

## ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ ІНДЕКС ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Г. Є. Гірник

<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет,  
кафедра шкірних і венеричних хвороб;  
76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. +380 (3422) 3-10-90

*Подано клінічні прояви і дерматологічний індекс якості життя у хворих atopічним дерматитом. Кожний із методів оцінки якості життя пацієнта є джерелом важливої додаткової інформації. Вибір методів оцінки якості життя залежить від розуміння того як вони будуть використовуватись.*

**Ключові слова:** atopічний дерматит, дерматологічний індекс якості життя, психологічний стан, раціональний метод лікування.

В структурі всіх дерматологічних захворювань алергодерматози становлять від 12 до 43% [1]. На atopічний дерматит страждає 5-30% пацієнтів, які звернулися до дерматолога. Питома вага atopічного дерматиту серед шкірних хвороб у дітей досягла понад 20%, показник їх звертання з приводу дерматозу збільшується. Захворювання проявляється в більшості випадків ще в грудному віці, причому часто між 2 та 3 місяцями життя. Захворювання може виникнути і в більш пізньому дитячому віці. У 50% хворих atopічний дерматит виникає у віці менше 6 міс., у 30% – до 5 років. Більш ніж у 50% – шкірні прояви зберігаються після статевого дозрівання [4]. Поширеність цієї патології у дітей в різних країнах коливається від 10 до 20%. На прийомі у лікаря-дерматолога 35% хворих дітей – це пацієнти з atopічним дерматитом.

Згідно з сучасними даними науковців, atopічний дерматит стоїть на восьмому місці за частотою у осіб, які молодші за 25 років. За останні роки особливо драматично підвищується рівень захворюваності у дітей до 7 років. Якщо у 60-ті роки минулого століття вона становила у країнах Європи 0,1-0,5%, то нині складає приблизно 12%. В Україні захворюваність на atopічний дерматит, згідно зі статистичними даними, коливається в межах 3-10 на 1000 дітей. За даними вітчизняних і закордонних дерматологів, ця захворюваність серед дорослого населення складає 2-5% в загальній популяції, варіюючи в різних країнах в залежності від рівня урбанізації і стану екологічної чистоти життєвого простору.

Атопічний дерматит – це хронічне алергічне захворювання, яке розвивається у осіб з генетичною схильністю до atopії, має рецидивний перебіг, вікові особливості клінічних проявів та характеризується підвищеним рівнем загального та специфічних Ig E у сироватці крові.

Атопічний дерматит є важким у косметологічному відношенні захворюванням, оскільки локалізується на відкритих ділянках шкіри і

значно змінює зовнішній вигляд, що досить часто впливає на працездатність хворого, його становище в суспільстві, особисте життя, знижує емоційну стійкість, сприяє психічним стресам.

Етіологія atopічного дерматиту достатньо багатопланова і пов'язана із взаємодіями генетичних, фармакологічних, біохімічних, мікробіологічних, психологічних, імунних і факторів навколишнього середовища. Розвиток і хронічний перебіг захворювання погіршують спадкова схильність, порушення діяльності центральної і вегетативної нервової системи, порушення функції внутрішніх органів, обмінні, нейрогуморальні, нейросудинні порушення, схильність до розвитку алергічних реакцій, нераціональне харчування, інтоксикація тощо.

Широке розповсюдження atopічного дерматиту, багаторічний його перебіг з рецидивами і ремісіями, часто малоефективне лікування обумовлюють необхідність пошуку і розробки сучасних патогенетичних ланок даної патології для обґрунтування профілактичних і нових лікувальних заходів.

Актуальність проблеми. Atopічний дерматит належить до дерматозів, що їх найінтенсивніше вивчали і вивчають. Провідні науково-дослідні заклади України, закордонні колективи працюють над розв'язанням таких проблем atopічного дерматиту, як з'ясування ролі окремих ланок патогенезу в механізмі виникнення цього захворювання, диференційна діагностика атипичних форм хвороби, пошук і застосування нових ефективних засобів його лікування.

