

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.1.014>



Лукьянов А.М.¹ ✉, Малютин В.А.², Шиманец С.В.¹

¹ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Грибовидный микоз: оценка показателей качества жизни, тревоги, депрессии и зуда

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 15.03.2022

Принята: 18.03.2022

Контакты: alexlukyanau@gmail.com

Резюме

Грибовидный микоз (ГМ) представляет собой индолентную экстранодальную Т-клеточную лимфому, которая проявляется вариабельной комбинацией кожных (пятна, бляшки, опухолевидные инфильтраты) и субъективных (зуд, жжение, иногда болезненные ощущения) симптомов. Прогрессирующий характер течения кожной симптоматики и нередкая резистентность опухолевого процесса к терапевтическим опциям оказывают существенное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов.

КЖ, связанное со здоровьем, можно определять при помощи нескольких доступных опросников, обычно при ГМ оно низкое [2, 13–15]. В настоящее время можно констатировать, что нам не хватает глубокого понимания конкретных факторов, способных влиять на КЖ, особенно у пациентов с ранними стадиями ГМ.

Данное исследование посвящено сравнительной оценке показателей качества жизни (опросник DLDI/ДИКЖ), тревоги, депрессии (опросник HADS/ГШТД) и зуда (опросники VAS/БАШ, 12-PSS/12-ПШТЗ) при грибовидном микозе и параспориозе в белорусской популяции [8–12].

Качество жизни пациентов страдает даже на ранних стадиях ГМ; на поздних неоплазия приводит к очень сильным изменениям всех составляющих этого понятия. Уже на ранних стадиях ГМ показатели депрессивного состояния пациентов становятся очевидными.

Женщины имеют большую устойчивость по отношению к депрессии по сравнению с мужчинами, даже на поздних стадиях неоплазии. Вместе с тем, в отличие от мужчин, пациентки на поздних стадиях проявляют большую тревогу по отношению к своему состоянию.

Зуд кожи следует рассматривать как основной субъективный симптом, не только постоянно сопровождающий клинику опухолевого процесса, но и существенным образом влияющий на снижение многих показателей, формирующих термин «качество жизни». Интенсивность зуда, его периодичность, частота и продолжительность у пациентов с ГМ соответствуют умеренному (на ранних стадиях ГМ) и значительному (на поздних стадиях ГМ) влиянию на КЖ.

Ключевые слова: грибовидный микоз, качество жизни, зуд, тревога, депрессия

Lukyanau A.¹ ✉, Maliutsin V.², Shimanets S.¹

¹ N.N. Alexandrov National Cancer Center of Belarus, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Mycosis Fungoides: Assessment of the Quality of Life, Anxiety, Depression and Pruritus Severity

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 15.03.2022

Accepted: 18.03.2022

Contacts: alexlukyanau@gmail.com

Abstract

Mycosis fungoides (MF) is an indolent extranodal T-cell lymphoma. Patients may initially present with a variable combination of cutaneous (spots, plaques, tumor-like infiltrates) and subjective (itching, burning, sometimes pain) symptoms. The progressive nature of the manifestation of skin symptoms and the frequent resistance of tumor to therapy have a significant impact on the patients' quality of life (QoL).

Health-related QoL can be measured using several available questionnaires and is usually low in patients with MF [2, 13–15]. Currently, we can state that we lack a deep understanding of specific factors that can affect QoL, especially in patients with early stages of MF.

This study is devoted to a comparison of quality of life indicators (DLQI questionnaire), anxiety, depression (HADS questionnaire) and pruritus (VAS, 12-PSS questionnaires) in patients with parapsoriasis and mycosis fungoides in Belarus [8–12].

The quality of life of patients suffers even in the early stages of MF; in the later stages, neoplasia leads to very strong changes in all components of this concept. Already in the early stages of MF, indicators of the depression in patients become obvious.

Women have a greater resistance to depression in comparison to men, even in the advanced stages of the disease. However, unlike men, female patients show great anxiety in relation to their condition in the later stages.

Itching of the skin should be considered as the main subjective symptom, which not only constantly accompanies the manifestation of the tumor, but also significantly affects many indicators that form the term "quality of life". The intensity of itching, its frequency and duration in patients with MF correspond to a moderate (in the early stages of MF) and significant (in the late stages of MF) effect on QoL.

