

УДК616.53–002.282–092.11–058 (049.5) (045)

Краткое сообщение

## СРАВНЕНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И SKINDEKS-29 У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОДТИПАМИ РОЗАЦЕА

**А. В. Давыдова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры кожных и венерических болезней; **А. Л. Бакулев** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук

## COMPARISON AND INTERPRETATION OF THE DERMATOLOGICAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND SKINDEKS-29 IN PATIENTS WITH DIFFERENT SUBTYPES OF ROSACEA

**A. V. Davydova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate student; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Sciences

Дата поступления — 1.09.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

**Давыдова А. В., Бакулев А. Л. Сравнение и интерпретация шкал дерматологического индекса качества жизни и SKINDEKS-29 у пациентов с различными подтипами розацеа. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 401–405.**

**Цель:** сравнение и интерпретация шкал дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и SKINDEKS-29 у пациентов с различными подтипами розацеа. **Материал и методы.** 48 пациентов с тремя подтипами розацеа (первым, вторым и третьим) интервьюированы посредством опросников ДИКЖ и SKINDEKS-29, который в отечественной литературе имеет очень скудное описание и категоризацию. Полученные данные обработаны статистически и оформлены в таблицы. **Результаты.** Подтверждена чувствительность и взаимозаменяемость SKINDEKS-29 и ДИКЖ для пациентов с различными подтипами розацеа. Более подробное описание и интерпретация SKINDEKS-29 увеличит понимание полученных баллов у пациентов с любой дерматологической патологией. Применение двух опросников, исследующих качество жизни, увеличивает контроль психосоциального обследования и максимально подробно детализирует показатели. **Заключение.** Преобразование абстрактных баллов SKINDEKS-29 и его четкая категоризация в клинически значимые величины поможет формировать, управлять и при необходимости объединять группы пациентов в зависимости от эмоциональных параметров, физических симптомов и психологического функционирования для налаживания партнерских отношений в системе «врач — пациент».

**Ключевые слова:** розацеа, качество жизни, SKINDEKS-29.

**Davydova A. V., Bakulev A. L. Comparison and interpretation of the dermatological health-related quality of life and SKINDEKS-29 in patients with different subtypes of rosacea. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 401–405.**

**Aim:** comparison and interpretation of dermatological health-related quality of life (HRQoL) and SKINDEKS-29 in patients with different subtypes of rosacea. **Materials and methods.** Questionnaires HRQoL and SKINDEKS-29 (which is very slightly described and categorized in Russian literature) were used to question 48 patients with rosacea of 3 subtypes (the 1st, the 2nd and the 3rd). The data resulting from the study were processed statistically and tabulated. **Results.** Sensitivity and interchangeability SKINDEKS-29 and HRQoL were confirmed for patients with different subtypes of rosacea. A more detailed description and interpretation of SKINDEKS-29 will increase the understanding of the scores obtained in patients with any dermatological pathology. The use of two questionnaires, investigating the quality of life, increases the control of psychosocial examination and the most narrowly figures details. **Conclusions.** Conversion of abstract SKINDEKS-29 points and its clear categorization into clinically significant quantities will help to form, manage and to unite, if necessary, groups of patients, depending on the parameters of emotional, physical symptoms and psychological functioning for partnerships in the “doctor — patient” system.

**Key words:** rosacea, quality of life, SKINDEKS-29.

**Введение.** В клинической практике достаточно непросто оценить тяжесть дерматологических заболеваний. Очень часто степень тяжести дерматоза не коррелирует со степенью нарушения качества жизни пациентов с кожной патологией. Клиницисты с легкостью интерпретируют клинические измерения (например, показатели анализов крови, скорости клубочковой фильтрации, величины артериального давления, индекса массы тела и т.д.), и только в последнее время исследователи стали задумываться о значениях психометрических показателей. Поэтому интерпретация более абстрактных показателей здоровья, таких как качество жизни, выраженность тревожности и депрессии, уровень алекситимии, и многих других вызывает трудности для большинства специалистов клинической медицины и исследовате-

лей. На самом деле тяжесть заболевания кожи неразрывно связана как с клиническими показателями, так и с оценкой по психометрическим шкалам. Несмотря на то, что SKINDEKS-29 является одним из наиболее часто используемых, связанных со здоровьем и качеством жизни инструментов в дерматологии, интерпретация полученных баллов не очень хорошо описана и документирована в научных публикациях.

