

## Kvalita života u pacientů s psoriasis vulgaris

### I. Vliv terapie na kvalitu života

Semrádová V.<sup>1</sup>, Vašků V.<sup>1</sup>, Balašík D.<sup>2</sup>, Slonková V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. dermatovenerologická klinika lékařské fakulty Masarykovy univerzity a FN U sv. Anny v Brně, přednosta doc. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie, FN U sv. Anny v Brně, primář PhDr. Drahomír Balašík

#### Souhrn

##### Kvalita života u pacientů s psoriasis vulgaris I. Vliv terapie na kvalitu života

**Cíl:** Cílem studie bylo zjistit dopad psoriázy na kvalitu života svých nositelů a možnosti jejího ovlivnění různými způsoby antipsoriatické terapie.

**Metodika:** Celkem 105 nemocných s psoriázou, z toho 59 mužů a 46 žen, bylo vyšetřeno dermatologem a klinickým psychologem. Kromě základního anamnestického, klinického a laboratorního vyšetření bylo hodnoceno PASI skóre (Psoriasis Area and Severity Index) a dotazníky hodnotící kvalitu života – Index kvality života u psoriázy – (Psoriasis Disability Index), 36bodový krátký formulář průzkumu zdraví (SF-36) a Dotazník životní spokojenosti. Podle klinického obrazu onemocnění a celkového stavu pacienta byla prováděna lokální nebo systémová léčba nebo fototerapie. Hodnocení všech uvedených hodnot bylo uskutečněno za 3 a 9 měsíců od zařazení do studie.

**Výsledky:** Ze statistického zpracování dosažených výsledků vyplynulo snížení PASI skóre po 3 měsících léčby a stejně tak snížení PDI jak v celkových hodnotách, tak v procentech. V dalším sledování za 9 měsíců již k výraznějšímu poklesu hodnot nedošlo. Statistický významný rozdíl byl v PDI skóre v % mezi muži a ženami při vstupním vyšetření. Nevýrazné změny byly při hodnocení SF-36 a Dotazníku životní spokojenosti. Při hodnocení kvality života u podskupin nemocných s různou hodnotou PASI skóre nebyly zjištěny rozdíly. V obou termínech hodnocení byly s léčbou spokojeny více než tři čtvrtiny nemocných, přičemž rozdíl mezi různými způsoby terapie nebyl statisticky významný.

**Závěr:** Kvalita života nemocného psoriázou není v přímé závislosti na rozsahu a intenzitě kožních změn. Ovlivnění kvality života psoriázou je výraznější u žen než u mužů. Spokojenost nemocných s terapií nezávisí na způsobu léčby.

**Klíčová slova:** psoriasis vulgaris – kvalita života – Psoriasis Disability Index – SF-36 – Dotazník životní spokojenosti

#### Summary

##### Quality of Life in Patients with Psoriasis Vulgaris I. The Impact of Therapy on the Quality of Life

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the impact of psoriasis and different modalities of anti-psoriatic treatment on the patient's quality of life.

**Methods:** In total 105 patients with psoriasis (59 men and 46 women) were examined by dermatologist and clinical psychologist. The following items were evaluated: history, physical examination, laboratory tests, PASI score and questionnaires evaluating quality of life – the Psoriasis Disability Index (PDI), the SF-36 score (36 – Item Short Form Health Survey) and the Questionnaire of Life Satisfaction (QLS). Patients were treated by topical or systemic treatment or phototherapy according to clinical findings and general health condition. All indices mentioned above were evaluated after 3 and 9 months of survey.

Práce byla zpracována s podporou IGA MZ ČR NK 7727-3/2003.

**Results:** All results were statistically evaluated. Total values and percentages of PASI score and PDI decreased after 3 months of therapy. There was no pronounced decrease of above mentioned indices after 9 months of survey. Minor differences were found in the evaluation of SF-36 and QLS. Statistically important difference of PDI score (in %) was found between men and women at the beginning of the study. No differences were found in the quality of life of patients with different PASI score. More than 75 % of patients were satisfied with the treatment both after 3 and 9 months while no statistically important differences among different therapeutic modalities were noticed.

**Conclusion:** The quality of life in patients with psoriasis did not depend on extent and intensity of psoriatic skin changes directly and was influenced by psoriasis more in women than in men. The modality of treatment did not influence satisfaction with therapy in our patients.

**Key words:** psoriasis vulgaris – quality of life – Psoriasis Disability Index – SF-36 – Questionnaire of Life Satisfaction

## ÚVOD

O důležitosti kvalitního prožití doby, která je nám smrtelníkům vyměřena na tomto světě, bylo již napsáno mnoho, stejně tak, zejména v posledních letech, o negativním vlivu dermatóz na kvalitu života svých nositelů. V popředí zájmu dermatovenerologů ve vyspělých zemích je to především psoriáza, jejíž negativní dopad na kvalitu života byl dokladován v mnoha pracích (1, 2, 4, 5, 7, 16, 17, 19, 21). V projektu zaměřeném na kvalitu života psoriatických jsme si stanovili tři cíle: srovnat kvalitu života našich nemocných s kvalitou života psoriatických v dalších evropských státech, zjistit, jakým způsobem kvalitu života ovlivňuje použitá terapie, a konečně, kterému způsobu léčby nemocní dávají přednost.

V tomto sdělení předkládáme dermatologické veřejnosti první výsledky rozsáhlejšího grantového projektu zaměřeného na tuto problematiku.

## MATERIÁL A METODIKA

Do studie bylo zařazeno celkem 105 nemocných s průměrným věkem 46,92 let (rozmezí 18–77 let). Z toho 59 mužů mělo průměrný věk 47,9 let (15,1) a 46 žen průměrný věk 47,2 let ( $\pm 17,7$ ). Věk mužů a žen se statisticky významně nelišil (Mannův-Whitneyův U-test:  $U = 1316$ ,  $N = 105$ ,  $p = 0,791$ ). Po podepsání informovaného souhlasu byla upřesněna anamnestická data a provedeno základní laboratorní vyšetření. V anamnestické části byla pozornost zaměřena na spouštěcí mechanismy psoriatického výsevu, rozsah kožních změn při prvním výsevu a při recidivách, reakce na ultrafialové záření, abúzus alkoholu a kouření. Soubor byl rozdělen na nemocné s psoriázou I. a II. typu podle Henselera a Christopherse (12). Při klinickém vyšetření bylo vypočítáno PASI skóre (Psoriasis Area and Severity Index).

Kvalita života byla hodnocena několika dotazníky:

Omezení kvality života psoriázou bylo hodnoceno pomocí Indexu kvality života u psoriázy (Psoriasis Disability Index – PDI) (6). PDI je dotazník složený z 15 otázek, které jsou specificky zaměřené na běžné denní akti-

vity, zaměstnání, personální vztahy a volný čas v posledních 4 týdnech. Stanovením PDI se získá významný parametr pro hodnocení úrovně kvality života ovlivněné psoriázou, který však nemusí korelovat s celkovým hodnocením kvality života.

Ti nemocní, kteří jsou již zadaptováni na důsledky choroby a její léčbu, mohou kvalitu svého života hodnotit i poměrně vysoko. Z těchto důvodů byl vyplňován ještě „Dotazník životní spokojenosti“ (DŽS) (3) a 36bodový krátký formulář průzkumu zdraví (SF-36).