Keywords: mycosis fungoides, quality of life, pruritus, anxiety, depression

■ ВВЕДЕНИЕ

Патологический процесс при грибовидном микозе (ГМ), самом распространенном варианте первичных Т-клеточных лимфом кожи (ПТКЛ), может захватывать большие площади кожного покрова и практически в 100% случаев сопровождается интенсивным зудом [1]. Объективная и субъективная симптоматика при любом дерматозе неизменно приводит к ухудшению показателей качества жизни (КЖ) пациента. Количество публикаций, посвященных проблемам влияния ГМ и других ПТКЛ

на качество жизни пациентов, ограничено, выборки немногочисленны и зачастую неоднородны. Специфических валидированных опросников, которые могли бы использоваться для этих целей при ГМ, не существует [2, 3]. Вместе с тем принятие тактических решений, выбор терапевтических методов сопровождения зависят в том числе и от объективной оценки влияния кожной неоплазии на жизнь пациента.

В одном из последних мультицентровых (25 центров, 4 континента) международных проспективных исследований группы пациентов с впервые установленным диагнозом ПТКЛ (ГМ + синдром Сезари) в качестве оценочного инструмента использован опросник Skindex-29 [3, 4]. Оказалось, что пациенты женского пола имеют тяжелые симптомы и более эмоционально затронуты по сравнению с мужчинами, у которых в целом худший прогноз. К сожалению, Skindex-29 фокусируется больше на кожной симптоматике и не принимает во внимание симптомы неоплазии. В исследовании не учитывалось влияние системного лечения на КЖ [3]. Поскольку ПТКЛ (ГМ / синдром Сезари) остаются относительно неизлечимыми патологиями, важно оценивать КЖ пациентов, которое включает не только кожные симптомы, но и симптоматику опухолевого процесса.

Безусловно, информация, которую мы можем получить при обработке опросников в когорте пациентов ПТКЛ (ГМ / синдром Сезари), должна помочь в планировании будущих исследований, а также стимулировать включение в рутинную практику инструментов по оценке КЖ с конечной целью улучшения его показателей у них. Однозначно понятно, что существующие опросники должны быть дополнены сведениями, отражающими влияние опухолевого процесса на пациента.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка показателей качества жизни, тревоги, депрессии и зуда при грибовидном микозе, параспориазе.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Набор материала проведен в рамках клинического одномоментного поперечного неконтролируемого количественного выборочного исследования-наблюдения, основанного на первичной информации.

Первичный отбор пациентов проходил в 2018–2022 гг. среди лиц, получавших лечение в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь дерматовенерологического профиля по поводу хронических воспалительных дерматозов, плохо отвечающих / не отвечающих на проводимую терапию и направленных врачами-дерматовенерологами для дообследования и исключения первичных кожных лимфом в рамках НИР РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова «Разработать и внедрить метод комплексной диагностики грибовидного микоза».

Критерии включения в исследование: пациенты с клинической симптоматикой грибовидного микоза, параспориаза.

Критерии исключения из исследования: отсутствие согласия пациента или его законного представителя на участие в исследовании или невозможность его участия по объективным причинам.

Первичное обследование предполагало сбор анамнестической информации, оценку локального статуса и площади поражения, проведение тестирования с определением качества жизни пациента по валидированным шкалам-опросникам (табл. 1),

фотодокументирование патологического процесса (картирование) и дермоскопию патологических очагов [5–12].

Верификация окончательного диагноза была основана на проведении клинкоморфологической корреляции, иммуногистохимической оценки биоптатов кожи с применением ИГХ-маркеров к CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD12, CD20, CD30, Ki67 и данных молекулярно-генетического исследования (анализ клональной перестройки

Таблица 1
Опросники, использованные при проведении оценки показателей качества жизни, тревоги, депрессии и зуда