Розацеа — одно из часто встречающихся хронических воспалительных заболеваний кожи лица, проявляющееся эритемой, множественными телеангиэктазиями, папулами, пустулами, а также гиперплазией соединительной ткани и сальных желез с формированием фим различных локализаций, а также с воздействием провоцирующих факторов экзогенного и эндогенного характера. Пациенты с розацеа часто имеют трудности в социальных взаимодействиях и испытывают значительные психологические расстройства, ограничивающие в физических, эмоциональных и других аспектах жизни, влияют на

**Ответственный автор** — Давыдова Анна Владимировна  
Тел. (сот): +79179861126  
E-mail: davydova\_av@bk.ru

социальную активность и карьеру. Следовательно, анализируемые показатели влияния розацеа на профессиональную сферу, повседневную активность лиц трудоспособного возраста необходимо проводить для поиска путей нивелирования отрицательного влияния хронического кожного заболевания на пациента с помощью не только лекарственных препаратов, но и социально-психологических подходов, коррекции системы медицинского диспансерного наблюдения и обследования.

**Цель:** сравнение и интерпретация шкал дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и SKINDEKС-29 у пациентов с различными подтипами розацеа.

**Задачи исследования:** детализировать и оценить основные детерминанты качества жизни по SKINDEKС-29 и ДИКЖ пациентов с различными подтипами розацеа.

**Материал и методы.** Всего под наблюдением находилось 48 пациентов с I, II и III подтипами розацеа и степенью тяжести в каждом подтипе от легкой до тяжелой. Возраст обследуемых составил от 26 до 55 лет, среди которых было 15 (31,3%) мужчин и 33 (68,7%) женщины. Градация по возрастным диапазонам у мужчин составила 5 человек от 26 до 35 лет, 6 человек от 36 до 45 лет и 4 пациента от 46 до 55 лет. Среди женщин основной возрастной интервал от 36 до 45 лет, включавший в себя 15 человек. От 26 до 35 лет — 13 человек, возраст пяти пациенток составил от 46 до 55 лет. Давность заболевания на момент первичного обращения составляла от 3 месяцев до 15 лет. У 21 (43,8%) пациента давность дерматоза составила от 2 до 6 лет; 9 (18,8%) пациентов с недавно возникшим патологическим процессом от 3 до 6 месяцев, а 4 (8,3%) человека — от 6 месяцев до 1 года; 3 (6,2%) пациента вошли в группу по длительности патологического процесса от 1 до 2 лет; 6 (12,5%) пациентов от 6 до 10 лет и 5 (10,4%) — от 10 до 15 лет. Согласно клинической картине и диагностическим критериям дерматоза все пациенты были разделены по степени тяжести течения розацеа на легкую, среднюю и тяжелую. При этом I подтип (эритематозно-телеангиэктатическая) розацеа состоял из 7 пациентов с легкой и 6 пациентов со средней тяжестью патологического процесса, из них 4 мужчин и 9 женщин. II подтип (папуло пустулезная) розацеа включал в себя 4 пациентов с легким, 18 пациентов со средним и 9 пациентов с тяжелым течением дерматоза. А 3 мужчины, из которых один имел легкую степень тяжести, один — среднюю и один — тяжелую, а также одна женщина со средней степенью тяжести вошли в III подтип (фиматозная) розацеа.

Для оценки показателей качества жизни использовались русскоязычные версии опросников дерматологического индекса «качества жизни» («The Dermatology Life Quality Index») и SKINDEKС-29. ДИКЖ, включающий 10 вопросов, детализирован по шести параметрам качества жизни: симптомы и ощущения (вопросы 1–2), ежедневная деятельность (вопросы 3–4), отдых (вопросы 5–6), работа и/или учеба (вопрос 7), межличностные отношения (вопросы 8–9), лечение (вопрос 10) [1]. Для оценки степени влияния кожного заболевания на качество жизни применялась шкала Likert — четырех балльная система с градацией от 0 до 3 баллов, где: 0 — нет, 1 — незначительным образом, 2 — достаточно сильно, 3 — очень сильно). Максимально возможная сумма баллов — 30, при этом качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов.

