

УДК 616.521-08-07-036.8

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

А.И. Новоселецкая

Кафедра дерматовенерологии

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

*Представлены результаты изучения качества жизни больных экземой, полученные при помощи опросника SKINDEKS-29. Проведенные исследования позволяют рекомендовать эту методику оценки качества жизни для определения эффективности лечения.*

**Ключевые слова:** качество жизни, экзема

*The results of studying quality of life of patients with eczema obtained by means of the questionnaire SKINDEKS-29 are presented. This method is recommended for estimation of quality of life as well as for determining treatment efficiency.*

**Key words:** quality of life, eczema

В настоящее время в медицине на первый план выступили проблемы, связанные с распространением хронических неинфекционных заболеваний. К ним относятся болезни сердца, злокачественные новообразования, заболевания суставов, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронические дерматозы. Отмечается высокий уровень заболеваемости, частота рецидивирования этих заболеваний, а также продолжительность временной нетрудоспособности. Длительное изнуряющее течение хронических дерматозов с многочисленными рецидивами или даже прогредиентным течением неизбежно ведет к снижению качества жизни. Традиционные методы оценки состояния пациентов при всей своей ценности не дают достаточно полной картины изменения здоровья в каждом конкретном случае. Стало очевидным, что эффективность различных методов лечения целесообразно оценивать не только по широко применяющимся критериям выживаемости и продолжительности жизни, но также и по специальным показателям качества жизни, в которых учитывается субъективная оценка индивидуумом своего здоровья.

Качество жизни – это широкое синтетическое понятие, охватывающее медицинские, психологические и социальные аспекты, оно имеет биосоциальную основу, где переплетаются наследственные (генетические) факторы и социальный фон. В него входят условия жизни, удовлетворённость работой, учёбой, домашняя обстановка, окружение и т.д. [2, 3]. В последние несколько лет это понятие становится одним из важных и актуальных в медицинской практике. Обобщающее понятие «качество жизни» в медицинском аспекте отражает функциональное состояние организма человека в связи с болезнью. По определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни – индивидуальная оценка больным своего положения в жизни, обществе и соответствия систем ценностей этого общества с планами, возможностями и целями данного человека. Единых критериев оценки качества жизни пока не существует. Рекомендуемые ВОЗ критерии его оценки применительно к дерматологическим больным, несомненно, нуждаются в дополнениях. Основным методом определения качества жизни являются стандартизированные анкеты-опросники, применяемые независимо от нозологии, и специальные вопросники для определения отдельных компонентов качества жизни.

За последние годы количество публикаций по оценке качества жизни, здоровья и социального функционирования в различных областях медицины резко возросло [4]. Интерес к проблеме качества жизни в дерматологии

во многом обусловлен стремлением к поиску комплексных методов оценки состояния больных с хроническими дерматозами, позволяющих получить исчерпывающее представление об их реагировании на болезнь и влиянии лечения на их состояние. Информация об индивидуальном качестве жизни помогает также более точно планировать и своевременно корректировать программу лечения и профилактики, что особенно важно при лечении длительно текущих хронических заболеваний кожи.

Актуальность изучения качества жизни больных экземой обусловлена тем, что это один из наиболее распространенных хронических дерматозов, этиология и патогенез которого изучены недостаточно. В различных странах экзема составляет от 15 до 40% в структуре дерматологической заболеваемости [5].

В связи с тем, что экзема относится к хроническим рецидивирующим дерматозам, как любое хроническое заболевание является постоянным стрессовым фактором в жизни больного, что приводит к существенным ограничениям во всех сферах жизнедеятельности человека. А это, в свою очередь, может оказаться важнее для пациента, чем симптомы самого заболевания. Поэтому одним из важнейших вопросов оказания медицинской помощи является проблема адаптации больного к своему заболеванию. Актуальность данной проблемы также обусловлена тем, что в настоящее время в отечественной и зарубежной литературе существует ограниченное число исследований, посвященных изучению влияния экземы на качество жизни больного, его социальную и психологическую адаптацию к болезни.

Цель исследования: дать оценку влияния заболевания и методов его лечения на качество жизни больных экземой.

### Материалы и методы

Оценка качества жизни и влияния экземы на жизнедеятельность проводилась с помощью опросника SKINDEKS-29. Данный опросник представляет собой сокращенную версию оригинала опросника SKINDEKS для оценки качества жизни у больных кожными болезнями. Оригинальная версия включает 61 вопрос по 8 разделам (когнитивный, социальный, физические ограничения, физический дискомфорт, депрессия, страх, смущение, гнев). Скиндекс-29 состоит из 29 вопросов по 3 шкалам (эмоции, функции, симптомы) [1].