Опросник	Комментарии
DLQI – Dermatology Life Quality Index / ДИКЖ – Дерматологический индекс качества жизни [8]	– опросник оценивает физическое функционирование, боль, общее здоровье, социальное функционирование, эмоциональное функционирование – разработан для лиц, старше 16 лет – время для заполнения опросника – 2 минуты – помощь пациенту при заполнении не требуется – позволяет определить влияние кожного процесса на качество жизни за последние 7 дней – не требует пояснений со стороны врача – при необходимости неоднократной оценки частота проведения исследования – 1 раз/неделю – последняя русскоязычная валидированная версия – 19.02.2019
VAS – Visual analogue scale / ВАШ – Визуально-аналоговая шкала зуда [9]	– позволяет определять интенсивность зуда по визуальным для пациента признакам – оценка зуда от 0 до 10: – 0 баллов – отсутствие зуда – 1–3 балла – слабый зуд – 4–7 баллов – умеренный зуд – 8–10 баллов – выраженный зуд – позволяет оценить тяжесть зуда на момент опроса без учета влияния на качество жизни – большинство пациентов могут самостоятельно оценить интенсивность зуда за последние 24 часа
12-PSS – 12-Item Pruritus Severity Scale / 12-ПШТЗ – 12-пунктная шкала тяжести зуда [10]	– разработан как простой многомерный метод оценки интенсивности зуда – опросник имеет достоверную корреляцию с VAS и DLQI – требуемое время для заполнения – 3 минуты – не требует стороннего участия медицинского работника – характеристики зуда в анкете: – локализация – продолжительность – частота и интенсивность – реакция на расчесы – нетрудоспособность – влияние зуда на качество жизни – учитывает точку зрения врача и пациента
HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale / ГШТД – Госпитальная шкала тревоги и депрессии [11, 12]	– разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики – не вызывает затруднений у пациента при заполнении – легко интерпретируется врачом – требует от пациента не больше 3 минут для ответов – позволяет понять врачу эмоциональное состояние и самочувствие пациента – оценка показателей HADS: – 0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии) – 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия – 11 баллов – клинически выраженная тревога/депрессия



Таблица 2
Половые и возрастные характеристики исследуемой группы (ГМрс) и групп сравнения (ППс и ГМпс), n=51

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли		Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние стадии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов		12	27	12	51
Возраст начала заболевания, лет	min	19	10	35	10
	max	60	80	75	80
	средний	42,2	51,6	53,7	49,9
Соотношение М/Ж		4/8	16/11	6/6	26/25

Примечание: возраст пациентов указан на момент появления первых клинических признаков заболевания, а не на момент включения в исследование.

генов Т-клеточного рецептора – TCR). Общее количество пациентов, прошедших первичное обследование, – 98. Второй этап позволил отобрать данные 51 пациента для последующего анализа.

Объект исследования – пациенты с ранними стадиями ГМ «С84.0 Грибовидный микоз» IА–IIА. Группы сравнения сформированы из пациентов с морфологически верифицированными диагнозами «L41.3 Мелкобляшечный парапсориаз» и поздними стадиями ГМ «С84.0 Грибовидный микоз» IIB–IVB. Половые и возрастные характеристики исследуемой группы пациентов с ранними стадиями ГМ (ГМрс; n=27) и групп сравнения – пациентов с парапсориазом (ППс; n=12) и поздними стадиями ГМ (ГМпс; n=12) представлены в табл. 2.

При проведении статистического анализа данных использовали стандартные подходы доказательной медицины в соответствии с критериями применимости: проверка на нормальность распределения, описание переменных, критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона, однофакторный ROC-анализ, бинарная логистическая регрессия, расчет диагностической значимости. При $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми. Расчеты выполнялись на компьютере с использованием программы SPSS Statistics 17.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первые признаки патологического процесса на коже в группе пациентов с ППс появлялись в среднем на 10 лет раньше по сравнению с пациентами с ГМрс и ГМпс (42,2/51,6/53,7) (табл. 2). В группе ППс преобладали лица женского пола, тогда как ГМ чаще регистрировали среди мужчин.

Анализ качества жизни пациентов проводили при помощи опросника DLQI/ДИКЖ, который структурно состоит из 10 вопросов. Шкала позволяет оценить боль, общее здоровье, а также физическое, эмоциональное и социальное функционирование субъекта. После проведения шкалирования (перевод необработанных данных в баллы) DLQI/ДИКЖ рассчитывается путем простого суммирования баллов по каждому из вопросов. Суммарный результат может варьировать от 0 до 30. Традиционно баллы DLQI/ДИКЖ интерпретируются на основе суммы индексов десяти оцениваемых пунктов, таких как «отсутствие нарушений КЖ» (0–1), «легкие нарушения» (2–5), «умеренные» (6–10), «тяжелые» (11–20) или «очень тяжелые нарушения» (21–30) [18–20].

