

DOI: 10.26693/jmbs06.06.123

УДК 616.527.4:616.511.4: 616-08-039.34+616.591

Літвінов В. А.

## ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АКАНТОЛІТИЧНУ ПУХИРЧАТКУ ЗГІДНО РЕЗУЛЬТАТІВ АНАЛІЗУ ОПИТУВАЛЬНИКІВ SF-36V2 ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ІНДЕКСУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НА ФОНІ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ

Запорізький державний медичний університет,  
Україна

**Мета.** Провести порівняльну оцінку параметрів якості життя у хворих на акантолітичну пухирчатку згідно результатів аналізу опитувальників SF-36V2 та дерматологічного індексу якості життя на фоні глюкокортикостероїдної терапії.

**Матеріали і методи.** Результати проведеного дослідження базуються на даних комплексного дослідження і подальшого динамічного спостереження за 47 пацієнтами з вульгарною пухирчаткою (з них 30 осіб – основна група та 17 – група порівняння), які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. На момент спостереження більшість хворих була віком 61-70 років. В якості контрольної групи було обстежено 20 практично здорових людей рандомізованих за віком та статтю.

**Результати.** Отримані результати анкетування пацієнтів опитувальниками SF-36V2 та дерматологічного індексу якості життя свідчать про значний негативний вплив акантолітичної пухирчатки на ключові параметри якості життя пацієнтів основної групи та групи порівняння до лікування – можливість якісно і повноцінно виконувати свої повсякденні обов'язки, працювати чи навчатися, мати особисті стосунки, а також на бажання лікуватися і дотримуватися усіх правил терапії.

Пацієнти із акантолітичною пухирчаткою групи монотерапії глюкокортикостероїдами мали статистично гірші показники якості життя після лікування, ніж пацієнти із додатковим застосуванням армадину, що характеризувалося низьким рівнем фізичної активності, зростанням ролі фізичних та психоемоційних проблем у повсякденній життєдіяльності, загальним дискомфортом та суб'єктивним станом здоров'я.

**Висновок.** Оцінка якості життя пацієнта дала змогу більш кваліфіковано вивчити порушення стану здоров'я пацієнтів із АП, побачити суть клінічної проблеми, підібрати кожному пацієнту оптимальну схему лікування, надати оцінку очікуваним результатам за параметрами, які перебувають на межі наукового підходу та доказової медицини з однієї сторони, а також суб'єктивної точки зору пацієнтів із акантолітичною пухирчаткою з іншої сторони.

**Ключові слова:** акантолітична пухирчатка, якість життя, опитувальник SF-36V2, дерматологічний індекс якості життя, армадин.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дана робота є фрагментом НДР кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини факультету післядипломної освіти ЗДМУ «Оптимізація показань та комплексної терапії хворих на хронічні рецидивуючі дерматози, ІППСШ, з урахуванням клінічних особливостей, стану регулюючих систем гомеостазу, супутньої патології, прогнозування, лікування та профілактика рецидивів», № державної реєстрації 0118U004256.

**Вступ.** Акантолітична пухирчатка (АП) – важкий системний дерматоз, який, за даними літератури, становить близько 1% в структурі дерматологічної патології, основною патоморфологічною ознакою якого є акантоліз [1]. Хоча частка АП в структурі дерматологічної патології складає 0,6 на 100 тис. населення в рік, тяжкість перебігу захворювання та його результат визначають актуальність подальшого вивчення патогенезу дерматозу та пошуку нових ефективних методів терапії. Етіологія істинної пухирчатки досі залишається нез'ясованою. Патогенез захворювання реалізується в розвитку аутоагресії, спрямованої проти міжклітинної субстанції, білків десмосом, клітин шипуватого шару епідермісу та багатошарового плоского епітелію слизових оболонок різної локалізації [2].

Основна сигнальна подія, що призводить до акантолізу, запускається через вплив антитіл на фізіологічний контроль виживання, форми і адгезії кератиноцитів. Наприклад, блокування AChR кератиноцитів заважає ауто / паракринному контролю збирання / розбирання міжклітинних з'єднань, форми клітин, рухливості, проліферації, апоптозу і диференціювання [3]. Було показано, що як мускаринові, так і нікотинові антагоністи розширюють міжклітинний простір в епідермісі та викликають явний акантоліз *in vitro* завдяки механізму, який може включати зміни як продукції, так і фосфорилування молекул адгезії кератиноцитів. Добре

відомо, що фосфорилування молекул адгезії грає важливу роль в збиранні / розбиранні міжклітинних з'єднань, і що фосфорилування кадгеринів,  $\gamma$ -катеніну, десмоплакіну і Dsg пов'язане з втратою адгезії [4].

