

**Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан
Кафедра кожных и венерических болезней
Ташкентская Медицинская Академия**

**Оценка качества жизни у больных угревой болезнью
и способы коррекции.**

Методические рекомендации

Ташкент 2007

Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан
Кафедра кожных и венерических болезней
Ташкентская Медицинская Академия

«Согласовано»
Начальник отдела
по координации
Научно-исследовательской
деятельности МЗРУз
_____ д.м.н. Даминов Б.Т.
« » _____ 2007г_

«Утверждено»
Начальник Главного
управления кадров,
учебных заведений
и науки МЗРУз
_____ д.м.н.АтахановШ.Э.
« » _____ 2007г_

УДК 616.5:53- 002.25

**«Оценка качества жизни у больных угревой болезнью
и способы коррекции»**

(методические рекомендации)

Проблемная комиссия
протокол №
Ученый совет
протокол №

Рекомендовано в печать кафедральной конференцией кафедры кожных и венерических болезней ТМА

Разработчики:
кафедра кожных и венерических болезней Ташкентской
Медицинской Академии

Составители:
Вайсов А.Ш. заведующий кафедрой кожных и венерических
болезней ТМА, профессор

Абрамова В.А. аспирант кафедры кожных и венерических
болезней ТМА

Рецензенты:

- 1. Шодиев Х.К.** д.м.н., профессор, зав.каф. кожных и венерических
болезней ТПИ
- 2. Бекмуратова Э.И.** - доц. каф. кожных и венерических болезней
ТМА

**Методические рекомендации предназначены для студентов
старших курсов, практических врачей-дерматологов и врачей
общей практики.**

Предисловие

Понятие и значение качества жизни при угревой болезни.

Угревая болезнь- является одним из самых распространенных дерматозов, страдает которым до 85% молодых и 30% взрослых людей.[1,4]

Клинические проявления при акне носят разнообразный характер, различаясь по распространенности, глубине поражения, степени выраженности патологического процесса. Анатомической локализацией болезненного процесса являются сальные железы, под влиянием андрогенных гормонов, начинают вырабатывать кожное сало в большом количестве, которое попадает на поверхность кожи, раздражает протоки сальных желез и стимулирует их избыточное ороговение. Это приводит к закупорке волосяного фолликула и раздуванию прилегающей сальной железы. В закупоренных кожным салом и лишенных доступа кислорода, образуются благоприятные условия для развития сапрофитных бактерий. Эти бактерии имеют способность разлагать сложные липиды с образованием жирных кислот, активируют комплемент, и, таким образом, являются сильным хемотоксическим фактором для нейтрофильных гранулоцитов и вызывают воспалительный процесс.[11]

Данный дерматоз локализуется на наиболее значимых участках кожи с точки зрения самовосприятия - преимущественно в области лица, груди, верхней части спины, т.е на открытых участках тела, оставляя косметический дефект, выраженный в большей или меньшей степени.[3]

Наличие косметического дефекта часто приводит к возникновению серьезных психоэмоциональных проблем у пациентов, вплоть до развития депрессий, психозов, суицидальных намерений, нарушает социальную адаптацию и значительно снижает качество жизни [16].А так как пик этого заболевания приходится на юношеский переходный возраст, который и без того сопровождается психологической нестабильностью,

раздражительностью, чувством собственной неполноценности, все это отягощает течение угревой болезни, а как следствие и качество жизни данных больных. Некоторые молодые люди перестают выходить из дома, бросают учебу и работу, замыкаются, и в конце концов незначительная и совершенно банальная кожная проблема перерастает в личную трагедию.[2] Юношеский возраст является ответственным переходным периодом, когда физиологические системы еще полностью не сформированы, а становление системы половой гормональной регуляции сопровождается ее физиологической нестабильностью. Чувство собственной неполноценности, депрессивное состояние, раздражительность, повышенная обидчивость, неверие в возможность излечения усугубляют течение акне. [17] В настоящее время отмечается тенденция “взросления” этого заболевания, его значительное влияние на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больных обуславливают актуальность данной проблемы и необходимость разработки новых эффективных средств и схем лечения.[10,18] Присутствие воспаленных прыщиков, гнойничков, черных точек (комедоны), пятен и рубчиков, сальный, неприятный вид кожи на самых видных местах вызывает сложности в общении, профессиональном устройстве, снижают самооценку, нередко приводят к формированию значительных психоэмоциональных расстройств вплоть до стремления к изоляции. У больных акне отмечается повышенный уровень тревожности, причем более выраженный у женщин. Социальная реабилитация этих пациентов предполагает восстановление их внешнего облика. Косметические проблемы в значительной мере усугубляют социально-психологические, межличностные отношения у большинства пациентов, нередко вызывая тревогу, депрессию, снижение качества жизни. [2,12] Исходя из особенностей психического состояния больных акне, лечебные мероприятия должны учитывать динамику показателей качества жизни больного.