Dotazník životní spokojenosti diferencuje prokazování životní spokojenosti v 10 prokázaně významných životních oblastech, ze kterých pak konstruuje celkové skóre životní spokojenosti. SF-36 je generická 36bodová stupnice, která je používána pro hodnocení kvality života v 8 kategoriích zdraví, z nichž polovina se týká zdraví duševního a polovina zdraví fyzického.

Podle způsobu terapie byli nemocní rozděleni do tří skupin, první skupina (64 nemocných) s pouze lokální terapií nejčastěji kortikosteroidy v kombinaci s deriváty vitamínu D<sub>3</sub>, druhá skupina (23 nemocných) se systémovou terapií nejčastěji acitretinem (1x metotrexát a 1x cyklosporin A) a třetí skupina (18 nemocných) s fototerapií UVB 311 nm. Část nemocných (19) absolvovala skupinovou psychoterapii.

Hodnocení PASI skóre a všech dotazníků kvality života probíhalo podle plánu po 3 měsících od zahájení studie a přidali jsme i stejné hodnocení po 9 měsících.

### Statistické metody

Ke zjištění změn hodnot PASI skóre v čase a také kvality života u pacientů sledovaných jak po třech, tak i po devíti měsících byla použita Friedmanova analýza rozptylu ANOVA. V případě, že byly zjištěny rozdíly mezi hodnotami na začátku léčby a po třech a devíti měsících, byl dále použit Wilcoxonův párový test mezi každou dvojicí měření. Protože bylo prováděno násobné testování, byla hladina statistické významnosti snížena na třetinu klasicky používané hladiny významnosti  $\alpha = 0,05$ . Ke zjištění korelací výsledků jednotlivých dotazníků kvality života byl, vzhledem k rozložení dat, použit Spearmanův korelační koeficient.

Ke zjištění rozdílů v hodnotách, charakterizujících kvalitu života mezi pacienty v různých kategoriích podle celko-

vého PASI, podle délky trvání a podle rozsahu kožních změn, byl vzhledem k nenormálnímu rozložení dat použit Kruskalův-Wallisův test. Ke srovnání věku, PDI, PASI a BMI na začátku léčby u mužů a žen byl použit Mannův-Whitneyův U-test. Spokojenost pacientů s terapií v závislosti na typu terapie byla hodnocena pomocí  $\chi^2$  testu shody.

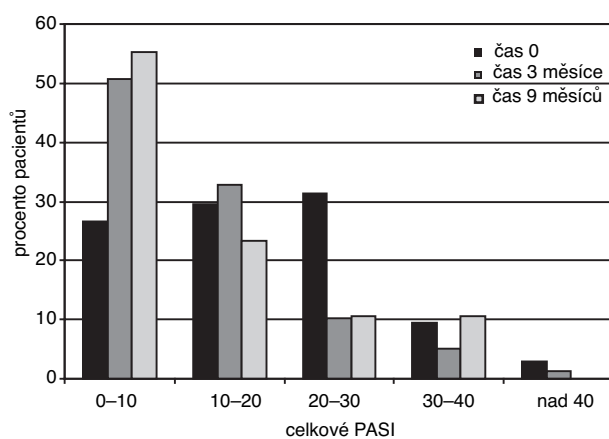
## VÝSLEDKY

V souboru 105 nemocných bylo 80 nemocných s psoriázou I. typu a 25 s psoriázou II. typu, doba trvání onemocnění byla v průměru 18,38 let (rozmezí 0,5 – 66 let). Nejčastějším spouštěcím mechanismem výsevu byl stres (u 41,4 % při 1. výsevu a u 40,0 % při recidivách) a na druhém místě to byly streptokokové infekce (u 14,3 při 1. výsevu a u 16,2 při recidivách). Konzumaci alkoholu (nejčastěji piva) připustilo 77 pacientů (73,3 %). V souboru bylo 48 kuřáků (45,71) a 1 nemocný uvedl závislost na užívání drog. Rozdělení celého souboru podle hmotnosti ukazuje tab. 1. U mužů byl průměrný BMI (Body Mass Index) 28,1 ( $\pm 5,1$ ) a u žen 26,9 ( $\pm 6,2$ ).

Ze souboru 105 nemocných se ke kontrole po 3 měsících dostavilo 80, kontrola za 9 měsíců po zahájení terapie byla provedena zatím u 47 nemocných. Průměrné PASI skóre při vstupním vyšetření u mužů 19,5 ( $\pm 10$ )

Tab. 1. Rozdělení souboru podle hmotnosti

| BMI   | Absolutní počet | %     |
|-------|-----------------|-------|
| < 18  | 2               | 1,9   |
| 18–25 | 41              | 39,04 |
| 25–30 | 34              | 32,38 |
| > 30  | 28              | 26,66 |

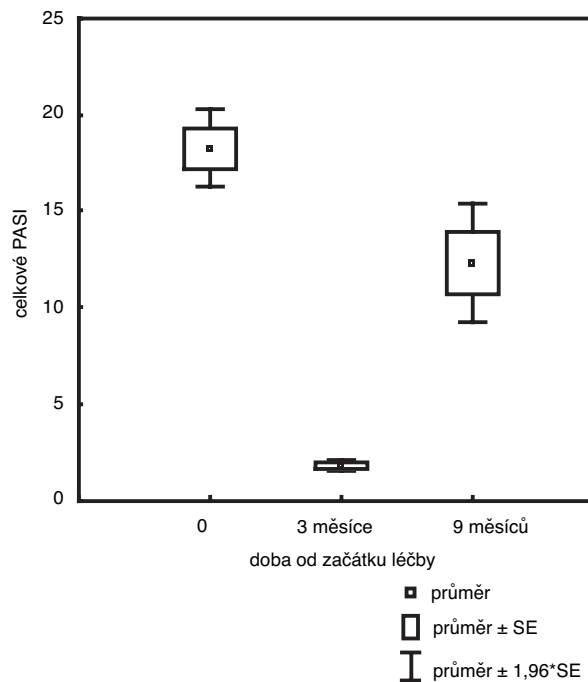


|                              | N   | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|------------------------------|-----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| Celkové PASI v čase 0        | 105 | 18,2   | 17,8   | 1,8     | 46,4    | 10,5      |
| Celkové PASI v čase 3 měsíce | 79  | 11,2   | 9,6    | 0,0     | 50,5    | 9,9       |
| Celkové PASI v čase 9 měsíců | 47  | 12,3   | 8,9    | 0,0     | 39,0    | 10,9      |

Zastoupení pacientů s nízkými hodnotami celkového PASI se v průběhu studie zvyšovalo.

Obr. 1. Celkové PASI skóre.

