам вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL) суммарные средние показатели КЖ по шкале физических симптомов практически не отличались (при атопическом дерматите — 1,525 балла, при псориазе — 1,253;  $p > 0,05$ ). Это обусловлено тем, что по ряду вопросов по шкале физической активности у пациентов с псориазом показатели были хуже, чем при атопическом дерматите.

Средний показатель КЖ по шкале повседневной активности составил 2,13 у пациентов с атопическим дерматитом, при псориазе — 1,048 (между группами  $p < 0,05$ ). Средний показатель КЖ по шкале отражающей социальное функционирование у пациентов с атопическим дерматитом был существенно хуже 2,601, чем при псориазе 1,32 ( $p < 0,05$ ). Средний показатель КЖ по шкале профессиональной активности у пациентов с атопическим дерматитом и псориазом составил 1,35 и 0,45 соответственно ( $p < 0,001$ ). Средний показатель КЖ по шкале самовосприятия у пациентов с атопическим дерматитом и псориазом составил 2,765 и 1,776 соответственно. Различия между группами достоверны ( $p < 0,05$ ).

**Обсуждение.** Оценка воздействия дерматозов на качество жизни пациентов важна для клинического управления, выбора своевременного оптимального терапевтического вмешательства. Негативное влия-

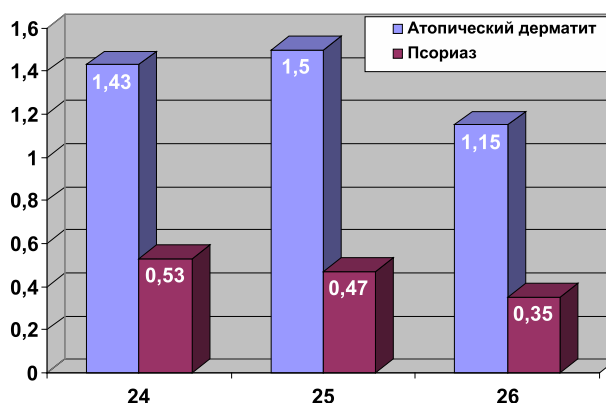


Рис. 4. Шкала профессиональной активности (DSQL): 24 — оценка степени ограничения в достижении успехов в труде или учебе, вызванного болезнью; 25, 26 — оценка пропусков рабочих дней по болезни

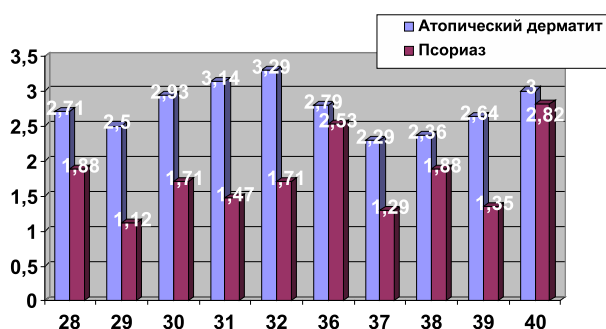


Рис. 5. Шкала самовосприятия (DSQL): 28, 29, 30 — оценка влияния степени поражения кожи на чувство неуверенности в себе; 31, 32 — оценка степени беспокойства по поводу мнения окружающих; 36–40 — оценка степени подавленности индивида

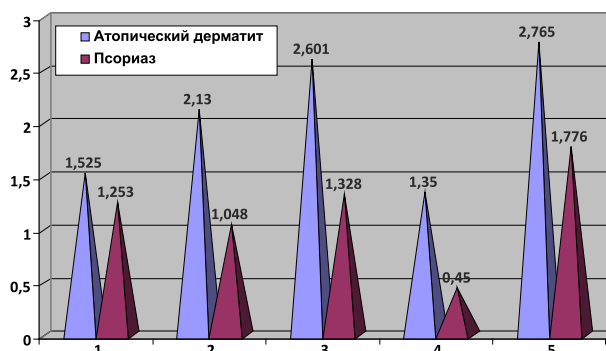


Рис. 6. Сравнительная оценка показателей качества жизни больных с псориазом и атопическим дерматитом по шкалам вопросника DSQL

ние хронических кожных заболеваний на качество жизни пациента (КЖ), достаточно полно представлено в литературе [1]. Для выявления пациентов с низкими показателями качества жизни важно использовать надежные инструменты оценки, например, Dermatology Life Quality Index (DLQI) или русскоязычная версия специального дерматологического вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL) [3]. Показатели качества жизни у больных псориазом и атопическим дерматитом значительно снижены, даже в период стойкой ремиссии, что влияет на уменьшение производительности на работе, оказывают негативное влияние на повседневную деятельность.

**Заключение.** В ходе исследования установлено, что наибольшее влияние на показатели качества жизни больных с atopическим дерматитом и псориазом оказывают факторы, отражающие степень самовосприятия, социальной активности и физических симптомов.

Результаты исследования показывают, что хронические дерматозы (атопический дерматит и псориаз) даже вне фазы обострения способны влиять на уменьшение производительности на работе, оказывают негативное влияние на повседневную деятельность [8]. Физические и психологические нарушения в этих группах пациентов распространены, они препятствуют полноценному участию в регулярной физической активности, что может рассматриваться как неблагоприятный прогностический феномен для профилактики самых различных сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, респираторных и т.д.) [9].

