

АНАЛИЗ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНТЕГРАТИВНЫХ ИНДЕКСОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЧЕШУЙЧАТЫМ ЛИШАЕМ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

**И.Н. КОСАРЕВА¹, Л.В. СИЛИНА¹
И.И. БОБЫНЦЕВ¹, С.М. ЯЦУН²
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ¹, Д.С. СУМИНА¹**

*¹⁾ Курский государственный
медицинский университет*

*²⁾ Курский государственный
университет*

e-mail: daryasumina@yandex.ru

Была проведена оценка общеклинической эффективности, а также изменения динамики качества жизни больных псориазом на фоне стандартной терапии.

Выявлено ухудшение качества жизни больных псориазом по сравнению с группой здоровых лиц, что свидетельствовало о высокой степени напряжённости психоэмоциональной сферы, ассоциированной с состоянием кожи, требующее адекватной фармакокоррекции.

Ключевые слова: псориаз, стандартная терапия, качество жизни, психоэмоциональная сфера.

Псориаз – полиэтиологическое заболевание, хронический папулёзный дерматоз, являющийся одним из самых распространённых хронических заболеваний кожи. По данным многочисленных исследований, от 2 до 7% населения всего земного шара страдает этим заболеванием. При этом частота встречаемости псориаза в структуре заболеваемости в дерматологических клиниках составляет 40%. В России в настоящее время насчитывается около 2,8 млн. больных псориазом [5].

Существует большое количество теорий его возникновения, среди которых особого внимания заслуживает научно и патогенетически обоснованная и клинически доказанная теория возникновения болезни в результате нарушения стрессорных механизмов ответа на возникающие факторы стресса различной интенсивности [6, 7, 11]. Обострения и дебюты заболевания в более трети случаев возникновения псориаза связаны с психоэмоциональным стрессом/напряжением. Известно, что у больных псориазом выявлены различного рода нарушения психо-эмоционального статуса, связанные с отрицательными психогенными факторами и проявляющиеся различного рода синдромами: астено-невротическим, неврастеническим, астеническим, астенодепрессивным, ипохондрическим, вегетативно-сосудисто-дистоническим, и другими реакциями [1, 7].

Лечение псориаза представляет максимально выраженную медицинскую проблему, так как существующие в настоящее время возможности терапии этой патологии характеризует далеко не всегда удовлетворяющая врача и пациента эффективность, а широкое использование таких средств терапии псориаза, как стероидные гормоны, ретиноиды в высоких дозах, антибиотики, цитостатические препараты и многих других приводит к нарушению функций печени, костного мозга, кишечника, иммунной системы [10]. Побочные отрицательные действия при применении указанных фармакопрепаратов усугубляют существующие негативные изменения в организме больных псориазом. Клинически эти изменения проявляются как синдром эндотоксикоза с той или иной выраженностью симптомов в виде лихорадки, анемии, повышения сонливости, снижения аппетита, понижения социальных контактов и многих других [2, 7].

Исследования, проводимые нами ранее у больных стресс-индуцированными дерматозами – чешуйчатым лишаем в различных клинических проявлениях (инфильтративной формой, артропатической и псориазической эритродермией), atopическим дерматитом, хронической идиопатической экземой, красным плоским лишаем – выявили значительные дисрегуляторные нарушения во взаимосвязанных системах организма пациентов – психоэмоциональной сфере, иммунной, нервной, эндокринной системах [4, 12]. Результаты наших исследований еще больше подтвердили их соответствие новому направлению в дерматологии –



психонейроэндокриноиммунологии. Основным направлением этиопатогенеза, в частности, псориаза, является нейропептидное звено [1].

Цель исследования: изучение влияния стандартной терапии на эффективность лечения псориаза.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование выполнено с участием 45 больных псориазом (псориаз обыкновенный L41.0 МКБ-10), получавших лечение в стационарном отделении Белгородского областного кожно-венерологического диспансера, которые соответствовали следующим критериям. Критерии включения в исследование:

1. Наличие у пациентов распространенного псориаза, инфильтративной формы, стадии обострения.
2. Возраст пациентов от 20 до 58 лет.
3. Наличие в год не менее 2-3 рецидивов заболевания
4. Отсутствие во время исследования сопутствующей соматической патологии, требующей постоянной фармакологической коррекции
5. Значение PASI (индекса псориаза и тяжести псориазных поражений) более 9 баллов.