Таблица 3
Показатели DLQI (ДИКЖ) в группах

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли	Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние ста- дии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов	12	27	12	51
Медиана [МКР]	3,0	9,0	16,0	9,0
Среднее	4,83	8,93	13,5	9,04
Min	0	0	0	0
Max	12	21	28	28
σ	5,22	5,62	8,58	6,9
0–1 балл	6	3	2	11
2–5 баллов	1	7	0	8
6–10 баллов	2	5	3	10
11–20 баллов	3	11	6	20
21–30 баллов	0	1	1	2

Примечания: DLQI/ДИКЖ – Dermatology Life Quality Index / Дерматологический индекс качества жизни.

0–1 балл – заболевание не влияет на жизнь пациента.

2–5 баллов – заболевание незначительно влияет на жизнь пациента.

6–10 баллов – заболевание умеренно влияет на жизнь пациента.

11–20 баллов – заболевание очень сильно влияет на жизнь пациента.

21–30 баллов – заболевание чрезвычайно сильно влияет на качество жизни пациента.

Средние значения DLQI/ДИКЖ у пациентов группы ГМ (ГМрс + ГМпс) были достоверно более высокими по сравнению с таковыми в группе ППс (табл. 3). Согласно шкале интерпретации опросника ППс лишь в незначительной степени влиял на КЖ (среднее – 4,83 балла); тогда как ГМ уже на ранних стадиях способен умеренно влиять (среднее – 8,93 балла), а на поздних – очень сильно влиять на показатели КЖ (среднее – 13,5).

Интересным, на взгляд авторов, является тот факт, что в группе ППс шкалированные значения DLQI/ДИКЖ «незначительное влияние заболевания на КЖ» получены преимущественно за счет респондентов-женщин; опрошенные мужчины в подавляющем большинстве не усмотрели каких-либо изменений своей жизни, связанных с кожными высыпаниями (рис. 1). Несмотря на то, что в группе ГМ качество жизни пациенток как на ранних, так и на более поздних стадиях снижалось несколько интенсивнее, чем у мужчин, достоверной разницы по половому признаку в шкалированных значениях не было получено.

Рис. 2 содержит данные по детализации DLQI/ДИКЖ в исследуемых группах пациентов. Окончательная версия опросника состоит из 10 пунктов, распределенных по шести категориям:

- симптомы и чувства (вопросы 1 и 2);
- повседневная деятельность (вопросы 3 и 4);
- отдых (вопросы 5 и 6);
- работа или учеба (вопрос 7);
- межличностные отношения (вопросы 8 и 9);
- лечение (вопрос 10).

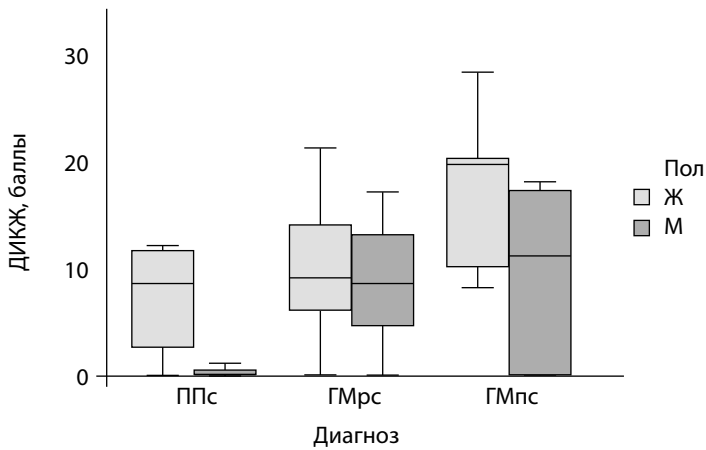


Рис. 1. Показатели DLQI (ДИКЖ) в группах

На каждый вопрос пациент может дать только один вариант ответа. Ответы представлены в виде оценки пациентом своего состояния по шкале, в которой каждый вопрос оценивается от 0 до 3 баллов (0 – совсем не влияет; 1 – влияет незначительным образом; 2 – достаточно сильно влияет; 3 – очень сильно влияет). Вопрос 7 разбит на два этапа: на первом этапе ставится вопрос о том, мешает ли кожное заболевание человеку работать; если ответ положительный, на следующем этапе предлагается ответить на вопрос, насколько болезнь мешает его/ее работе [16, 17].

ГМ на поздних стадиях существенно влиял на все шесть категорий жизнедеятельности пациентов, при этом наиболее выраженные изменения (превышение значений по отношению к таковым в группе ППс в 2 раза и более) отмечены в пяти из шести исследуемых категорий (повседневная активность, отдых, работа и учеба, личная жизнь, лечение). На ранних стадиях больше других страдали понятия «повседневная активность» и «работа и учеба».