Численні дослідження значно розширили наше уявлення про патогенез atopічного дерматиту, засвідчили у хворих на цей дерматоз зміни в роботі усіх органів та систем органів. Доведено значну роль динамічної рівноваги мікробіоценозу товстого кишечника, а також психо-емоційного стану самого хворого в патогенезі atopічного дерматиту. Але, як відомо, першопричина і певні механізми його розвитку залишаються не встановленими; жоден із існуючих методів лікування цього дерматозу не дає змогу досягти повного видужання і не є універсальним, однаково ефективним для всіх хворих.

На сучасному етапі існує безліч методів, методик та засобів лікування, яке при atopічному дерматиті повинно бути комплексним і враховувати вплив на організм кожного пацієнта призначених лікарських середників. При цьому поєднується призначення ліків для системного і місцевого застосування.

Проблема етіології, патогенезу та лікування atopічного дерматиту, торпідність його перебігу, збільшення захворюваності за останні роки, і особливо тяжких за перебігом клінічних форм захворювання спонукає вчених постійно приділяти увагу вивченню даного дерматозу з метою подальшого вдосконалення існуючих та розробки нових методів лікування, із врахуванням їх впливу на клінічні, мікробіологічні порушення та психологічні проблеми, що мають місце у хворих на atopічний дерматит.

Головною скаргою хворих на atopічний дерматит є сильний, нестерпний, приступоподібний свербіж. При деяких захворюваннях емоційні розлади є важливим імпульсом для ураження шкіри. До таких психосоматичних станів відноситься і atopічний дерматит. “Атопічна особистість” характеризується як напружений індивід, нервовий, пригнічений, зосереджений на самому собі, повний тривоги. Хворі мають характерний психологічний профіль, у них спостерігається тенденція до занепокоєння, депресивний, невротичний та іпохондричний стани. Свербіж сприяє механічній травматизації, ліхеніфікації великих ділянок шкіри, що погіршує важкість перебігу захворювання.

Тому актуальним є проведення детального огляду складових психологічного благополуччя пацієнтів з atopічним дерматитом, запровадження україномовних опитувальників, використання вітчизняних методик оцінки показників якості життя пацієнтів.

ВООЗ рекомендує визначити якість життя як індивідуальне співвідношення свого становища в житті суспільства в контексті його культури і системи цінностей даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем невлаштованості.

Введення в широку клінічну практику показників якості життя є принципово новим і перспективним. Даний метод дасть змогу лікарям проводити лікування пацієнтів з урахуванням психоемоційного стану хворих.

Отже, atopічний дерматит – це поліетіологічне, хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри, яке важко піддається терапії, супроводжується численними супутніми хворобами, часто ускладнюється вторинною інфекцією, веде до інвалідизації хворих. Проблема має велике соціальне значення у зв'язку з тим, що демографічні показники в Україні значно знизилась, а захворюваність на atopічний дерматит має тенденцію до зростання і збільшення частоти важких торпідних форм. Все це зумовлює актуальність глибокого дослідження клініко-патогенетичного перебігу захворювання, психоемоційного стану хворих та методів медикаментозної корекції.

Мета роботи – дослідження впливу перебігу захворювання на якість життя та сімейні стосунки пацієнтів, яке базується на вивченні самостійної оцінки обмежень, що виникли внаслідок хвороби. Отримання таких даних можливе за допомогою заповнення хворим спеціального опитувальника. Прикладом такого опитувальника є адаптований і максимально наближений до умов українського сьогодення опитувальник міжнародного стандарту DFI (Dermatitis Family Impact), розроблений професором Lawson у Великобританії.

Матеріали і методи. Нами вивчені особливості перебігу захворювання у 45 хворих на АД, серед яких 19 жінок і 26 чоловіків у віці від 18 до 42 років. Середня тривалість захворювання  $19 \pm 2,5$  роки.