В настоящее время возрастает интерес к исследованию качества жизни

больных, что отражает стремление к развитию целостного взгляда на человека, который из объекта медицинского вмешательства все больше превращается в субъект процесса лечения, справедливо требующий при невозможности радикального излечения хотя бы улучшения качества жизни[15]

В разработку научного изучения КЖ большой вклад внесла Всемирная организация здравоохранения – она выработала основополагающие критерии качества жизни. Качество жизни, согласно определению ВОЗ - это восприятие индивидуумов их положения в жизни, в контексте культуры и системы ценностей в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами. В начале XXI века понятие «качество жизни» (КЖ) превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни, связанное со здоровьем».[14] КЖ сегодня – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Исследование КЖ позволяет информативно и экономично оценить состояние здоровья как всего населения страны, так и отдельных социальных групп, групп людей с определенными заболеваниями, различных слоев населения или одного человека.[13]

Качество жизни - понятие обобщающее, в медицинском аспекте отражающее функциональное состояние организма человека в связи с болезнью. Качество жизни связанное со здоровьем, - интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии[9]

В медицинской практике изучение КЖ используется в различных целях: для оценки эффективности методов современной клинической медицины и различных реабилитационных технологий, для оценки степени тяжести больного, для определения прогноза заболевания, эффективности лечения.

Метод оценки качества жизни имеет широкие возможности:

Качество жизни- критерий оценки эффективности лечения.

Качество жизни прогностический фактор, используется при выборе индивидуальной программы лечения больного.

Качество жизни- показатель реабилитационных программ. Исследование качества жизни пациента позволяет осуществить мониторинг состояния больного в процессе реабилитации.

На оценку КЖ оказывают влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, региональные особенности, культурные традиции и многие другие факторы. Это сугубо субъективный показатель объективности, и поэтому оценка КЖ респондентов возможна лишь в сравнительном аспекте с максимальным нивелированием всех сторонних факторов. Снижение качества жизни не зависит от нозологической формы заболевания, это способность человека функционировать в обществе соответственно положению и получать удовлетворение от жизни. Следует выделить три основных признака, характерных для концепции качества жизни.

1. Многомерность. КЖ содержит информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психической, духовной, финансовой и позволяет определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. КЖ не является постоянным и меняется в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг состояния пациента.

3. Участие больного в оценке его состояния. Эта характеристика является особо важной. Оценка качества жизни сделанная самим пациентом, является достоверным показателем его состояния. Данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить полную и

объективную картину болезни.[9,14]

Оценка качества жизни требует формальных методов исследования. Суждение о качестве жизни пациента не может быть основано только на информации о клинической тяжести заболевания. Основным инструментом изучения КЖ являются профили (оценка каждого компонента КЖ отдельно) и опросники (для комплексной оценки), которые, в свою очередь, могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий), и все они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свою болезнь. Предложенные методы оценки разделяются на специфические, используемые при определенном заболевании, и неспецифические – независимо от какой – либо болезни.[5,8]

Для более точной оценки динамики состояния пациентов угревой болезнью были созданы опросники, адаптированные к данному дерматологическому заболеванию.

Химический пилинг как способ повышения качества у больных угревой болезнью.

В результате проведенного нами исследования, можно сказать, что угревая болезнь снижает качество жизни больных, что выражается во множестве ограничений, которые испытывают больные, а также то что под влиянием рациональной терапии, дающей стойкий косметический результат показатели качества жизни значительно повышаются. Для оценки качества жизни при угревой болезни мы применили метод анкетирования Довжанского С.И., который состоит из 21 вопроса. Мы перевели данный опросник на государственный язык делая его более доступным для контингента обследованных и использовали его в двух вариантах на русском и узбекском языках.

По методу Довжанского результаты оценивались по пятибалльной системе, где 0 - наиболее благоприятный показатель, 5 - неблагоприятный показатель.

Анализируя проведенные исследования, мы отметили: изменение показателей качества жизни в зависимости от пола и возраста отличались незначительно, хотя отклонение в сторону ухудшения все же наблюдались чаще у женщин и чаще в подростковом периоде; у больных тяжелой формой УБ показатели КЖ сильно отклоняются в сторону ухудшения (>40 баллов); в период рецидивов качество жизни больных значительно ухудшается, а в период ремиссий повышается, что имеет выражение в бальном соотношении. При включении процедуры химического пилинга в схему комплексного лечения угревой болезни мы отметили заметное улучшение клинической картины, что способствовало улучшению качества

жизни больных и приблизило их к показателям контрольной группы. (5-7). В основе метода лежит контролируемое повреждение определенных