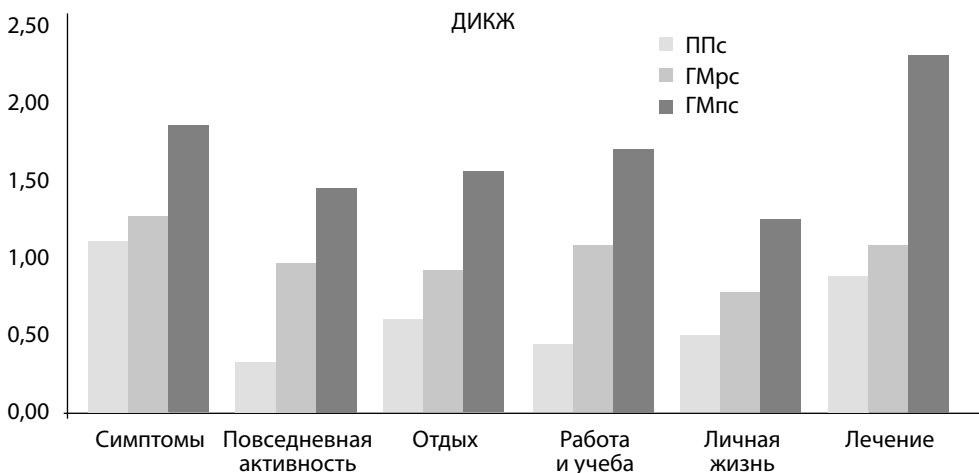


Рис. 2. Детализация DLQI (ДИКЖ) в исследуемых группах

Таблица 4
Показатели VAS/БАШ в группах

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли	Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние ста- дии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов	12	27	12	51
Медиана [МКР]	1,9	3,7	5,6	3,0
Среднее	2,38	3,55	5,16	3,65
Min	0	1	2	0
Max	6	10	10	10
σ	2,38	2,79	2,57	2,78

Примечание: VAS/БАШ – Visual analogue scale / Визуально-аналоговая шкала зуда.

Таким образом, в соответствии с рассчитанными значениями DLQI/ДИКЖ ГМ уже на ранних стадиях способен в значительной степени снижать основные показатели качества жизни у большинства пациентов; на более поздних стадиях неоплазия очень сильно влияет на КЖ всех без исключения пациентов.

Как уже было отмечено нами ранее, клиника ППс сопровождается чувством зуда почти в половине случаев; при ГМ зуд кожи разного суточного ритма и интенсивности в пораженных патологическим процессом сайтах встречается у 95% пациентов [1]. При оценке показателей VAS/БАШ средние значения опросника имели достоверную разницу между группами ППс и ГМпс – 2,38 и 5,16 балла соответственно (табл. 4).

У пациентов с парапсориазом зуд либо отсутствовал (только у мужчин), либо варьировал от слабого до умеренного (рис. 3). ГМ всегда сопровождался зудом, причем его интенсивность прогрессивно нарастала от умеренного до выраженного, достигая максимальных значений при поздних стадиях. Существенной разницы в визуальной оценке зуда между мужчинами-респондентами и женщинами-респондентами в группах ГМрс и ГМпс нами не отмечено.

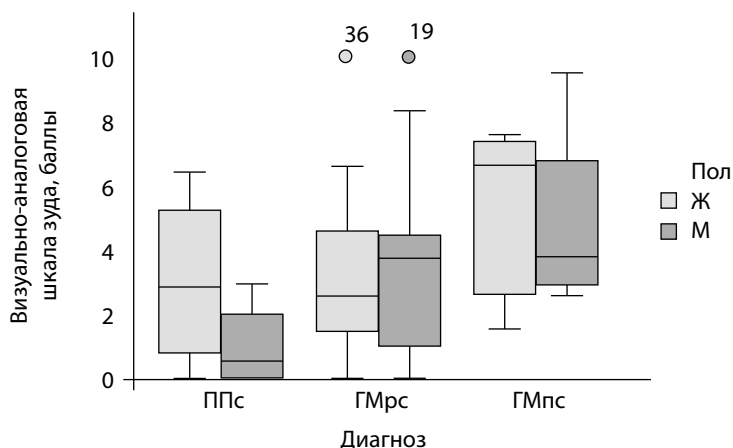


Рис. 3. Показатели VAS/БАШ в группах

Таблица 5
Показатели 12-PSS/12-ПШТЗ в группах

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли	Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние ста- дии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов	12	27	12	51
Медиана [МКР]	5,5	8,0	13,0	8,0
Среднее	5,42	9,04	12,5	9,0
Min	0	0	5	0
Max	17	19	18	19
σ	5,28	5,37	3,78	5,50

Примечание: 12-PSS/12-ПШТЗ – 12-Item Pruritus Severity Scale / 12-пунктная шкала тяжести зуда.