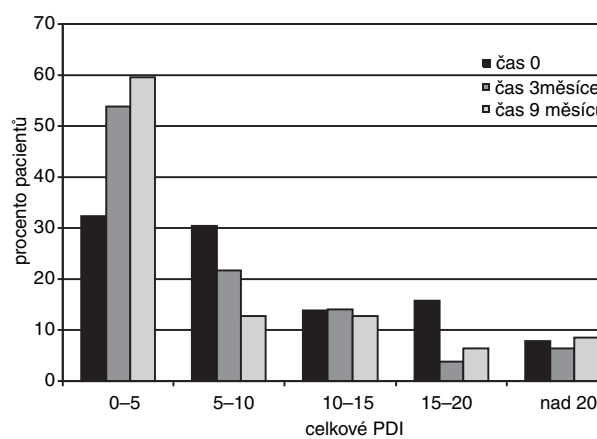
bylo vyšší než u žen 16,7 ( $\pm 11,1$ ), ale nelišilo se statisticky významně (Mannův-Whitneyův U-test: U = 11 124,5, N = 105, p = 0,133).



| Srovnání Wilcoxonovým testem  | Valid N | p       |
|-------------------------------|---------|---------|
| PASI 0 – PASI 3 měsíce        | 46      | < 0,001 |
| PASI 3 měsíce – PASI 9 měsíců | 46      | 0,342   |
| PASI 0 – PASI 9 měsíců        | 47      | 0,002   |

U pacientů, kteří byli sledováni i po 3 i po 9 měsících byly zjištěny změny celkového PASI (Friedmanova ANOVA  $\chi^2 = 62,426$ , N = 47, df = 2, p < 0,001). Pacienti měli na začátku léčby statisticky vyšší hodnotu celkového PASI než po třech měsících a po devíti měsících. Hodnoty celkového PASI se u pacientů po 3 měsících už statisticky významně nezměnily.

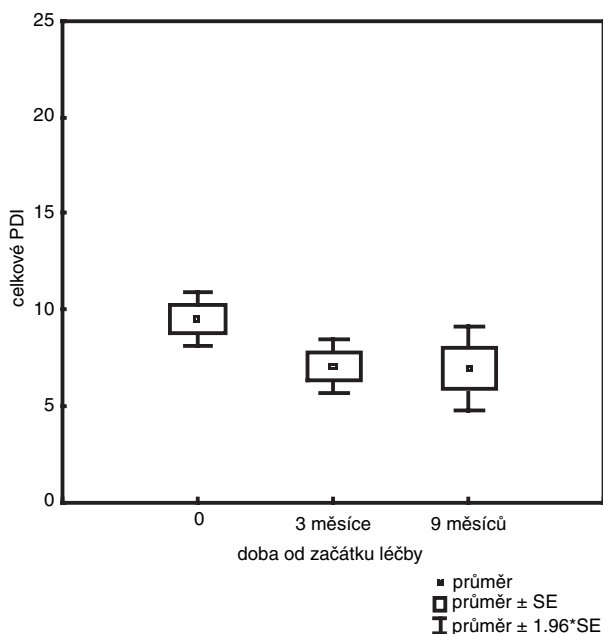
Obr. 2. Celkové PASI u pacientů po 3 a 9 měsících sledování.



|                             | N   | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|-----------------------------|-----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| Celkové PDI v čase 0        | 102 | 9,5    | 8,5    | 0,0     | 31,0    | 7,0       |
| Celkové PDI v čase 3 měsíce | 78  | 7,0    | 5,0    | 0,0     | 27,0    | 6,3       |
| Celkové PDI v čase 9 měsíců | 47  | 6,9    | 4,0    | 0,0     | 26,0    | 7,5       |

Zastoupení pacientů s nízkými hodnotami celkového PDI se v průběhu studie zvyšovalo

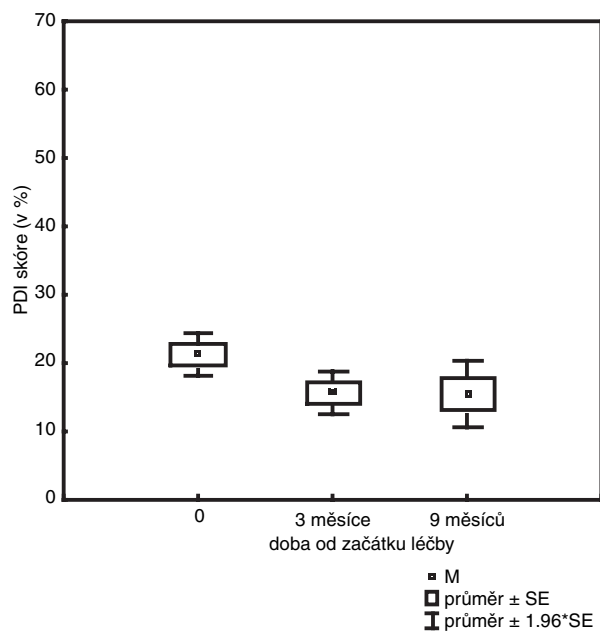
Obr. 3. Celkové PDI.



| Srovnání Wilcoxonovým testem        | Valid N | p       |
|-------------------------------------|---------|---------|
| Celk. PASI 0 – PASI 3 měsíce        | 45      | < 0,001 |
| Celk. PASI 3 měsíce – PASI 9 měsíců | 45      | 0,510   |
| Celk. PASI 0 – PASI 9 měsíců        | 47      | 0,001   |

U pacientů, kteří byli sledováni i po 3 i po 9 měsících byly zjištěny změny celkového PDI (Friedmanova ANOVA  $\chi^2 = 16,183$ , N = 45, df = 2, p < 0,001). Pacienti měli na začátku léčby statisticky vyšší hodnotu celkového PDI než po třech měsících a po devíti měsících. Hodnoty celkového PDI se u pacientů po 3 měsících už statisticky významně nezměnily.

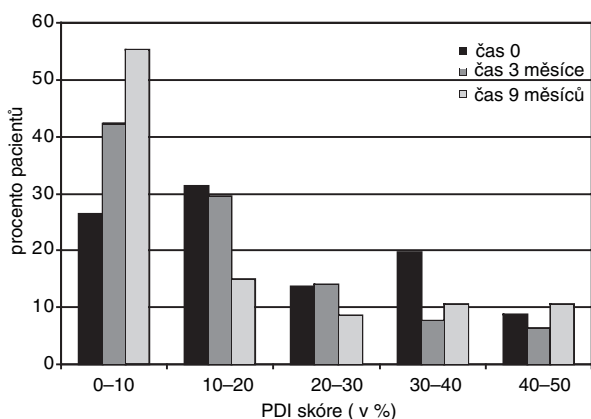
Obr. 4. Celkové PDI u pacientů po 3 a 9 měsících sledování.



| Srovnání Wilcoxonovým testem            | Valid N | p       |
|---|---------|---------|
| PDI skóre 0 – PDI skóre 3 měsíce        | 45      | < 0,001 |
| PDI skóre 3 měsíce – PDI skóre 9 měsíců | 45      | 0,519   |
| PDI skóre 0 – PDI skóre 9 měsíců        | 47      | < 0,001 |

U pacientů, kteří byli sledováni i po 3 i po 9 měsících byly zjištěny změny celkového PDI (Friedmanova ANOVA  $\chi^2 = 16,183$ , N = 45, df = 2, p < 0,001). Pacienti měli na začátku léčby statisticky vyšší hodnotu celkového PDI než po třech měsících a po devíti měsících. Hodnoty celkového PDI se u pacientů po 3 měsících už statisticky významně nezměnily.