В оценке влияния дерматозов на качество жизни пациента особенно полезным является русскоязычный вариант вопросника **Dermatology Specific Quality of Life (DSQL)**, который демонстрирует лучшую чувствительность по сравнению с ДИЮЖ к разным клиническим формам заболеваний даже вне обострения болезни и охватывает основные области функционирования. Оценка воздействия дерматозов на качество жизни пациентов важна для комплексного подхода в организации оптимального менеджмента хронических заболеваний, выбора лучших терапевтических вмешательств и снижения тяжести восприятия кожных заболеваний [10–13].

**Конфликт интересов.** Статья написана в рамках диссертационного исследования ассистента кафедры кожных и венерических болезней СГМУ Ереминой М. Г.

#### Библиографический список

1. Korte J., Sprangers M.A., Mombers F.M., Bos J.D. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004. № 9 (2). P. 140–147.
2. Moderate correlation between quality of life and disease activity in adult patients with atopic dermatitis / I.M. Haecck, O. ten Berge, S. G. van Velsen [et al.] // *J.Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 26 (2). P. 236–241.
3. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology Quality of Life (DSQL) для исследования качества жизни больных atopическим дерматитом / Астафьева Н. Г., Власов В. В., Мартынов А. А. [и др.] // *Аллергология.* 2000. № 3. С. 44–46.
4. Nijsten T. Dermatology life quality index: time to move forward // *J. Invest. Dermatol.* 2012. № 132 (1). P. 11–13.
5. Bes J. de., Legierse C. M., Prinsen C. A., Korte J. de. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review // *Acta Derm. Venereol.* 2011. № 91 (1). P. 12–17.
6. Pakran J., Riyaz N., Nandakumar G. Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients // *Indian. J. Dermatol.* 2011. № 56 (6). P. 689–693.
7. Wilson P. B., Bohjanen K.A., Ingraham S. J., Leon A. S. Psoriasis and physical activity: a review // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 5.
8. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients / M.M. Heller, J.W. Wong, T. V. Nguyen [et al.] // *Dermatol. Clin.* 2012. № 30 (2). P. 281–291.
9. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life / D. Böhm, S. Stock Gissendanner, K. Bangemann [et al.] // *J.Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 14 (10).
10. Fernandez-Peñas P., Jones-Caballero M., Espallardo O., García-Díez A. Comparison of Skindex-29, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis // *Br. J. Dermatol.* 2012. № 166 (4). P. 884–891.
11. Coghi S., Bortoletto M.C., Sampaio S. A., Andrade Junior H.F., Aoki V. Quality of life is severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brazil, especially due to mental components // *Clinics (Sao Paulo).* 2007. № 62 (3). P. 235–242.
12. Impact of sedative and non-sedative antihistamines on the impaired productivity and quality of life in patients with pruritic skin diseases / H. Murota, S. Kitaba, M. Tani [et al.] // *Allergol. Int.* 2010. № 59 (4). P. 345–354.
13. Rehal B., Armstrong A.W. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985–2010 // *PLoS One.* 2011. № 6 (4).

#### Translit

1. Korte J., Sprangers M.A., Mombers F.M., Bos J.D. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004. № 9 (2). R. 140–147.
2. Moderate correlation between quality of life and disease activity in adult patients with atopic dermatitis / I.M. Haecck, O. ten Berge, S. G. van Velsen [et al.] // *J.Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 26 (2). R. 236–241.
3. Razrabotka i vnedrenie russkoj versii oprosnika «Dermatology Quality of Life (DSQL) dlja issledovanija kachestva zhizni bol'nyh atopicheskim dermatitom / Astaf'eva N. G., Vlasov V.V., Martynov A.A. [i dr.] // *Allergologija.* 2000. № 3. S. 44–46.
4. Nijsten T. Dermatology life quality index: time to move forward // *J. Invest. Dermatol.* 2012. № 132 (1). R. 11–13.
5. Bes J. de., Legierse C. M., Prinsen C. A., Korte J. de. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review // *Acta Derm. Venereol.* 2011. № 91 (1). R. 12–17.
6. Pakran J., Riyaz N., Nandakumar G. Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients // *Indian. J. Dermatol.* 2011. № 56 (6). R. 689–693.
7. Wilson P. B., Bohjanen K.A., Ingraham S. J., Leon A. S. Psoriasis and physical activity: a review // *J.Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 5.
8. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients / M.M. Heller, J.W. Wong, T. V. Nguyen [et al.] // *Dermatol. Clin.* 2012. № 30 (2). R. 281–291.
9. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life / D. Böhm, S. Stock Gissendanner, K. Bangemann [et al.] // *J.Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. № 14 (10).
10. Fernandez-Peñas P., Jones-Caballero M., Espallardo O., García-Díez A. Comparison of Skindex-29, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis // *Br. J. Dermatol.* 2012. № 166 (4). R. 884–891.
11. Coghi S., Bortoletto M.C., Sampaio S. A., Andrade Junior H.F., Aoki V. Quality of life is severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brazil, especially due to mental components // *Clinics (Sao Paulo).* 2007. № 62 (3). R. 235–242.
12. Impact of sedative and non-sedative antihistamines on the impaired productivity and quality of life in patients with pruritic skin diseases / H. Murota, S. Kitaba, M. Tani [et al.] // *Allergol. Int.* 2010. № 59 (4). R. 345–354.
13. Rehal B., Armstrong A.W. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985–2010 // *PLoS One.* 2011. № 6 (4).