Структурное подразделение SKINDEKС-29, состоящего из 29 вопросов, имеет три раздела: симптомы, эмоции и функции [2]. Физические симптомы включают 7 пунктов: болезненность; жжение или покалывание; зуд; неприятные ощущения при контакте с водой; раздражение кожи; чувствительность; кровоточивость. Эмоциональная сфера характеризуется такими десятью пунктами, как обеспокоенность состоянием кожи; чувство угнетенности; чувство стыда; беспокойство о том, что от кожного заболевания могут остаться рубцы; переживание об ухудшении состояния кожи; тревожное настроение; смущение; чувство униженности; раздражение по поводу состояния кожи; неприятие себя.

Раздел «Функции» — это 12 пунктов: качество сна; работа и хобби; социальная активность; сексуальная жизнь; одиночество; утомленность; нежелание выходить из дома; ограничение близости с другими людьми; затруднение в осуществлении повседневной деятельности; сложности в проявлении чувств; препятствие создания отношений с окружающими; ограничение тесного общения с родственниками. Ответы на вопросы оценивались по условной пяти балльной шкале, представленной следующими цифровыми значениями, наиболее подходящими для пациента в настоящее время: 0 — никогда, 25 — редко, 50 — иногда, 75 — часто, 100 — всегда. Чем больше набранных баллов по каждому из разделов, тем ниже психологическое качество жизни пациента. А общая оценка по разделам вычислялась как среднее арифметическое по количеству вопросов [3]. Интерпретация и категоризация разделов SKINDEKС-29 представлена в табл. 1 [4, 5].

Таблица 1

Категоризация разделов SKINDEKС-29 [4, 5]

Степень тяжести	Разделы SKINDEKС-29			Общий SKINDEKС-29
	Эмоции	Функции	Симптомы	
Слабая	0–23,9	0–20,9	0–38,9	0–24,9
Умеренная	24–34,9	21–31,9	39–41,9	25–31,9
Тяжелая	35–38,9	32–36,9	42–51,9	32–43,9
Очень тяжелая	≥ 39	≥ 37	≥ 52	≥ 44

Оба опросника заполнялись всеми больными самостоятельно на первичном осмотре. Для взаимного контроля чувствительности ДИКЖ и SKINDEKС-29 проводился сравнительный анализ их использования.

Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере с использованием пакета статистических прикладных программ «Microsoft Office Excel 2010» и «Statistica 7.0» (StatSoft Inc, USA). Анализировались полученные данные, включающие в себя параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики. Для исключения ошибок при формировании базы данных использовалась двойной, последовательный ввод информации. Методами параметрической статистики при нормальном распределении признака вычислялись среднее арифметическое значение (M), стандартная ошибка среднего значения (m). Результаты представлялись в виде (M±m). Вычисляли 95%-ных доверительный интервал. При сравнении

средних показателей между различными группами использовали критерий Стьюдента. Оценку уровней значимых ( $p < 0,05$ ) и достоверных ( $p < 0,001$ ) межгрупповых различий по количественным (метрическим) и порядковым (балльным или полуметрическим) признакам производили с использованием непараметрических критериев Манна — Уитни и Фишера.

**Результаты.** Интерпретацию полученных данных проводили, обращая внимание на гендерные характеристики и возраст пациентов, подтип дерматоза, а также степень тяжести патологического процесса. У 68,7% респондентов заболевание оказывает умеренное влияние на их жизнь, то есть выявлен диапазон значений ДИКЖ от 6 до 10 баллов. Показатель качества жизни 14,6% пациентов с розацеа находится в интервале от 2 до 5 баллов, что свидетельствует о незначительном влиянии дерматоза на социальную активность, но при детальном разборе оказалось, что длительность их заболевания составила от 8 до 15 лет, что можно трактовать как «свыкание» с заболеванием и психологическое отстранение от него. Очень сильное влияние на жизнь данный дерматоз оказывает у 16,7% больных розацеа. Детализировав ответы пациентов с розацеа, установили, что в 69,3% качество жизни снижают субъективные ощущения (зуд, жжение, ощущение неловкости или смущение в связи с состоянием кожи), влияние на ежедневную деятельность и межличностные отношения обнаружено в 41,9 и 48,4% случаев соответственно. А у 32,3% опрошенных вызывают беспокойство вопросы, связанные с лечением. Примерно в равных пропорциях (26,5 и 28,7%) розацеа создает помехи в