Obr. 6. PDI skóre u pacientů po 3 a 9 měsících sledování.

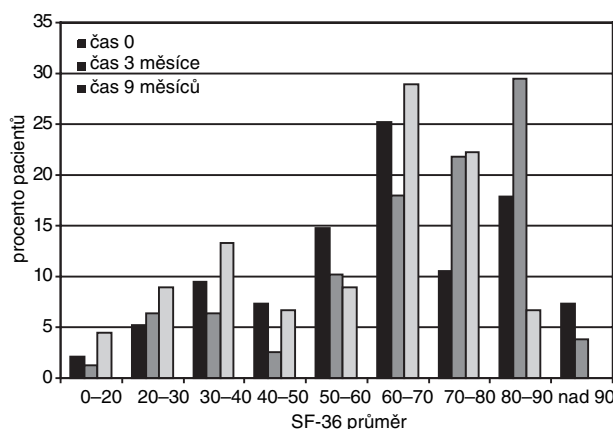


|                           | N   | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|---------------------------|-----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| PDI skóre v čase 0        | 102 | 21,1   | 18,9   | 0,0     | 68,9    | 15,6      |
| PDI skóre v čase 3 měsíce | 78  | 15,6   | 11,1   | 0,0     | 60,0    | 14,1      |
| PDI skóre v čase 9 měsíců | 47  | 15,4   | 8,9    | 0,0     | 57,8    | 16,7      |

Zastoupení pacientů s nízkými hodnotami celkového PASI se v průběhu studie zvyšovalo.

Obr. 5. PDI skóre (v %).

Při hodnocení vývoje PASI skóre bylo zjištěno, že vstupní hodnota byla statisticky vyšší než po 3 a 9 měsících (obr. 1 a 2). Stejně tak měli pacienti na začátku léčby statisticky vyšší hodnotu PDI než při dalších kontrolách (obr. 3 a 4). Pro možnost srovnání s jinými studiemi bylo

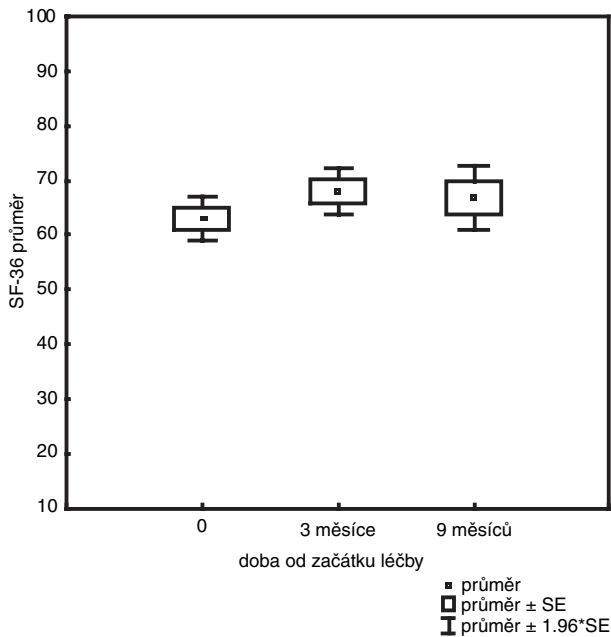


|                         | N  | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|-------------------------|----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| Průměrné SF-36 v čase 0 | 95 | 63,0   | 65,0   | 15,5    | 95,5    | 19,9      |
| SF-36 v čase 3 měsíce   | 78 | 68,0   | 74,7   | 18,9    | 94,3    | 19,3      |
| SF-36 v čase 9 měsíců   | 45 | 66,8   | 73,8   | 25,9    | 91,6    | 19,7      |

Zastoupení pacientů s vyššími hodnotami SF-36 se v průběhu studie mírně zvýšilo.

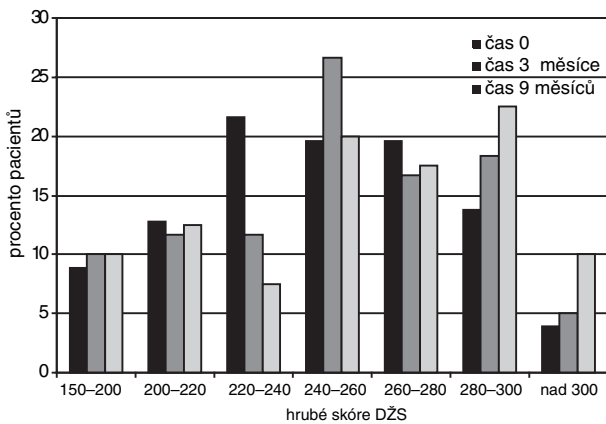
Obr. 7. Průměrné SF-36.

vyhodnoceno ještě PDI skóre v % (obr. 5 a 6). Při vstupním vyšetření bylo zjištěno nižší PDI skóre u mužů 17,7 % ( $\pm 14,5$ ) než u žen 25,5 % ( $\pm 16,0$ ) a statisticky významně se lišilo (Mannův-Whitneyův U-test: U = 885,5, N = 102, p = 0,007). Při hodnocení celkové životní spokojenosti



U pacientů, kteří byli sledováni i po 3 i po 9 měsících nebyly zjištěny změny průměrného SF-36 (Friedmanova ANOVA  $\chi^2 = 4,148$ , N = 41, df = 2, p = 0,126).

**Obr. 8. Průměrné SF-36 u pacientů po 3 a 9 měsících sledování.**



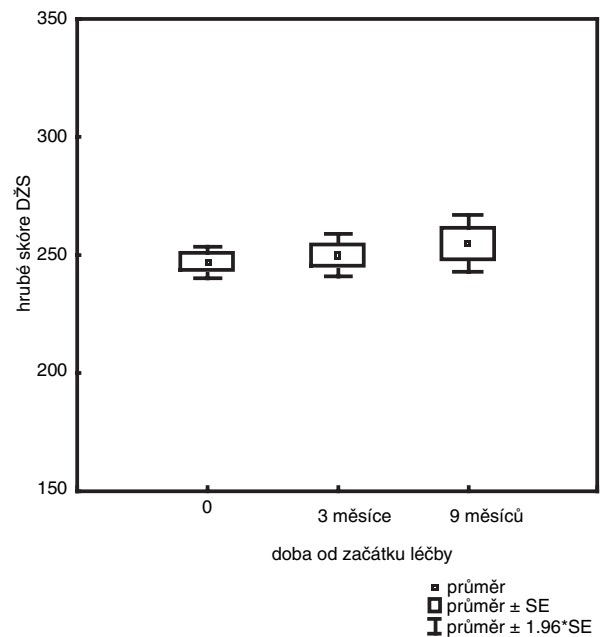
|                                 | N   | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|---------------------------------|-----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| Hrubé skóre DZS v čase 0        | 102 | 246,8  | 248,5  | 157,0   | 320,0   | 35,2      |
| Hrubé skóre DZS v čase 3 měsíce | 60  | 249,7  | 248,5  | 153,0   | 311,0   | 36,4      |
| Hrubé skóre DZS v čase 9 měsíců | 40  | 254,7  | 259,5  | 160,0   | 324,0   | 39,7      |

Zastoupení pacientů s vysokými hodnotami hrubého skóre DZS se v průběhu studie zvyšovalo.