слоев эпидермиса и в ряде случаев верхних слоев дермы. Для нашей работы мы выбрали гликолевую кислоту из группы альфа-гидроксикислот и салициловую кислоту из группы бета-гидроксикислот. Химический пилинг проводили по схеме, начиная с малого процента по нарастающей, увеличивая процент кислот, адаптируя кожу к увеличению концентрации раствора. Важное значение имеет pH раствора. Гликолевую кислоту мы использовали в следующих концентрациях: 10, 25, 50, 70%, pH раствора составлял 1,75. Салициловую кислоту - 10, 25, 30% pH 2,0. Количество процедур подбирали индивидуально. В среднем 1-2 процедуры в неделю. Курс состоял из 3-4 процедур.

Опросник качества жизни (больных хроническими дерматозами)

по С.И.Довжанскому

Больной _____

И.Б.№ _____

Диагноз _____

Возраст _____

Показатель качества жизни	Варианты ответов в баллах
Нарушение сна	0, 1, 2, 3, 4, 5
Ограничение в диете	0, 1, 2, 3, 4, 5
Чувство беспокойства	0, 1, 2, 3, 4, 5
Депрессия	0, 1, 2, 3, 4, 5
Неуверенность в себе	0, 1, 2, 3, 4, 5
Ухудшение внимания, памяти	0, 1, 2, 3, 4, 5

Повышенная раздражительность	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Замкнутость	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Страх ухудшения здоровья	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Сексуальные нарушения	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Невозможность заниматься спортом	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Трудности общения с друзьями	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Отсутствие интереса к жизни окружающих,(общества)	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Изменение привычного образа жизни	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Изменение характера работы в связи с болезнью	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Необходимость госпитализации	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Материальные затруднения в связи с болезнью	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Затруднения в создании семьи	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5

Конфликты в семье	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Боязнь иметь больных детей	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5
Побочные действия лекарств	0, 1 ,2 ,3 ,4 ,5

Примечание Варианты ответов:0 - наиболее благоприятный показатель;

5 - неблагоприятный показатель

Сумма баллов: 0 - высокий уровень качества жизни

105 - катастрофически низкий уровень качества жизни

Приводим собственные наблюдения:

Больная Т . 1989г.р обратилась в поликлинику ТашОКВД с диагнозом- Вульгарные угри. Больная ранее получала лечение по месту жительства, эффект был незначительный и кратковременный..Свое заболевание связывает с выдавливанием содержимого элементов и неумением самостоятельно ухаживать за кожей.,чрезмерным употреблением мыла для очищения кожи. Объективно: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и локализован на коже лица, груди, спины. Элементами поражения являются множественные комедоны, папулы, пустулы и выраженные явления постакне: изменение микрорельефа кожи, рубчики, гипо- и гиперпигментированные пятна. Кожа лица жирная, волосы на голове тусклые, имеют жирный блеск.

Субъективно: незначительный зуд..

Оценка качества жизни методом анкетирования до лечения составляла 87 баллов, что свидетельствует о выраженном снижении ее показателей.

При ответе на вопросы анкеты больную более выражено волновало трудность общения с друзьями, депрессия, замкнутость, неуверенность в себе. Эти показатели были оценены по 5 баллов самой больной, остальные вопросы анкеты больной также оценены достаточно негативно. Больной назначено - комплексная терапия, включающая в себя: Р-р Тиосульфат натрия 30%-10,0 в/в; р-р кальций хлор 10%-10,0 мл; Vit С5%-2,0 ; Vit В1 5%-2,0; таб. активированный уголь 0,25 бт 1р в день, доксициклин 0,1 -1т. 2р/д; местно: ихтиоловая мазь, с целью коррекции явлений акне и постакне,

помимо традиционной терапии был проведен химический пилинг гликолевой кислотой по схеме после предварительной адаптации кожи низкопроцентными растворами гликолевой кислотой. Процедуры химического пилинга проводились по следующей методике: Гликолевую кислоту мы использовали в следующих концентрациях: 10, 25, 50, 70%, рН раствора составлял 1,75. Количество 1 процедура в неделю. Курс состоял из 4 процедур.

Процедуру начинали с очищения кожи и ее обезжиривания. Предполагаемый участок обработали с мылом, дважды обработали спиртовым раствором.

Отметили участки кожи, где проведение пилинга требует особой осторожности. Для этого смазали вазелином латеральные и медиальные уголки глаз, крылья носа, носогубные складки, уголки глаз и сами губы. Затем пациента попросили плотно закрыть глаза и дополнительно прикрыли их марлевыми салфетками. В мерный стакан налили 2 мл раствора кислоты. С помощью кисточки или марлевого тампона нанесли в такой последовательности: лоб, щеки, подбородок, нос. Затем нанесли кислоту на пораженную часть кожи груди. Нанесение кислоты заняло около 30 с, а время ее контакта с кожей 7 мин на коже лица, 12 мин на коже груди, спины. По истечении времени экспозиции провели нейтрализацию кислоты. Пациентка во время нейтрализации дискомфорта не испытывала. Затем промыли обработанные участки проточной водой.