Все пациенты были разделены на две обследуемые группы, рандомизированные по полу, возрасту, течению болезни, наличию сопутствующей соматической патологии, психоэмоциональному статусу.

Группа больных (45 человек) получала традиционную терапию в соответствии с существующими стандартами (Стандарт медицинской помощи больным псориазом МЗ и СР РФ от 30.05.2006г., № 433) : антигистаминные препараты, десенсибилизирующие и седативные средства, витамины А, Е, С, фолиевую кислоту, наружные лекарственные формы с кортикостероидами и салициловой кислотой [8]. В группе больных исследование проводили до начала терапии и по ее окончании, причем нами была использована единая система для комплексной оценки и аналогичные критерии результатов лечения. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте.

Для оценки эффекта от проводимого лечения нами использовался индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index), который является объективной клинической системой, с помощью которой определяется площадь пораженной поверхности тела и интенсивность проявления основных клинических симптомов болезни. Параметр «охват» определялся для каждой из четырех частей тела: головы, рук, туловища и ног, доля которых от общей поверхности тела составляла соответственно 0,1; 0,2; 0,3; 0,4 (табл. 1).

Таблица 1

Расчет площади пораженной псориазом поверхности тела

% поражения	нет	Менее 10	10-29	30-49	50-69	70-89	Более 90
Охват	0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6

Далее для каждой из частей тела по четырехбалльной системе (0 – нет, 1 – слабо, 2 – умеренно, 3 – тяжело, 4 – максимум) определяли параметры «зуд», «гиперемия», «шелушение», «утолщение» и вычисляли локальный PASI по формуле: локальный PASI = доля X охват X (зуд + краснота + шелушение + толщина). Сумма локальных PASI составляет итоговый PASI, который и может изменяться от 0 до 96. Снижение индекса PASI на 75% и более расценивалось нами как значительное улучшение состояния, на 50% и более – как улучшение, а на 25% и более – как незначительное улучшение.

Кроме того, для оценки трансформации локального статуса нами использовался балльный индекс ДИШС – дерматологический индекс шкалы симптомов.

Трансформация качества жизни предполагает самостоятельную оценку респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. В настоящее время существует большое количество шкал, опросников, анкет и индексов, которые подразделяют на специфические – характеризующие



изменения по названным позициям применительно к одному заболеванию / одной нозологической форме болезни и неспецифические – не зависящие от конкретной клинической формы болезни. В практике широко используется индекс ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни) Finley в модификации Н.Г. Кочергина. В настоящем исследовании нами был использован адаптированный специфический опросник – метод анкетирования С.И. Довжанского [3], используемый для оценки качества жизни с учетом особенностей влияния хронического поражения дермы на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и различные другие аспекты жизни больного. Ранее нами этот опросник был успешно использован для оценки качества жизни больных акне и розацеа [9]. Поэтому нам представилось весьма интересным проведение анализа качества жизни у больных инфильтративной формой псориаза – заболевания, отличающегося по этиопатогенетическим механизмам возникновения, течению болезни, а также применяемой терапии.

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались по балльной шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 баллов – максимально благоприятный показатель;
- 5 баллов – соответственно, неблагоприятный показатель.

Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранной нами методике.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты, полученные нами в результате анкетирования больных и здоровых, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Трансформация показателей качества жизни больных инфильтративным псориазом до проведения курса стандартной терапии

Показатели качества жизни (КЖ)	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=45)	Сдвиг,%
Раздражительность (Р)	1,0	4,7	470
Замкнутость (З)	1,0	4,5	450
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	3,9	390
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	3,7	370
Депрессия (Д)	1,0	2,5	250
Нарушения сна (НС)	1,0	2,3	230
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	2,1	210
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,0	200
Σ, %			2570

Примечание: Σ – знак суммы

Из представленной таблицы видно, что у больных псориазом отмечалось выраженное нарушение качества жизни по сравнению с группой здоровых лиц / группой контроля. В группе больных нами выявлено явное ухудшение их качества жизни. Это демонстрировалось максимальным положительным сдвигом цифрового значения показателей (в %) раздражительности, замкнутости, неуверенности в себе (соответственно в 4,7, 4,5, и 3,9 раза). Показатели эти были максимально значимыми для исследуемой группы пациентов. По величине убывания сдвига показатели расположились в такой ряд: Р > З > НВС > ТО > Д > НС > СУЗ > ОИЖО.

Следует отметить очень высокую величину суммарного сдвига цифровых значений показателей, выраженную в процентах относительно аналогичных показателей здоровых людей – 2570. Этот факт, без сомнения свидетельствует о высокой степени напряженности психоэмоциональной сферы больных инфильтративным псориазом вследствие сезонного рецидивирования патологического процесса, а порой и бесконтрольного течения болезни и доминирующего патологического воздействия хроностресса, доказанного и собственными наблюдениями, и данными литературы [1, 6, 11, 12]. Псориаз – заболевание, вызывающее у больных выраженные психо-эмоциональные нарушения, требующие адекватной фармакокоррекции. Наличие на коже обширных высыпаний, постоянного зуда кожи, порой весьма интенсивного, крайне нервирует больных,



приводя к развитию у них астено-невротического состояния и даже депрессивного синдрома. В отличие от показателей, полученных нами при исследовании больных угревой болезнью и розацеа, в данной работе у пациентов, страдающих инфильтративной формой псориаза, показатели раздражительности, замкнутости и неуверенности в себе явно доминировали.

Далее нами было проведено исследование пациентов к моменту окончания курса стандартной терапии. Полученные данные представлены в табл. 3.

Таблица 3

Трансформация показателей качества жизни больных инфильтративным псориазом после проведения курса стандартной терапии (в сравнении с показателями до лечения)

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=40)	Группа больных до лечения (n=45)	Группа больных после лечения (n=45)	Сдвиг, %
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	4,8	4,0	-17,3
Депрессия (Д)	1,0	4,4	4,0	-9,1
Трудность общения с друзьями (ТО)	1,0	3,9	3,0	-24,1
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	3,7	3,6	-3
Замкнутость (З)	1,0	2,5	2,0	-20
Нарушения сна (НС)	1,0	2,2	1,7	-12,3
Раздражительность (Р)	1,0	2,1	1,9	-9,6
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,0	1,8	-10
Σ, %				105,4

Из представленной таблицы видно, что у пациентов группы, получавших стандартную терапию, достоверно значительно изменяются показатели психо-эмоциональной сферы, а особенно чувство неуверенности в себе, показатель депрессии, проблемы в общении с друзьями, присутствие страха ухудшения здоровья. Эти факты также объяснимы: именно психо-эмоциональное состояние пациентов с заболеваниями кожи, локализующимся на лице, волосистой части головы и в основном на коже туловища и конечностей в максимальной степени подвержено изменениям, совпадающим и зависящим от изменений локального статуса. Улучшение состояния дермы приводит к нормализации настроения пациентов, вселяет им чувство уверенности в себе, надежду на позитивный исход заболевания, перспективы удлинения межрецидивного межсезонного периода и минимизации кожных эфлоресценций в стадию обострения псориаза.

Далее нами была проведена интегративная оценка изменений дерматологического статуса пациентов с помощью весьма удобных в повседневном применении индексов ДИШС и PASI. Полученные данные представлены в табл. 4.

Таблица 4

Изменение интегративных индексов ДИШС и PASI при проведении стандартной терапии

Показатель	Больные до лечения (n=45)	1 группа после лечения (n=45)	Сдвиг (%)
ДИШС	11,62±0,15	3,96±0,29*	-66,0
PASI	19,34±0,63	15,22±0,19*	-21,3

Примечание: * – $p < 0,05-0,001$ в сравнении с показателями до лечения.