**Obr. 9. Hrubé skóre dotazníku životní spokojenosti.**

pomocí SF-36 byly jen nepatrné rozdíly mezi jednotlivými vyšetřeními (obr. 7 a 8), zatímco u Dotazníku životní spokojenosti byly zjištěny statisticky vyšší hodnoty hrubého skóre při vstupním vyšetření než při dalších kontrolách (obr. 9 a 10).

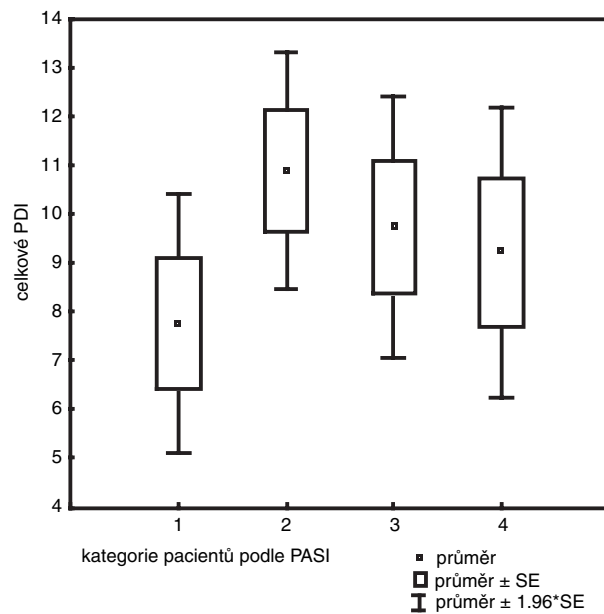
**Obr. 11. Vztah mezi PASI a kvalitou života.**



| Srovnání Wilcoxonovým testem          | Valid N | p     |
|---------------------------------------|---------|-------|
| DZS hr s 0 – DZS hr s 3 měsíce        | 38      | 0,012 |
| DZS hr s 3 měsíce – DZS hr s 9 měsíců | 31      | 0,845 |
| DZS hr s 0 – DZS hr s 9 měsíců        | 35      | 0,011 |

U pacientů, kteří byli sledováni i po 3 i po 9 měsících byly zjištěny změny celkového DZS (Friedmanova ANOVA  $\chi^2 = 10,397$ , N = 36, df = 2, p = 0,006). Pacienti měli na začátku léčby statisticky vyšší hodnotu celkového DZS než po třech měsících a po devíti měsících. Hodnoty celkového PDI se u pacientů po 3 měsících už statisticky významně nezměnily.

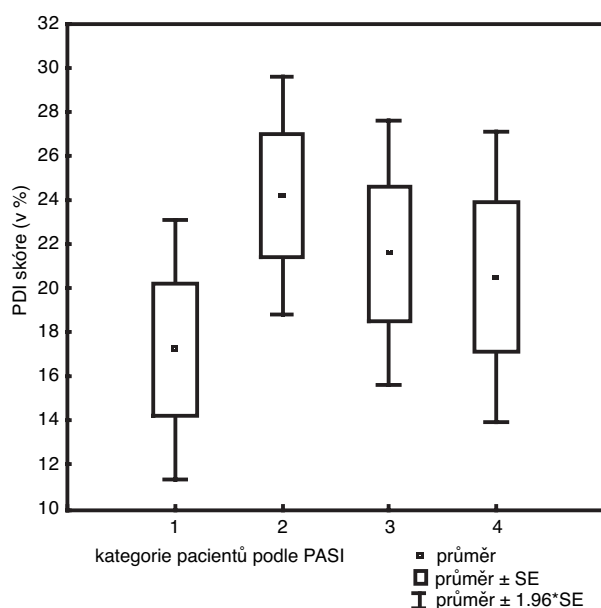
**Obr. 10. Hrubé skóre DZS u pacientů po 3 a 9 měsících sledování.**



|                    | N  | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|--------------------|----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| 1: PASI 0 – 10     | 26 | 7,8    | 6,0    | 0,0     | 26,0    | 6,9       |
| 2: PASI 10 – 20    | 30 | 10,9   | 10,0   | 0,0     | 23,0    | 6,8       |
| 3: PASI 20 – 30    | 33 | 9,7    | 9,0    | 0,0     | 31,0    | 7,8       |
| 4: PASI víc než 30 | 13 | 9,2    | 7,0    | 0,0     | 19,0    | 5,5       |

Mezi pacienty v jednotlivých kategoriích podle celkového PASI nebyly zjištěny rozdíly v hodnotách celkového PDI (Kruskalův-Wallisův test: Q = 4,011, N = 102, p = 0,260). Pacienti byly podle celkového PASI na začátku léčby rozděleny do čtyř skupin:

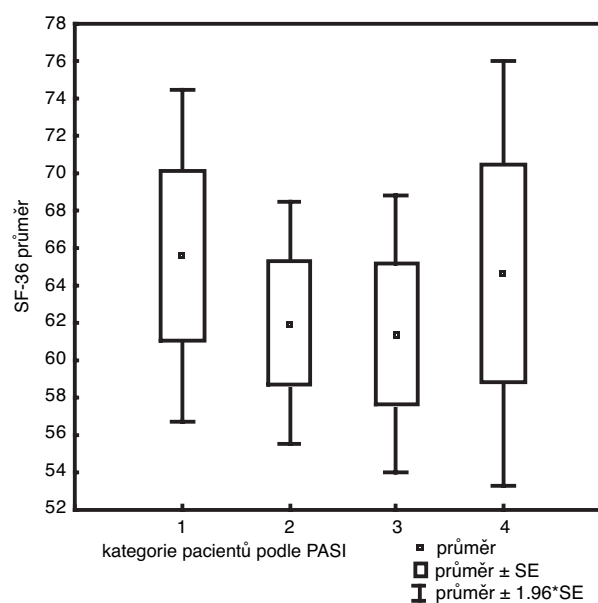
- pacienti s celkovým PASI 0 – 10;
- pacienti s celkovým PASI 10 – 20;
- pacienti s celkovým PASI 20 – 30;
- pacienti s celkovým PASI víc než 30



|                    | N  | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|--------------------|----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| 1: PASI 0 – 10     | 26 | 17,3   | 13,3   | 0,0     | 57,8    | 15,3      |
| 2: PASI 10 – 20    | 30 | 24,2   | 22,2   | 0,0     | 51,1    | 15,1      |
| 3: PASI 20 – 30    | 33 | 21,6   | 20,0   | 0,0     | 68,9    | 17,4      |
| 4: PASI víc než 30 | 13 | 20,5   | 15,6   | 0,0     | 42,2    | 12,1      |

Mezi pacienty v jednotlivých kategoriích podle celkového PASI nebyly zjištěny rozdíly v hodnotách PDI skóre (Kruskalův-Wallisův test:  $Q = 4,011$ ,  $N = 102$ ,  $p = 0,260$ ).