Для оцінки ступеня тяжкості АД використовували шкалу SCORAD, яка поєднує об'єктивні (інтенсивність і розповсюдженість шкірного процесу) і суб'єктивні (інтенсивність денного шкірного свербіжу і по-

рушення сну) критерії. SCORAD передбачає оцінку в балах 6 об'єктивних симптомів: еритема, набряк /папульозні елементи, кірки/ мокнуття, екскоріації, ліхеніфікації /лущення, сухість шкіри/. Інтенсивність кожної ознаки оцінювали за 4-бальною шкалою: 0 – відсутність, 1 – слабка, 2 – помірна, 3 – сильна. При оцінці площі ураження шкірного покриву користувалися “правилом дев'ятки”.  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ , де А – сума балів поширеності ураження шкіри, В – сума балів інтенсивності клінічних симптомів; С – сума балів суб'єктивних порушень по візуальній аналоговій шкалі.

Для тестування застосовували адаптований варіант DFI – дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ). Опитувальник поміщається на одній стороні листка (формат А4), містить відомості про прізвище, ім'я, по-батькові, вік хворого, який заповнює анкету, дату дослідження, лікувальний заклад.

Мета анкетування: дослідити кореляцію важкості перебігу захворювання та якості життя пацієнта і його сім'ї протягом тижня на момент звернення та через 6 місяців на фоні підбору і застосування адекватної терапії. До переваг анкети можна віднести простоту (вона може бути заповнена особами будь-якого віку, інтелектуального рівня), анкета заповнюється за 1-3 хв.

Анкета містить 10 запитань, які відображають найбільш загальні аспекти зміни ЯЖ родини при шкірних захворюваннях одного з її членів.

На кожне запитання анкети треба дати один з 4 варіантів відповіді: «ні», «трохи», «значно», «дуже сильно», які оцінюються в балах 0,1,2,3 відповідно. ДІЯЖ є сумою всіх балів. Максимальний бал (30) відповідає найбільш важкому ураженню ЯЖ. ДІЯЖ може виражатися у % від максимально можливого числа балів.

Психоневрологічний статус у хворих на хронічні дерматози, що супроводжуються значною свербіжною реакцією оцінювали за допомогою психологічного тестування, яке включало в себе визначення рівня ситуаційної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Даний тест є надійним та інформативним методом самооцінки рівня тривожності в даний момент (ситуаційна тривожність як стан) і особистісна тривожність (як стійка характеристика людини).

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозу, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Ситуаційна тривожність характеризується напругою, неспокоєм, дратівливістю. Дуже висока ситуаційна тривожність викликає порушення уваги, іноді порушення координації. Досить висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами, а також з психосоматичними захворюваннями. Шкала самооцінки складається з двох частин, одна з яких оцінює ситуаційну, а друга – особистісну тривожність.

Показники ситуаційної і особистісної розраховуються за формулами.

При інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 балів – низька тривога; 31-45 балів – помірна тривога; 46 і більше балів – висока тривога.

Крім ситуаційної та особистісної тривожності ми також визначали ступінь опірності до стресу за шкалою соціальної адаптації Холмса і Раге.

В даній шкалі кожній життєвій події відповідало певне число балів в залежності від ступеня його стресогенності. У відповідності з проведеними дослідженнями було встановлено, що 150 балів означає 50% вірогідності виникнення будь-якого захворювання, а при 300 балах вона збільшувалась до 90%.

Якщо сума балів більше 300, це означає реальну небезпеку, тобто загрозу виникнення психосоматичного захворювання, оскільки дана ситуація близька до фази нервового виснаження.

Результати. Для даного дослідження було відібрано хворих на АД в період загострення захворювання: індекс SCORAD 40-90 балів. З них 81 пацієнта непокоїли невідступні думки про хворобу, її наслідки, особливо віддалені соціальні; вони відчували страх бути неприйнятими у суспільстві. Деякі пацієнти захворювання сприймали як катастрофу з сильними переживаннями факту хвороби із наступною песимістичною оцінкою перспектив. У них спостерігалися: поганий настрій, занепокоєння станом свого здоров'я, відчуття сорому через косметичні дефекти. Психотравмуюча дія посилювалась у зв'язку з порушенням життєвих планів, різними обмеженнями. ДІЯЖ у таких пацієнтів сягав 20-30 балів.