осуществлении активного отдыха, а также нарушает рабочую и/или учебную атмосферу.

В табл. 2 наглядно показано, что пациенты со II и III подтипами розацеа имели значимые ограничения в отношениях с окружающими, в сексуальной активности, полноценной работоспособности, в проведении лечебных мероприятий, в занятиях уборкой дома или покупками, а также испытывали ощущение неловкости в связи с состоянием кожи и субъективные ощущения в виде зуда, жжения или болезненности, по сравнению с пациентами с I подтипом розацеа. На возможность заниматься спортом патологический процесс не оказывал значимых изменений ни у одного подтипа розацеа. А влияние дерматоза на досуг и социальную активность было выражено у всех подтипов. Балльная оценка значимости показателей в трех группах не превышала 0,5. Чем выше показатели индекса качества жизни, тем более выраженное влияние оказывает заболевание на жизнь пациента. У респондентов со вторым подтипом розовых угрей зуд был более всего выражен ( $3,35 \pm 0,03$  против  $0,44 \pm 0,12$  при первом и  $1,33 \pm 0,14$  при втором подтипах,  $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что пациенты с розацеа испытывают и физические страдания. Респонденты со вторым подтипом ощущали в большей степени чувства неловкости и/или смущения в связи с состоянием кожи ( $2,09 \pm 0,12$  против  $0,36 \pm 0,02$  при первом и  $1,18 \pm 0,04$  при втором подтипах,  $p < 0,05$ ). Суммарная оценка ДИКЖ в баллах ( $M \pm m$ ) в зависимости от подтипа розацеа и гендерных различий составляет у женщин с I подтипом  $4,7 \pm 0,2$ , со II подтипом  $9,3 \pm 0,4$ , с III под-

Таблица 2

Параметры ДИКЖ у пациентов с различными подтипами розацеа (в баллах;  $M \pm m$ )

№	Вопросы ДИКЖ	Подтип I, n=13	Подтип II, n=31	Подтип III, n=4
1	Испытывали ли Вы зуд, жжение или болезненность на прошлой неделе?	$0,44 \pm 0,12^*$	$3,35 \pm 0,03$	$1,33 \pm 0,14$
2	Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущение в связи с состоянием Вашей кожи?	$0,36 \pm 0,02^*$	$2,09 \pm 0,12$	$1,18 \pm 0,04$
3	Как сильно Ваши проблемы с кожей мешали Вам заниматься уборкой дома или покупками?	$0,32 \pm 0,01^*$	$2,64 \pm 0,06$	$1,14 \pm 0,02$
4	Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор Вашего гардероба на прошлой неделе?	$0,22 \pm 0,03^*$	$1,35 \pm 0,03$	$0,14 \pm 0,02^*$
5	Как сильно влияло состояние Вашей кожи на Ваш досуг и социальную активность на прошлой неделе?	$1,19 \pm 0,05$	$2,33 \pm 0,14$	$1,11 \pm 0,05$
6	На прошлой неделе состояние Вашей кожи мешало Вам заниматься спортом?	$0,34 \pm 0,02$	$0,34 \pm 0,15$	$0,28 \pm 0,01$
7	Пропускали ли Вы учебу, отсутствовали на работе из-за состояния Вашей кожи? — Если «нет», то насколько сильно Вас беспокоило состояние Вашей кожи, когда Вы находились на работе или учебе?	$0,21 \pm 0,01^*$	$2,54 \pm 0,08$	$1,68 \pm 0,07$
8	Влияло ли состояние Вашей кожи на Ваши отношения с родственниками, партнерами, друзьями на прошлой неделе?	$0,19 \pm 0,02^*$	$2,34 \pm 0,06$	$1,77 \pm 0,41$
9	Насколько сильно Ваши проблемы с кожей влияли на Вашу сексуальную жизнь?	$0,12 \pm 0,03^*$	$1,18 \pm 0,07$	$1,13 \pm 0,32$
10	На прошлой неделе насколько сильно лечение заболевания кожи причиняло Вам неудобства, отнимало время, создавало проблемы?	$0,28 \pm 0,04^*$	$1,35 \pm 0,02$	$1,15 \pm 0,08$

