

5. Шемонаев В.И., Малолеткова А.А. К вопросу качества жизни стоматологических пациентов ортопедического профиля / Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: материалы конференции, посвященной 70-летию Волгоградского государственного медицинского университета и 40-летию кафедры терапевтической стоматологии. – Волгоград: ООО «Бланк», 2005. – Вып. 2, Т. 62. – С. 227-229.

6. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wld Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Тахмазян К.К., Вербя Я.И., Уракова Т.Ю.

*Адыгейский республиканский
кожновенерологический диспансер;
Медицинский институт
ГОУ ВПО «МГТУ», Майкоп,
e-mail: krikri1981@mail.ru*

Введение. Проблема псориаза в настоящее время весьма актуальна в связи с достаточно широкой распространенностью. Псориаз – мультифакторное заболевание, в развитие которого важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушение функций иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др. [1]

Видимые патологические изменения кожного покрова больных псориазом снижают самооценку, нарушают социальную адаптацию, зачастую тяжелые клинические разновидности приводят к инвалидизации и снижению качества жизни. Исследование качества жизни (КЖ) – надежный метод оценки здоровья и общего благополучия человека [2]. Изучение КЖ позволяет оценить физическое, психологическое и социальное благополучие человека, причем оценка этих составляющих проводится самим индивидуумом.

Изучение КЖ является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп, включая и больных [3,4] Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения [5]

Целью данного исследования – оценка качества жизни больных псориазом в сравнении с показателями условно-здоровых лиц.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Адыгейского клинического кожновенерологического диспансера города Майкопа с сентября 2010 года по декабрь 2010 года. Предметом исследования послужили 30 человек больных псориазом, среди которых 14 больных – лица мужского пола, 16 больных – лица женского пола. Возраст больных от 22 до 78 лет. Среди обследуемых с вульгарной формой псориаза – 21 пациент, с артропатической формой – 5 пациентов, с эритродермической формой – 2 пациента, с ладонно-подошвенной формой – 2 пациента. Объективность течения и тяжести процесса в исследуемой группе оценивалось индексом PASI, который вычисляется с учетом размера поражения участка, выраженности гиперемии, инфильтрации и шелушения. Максимальный индекс PASI по методике – 72 балла. В исследуемой группе тяжесть процесса распределилась следующим образом: 0-10 баллов – 3 пациента; 10-50 баллов – 25 пациентов; 50-72 баллов – 2 пациента.

Исследование КЖ проведено с использованием опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) [6], который позволяет проводить оценку качества жизни пациентов за последние 4 недели. Русская версия опросника была адаптирована и валидирована «Международным центром исследования качества жизни» в Санкт-Петербурге и любезно предоставлена нам в распоряжение. Инструмент состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Количество возможных вариантов ответов варьирует от 2 до 6. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования (перевода необработанных данных в баллы КЖ) результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100, по каждой из 8 шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни. В качестве групп сравнения были использованы данные пациентов (контрольная группа 1) прошедших курс реабилитационных мероприятий (37 человек с избыточной массой тела) в ООО «Центр здоровья» (директор д.м.н., профессор Ю.Ю. Даутов). Данные по КЖ контрольной группы 2 сравнения взяты нами из исследований «Международного центра изучения качества жизни», проведенные на условно-здоровых

(2114 человек отобранных при случайной выборке) жителей Санкт-Петербурга [5]. Данные опросника подверглись статистической обработке с помощью параметрического метода и критерия t-Стьюдента. Вычислялись: средняя вариационного ряда (M_{cp}), стандартное отклонение ($\pm SD$), стандартная ошибка ($\pm m_0$). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Первоначально произведен сравнительный анализ КЖ основной группы (страдающие псо-

риазом) с контрольной группой 1 (жители РА после реабилитации) (табл. 1). Среди больных лиц мужского пола показатели КЖ наиболее снижены по шкалам: РЭФ на 46 баллов; РФФ на 43 балла; ОЗ на 36 баллов, Б на 35 баллов. По остальным шкалам снижение в среднем происходило на 20 баллов. Среди лиц женского пола выраженные снижения были отличны по шкалам: ПЗ на 24 балла; РЭФ на 23 балла; ОЗ и Б на 21 балл. По остальным шкалам снижение в среднем было на 12 баллов.