Пухирчатка відноситься до захворювань, при яких не існує абсолютних протипоказань до терапії кортикостероїдами, так як тільки ці препарати можуть запобігти смерті хворих. Високодозова тривала системна терапія глюкокортикоїдами залишається основою сучасної терапії пацієнтів з АП. Кортикостероїдні гормони необхідні для встановлення контролю над АП під час гострої стадії [5]. Оптимальне дозування виявилось змінним, і не може бути передбачене з самого початку у жодного пацієнта. Деякі пацієнти швидко і повністю реагують на лікування помірними дозами преднізону перорально (1 мг / кг / добу), інші досить рефрактерні та вимагають набагато більших доз. Якщо через 2-3 тижні відповіді немає, дозу збільшують на 50-100% [6]. Після досягнення контролю над захворюванням (відсутність нових уражень, епітелізація існуючих ерозій і негативна ознака Нікольського, дозування преднізону знижується «логічними чинами», тобто на 10-20% кожні 7-15 днів. Пацієнти з хронічним АП із загостренням захворювання лікують так само, як і нових пацієнтів, тобто дозу преднізону збільшують до досягнення контролю над захворюванням і потім знижують [7].

Існуючий сильний зв'язок між психологічними розладами у хворих на АП і зниженням показників якості життя (ЯЖ) призводить до зниження прихильності пацієнтів до медикаментозної терапії. Низька ЯЖ і низька комплаєнтність пацієнтів додатково погіршують прогноз аутоімунних бульозних дерматозів [8].

Пацієнти із АП визнають, що існуюча хвороба погіршує якість їх життя, обмежує професійну, навчальну та інші види активності. В той же час це поняття не має однозначного трактування. Існує твердження, що під якістю життя слід розуміти ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в рамках суспільства. Згідно з медичним форматом – це сприйняття пацієнтом свого положення в залежності від хвороби в контексті його систем цінностей, планів, можливостей, психоемоційного статусу [9].

Необхідність оцінки якості життя у пацієнтів з патологією шкіри пояснюється цілою низкою чинників. Зокрема, дерматози формують такі її аспекти, які, у свою чергу, можуть погіршувати прогноз захворювання. Ці впливи мало відображені в існуючих критеріях оцінки тяжкості їх перебігу та можуть включати в себе психологічні стреси, дискомфорт, стан розгубленості, відчуття провини, сорому. З часом дія цих факторів може призвести

до помітного порушення стабільності емоцій, соціального благополуччя, працездатності і успішності в навчанні та роботі, особистого життя [10].

Вказується на доцільність визначення вірогідності, надійності, специфічності та чутливості анкет з урахуванням обґрунтування та мети відбраного стандарту з приведеним форматом поняття «якість життя», відбору методу, валідності та чутливості до змін, доступності (легкості розуміння запитань), можливості використання для аналізу економічної ефективності.

**Мета дослідження.** Провести порівняльну оцінку параметрів якості життя у хворих на акантолітичну пухирчатку згідно результатів аналізу опитувальників SF-36V2 та дерматологічного індексу якості життя на фоні глюкокортикостероїдної терапії.

**Матеріал та методи дослідження.** Результати проведеного дослідження базуються на даних комплексного дослідження і подальшого динамічного спостереження за 47 пацієнтами з вульгарною пухирчаткою (з них 30 осіб – основна група та 17 – група порівняння), які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. На момент спостереження більшість хворих була віком 61-70 років. В якості контрольної групи було обстежено 20 практично здорових людей рандомізованих за віком та статтю. Серед пацієнтів основної групи переважали жінки – 26 пацієнток (86,67%), 4 пацієнти були чоловічої статі (13,33%). Серед пацієнтів групи порівняння також переважали жінки (12 жінок, 70,59%), пацієнти чоловічої статі були у кількості 5 чоловік (29,41%). В основній групі переважали пацієнти старшої вікової групи – 13 хворих (43,33%) були у віці 61-70 років; 8 чоловік (26,67%) – 51-60 років; 5 пацієнтів (16,67%) були у віці 41-50 років; 2 пацієнти (6,67%) – 31-40 років; та по одному хворому (3,33%) у наймолодшій та найстаршій вікових групах – 21-30 та більше 70 років. Пацієнти групи порівняння старшої вікової групи склали 52,94% (віком від 61 до 70 років – 9 чоловік) та 23,53% (віком 51-60 років – 4 людини); 3 пацієнти (17,65%) були у віці 41-50 років; 1 пацієнт (5,88%) – 31-40 років.