Исходя из вышеизложенного, можно констатировать, что кожный зуд является основным субъективным симптомом у пациентов с ГМ вне зависимости от стадии неоплазии, а его интенсивность в значительной степени выше по сравнению с показателями в группе хронических воспалительных дерматозов (ППс).

Еще один инструмент многомерной оценки интенсивности зуда – опросник 12-PSS/12-ПШТЗ, который показал более очевидную достоверную разницу между сравниваемыми группами (табл. 5, рис. 4). Разработчики опросника утверждают, что его значения коррелируют как с DLQI/ДИКЖ, так и с VAS/БАШ [10]. В этой связи среднее значение индекса в группе ППс (5,42) можно расценить как низкое влияние зуда на качество жизни пациентов, в группе ГМрс (8,0) – как умеренное, в группе ГМпс (12,5) – как очень значительное. Таким образом, 12-PSS/12-ПШТЗ позволяет врачу определить не только интенсивность и частоту возникновения зуда, но и влияние этого субъективного признака на качество жизни у пациентов с кожной неоплазией (ГМ).

Шкала HADS/ГШТД в части оценки тревоги имела сравнимые средние значения во всех трех группах – ППс/ГМрс/ГМпс = 7,58/6,7/7,67 (табл. 6). Субклинически и клинически выраженная тревога определялась у половины респондентов с диагнозом ППс, в 30% случаев у пациентов с диагнозом ГМрс и в 42% случаев при ГМпс.

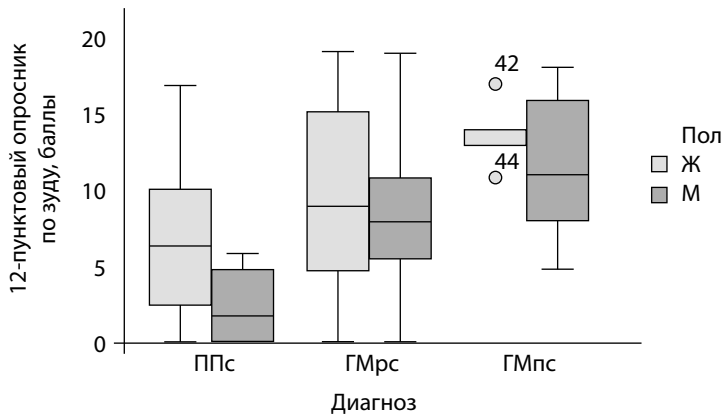


Рис. 4. Показатели 12-PSS/12-ПШТЗ в группах

Таблица 6
Показатели тревоги по HADS/ГШТД в группах

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли	Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние ста- дии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов	12	27	12	51
Медиана [МКР]	7,5	6,0	7,0	7,0
Среднее	7,58	6,7	7,67	7,14
Min	0	2	1	0
Max	15	15	14	15
σ	4,81	3,1	3,5	3,6
0–7 баллов	6	19	7	32
8–10 баллов	4	4	2	10
≥11 баллам	2	4	3	9

Примечания: HADS/ГШТД – Hospital Anxiety and Depression Scale / Госпитальная шкала тревоги и депрессии.
0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии).
8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия.
11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Цифровые значения тревожности у женщин с ППс были сравнимы с аналогичными показателями в группе ГМпс, тогда как у мужчин с диагнозом ППс признаков достоверно выраженных симптомов тревоги не было отмечено (рис. 5).

Средние значения оценки депрессивного состояния по HADS/ГШТД во всех трех группах не превышали нормальных значений – ППс/ГМрс/ГМпс = 4,08/5,33/7,42 (табл. 7). Однако при анализе графика на рис. 6 становится очевидным, что женщины имели большую устойчивость к развитию депрессивного состояния на фоне кожной неоплазии по отношению к мужчинам. Средние значения показателей депрессии у них как при ранних, так и при поздних стадиях ГМ не превышали 7 баллов (норма); у мужчин средние значения депрессивного состояния на ранних стадиях ГМ также соответствовали норме, тогда как на поздних стадиях ГМ резко возрастали до 11 и выше (клинически выраженная депрессия).

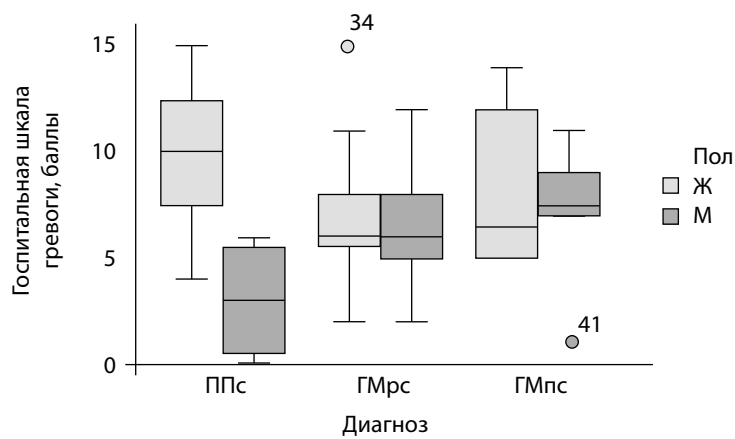


Рис. 5. Показатели тревоги по HADS/ГШТД в группах

Таблица 7
Показатели депрессии по HADS/ГШТД в группах

Показатели: Me [IQR] / абсолютные числа, доли	Парапсориаз (ППс)	ГМ, ранние ста- дии (ГМрс)	ГМ, поздние стадии (ГМпс)	Общий итог
Количество пациентов	12	27	12	51
Медиана [МКР]	3,0	5,0	7,5	5,0
Среднее	4,08	5,33	7,42	5,53
Min	0	0	0	0
Max	10	14	14	14
σ	2,78	3,67	4,21	3,74
0–7 баллов	10	22	6	38
8–10 баллов	2	2	3	7
≥ 11 баллам	0	3	3	6

Примечания: HADS/ГШТД – Hospital Anxiety and Depression Scale / Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии).

8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия.

11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

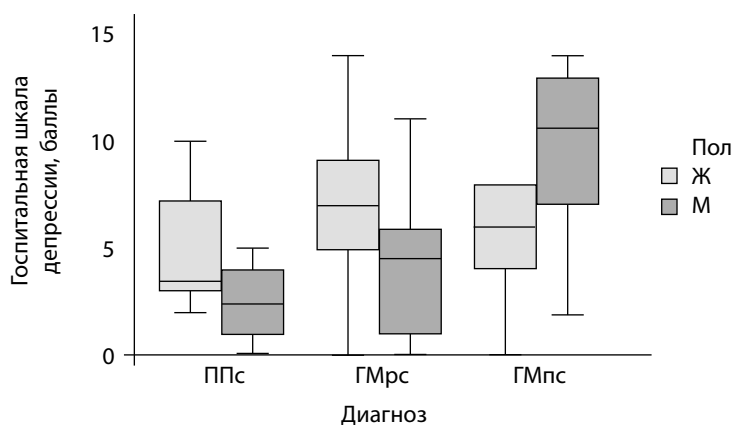


Рис. 6. Показатели депрессии по HADS/ГШТД в группах

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самый распространенный вариант первичных Т-клеточных лимфом кожи – грибовидный микоз – способен оказывать значимые дерматологические, опухоль-специфические и общие эффекты на качество жизни.

Уже на ранних стадиях грибовидный микоз у большинства пациентов приводит к развитию нарушений в функциональной, эмоциональной и физической составляющих жизнедеятельности; на более поздних стадиях неоплазия очень сильно влияет на все без исключения аспекты качества жизни у всех пациентов.

Зуд – самый частый субъективный симптом с высокими показателями интенсивности и частоты возникновения на всех стадиях грибовидного микоза. Хроническое присутствие этого симптома способно в значительной степени влиять на качество жизни пациентов.