Процедуры больная перенесла хорошо, побочных эффектов не отмечалось. На 2 й день после обработки основным раствором отмечалось шелушение. На 7-й день кожно-патологический процесс в динамике с улучшением, отмечался выраженный регресс патологических элементов, На 14-й день пустулезные элементы исчезли, микрорельеф кожи стал выравниваться, гиперпигментированные пятна осветлились, жирный блеск исчез. На 21 день количество комедонов стало минимальным, рубцовые изменения стали менее заметными за счет выравнивания текстуры кожи.

Показатели качества жизни повышались по мере регресса патологических

элементов и к концу лечения составили 16 баллов.

Выводы:

Качество жизни является дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии, выбора оптимального препарата для конкретного больного, экспертизы трудоспособности, анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи, в медицинском аудите, для выявления психологических проблем и наблюдения за ними у больных в системе общей практики. КЖ сегодня – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Только правильная клиническая оценка, умелое сочетание эффективных безопасных современных препаратов помогут избежать состояния дисморфофобии, “эмоционального стресса”, неудач в лечении и улучшить качество жизни больных, страдающих различными формами акне. Успех лечения зависит от искусства врача, его профессионального мышления, понимания механизмов развития заболевания.[12]Использование химического пилинга в терапии угревой болезни позволяет в значительной степени устранить недостаток внешности, делающий человека замкнутым, угрюмым, мешающий полноценной жизни. Положительный клинический эффект данного метода способствует повышению качества жизни пациентов угревой болезни, что находит отражение в бальном соотношении.

Список литературы:

1. Адашкевич В.П. «Акне и розацеа» СПб., 2000 с4-97
2. Альбанова В.И. «Угри: проблемы медикаментозного лечения». Мед.газета №85 2004 с8-9
3. Аравийская Е.В. «Некоторые кожные симптомы и дерматозы как предикторы психологического статуса пациентов косметологических учреждений». Российский журнал кожн.и вен.болезней №4 2006 64-65
4. Арифов С.С., Шодиев Д.Б. «Состояние эндогенной интоксикации у больных угревой болезнью». Новости дерматологии и венерологии" 2001 №4 с13-15
5. Гурылева М.Э, Алеева Г.Н., Журавлева М.В. «Критерии качества жизни в медицине и кардиологии.» Мед.газета Здоров.Укр.
6. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. «Клинико-лабораторные показатели рецидивов вульгарных угрей, коррекция этих состояний.» ВДВ 2006; 5 с 73-77
7. Дворнякова Е.В «Маскирующая лечебная косметика - новое качество жизни». Журнал последипломного образования для провизоров.т.5№ 6 2003
8. Довжанский С.И. «Качество жизни - показатель состояния больных хроническими дерматозами». ВДВ №3 2001 21-23
9. Кром И.Л. «Перспективы исследования качества жизни в практике медико-социальной экспертизы». Паллиативная медицина и реабилитация с 35-38
10. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Забненкова О.В. «Современные особенности патогенеза и терапии акне. ВДВ №1 2003 с 9-15
11. Анджей Лангнер, Вадим Стомпур «Этиопатогенетические основы лечения обыкновенных угрей».Новости фармации и медицины.1991.Т.25№4-5с105-

12. Масюкова С.А. Ахтямов С.Н. «Акне: проблема и решение» «Журнал доказательной медицины для практикующих врачей» Т.4№5 2002г
13. Мухамадиев Д.И., Муминова Р.Х. «Некоторые аспекты социально – психологической оценки качества жизни у различных групп населения Таджикистана» Медико-социальная экспертиза и реабилитация №4 2005с 53-55
14. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд И. «Концепция исследований качества жизни в медицине» СПб 1999 с 10-12
15. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б. «Психологические аспекты качества жизни больных псориазом» Рос. журнал кожных и венерических болезней. №4 2006 с 32-35
16. Самгин М.А, Монахов С.А. «Акне» Российский журнал кожных и венерических болезней №3 2005 с55-66
17. Юцковская Я.А., Юцковский А.Д., Маслова Е.В., Метляева Н.Б. Опыт междисциплинарного подхода к терапии и косметологической реабилитации кожи пациентов с угревой болезнью Вестн. дермат.и венерол. №3 2005 32-33
18. Mulder M.M., Sigurdsson V., Van Zuren E.J. et al. Psychosocial impact of acne vulgaris. Evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state. Dermatol. Venerji 2001