У 19 хворих спостерігається виражена тривога, яка проявлялася у скаргах на задуху, серцебиття, дратівливість. Хоча половину пацієнтів непокоїло їх майбутнє (підкреслювали життєві труднощі), вони не наважувались покинути сім'ю для стаціонарного лікування. ДІЯЖ цієї групи складав 15-20 балів.

У 14 хворих на фоні поганого настрою, тривоги було відчуття соціальної і фізичної неповноцінності. ДІЯЖ = 10-15 балів.

У 6 пацієнтів (ДІЯЖ = до 10 балів) розлади обмежувалися субклінічним рівнем через хибні уявлення про легке одужання, недостатній об'єм знань про захворювання.

Показники психологічного статусу пацієнтів з atopічним дерматитом, отримані при психологічному опитуванні з використанням шкали ситуаційної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Встановлено, що рівень ситуаційної тривожності у хворих на atopічний дерматит осіб складав  $(59,8 \pm 1,16)$  балів, і вірогідно відрізнявся від такого ж показника у здорових осіб  $(43,7 \pm 1,21)$  балів,  $p < 0,001$ .

Рівень особистісної тривожності у хворих на АД становив  $(79,8 \pm 0,24)$  бали і вірогідно відрізнявся від такого ж показника у здорових осіб  $(54,6 \pm 0,19)$ ,  $p < 0,001$ .

Ступінь опірності до стресу у хворих на АД становив  $(293,4 \pm 9,5)$  бали і вірогідно відрізнявся від такого ж показника у здорових осіб, який становив  $(173,6 \pm 19,9)$  бали,  $p < 0,001$ .

**Висновки.** Отже, вищенаведені дані свідчать, що у хворих на atopічний дерматит якість життя значно гірша, ніж у здорових осіб, вони фізично та психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, тому що навіть незначний (з точки зору здорових осіб) подразник може спровокувати загострення хвороби та викликати інтенсивний свербіжний стан та психологічний дискомфорт.

Таким чином, оцінка ЯЖ дає можливість ясніше уявити суть клінічної проблеми, визначити найбільш раціональний метод лікування, а також оцінити його очікувані результати за параметрами, які знаходяться на стику наукового підходу спеціалістів і точки зору самого пацієнта.

### *Література*

1. Коляденко В.Г., Чернишов П.В. Показники якості життя у дерматологічних хворих // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №2. – С. 11-14.
2. Chren M.M., Lasek R.J., Quinn L.M. et al. Skindex, a Quality-of-life measure for patients with skin disease: reability, validity and responsiveness // J. Invest. Dermatol. – 1996. – 107. – P. 707-713.
3. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) : a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. – 19. – P. 210-216.
4. Katsambas A. Quality of life in dermatology and the EADV // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 1994. – 3. – P. 211-214.
5. Kurwa H., Finlay A.J. Dermatology inpatient admission greatly improves life quality // Br. J. Dermatol. – 1995. – 133. – P. 575-578.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – 41. – P. 1403-1409.

## **DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX IN ATOPIC DERMATITIS PATIENTS**

**G. Y. Girnyk**

*Ivano-Frankivs'k national medical university,  
department of skin and venereal illnesses;*

*76000, Ivano-Frankivs'k, st. Galich, 2; ph. +380 (3422) 3-10-90*

*Data of clinical manifestation and Dermatology Life Quality Index (DLQI) in patients with atopic dermatitis have been presented. All quality of life questionnaires are the source of important additional data. What questionnaire to choose, depends on understanding how they are to be used, on their design and reasons for their use.*

**Key words:** *atopic dermatitis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), clinical manifestation.*