Примечание: \* — показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с первым, вторым и третьим подтипами розацеа по критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

типом  $11,1 \pm 0,03$ . У мужчин с I подтипом данный индекс равнялся  $3,8 \pm 0,4$ , со II подтипом  $8,4 \pm 0,6$  и с III подтипом  $9,8 \pm 0,6$  балла (табл. 3). ДИКЖ доказывает большую эмоциональность женщин и снижение показателя качества жизни по сравнению с мужчинами аналогичных подтипов. ДИКЖ хорош для скрининговой диагностики, но он не способен различать детальные изменения параметров качества жизни, поэтому оценку данного параметра мы дополнили еще одним опросником — СКИНДЕКС-29.

Таблица 3

**Качество жизни пациентов, по данным ДИКЖ, в зависимости от пола и подтипа розацеа (суммарная оценка индекса в баллах;  $M \pm m$ )**

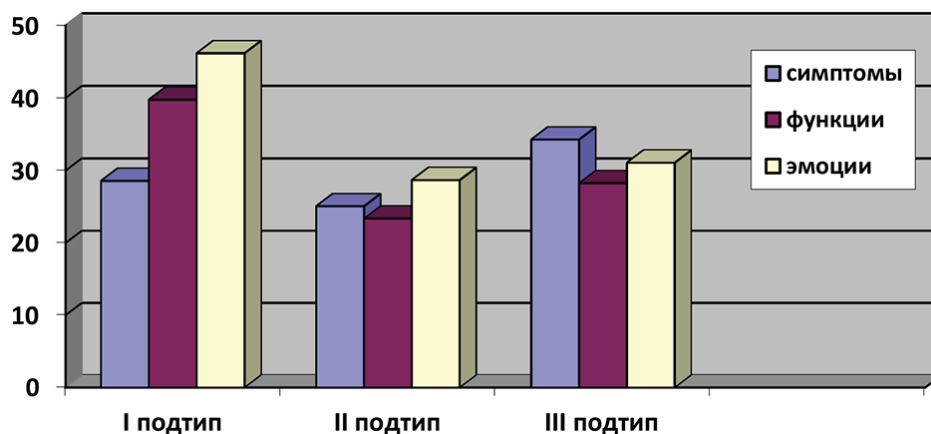
Параметр исследования		Подтип I	Подтип II	Подтип III
ДИКЖ	Жен.	$4,7 \pm 0,2$	$9,3 \pm 0,4^*$	$11,1 \pm 0,03^*$
	Муж.	$3,8 \pm 0,4$	$8,4 \pm 0,6^*$	$9,8 \pm 0,6^*$

Примечание: \* — показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с I подтипом розацеа ( $p < 0,05$ ).

С помощью СКИНДЕКС-29 получены следующие данные при статистически значимом различии  $p < 0,05$  у пациентов с эритематозно-телеангиэктатической розацеа по шкале «симптомы» —  $28,6 \pm 1,5$  балла (слабая степень), по шкале «функции» —  $25,1 \pm 1,7$  балла (средняя степень), по шкале «эмоции» —  $34,3 \pm 1,1$  (средняя степень снижения качества жизни). То есть это пациенты испытывающие чувство страха, стыда, смущения, тревоги и раздражения по поводу состояния своей кожи. Больные с папулопустулезной розацеа показали среднюю степень снижения качества жизни по шкалам «симптомы» —  $39,8 \pm 0,6$ , «функции» —  $23,4 \pm 1,9$  и «эмоции» —  $28,3 \pm 1,1$ . На респондентов с фиматозной розацеа в большей степени оказали влияние и снизили качество жизни субъективные ощущения в виде покалывания, жжения, зуда, гиперреактивности кожи, чувства стягивания после контакта с водой. Распределение по шкалам: «симптомы» —  $46,2 \pm 1,7$ ; «функции» —  $28,7 \pm 1,6$ ; «эмоции» —  $31,1 \pm 1,2$  (рисунок).