Таким образом, нами выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателей ДИШС и PASI у больных инфильтративным псориазом. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психо-эмоциональные нарушения у больных чешуйчатый лишай, наиболее часто встречаемые в практике. Кроме того, нами оценена эффективность проводимой

стандартной терапии и ее влияние на исследуемую сферу пациентов. При проведении анализа полученных результатов используемой методики опроса как одного из компонентов многостороннего обследования респондентов, нами сделано заключение, что традиционная терапия положительно влияет на общее состояние пациентов и локальный статус дермы, тем самым нормализуя их психоэмоциональное состояние и улучшая показатели качества жизни.

Литература

1. Бобынцев, И.И. Нервные и эндокринные механизмы псориатической болезни / И.И. Бобынцев Р.Н. Левшин Л.В. Силина // Курский научн.-практич.вестн. «Человек и его здоровье». – 2007. – №2. – С. 80-86.
2. Владимирова, И.С. Возможности повышения эффективности комплексной терапии псориаза. / И.С. Владимирова, К.Н. Монахов // Вестн.дерматол.и венерол. – 2010. – №2. – С. 58 – 63.
3. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / С.И. Довжанский// Вестн. дерматологии и венерологии. – 2001. – №3. – С. 12-14.
4. Кубановаж, А.А. Новые аспекты в патогенезе и лечении псориаза / А.А. Кубановаж, В.А. Самсонов, С.М. Федоров // Вестн.дерматол. и венерол. – 2000. – №2. – С. 27-31.
5. Кубанова, А.А. с соавт. Организация дерматовенерологической помощи: достижения и перспективы. // Вестник дерм.и венерол. – 2008. – №1. – С. 4 -22.
6. Павлова, О.В. Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний /О.В. Павлова// Психологический журн. – 2003. – Т.24, №5. – С. 88-94.
7. К вопросу о патогенезе псориаза. /И.Я. Пинсон [и др.]// Рос.журн.кожн.и венерич.болезней. – 2006. – №2. – С.24-27.
8. Псориаз. Клинические рекомендации РОДВ. – М.: ДЭКС. – Пресс, 2008, 50с.
9. Шварц, Н.Е. Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии / Н.Е. Шварц, Л.В. Силина, В.А. Лазаренко // Курский науч.-практ.вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – №1. – С. 91-96.
- 10.Хобейш, М.М. Соколовский Е.В. Псориаз. Современные методы лечения./ М.М. Хобейш, И.А. Мошкалова – СПб.: Сотис, 1999. – С. 70 -134.
11. Panconesi, E. Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiologic pattern of psychosomatics / E. Panconesi, G. Hautmenn // Dermatol.Clin. – 1996/ – Vol.14, №3. – P.339-421.
12. Effects of psychologic intervention on psoriasis; a preliminary report / Zachariae R.,[et al.] // Y.Am.Acad.Dermatol. – 1996. – Vol. 34, N.6. – P. 1008-1015.

THE ANALYSIS OF THE LIFE QUALITY AND THE LOCAL STATE INTEGRATIVE INDEXES TRANSFORMATION IN PSORIATIC PATIENTS AND ITS' CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF TRADITIONAL THERAPY

**I.N. KOSAREVA¹, L.V. SILINA¹,
I.I. BOBINCEV¹, S.M. YATSUN²,
E.V. PISMENNAYA¹, D.S. SUMINA¹**

¹⁾ *Kursk State Medical University*

²⁾ *Kursk State University*

e-mail:daryasumina@yandex.ru

We have estimated total clinical effectiveness as well as the life quality dynamics in patients with psoriasis receiving standard therapy.

The worsening of the life quality in psoriatic patients compare to the group of healthy people has been revealed, thus indicating highdegree of the psycho-emotional sphere tension associated with the skin condition, which requires adequate farmacocorrection.

Key words: psoriasis, standard therapy, life quality, psycho-emotional sphere.