Obr. 12. Vztah PASI a PDI skóre.



|                    | N  | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|--------------------|----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| 1: PASI 0 – 10     | 23 | 65,6   | 68,4   | 15,5    | 93,6    | 21,8      |
| 2: PASI 10 – 20    | 29 | 62,0   | 63,5   | 29,4    | 92,6    | 17,8      |
| 3: PASI 20 – 30    | 30 | 61,3   | 65,4   | 16,4    | 92,1    | 20,7      |
| 4: PASI víc než 30 | 13 | 64,6   | 66,1   | 34,5    | 95,5    | 21,0      |

Mezi pacienty v jednotlivých kategoriích podle celkového PASI nebyly zjištěny rozdíly v hodnotách průměrného SF-36 (Kruskalův-Wallisův test:  $Q = 1,106$ ,  $N = 95$ ,  $p = 0,776$ ).

Obr. 13. Vztah PASI a SF-36.

Tab. 2. Komponenty SF-36 a jejich průměrné hodnoty v kategoriích pacientů podle PASI

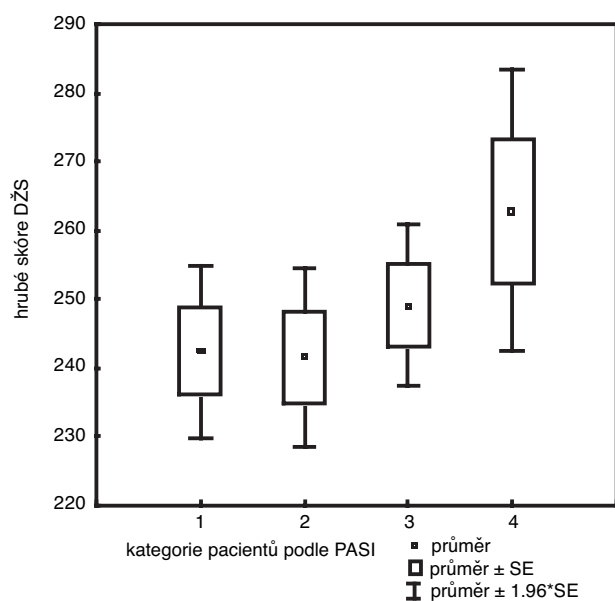
| Komponenty SF-36           | Kategorie PASI |      |      |      | Maximální rozdíl | Kruskal-Wallis p |
|----------------------------|----------------|------|------|------|------------------|------------------|
|                            | 1              | 2    | 3    | 4    |                  |                  |
| Fyzický stav               | 87,0           | 80,7 | 80,6 | 86,2 | 6,4              | 0,229            |
| Celkové fyzické schopnosti | 65,0           | 67,2 | 60,9 | 76,9 | 16,0             | 0,589            |
| Tělesná bolest             | 78,7           | 77,0 | 64,8 | 75,7 | 13,9             | 0,258            |
| Celkové zdraví             | 57,8           | 55,2 | 55,2 | 57,6 | 2,6              | 0,938            |
| Vitalita                   | 56,0           | 54,3 | 56,4 | 56,9 | 2,6              | 0,979            |
| Společenský život          | 58,6           | 51,5 | 57,1 | 53,6 | 7,1              | 0,674            |
| Emoční stav                | 59,6           | 51,5 | 57,1 | 48,5 | 11,0             | 0,800            |
| Duševní zdraví             | 64,5           | 58,2 | 61,3 | 61,5 | 6,3              | 0,707            |

U některých komponentů SF-36 byly nalezeny vysoké rozdíly mezi kategoriemi PASI, tyto rozdíly nebyly ovšem statisticky významné

Tab. 3. Části dotazníku životní spokojenosti a jejich průměrné hodnoty v kategoriích pacientů podle PASI

| Komponenty DŽS            | Kategorie PASI |      |      |      | Maximální rozdíl | Kruskal-Wallis p |
|---------------------------|----------------|------|------|------|------------------|------------------|
|                           | 1              | 2    | 3    | 4    |                  |                  |
| Zdraví                    | 34,0           | 32,9 | 33,4 | 34,5 | 1,6              | 0,932            |
| Práce a zaměstnání        | 23,2           | 26,0 | 28,7 | 19,9 | 8,8              | 0,512            |
| Finanční situace          | 31,2           | 30,7 | 33,1 | 33,9 | 3,2              | 0,439            |
| Volný čas                 | 34,8           | 35,2 | 37,0 | 37,1 | 2,2              | 0,309            |
| Manželství a partnerství  | 24,8           | 25,7 | 25,7 | 34,0 | 9,2              | 0,289            |
| Děti                      | 22,3           | 39,8 | 22,9 | 32,2 | 17,4             | 0,361            |
| Vlastní osoba             | 33,2           | 34,3 | 34,7 | 37,7 | 4,5              | 0,243            |
| Sexualita                 | 33,8           | 33,7 | 34,1 | 37,6 | 3,9              | 0,434            |
| Přátelé, známí a příbuzní | 37,7           | 36,4 | 39,2 | 40,2 | 3,7              | 0,130            |
| Bydlení                   | 37,6           | 36,9 | 37,6 | 40,8 | 4,0              | 0,497            |

U některých složek DŽS byly nalezeny vysoké rozdíly mezi kategoriemi PASI, tyto rozdíly nebyly ovšem statisticky významné



|                    | N  | Průměr | Medián | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
|--------------------|----|--------|--------|---------|---------|-----------|
| 1: PASI 0 – 10     | 26 | 242,3  | 243,5  | 173,0   | 299,0   | 32,6      |
| 2: PASI 10 – 20    | 30 | 241,4  | 249,5  | 157,0   | 293,0   | 36,6      |
| 3: PASI 20 – 30    | 33 | 249,0  | 244,0  | 180,0   | 311,0   | 34,4      |
| 4: PASI víc než 30 | 13 | 262,8  | 272,0  | 203,0   | 320,0   | 37,7      |

Mezi pacienty v jednotlivých kategoriích podle celkového PASI nebyly zjištěny rozdíly v hodnotách hrubého skóre DŽS (Kruskalův-Wallisův test:  $Q = 2,860$ ,  $N = 102$ ,  $p = 0,414$ ).

Obr. 14. Vztah PASI a hrubého skóre DŽS.

Tab. 4. Spokojenost pacientů s terapií za 3 měsíce

| Spokojenost    | Počet pacientů | %    |
|----------------|----------------|------|
| Velmi spokojen | 23             | 28,8 |
| Spokojen       | 40             | 50,0 |
| Málo spokojen  | 10             | 12,5 |
| Nespokojen     | 4              | 5,0  |
| Neuvedeno      | 3              | 3,8  |

Více než tři čtvrtiny pacientů (78,8 %) byly po třech měsících velmi spokojeny nebo spokojeny s terapií. Nespokojeno s léčbou bylo 5,0 % pacientů

Při zjišťování vztahů mezi hodnotami PASI (rozděleno do 4 skupin) a kvalitou života nebyly zjištěny rozdíly mezi skupinami při hodnocení celkového PDI (obr. 11), ani PDI skóre (obr. 12). Rozdíly nebyly v hodnotách průměrného SF-36 (obr. 13), ale statisticky nevýznamné rozdíly byly u některých komponent tohoto dotazníku (tab. 2). Stejných výsledků bylo dosaženo i při hodnocení hrubého skóre DŽS (obr. 14) a hodnocení jeho jednotlivých kategorií (tab. 3).