При анализе полученных значений при исследовании дерматологического индекса качества жизни и СКИНДЕКС-29 подтверждается преобладание умеренного снижения качества жизни пациентов с различными подтипами розацеа.

**Обсуждение.** Кожные заболевания влияют на пациентов и со стороны психосоциальной, и со стороны физической сферы. Психосоциальная сфера включает когнитивный, эмоциональный и социальный компоненты. Физическая сфера состоит из ощущений дискомфорта и/или ограничений в физическом функционировании, что изменяет место и роль пациента в социальной жизни. Следовательно, оценивая степень воздействия дерматозов на жизнь больных, необходимо максимально полное представление о характере повреждающего воздействия болезни для принятия мер по оптимизации социальной активности, увеличения производительности труда, своевременного терапевтического лечения, преодоления психологических барьеров [6, 7]. При хроническом течении болезни выявляются существенные ограничения не только в физических, эмоциональных и социальных аспектах жизни пациента, но и в его профессиональной жизни [8]. Данные о качестве жизни дают возможность осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекционную терапию. Необходимо понимать, что качество жизни — это не критерий тяжести заболевания, а показатель того, как пациент переносит своё заболевание. Показатели качества жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину заболевания [1, 9]. Более глубокое понимание преимуществ оценки качества жизни пациентов с розацеа и для клинических специалистов, и для пациентов поможет в повседневной дерматологической практике. Заполняя опросники ДИКЖ и СКИНДЕКС-29, пациенты могут получить более глубокое представление о последствиях болезни, увеличить свое самосознание, а также расширить возможности в плане обсуждения своих проблем с родственниками, друзьями, партнерами [10]. Кроме того, такие данные могут выделить специфические аспекты качества жизни, которые страдают больше всего, например тревоги или депрессии, стыда или смущения [4]. Умение понимать психологическое состояние больного и находить соответствующий подход к нему особенно актуально в вопросах хронического течения болезни. И чем больше эти отношения основываются на доверии, тем активнее они выполняют роль эмоциональной защиты на протяжении всех стадий лечения. Хороший психологический контакт с больным обеспечивает взаимо-



Качество жизни пациентов, по данным СКИНДЕКС-29, в зависимости от подтипа розацеа (оценка индекса в баллах).

понимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач [11].

**Заключение.** Фактическое измерение психометрических конструкций является высокоразвивающимся направлением клинической медицины. В частности, ДИКЖ несомненно удобен для общей скрининговой оценки качества жизни дерматологических больных. Но для более обширного взгляда на проблемы пациентов и детализации изменения показателей качества жизни он должен быть подтвержден дополнительным методом интервьюирования, например опросником СКИНДЕКС-29. В данном исследовании подтверждена чувствительность и взаимозаменяемость ДИКЖ и СКИНДЕКС-29 для пациентов с различными подтипами и степенью тяжести розацеа. Несмотря на то, что СКИНДЕКС-29 является одним из наиболее часто используемых инструментов, связанных с показателями качества жизни, интерпретация полученных баллов в отечественной литературе достаточно скудно документирована. Данное более подробное описание и интерпретация СКИНДЕКС-29 увеличат понимание полученных баллов у пациентов с дерматологической патологией. Соответственно, преобразование абстрактных баллов в клинически значимые величины поможет формировать группы, управлять группами пациентов и при необходимости объединять их в зависимости от эмоциональных параметров, физических симптомов и психологического функционирования. В процессе выяснения анамнестических сведений применение нескольких опросников, детализирующих какой-либо параметр, например качество жизни, позволит собрать данные более объективно и систематизировать их. Знания специалистами любых специальностей особенностей психологического реагирования пациентов могут помочь в поиске оптимальных решений психосоциальной адаптации, способных избежать внутреннего конфликта пациента и наладить партнерские отношения в системе «врач — пациент».

**Конфликт интересов.** Статья написана в рамках диссертационного исследования аспиранта кафедры кожных и венерических болезней СГМУ А.В. Давыдовой.

## References (Литература)

1. Kochergin NG, Smirnova LM. Dermatology quality of life as a psychosomatic symptom dermatosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases* 2006; (4): 11–15. Russian (Кочергин Н. Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза. *Российский журнал кожных и венерических болезней* 2006; (4): 11–15).
2. Adaskevich VP. Diagnostic index in dermatology. Moscow: Med. Science, 2004; 146–164 p. Russian (Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Мед. книга, 2004; 146–164 с.).
3. Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindex-29: an Italian study on 2,242 dermatological outpatients. *Dermatology* 2002; 204: 43–49.
4. Prinsen CA, Lindeboom R, Sprangers MA, et al. Health-related quality of life assessment in dermatology: interpretation of Skindex-29 scores using patient-based anchors. *J Invest Dermatol* 2010; 130: 1318–1322.
5. Prinsen CA, Lindeboom R, Korte de J. Interpretation of Skindex-29 scores: cutoffs for mild, moderate, and severe impairment of health-related quality of life. *J Invest Dermatol* 2011; 131: 1945–1947.
6. Misery L, Finlay AY, Martin N, et al. Atopic dermatitis: impact on the quality of life of patients and their partners. *Dermatology* 2007; 215: 123–129.
7. Seikowski K, Gelbrich M, Harth W. Sexuelle Selbstreflexion bei Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis. *Hautarzt* 2008; 59: 297–303.
8. Nijsten T, Sampogna F, Abeni D. Categorization of Skindex-29 scores using mixture analysis. *Dermatology* 2009; 218: 151–154.
9. Kubanova AA, Martinov AA. The concept and definition of the quality of life of patients in dermatology. *Journal of Dermatology* 2004; (4): 16–19. Russian (Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии. *Вестник дерматологии* 2004; (4): 16–19).
10. Sampogna F, Abeni D. Interpretation of Skindex-29 scores. *J Invest Dermatol* 2011; 131: 1790–1792.
11. Efimenko SA, Reshetnikov AV. The conducting medical and sociological monitoring. Teaching aid. 2007; p. 9–14. Russian (Ефименко СА, Решетников АВ. Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие. 2007; с. 9–14).

УДК 616.517–085:615.26]–059 (045)

Краткое сообщение

## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И МЕТОТРЕКСАТА ПРИ РАЗВИТИИ «ЭФФЕКТА УСКОЛЬЗАНИЯ» ПРИ ПСОРИАЗЕ

**Е. С. Понич** — БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач, кандидат медицинских наук; **Л. С. Круглова** — Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, главный научный сотрудник, профессор, доктор медицинских наук; **А. М. Бабушкин** — БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер», врач дерматовенеролог, кандидат медицинских наук.

## THE COMBINED APPLICATION OF BIOLOGICAL THERAPY AND METHOTREXATE IN CASE OF ESCAPE PHENOMENON PROGRESSING

**E. S. Ponich** — BU Khanty-Mansi Autonomous District — Yugra «Khanty-Mansi clinical skin and venereologic dispensary», Head Physician, Candidate of Medical Science; **L. S. Kruglova** — Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology, Venereology and Cosmetology of Moscow City Health Department, Professor, Doctor of Medical Sciences; **A. M. Babushkin** — BU Khanty-Mansi Autonomous District — Yugra «Khanty-Mansi clinical skin and venereologic dispensary», Dermatovenerologist, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 31.08.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

**Понич Е. С., Круглова Л. С., Бабушкин А. М.** Комбинированное применение биологической терапии и метотрексата при развитии «эффекта ускользания» при псориазе. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2015; 11 (3): 405–409.

**Цель:** изучение эффективности применения метотрексата у пациентов с «эффектом ускользания» на фоне терапии устекинумабом. **Материал и методы.** Представлены результаты применения метотрексата в дозе