Полученные данные обрабатывались с использованием операционной системы Statistica 6.0. Статистическому анализу предшествовали проверка и контроль собранного материала на предмет полноты и точности учёта данных. Для выявления статистически значимых раз-

личий использовался критерий Вилкоксона. Определение связи различных медико-социальных факторов и показателей опросника СКИНДЕКС-29 проводилось с помощью корреляционного анализа (использовался коэффициент Спирмена).

В исследование включено 114 пациентов, страдающих экземой, в возрасте от 16 до 81 года. Средний возраст составил  $46,4 \pm 15,7$ . Мужчин было 94 (82,5%), женщин – 20 (17,5%). В зависимости от формы экземы пациенты распределились: 97 (85,1%) с диагнозом «микробная экзема», 17 (14,9%) с истинной экземой. Продолжительность заболевания составила от 1 недели до 20 лет. Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 48 (42,1%) пациентов, протекающее с рецидивами – у 66 (57,9%). Острое течение заболевания наблюдалось у 74 (64,9%) пациентов, а подострое – у 40 (35,1%). По площади поражения пациенты были распределены следующим образом: до 25% кожного покрова – 68 (60%) человек, от 26 до 50% – 38 (33%) человек, более 50% – 8 (7%). С легким течением заболевания было 5 (4,4%) пациентов, среднетяжелым – 80 (70,2%), тяжелым – 29 (25,4%). Все больные проходили полное клиническое обследование, которое включало сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, получение данных физикального исследования, а также данных лабораторных методов исследования. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и разглашение результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте. Исследование качества жизни у данной категории больных проводили дважды: при поступлении и при выписке из стационара. В соответствии со способом комплексного лечения больные были разделены на 4 группы. 1-я группа (стандартной терапии) – 48 человек – получала лечение согласно протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В лечение включались: антибиотики при наличии микробной экземы (по выбору); антигистаминные лекарственные средства (по выбору); гипосенсибилизирующие средства: раствор глюконата кальция (10% – 10,0 мл в/м ежедневно №10) либо раствор тиосульфата натрия (30% – 10 мл в/в ежедневно №10); энтеросорбенты: уголь активированный 1 г внутрь 3 раза в сутки за 2 часа до еды – 10 дней; при тяжелом течении кортикостероидные гормоны: преднизолон 40-60 мг внутрь со снижением дозы 1 раз в неделю на 5 мг, либо дексаметазон или метилпреднизолон в пересчете на преднизолон; наружное (анилиновые красители, стероидные кремы и мази) и физиотерапевтическое (УФО № 5-10) лечение. 2-я группа – 21 человек – больные экземой, в комплексное лечение которых, кроме стандартной терапии, включалась индуктотермия на область надпочечников. 3-я группа – 23 человека – больные экземой, в комплексное лечение которых включался сехифенадин. 4-я группа – 22 человека, в комплексное лечение которых включались одновременно сехифенадин и индуктотермия на область надпочечников. Препарат сехифенадин назначался одновременно с началом терапии по 50 мг 2 раза в сутки на протяжении 10-14 дней, а индуктотермия на область надпочечников – ежедневно, на курс 10-14 сеансов.

1-я группа пациентов, получавших только традиционное лечение, включала 41 мужчину и 7 женщин. Возраст больных от 16 до 70 лет. Из них 31 пациенту был установлен диагноз микробной экземы, а истинной – 17. Давность заболевания составила от 1 недели до 20 лет. Острое течение заболевания наблюдалось у 24 пациентов, подострое также у 24. По тяжести течения среднетя-

желое и тяжелое течение заболевания было у 31 и 14 больных соответственно. Легкое течение наблюдалось у 3 пациентов. Впервые возникшая экзема была установлена у 15 человек, а рецидив заболевания был у 33.

2-я группа, получавшая в комплексном лечении индуктотермию на область надпочечников, состояла из 18 мужчин и 3 женщин, страдающих экземой. Возраст больных от 20 до 72 лет. У всех больных данной группы был установлен диагноз микробная экзема. Давность заболевания от 2 недель до 23 лет. У 16 больных диагностировано острое течение заболевания, а у 5 – подострое. Тяжелое течение отмечено у 6 пациентов, среднетяжелое – у 14, легкое – у 1. Впервые возникшее заболевание было у 9 больных, протекающее с рецидивами – у 12.

3-я группа больных микробной экземой, получавшая в комплексном лечении препарат сехифенадин, включала 16 мужчин и 7 женщин. Возраст больных был от 21 до 81 года. Давность заболевания составила от 1 недели до 20 лет. С острым течением заболевания было 18 пациентов, с подострым – 5. Тяжелое течение отмечалось у 4 человек, среднетяжелое и легкое – у 18 и 1, соответственно. Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 12 человек, а рецидивирующее течение отмечалось у 11.

4-я группа, получавшая в комплексном лечении сехифенадин и индуктотермию на область надпочечников, состояла из 19 мужчин и 3 женщин в возрасте от 21 до 74 лет. Продолжительность заболевания составила от 0,5 недели до 20 лет. Острое течение заболевания отмечалось у 16 пациентов, подострое – у 6. Тяжелое течение было у 5 человек, среднетяжелое – у 17. Легкого течения заболевания у пациентов в данной группе не было. Впервые возникшая экзема была установлена у 12 пациентов, а рецидивирующая – у 10.

#### Результаты исследования и их обсуждение

На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение качества жизни пациентов. Получены следующие данные: по шкале «симптомы» –  $43,8 \pm 0,9$  балла, «функции» –  $40,0 \pm 1,0$  балла, «эмоции» –  $36,2 \pm 0,8$  балла. Больных из-за проявления дерматоза беспокоили ограничения в достижении успехов на работе, в установлении новых знакомств и ограничения в интимной жизни. Наиболее значимое влияние на данный компонент качества жизни оказывает смущение от внешнего вида собственной кожи, раздражение по поводу своей внешности, а также моральные страдания. В ходе лечения у пациентов было отмечено повышение общего фона настроения, снижение раздражительности, беспокойства. Средние значения показателей качества жизни перед выпиской больных из стационара составили по шкале «симптомы» –  $21,0 \pm 0,5$  балла, «функции» –  $17,5 \pm 0,5$  балла, «эмоции» –  $13,4 \pm 0,4$  балла, что достоверно отличалось от данных, полученных до начала терапии. Анализ влияния заболевания на качество жизни больных проводился с учетом медико-социальных факторов (пола, возраста, длительности и особенностей течения, частоты рецидивов заболевания). По данным корреляционного анализа между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и тяжестью течения, определенной при помощи индекса SCORAD, связь оказалась умеренной (соответственно,  $r=0,71; 0,68$  и  $0,57$  при  $p<0,05$ ). Также была отмечена умеренная корреляция между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и площадью поражения (соответственно,  $r=0,47; 0,47; 0,43$  при  $p<0,05$ ).

При делении на группы в зависимости от метода терапии в группе 1 до лечения получены следующие дан-

ные (рис. 1, 2, 3): по шкале «симптомы» –  $43,7 \pm 1,7$ ; «функции» –  $38,6 \pm 1,8$ ; «эмоции» –  $35,0 \pm 1,3$  балла. В группе 2: по шкале «симптомы» –  $44,4 \pm 1,3$ ; «функции» –  $40,7 \pm 1,4$ ; «эмоции» –  $37,7 \pm 1,5$  балла. Группа 3: «симптомы» –  $41,6 \pm 1,4$ ; «функции» –  $41,9 \pm 1,6$ ; «эмоции» –  $36,4 \pm 1,3$  балла. Группа 4: «симптомы» –  $45,9 \pm 2,3$ ; «функции» –  $40,2 \pm 2,5$ ; «эмоции» –  $36,9 \pm 1,9$  балла (группы сопоставимы  $p > 0,05$ ).

По окончании лечения индекс качества жизни достоверно снизился во всех группах (рис. 1, 2, 3). В группе пациентов, получавших традиционную терапию, были установлены следующие данные: по шкале «симптомы» –  $23,7 \pm 0,7$  балла; «функции» –  $19,3 \pm 0,7$ ; «эмоции» –  $13,9 \pm 0,6$ . В группе больных, получавших в комплексе со стандартной терапией индуктотермию на область надпочечников, индекс качества жизни снизился по шкале «симптомы» до  $19,0 \pm 1,0$ ; «функции» –  $17,3 \pm 1,0$ ; «эмоции» –  $13,2 \pm 0,7$ . В группе, получавшей в комплексе со стандартной терапией сехифенадин, по шкале «симптомы» было  $19,1 \pm 1,2$  балла; «функции» –  $15,0 \pm 1,2$ ; «эмоции» –  $12,5 \pm 0,7$ . В группе пациентов, получавших в комплексном лечении сехифенадин и индуктотермию на область надпочечников одновременно, установлены следующие данные: по шкале «симптомы» –  $18,8 \pm 1,4$  балла; «функции» –  $16,5 \pm 1,1$ ; «эмоции» –  $13,4 \pm 1,0$ . В группах 2, 3, 4 отмечалось достоверно лучшее снижение индекса по сравнению с группой 1 по шкале «симптомы», а в группах 3 и 4 также и по шкале «функции».

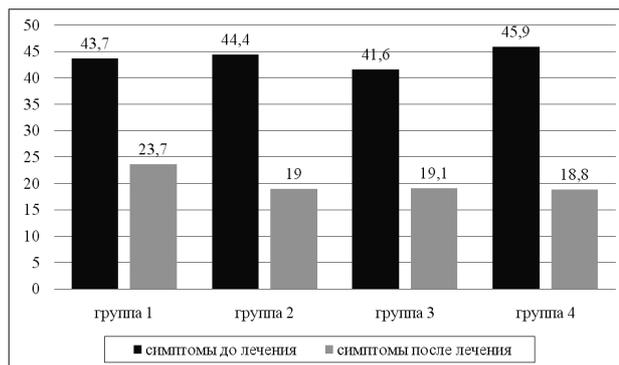
### Выводы

1. Ухудшение качества жизни больных экземой напрямую связано с тяжестью течения заболевания и площадью поражения.

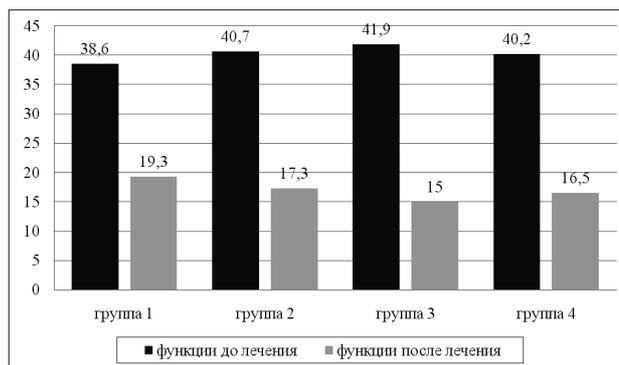
2. Новые методы лечения с применением сехифенадина и индуктотермии на область надпочечников в комплексе со стандартной терапией приводят к более быстрому улучшению качества жизни пациентов по сравнению с традиционным лечением.

### Литература

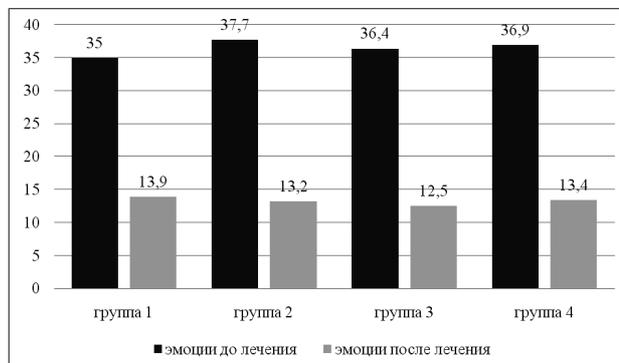
1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М.: Мед. книга, 2004. – 163 с.
2. Адаскевич, В.П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях / В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва, А.В. Пуртов // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – № 4. – С. 42-45.
3. Данилычева, И.В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом // И.В. Данилычева, Н.И. Ильина // Consilium Medicum. – 2001. – № 3. – С. 217-224.
4. Шеварова, В.Н. Качество жизни при заболеваниях кожи / В.Н. Шеварова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2000. – № 2. – С. 24.
5. Юсупова, Л.А. Лечение больных экземой / Л.А. Юсупова, Р.Х. Хафизьянова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 20-23.



**Рисунок 1 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «симптомы» у больных экземой при разных схемах лечения**



**Рисунок 2 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «функции» у больных экземой при разных схемах лечения**



**Рисунок 3 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «эмоции» у больных экземой при разных схемах лечения**

Поступила 10.02.10