Tab. 8. Spokojenost pacientů s terapií v závislosti na způsobu terapie

|                   | Velmi spokojen | Spokojen | Málo spokojen | Nespokojen | Celkem |
|-------------------|----------------|----------|---------------|------------|--------|
| Lokální terapie   | 10             | 25       | 8             | 3          | 46     |
| Systémová terapie | 7              | 12       | 1             | 1          | 21     |
| Fototerapie       | 7              | 5        | 1             | 0          | 13     |
| Celkem            | 24             | 42       | 10            | 4          | 80     |

Spokojenost pacientů s terapií nesouvisela s typem terapie ( $\chi^2$  test shody:  $\chi^2 = 7,753$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,257$ )

Tab. 5. Preference způsobu terapie za 3 měsíce

| Preference terapie    | Počet pacientů | %    |
|-----------------------|----------------|------|
| Lokální               | 31             | 38,8 |
| Systémová             | 22             | 27,5 |
| Fototerapie           | 20             | 25,0 |
| Lokální a fototerapie | 1              | 1,3  |
| Lokální a systémová   | 1              | 1,3  |
| Neuvedeno             | 5              | 6,3  |

Pacienti preferovali po třech měsících lokální terapii (38,8 %), dále systémovou terapii (27,5 %) a fototerapii (25,0 %)

Tab. 6. Spokojenost pacientů s terapií za 9 měsíců

| Spokojenost    | Počet pacientů | %    |
|----------------|----------------|------|
| Velmi spokojen | 18             | 38,3 |
| Spokojen       | 21             | 44,7 |
| Málo spokojen  | 5              | 10,6 |
| Nespokojen     | 3              | 6,4  |

Více než tři čtvrtiny pacientů (83,0 %) byly po devíti měsících velmi spokojeny nebo spokojeny s terapií. Nespokojeno s léčbou bylo 6,4 % pacientů

Tab. 7. Preference způsobu terapie za 9 měsíců

| Preference terapie  | Počet pacientů | %    |
|---------------------|----------------|------|
| Lokální             | 24             | 51,1 |
| Fototerapie         | 12             | 25,5 |
| Systémová           | 10             | 21,3 |
| Lokální a systémová | 1              | 2,1  |

Pacienti po devíti měsících preferovali také lokální terapii (51,1 %), dále fototerapii (25,5 %) a systémovou terapii (21,3 %)

S terapií byly po 3 měsících spokojeny nebo velmi spokojeny více než tři čtvrtiny pacientů (78,8 %), nespokojeno 5 % (tab. 4). Přednost lokální terapii dávalo 38,8 % nemocných, systémové 27,5 % a fototerapii 25 % (tab. 5).

Po 9 měsících bylo s léčbou spokojeno 83 % nemocných (tab. 6), většina nemocných dávala opět přednost lokální léčbě (tab. 7). Spokojenost pacientů s terapií nezávisela na způsobu léčby (tab. 8). Vzhledem k nízkému počtu pacientů málo spokojených, resp. nespokojených s terapií byly tyto 2 skupiny sloučeny. Ani v tomto případě spokojenost pacientů s terapií nesouvisela se způsobem léčby ( $\chi^2$  test shody:  $\chi^2 = 6,666$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,155$ ).

## DISKUSE

Při hodnocení anamnestické části vyšetření souboru nemocných s psoriázou se na prvním místě mezi spouště-

cími mechanismy výsevu objevil stres, i když jsme podle dosavadních zkušeností předpokládali, že to budou spíše streptokokové infekce. Naše výsledky tak potvrdily literární údaje (1, 4, 10, 15) o narůstající úloze stresu v civilizovaných zemích při ovlivnění průběhu psoriatického výsevu. V našem souboru byl stres uveden jako spouštěcí faktor výsevu u více než 40 % nemocných, Zacharie a spol. v rozsáhlé studii ze severovýchodních zemí udávají tento vliv u více než 60 % ze souboru 6497 osob (24). Podle Fortuneho a spol. uvedlo v souboru 162 psoriatických také 60 % jako příčinu onemocnění psoriázou stres (8). Rovněž tak podíl nemocných udávajících konzumaci alkoholu a cigaret koreluje s literárními údaji (11, 14, 24). Asociace psoriázy s obezitou dokladovali již Henseler a Christophers v r. 1995 (13), přesto více než 50 % nemocných s nadváhou nebo obezitou v našem souboru předčilo naše očekávání.

Průměrné PASI skóre bylo v našem souboru při vstupním vyšetření 18,2, medián 17,8, minimum 1,8 a maximum 46,4, směrodatná odchylka 10,5. Po 3 měsících došlo k statisticky signifikantnímu snížení na 11,2 ( $p < 0,001$ ). Tomu odpovídalo i statisticky významné snížení celkového PDI z 9,5 na 7,0 ( $p < 0,001$ ) i PDI skóre v % z 21,1 % na 15,6 % ( $p < 0,001$ ). Tento výsledek potvrzuje korelaci mezi PASI skóre a výsledkem PDI, udávanou Kirbym a spol. (16).

Statisticky významný rozdíl v hodnotě PDI skóre mezi muži a ženami při vstupním vyšetření koreluje s výsledky francouzských autorů (23), kteří rovněž zjistili statisticky signifikantní rozdíl v PDI skóre v neprospěch žen.

Srovnáním průměrného PDI skóre, které bylo u našich nemocných při vstupním vyšetření 9,5 s výsledky francouzsko-španělské studie vidíme, že u 800 nemocných ve Francii bylo 12,44 a u 400 nemocných ve Španělsku 11,57 (22). U 74 nemocných ve Španělsku byl pokles PDI skóre po 3 měsících léčby na 8,88 ( $p < 0,02$ ) (9). Bohužel v těchto studiích nebylo hodnoceno PASI skóre, takže bližší srovnání není možné. Ve francouzské studii bylo provedeno srovnání PDI skóre po 3 měsících terapie retinoidy ve srovnání s terapií deriváty vitamínu D<sub>3</sub>. Výsledky potvrdily zlepšení kvality života, hodnocené tímto dotazníkem u obou způsobů terapie.

Při hodnocení výsledků všech dotazníků kvality života u nemocných s různými hodnotami PASI skóre nebyly zjištěny významné rozdíly. Toto zjištění, že hodnocení kvality života není závislé na rozsahu a intenzitě kožních změn, podporuje teorii o „stres-reaktoech“ a „stres-nerreaktoech“ mezi psoriatiky (24). U psoriázy je tedy velmi důležitý individuální emocionální vztah ke svému onemocnění (10).

Při hodnocení spokojenosti s léčbou jsme dosáhli velmi dobrých výsledků, kdy s terapií byla spokojena většina pacientů (83 %) ve srovnání s americkou studií (17), kde spokojenost s terapií udalo jen 42 % nemocných. Spokojenost s terapií nebyla vázána na způsob léčby. Ve Velké Británii byla hodnocena spokojenost s léčbou u 120 nemocných psoriázou (20). 61 % pacientů bylo s terapií

vždy spokojeno a 39 % bylo vždy nebo někdy nespokojeno. Zajímavé je, že 44 % pacientů dávalo přednost systémové terapii, 43 % lokální a jen 3 % fototerapii. V našem souboru preferovalo po 3 měsících lokální léčbu 38,8 %, systémovou 27,5 % a fototerapii 25 % pacientů, po 9 měsících polovina souboru preferovala lokální terapii a preference fototerapie mírně stouply ve srovnání se systémovou léčbou. Naše výsledky se od britské studie nejméně lišily v hodnocení fototerapie.