Таблица 1

Оценка КЖ больных псориазом в сравнении с лицами прошедшими курс реабилитации ($M_{cp} \pm m_0$)

Шкалы опросника	Мужчины		Женщины	
	N = 14	N = 18	N = 18	N = 19
	Основная группа	Контрольная группа 1	Основная группа	Контрольная группа 1
ФФ	66,7	93,61	65,0	75,0*
РФФ	41,0	84,5***	50,0	63,8
Б	52,0	87,5***	47,5	68,42**
ОЗ	46,5	82,5***	48,5	69,42***
Ж	50,0	71,94***	52,5	69,21**
СФ	58,0	88,19***	60,9	80,26**
РЭФ	46,9	92,5***	54,1	77,19***
ПЗ	50,7	78,44***	51,5	75,58***

Примечание: достоверность между исследуемыми группами – * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таблица 2

Сравнительная оценка КЖ больных псориазом в сравнении с условно-здоровыми лицами Санкт-Петербурга (исследования А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2007) ($M_{cp} \pm SD$)

Шкалы опросника	Мужчины		Женщины	
	N = 14	N = 895	N = 16	N = 1219
	Основная группа	Контрольная группа 2	Основная группа	Контрольная группа 2
ФФ	66,7	83,7**	65,0	76,5**
РФФ	41,0	70,5***	50,0	60,7*
Б	52,0	69,4*	47,5	64,2**
ОЗ	46,5	57,5*	48,5	51,6
Ж	50,5	60,1*	52,5	53,5
СФ	58,0	71,6*	60,9	66,7
РЭФ	46,9	70,9**	54,1	63,3
ПЗ	50,7	61,8**	51,5	55,2***

Примечание: достоверность между исследуемыми группами – * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; В скобках указано стандартное отклонение показателей.

Сравнительный анализ основной группы (страдающие псориазом) с контрольной группой 2 (условно-здоровые жители Санкт-Петербурга) показал (табл. 2), что качества жизни у мужчин основной группы снижены по шкалам: РФФ на 29 баллов; РЭФ на 24 балла; ФФ на 17 баллов. По остальным шкалам снижение было в среднем на 10 баллов. При сравнении лиц женского пола наибольшее снижение было отлично по шкале Б на 17 баллов; ФФ на 11 баллов; РЭФ на 9 баллов. По остальным шкалам снижение определялось в среднем на 6 баллов.

Проведенный сравнительный анализ выявил значительное снижение КЖ больных псориазом по многим шкалам опросника. Псориатические поражения вызывают психологический дискомфорт, трудности социальной и профессиональной адаптации, нарушают нормальное физическое и ролевое функционирование. Сильный кожный зуд или боль (при артропатической форме), могут мешать выполнять основные жизненные функции. Психологический стресс в сочетании с зудом и болью может привести к развитию депрессии, социальной изоляции и дезадаптации.

Выводы

1. Проведенное исследование с помощью опросника MOS SF-36 среди больных псориазом позволяет определить влияние данной патологии на качество жизни пациентов, проводить мониторинг, а так же использовать полученные данные для определения эффективности профилактических мероприятий.

2. У больных псориазом по сравнению со здоровыми лицами имеет место достоверное снижение показателей КЖ по шкалам: РФФ, РЭФ, ОЗ, Б у мужчин и ПЗ, РЭФ, ОЗ, Б у женщин

Снижение показателей по шкалам: РФФ, ОЗ, Б, могут быть связаны с местными патологическими процессами в области ладоней и подошв, скованностью и болезненностью в суставах, зудящими бляшками в области туловища и конечностей, о чем так же свидетельствуют показатели индекса PASI.

3. Снижение показателей по шкалам: РЭФ, ПЗ вероятно связаны с высыпаниями на открытых участках кожного покрова, мучительным зудом и связанные с этим сложностью социальной и профессиональной адаптации, что обосновывает включение психотерапии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Псориаз / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2008. – 56 с. – (Клинические рекомендации/Российское общество дерматовенерологов).
2. Новик А.А., Матвеев С.А., Сухонос Ю.А. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клини.мед. – 2000. – №2. – С.10-13.
3. Andrews F.M., Witbney S.B., Social Indicators of well-being: Americans perception of quality of life. – New York: Planum press, 1976. – P. 156.
4. Baker F., Intagliata j. Quality of life in the evaluation of community support systems // Evolution Program planning. – 1982. – №5. – P. 69-79.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ЗАО ОЛМА «Медиа групп», 2007. – 320 с.
6. Ware S.E., Sherbourne C.P. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Medical care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473-483.