Дослідження проведено відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень (2000 рік, з поправками 2008 року), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997). Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі у ньому, і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Проведені дослідження були чотирьохступінчасті: під час скринінгу до лікування та на трьох щабелях лікування – I з них – на 2 тижні прийому максимальних доз глюкокортикостероїдів, II – через 1,5-2 місяці перед випискою зі стаціонару, коли хворому проводили поступове зниження дози системних глюкокортикостероїдів та підбір оптимальної добової дози і III щабель – через 5-6 місяців, коли дози гормонів були мінімальні (10-15 мг преднізолону на добу) при відсутності клінічних проявів пухирчатки. Загалом пацієнтів спостерігали протягом 3 років.

Традиційна терапія хворих на акантолітичну пухирчатку ґрунтувалась перш за все на призначенні на I щабелі високих доз системних кортикостероїдних гормонів з підрахунку 1 мг/кг/добу за преднізолоном. Після одержання виразного терапевтичного ефекту (відсутність свіжих пухирів, епітелізація ерозивних ділянок) на 2-3 тижні, знижували добову дозу преднізолону на 5 мг кожні 1-2 тижні, а у подальшому – на 2,5 мг кожні 3-4 тижні поки не сягали мінімальної підтримуючої ефективної дози (10-15 мг на добу), яка забезпечує ремісію захворювання протягом тривалого часу.

В запропонованій схемі терапії пацієнтам основної групи додатково рекомендовано антиоксидант армадин під час прийому високих доз глюкокортикостероїдів (ГКС) (I щабель) – по 2 мл внутрішньовенно щоденно протягом 10 днів, а потім (II щабель) – армадин-лонг 500 мг per os щоденно протягом місяця.

З метою оцінки ЯЖ використовували опитувальники EQ-5D-5L, SF-36. За допомогою опитувальника SF-36 можна оцінити вплив на ЯЖ не тільки дерматологічного захворювання, але і в цілому коморбідних патологій на всі сфери життя, такі, як фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, психічне здоров'я, загальне здоров'я, життєздатність і соціальне функціонування.

Опитувальник EuroQoL (EQ-5D-5L) – валідований, генеричний інструмент для визначення параметрів ЯЖ. Адаптований для персонального заповнювання, включає п'ять пунктів, які описують рухливість, рівень самообслуговування, рутинну активність, біль або дискомфорт, тривожність/депресію. Він додатково містить ВАШ, що пропонує особам визначити стан їх самопочуття балами від 0 до 100.

Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, згуртованих у вісім шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ) та

психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам та двом категоріям (фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) та психічний (ПКЗ)). Показники кожної шкали змінюються від 1 до 100, де 100 представляє повне здоров'я.

У сучасній дерматології для оцінки якості життя найбільш широко використовується Dermatology Life Quality Index (ДІЯЖ-DLQI). В нього включені питання, умовно поділені на шість основних критеріїв якості життя: фізичний (біль, свербіж), повсякденна активність, суспільне життя, особисті взаємовідносини, працездатність, комплаєнтність (зручність) терапії, що призначається, котрі характеризують перебіг дерматозу за останні 7 днів. ДІЯЖ-DLQI виявився простим та інформативним методом обчислення показників якості життя у дерматологічних хворих. Його перевагою є можливість застосування при багатьох захворюваннях шкіри.

Показник ДІЯЖ розраховується шляхом підсумовування балів кожного питання, в результаті чого може бути набрано максимум 30 і мінімум 0 балів. Чим вище оцінка, тим більше погіршується ЯЖ. ДІЯЖ також може бути виражений у відсотках від максимально можливого рахунку 30.

Значення пунктів ДІЯЖ:

0-1 – практично взагалі немає впливу на життя пацієнта;

2-5 – невеликий вплив на життя пацієнта;

6-10 – помірний вплив на життя пацієнта;

11-20 – дуже великий вплив на життя пацієнта;

21-30 – надзвичайно великий вплив на життя пацієнта.

При статистичній обробці даних використовували ліцензійну програму «STATISTICA® for Windows 6.1» (StatSoft Inc., США, серійний номер RGXR412D674002FWC7). Дані представлені у вигляді середнього і стандартної помилки репрезентативності вибіркового середнього значення (95% довірчий інтервал (95% ДІ)). Порівняння груп за якісною ознакою, а також при дослідженні частот зустрічальності показників, проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  з аналізом таблиць спряженості. Оцінка ступеня взаємозв'язку між парами незалежних ознак, виражених у кількісних шкалах, здійснювалася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Pearson (r) або P. Spearman (R), залежно від характеру розподілу змінних.

**Результати дослідження.** Відповідно до визначення ВООЗ, якість життя (ЯЖ) – це сукупність факторів, що визначають фізичний, психологічний, емоційний, соціальний стан хворого, які базуються на його суб'єктивному сприйнятті. Винятково важливим є те, що всі функції оцінюють пацієнти, і саме цей спосіб отримання інформації про стан хворих робить ці дані надзвичайно цінними.