## ZÁVĚR

Ze zhodnocení vyšetření souboru pacientů s psoriázou vyplynuly následující poznatky:

- nejčastějším faktorem provokujícím manifestaci klinických projevů je stres
- kvalita života je psoriázou negativně ovlivněna více u žen než u mužů
- spokojenost nemocných s terapií nezávisí na způsobu léčby
- kvalita života není v přímé závislosti na rozsahu a intenzitě kožních změn.

Ostatní výsledky tohoto grantového výzkumu budou předmětem dalších sdělení.

### Poděkování

Autoři děkují pracovníkům Centra biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity za pomoc při statistickém zpracování výsledků.

## LITERATURA

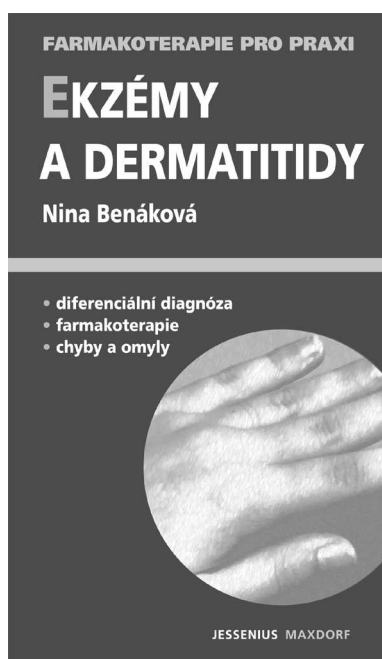
1. AL'ABADIE, MS., KENT, GG., GAWKRODGER, DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol*, 1994, 130, p. 199–203.
2. de ARRUDA, LHF., de MORAES, APF. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol*, 2001, 144 (Suppl. 58), p. 33–36.
3. FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., BRÄHLER, E. Dotazník životní spokojenosti. 1. české vyd. Praha: Testcentrum, s.r.o., 2001. 84 s.
4. FARBER, EM., NALL, L. Psoriasis: A stress-related disease. *Cutis*, 1993, 51, p. 322–326.
5. FINLAY, AY., KHAN, GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*, 1994, 19, p. 210–216.
6. FINLAY, AY., COLES, EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol*, 1995, 132, p. 236–244.
7. FINLAY, AY. Psoriasis from the patient's point of view. *Arch Dermatol*, 2001, 137, p. 352–353.
8. FORTUNE, DG., RICHARDS, HL., MAIN, CJ., GRIFFITHS, CEM. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol*, 1998, 39, p. 196–201.



9. GARRIDO, J., MYON, E., CONESA, A., TAIEB, C. Psoriasis: Impact of the treatment on quality of life, Spanish results. *JEADV*, 2003, 17 (Suppl. 3), p. 367.
10. GRIFFITHS, CEM., RICHARDS, HL. Psychologische Einflüsse auf die Psoriasis. *Z Hautkr*; 2001, 76, S. 372–376.
11. HENSELER, T., CHRISTOPHERS, E. Psoriasis of early and late ongroup: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*, 1985, 13, p. 450–456.
12. HENSELER, T., CHRISTOPHERS, E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 1995, 32, p. 982–986.
13. HIGGINS, E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol*, 2000, 25, p. 107–110.
14. GUPTA, MA., GUPTA, AK., WATTEEL, GN. Cigarette smoking in men may be a risk factor for increased severity of psoriasis of the extremities. *Br J Dermatol*, 1996, 135, p. 859–860.
15. KANTOR, SD. Stress and psoriasis. *Cutis*, 1990, 46, p. 321–322.
16. KIRBY, B., RICHARDS, HL., WOO, P., HINDLE, E., MAIN, CJ., GRIFFITHS, CEM. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol*, 2001, 45, p. 72–76.
17. KRUEGER, G., KOO, J., LEBWOHL, M., MENTER, A., STERN, RS., ROLSTAD, T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol*, 2001, 137, p. 280–284.
18. LÓPEZ, JS., BARNÉS, E., MIRADA, A., LECHA, M. Quality of life and psoriasis. Impact of tacalcitol treatment. *JEADV*, 2003, 17 (Suppl. 3), p. 373.
19. RAPP, SR., FELDMAN, SR., EXUM, ML., FLEISCHER, AB., REBOUSSIN, DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*, 1999, 41, p. 401–407.
20. RICHARDS, HL., FORTUNE, DG., O'SULIVAN, TM., MAIN, CHJ., GRIFFITHS, CEM. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol*, 1999, 41, p. 581–583.
21. SEMRÁDOVÁ, V., BALAŠTÍK, D. Možnosti hodnocení kvality života nemocných s psoriázou. *Čes-slov Derm*, 2003, 78, č. 6, s. 228–231.
22. TAIEB, C., MYON, E. Psoriasis: cross-description of French and Spanish patient's quality of life. *JEADV*, 2003, 17 (Suppl. 3), p. 367.
23. TAIEB, C., FINLAY, A., LEFRANCOIS, P., MYON, E. Psoriasis and Quality of Life: spot study, results at 3 months. *JEADV*, 2003, 17, (Suppl. 3), p. 376.
24. ZACHARIAE, R., ZACHARIAE, H., BLOMQUIST, K., DAVIDSSON, S., MOLIN, L., MORK, C. SIGURGEIRSSON, B. Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *JEADV*, 2004, 18, p. 27–36.

Došlo do redakce 19. 1. 2006

Prof. MUDr. Věra Semrádová, CSc.  
I. dermatovenerologická klinika LF MU  
a FN U sv. Anny v Brně  
Pekařská 53  
656 91 Brno  
E-mail: vera.semradova@fnusa.cz



## EKZÉMY A DERMATITIDY

Nina Benáková

Ekzémy a dermatitidy patří mezi nejčastější kožní choroby nejen v ordinaci dermatologa, ale i praktického lékaře pro dospělé a děti. Mezi nejznámější, ale také terapeuticky nejnáročnější, patří atopická dermatitida, seboroická dermatitida, mikrobiální ekzém a stasis dermatitida u chronické žilní insuficience. Z pohledu kožních chorob z povolání jsou to především kontaktně alergické či iritativní dermatitidy. V publikaci zaměřené na praxi jsou uvedeny základní diagnostické a diferenciálně diagnostické algoritmy, rozebrány jsou zásady komplexní léčby a prevence a podrobněji rozvedeny kapitoly zevní léčby – z koplementárních léčiv především emoliencia a balneoterapie, z diferentních léčiv pak pravidla a režimy léčby kortikosteroidy a lokálními imunomodulátory. V přehledu jsou uvedeny i další méně obvyklé či výzkumné možnosti léčby.

Vydal Maxdorf v roce 2006, edice Farmakoterapie pro praxi /sv. 10, ISBN 80-7345-078-X, formát 110 x 190 mm, brož., 140 str., cena 195 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz