

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.

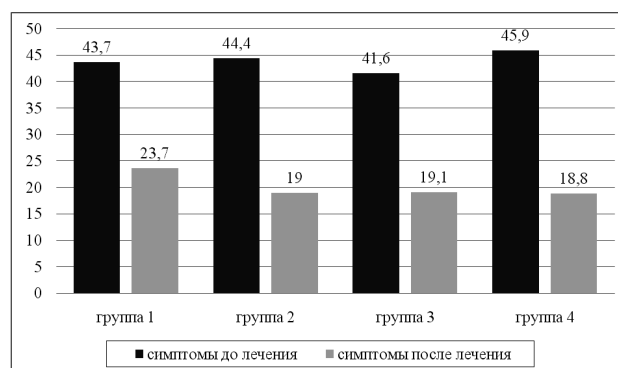


Рисунок 1 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «симптомы» у больных экземой при разных схемах лечения

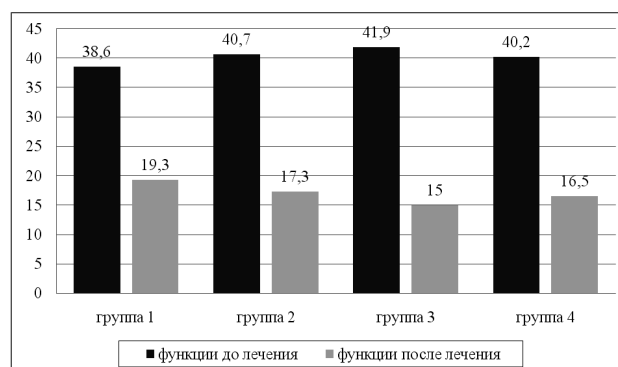


Рисунок 2 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «функции» у больных экземой при разных схемах лечения

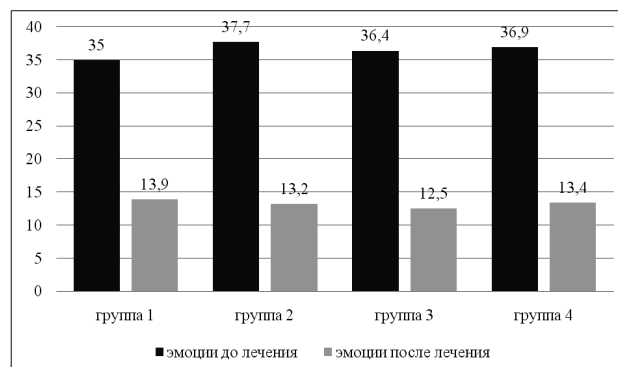


Рисунок 3 – Динамика показателей индекса качества жизни по шкале «эмоции» у больных экземой при разных схемах лечения

Поступила 10.02.10