Сведения о качестве жизни, собранные при помощи различных опросников и проанализированные с учетом как общего балла, так и по отдельным категориям (ответы на каждый пункт), позволяют клиницисту выделить проблемные вопросы. Их коррекция позволит лучше управлять заболеванием. Детальная оценка параметров качества жизни, тревоги и депрессии может помочь определить аспекты психосоциального благополучия пациентов, которые чаще всего упускаются из виду. Полученные результаты могут служить базовым наблюдением для последующих проспективных исследований, в которых взаимосвязь между параметрами качества жизни, клиническими переменными и лечением даст важную информацию о течении заболевания и возможных эффектах от выбранной терапии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lukyanau A., Maliutsin V., Kisialeu P., Shedzko V. Mycosis Fungoides: Clinicopathologic Correlations and Early Verification. *Dermatovenereology Cosmetology*. 2021; 7(4): 278–307.
2. Demierre M.F., Tien A., Miller D. Health related quality of life assessment in patients with cutaneous T-cell lymphoma. *Arch Dermatol*. 2005 Mar; 141(3): 325–30. doi: 10.1001/archderm.141.3.325.
3. Molloy K., Jonak C., Sherida F.J. et al. Characteristics associated with significantly worse quality of life in mycosis fungoides/Sézary syndrome from the Prospective Cutaneous Lymphoma International Prognostic Index (PROCLIP) study. *Br J Dermatol*, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/bjd.18089>.
4. Chren M.M. The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on quality of life. *Dermatol Clin*. 2012; 30(2): 231–6, xiii. doi:10.1016/j.det.2011.11.003.
5. Evans K.G., Troxel A.B., DeNardo B.J., Introcaso C.E., Rook A.H., Kim E.J. Validity assessment of the cutaneous T-cell lymphoma severity index to predict prognosis in advanced mycosis fungoides/Sézary syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2011; 64(4): 682–689.
6. Klemke C.D., Mansmann U., Poenitz N., Dippel E., Goerd S. Prognostic factors and prediction of prognosis by the CTCL Severity Index in mycosis fungoides and Sézary syndrome. *British Journal of Dermatology*, 2005; 153(1): 118–124.
7. Scarisbrick J.J., Morris S. How big is your hand and should you use it to score skin in cutaneous T-cell lymphoma? *British Journal of Dermatology*, 2013; 169(2): 260–265.
8. Available at: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>
9. Reich A., Heisig M., Phan N.Q., Taneda K., Takamori K., Takeuchi S., Furue M., Blome C., Augustin M., Ständer S., Szepletowski J.C. Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2012 Sep; 92(5): 497–501. doi: 10.2340/00015555-1265.
10. Reich A., Božek A., Janiszewska K., Szepletowski J.C. 12-Item Pruritus Severity Scale: Development and Validation of New Itch Severity Questionnaire. *Biomed Res Int*. 2017; 2017: 3896423. doi: 10.1155/2017/3896423.
11. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997 Jan; 42(1): 17–41. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00216-4.
12. Annunziata M.A., Muzzatti B., Bidoli E., Flaiban C., Bomben F., Piccinin M., Gipponi K.M., Mariutti G., Busato S., Mella S. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020 Aug; 28(8): 3921–3926. doi: 10.1007/s00520-019-05244-8.
13. Demierre M.F., Kim Y.H., Zackheim H.S. Prognosis, clinical outcomes and quality of life issues in cutaneous T-cell lymphoma. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2003 Dec; 17(6): 1485–507. doi: 10.1016/s0889-8588(03)00111-4.
14. Sampogna F., Frontani M., Baliva G., Lombardo G.A., Alvetreti G., Di Pietro C., Tabolli S., Russo G., Abeni D. Quality of life and psychological distress in patients with cutaneous lymphoma. *Br J Dermatol*. 2009 Apr; 160(4): 815–22. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08992.x.
15. Wright A., Wijeratne A., Hung T., Gao W., Whittaker S., Morris S., Scarisbrick J., Beynon T. Prevalence and severity of pruritus and quality of life in patients with cutaneous T-cell lymphoma. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jan; 45(1): 114–9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.01.012.
16. Available at: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01523-9>
17. He Z., Lo Martire R., Lu C., Liu H., Ma L., Huang Y., Li Y., Sun L., Bai Y., Liu W., Zha X. Rasch Analysis of the Dermatology Life Quality Index Reveals Limited Application to Chinese Patients with Skin Disease. *Acta Derm Venereol*. 2018 Jan 12; 98(1): 59–64. doi: 10.2340/00015555-2742.
18. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May; 19(3): 210–6. doi: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
19. Lewis V., Finlay A.Y. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004 Mar; 9(2): 169–80. doi: 10.1111/j.1087-0024.2004.09113.x.
20. Hongbo Y., Thomas C.L., Harrison M.A., Salek M.S., Finlay A.Y. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? *J Invest Dermatol*. 2005 Oct; 125(4): 659–64. doi: 10.1111/j.0022-202X.2005.23621.x.