Методи вивчення ЯЖ ґрунтуються на визначенні пацієнтом рівня свого фізичного, психічного, соціального та економічного благополуччя.

За допомогою опитувальника SF-36 можна оцінити вплив на ЯЖ не тільки дерматологічного захворювання, але і в цілому коморбідних патологій на всі сфери життя, такі, як фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, психічне здоров'я, загальне здоров'я, життєздатність і соціальне функціонування.

Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника SF-36, у хворих на акантолітичну пухирчатку основної групи до та після проведеного лікування системними ГКС у поєднанні з армадином, представлені в **таблиці 1**.

**Таблиця 1** – Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника SF-36, у хворих на акантолітичну пухирчатку основної групи

Но-мер	Опитуваль-ник SF-36	Пацієнти основної групи із АП до лікування (n=30)		Пацієнти основної групи із АП після лікування (n=30)	
		Абс	%	Абс	%
<i>Показник фізичного здоров'я</i>					
1	Низький	14	46,67*	5	16,67*
2	Понижений	9	30,0*	8	26,67*
3	Середній	7	23,33*	16	53,33*
4	Підвищений	-	-	1	3,33
5	Високий	-	-	-	-
<i>Показник психічного здоров'я</i>					
1	Низький	10	33,33*	4	13,33*
2	Понижений	11	36,67*	7	23,33*
3	Середній	9	30,0*	18	60,0*
4	Підвищений	-	-	1	3,33
5	Високий	-	-	-	-

**Примітка:** \* –  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю

Пацієнти відзначали, що наявність висипань на шкірі, больові відчуття в місцях локалізації ерозій, свербіж та інші симптоми дерматологічного захворювання істотно впливають на фізичну і психічну складову їх ЯЖ. Як видно із представлених даних, до початку лікування майже половина пацієнтів основної групи із АП скаржилася на низький рівень фізичної активності – 46,67% ( $p < 0,05$ ), а третина пацієнтів (30,0%) мала знижений рівень фізичної активності через дерматологічне захворювання ( $p < 0,05$ ). В той же час 7 пацієнтів основної групи (23,33%) відзначили, що показники їх фізичного здоров'я знаходяться на середньому рівні, що було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ).

Після проведеного курсу лікування, котрий включав в себе три щабля введення препаратів,

зокрема в основній групі додатково до системної ГКС терапії був доданий препарат армадин, ситуація із суб'єктивною оцінкою пацієнтами показників свого фізичного здоров'я значно покращилася. Так, низькі показники фізичної активності відзначали лише 5 пацієнтів (16,67%, ( $p < 0,05$ )) основної групи, на понижену фізичну активність скаржилися 8 пацієнтів (26,67%, ( $p < 0,05$ )). В той же час статистично достовірно більше половини респондентів основної групи пацієнтів із дерматозом перейшли в когорту середніх показників фізичної активності – 16 чоловік (53,33%, ( $p < 0,05$ )), а один пацієнт навіть відзначив підвищену фізичну активність після проведеного курсу лікування.

До початку лікування основної групи пацієнтів із АП поряд із зниженням показників фізичного здоров'я, також відзначається зниження основних показників психічного здоров'я цих пацієнтів. Так, 10 пацієнтів (33,33%), що складають третину групи, поскаржилися на низькі показники психічного здоров'я, що було в межах статистичної значимості ( $p < 0,05$ ). Приблизно така ж кількість хворих основної групи до початку лікування відзначала понижений рівень психологічної складової ЯЖ – 11 пацієнтів (36,67%, ( $p < 0,05$ )), та середній рівень стану психічного здоров'я – 9 пацієнтів (30,0%, ( $p < 0,05$ )).

Проведене лікування пацієнтів основної групи препаратами ГКС+армадин сприяло також нормалізації психічного здоров'я пацієнтів та підвищенню їх ЯЖ. Статистично достовірно зменшилась кількість пацієнтів із суб'єктивним відчуттям низького психічного здоров'я до 4 чоловік (13,33%, ( $p < 0,05$ )), понижено показники психічного здоров'я відзначали 7 пацієнтів (23,33%, ( $p < 0,05$ )) основної групи. Основна частина пацієнтів основної групи після лікувальних щаблів перейшла в категорію середнього рівня психічного здоров'я – 18 чоловік (60,0%, ( $p < 0,05$ )), а пацієнт, котрий відзначив зростання показників фізичного здоров'я до підвищеного рівня після терапії, також відзначив аналогічний рівень і свого стану психічного здоров'я (3,33%).

Були проаналізовані показники ЯЖ, отримані за допомогою опитувальника дерматологічного індексу якості життя (ДІЯЖ), у хворих на акантолітичну пухирчатку основної групи до та після лікування (**табл. 2**).

Як впливає із отриманих даних, до початку терапії в основній групі хворих із АП не було жодного пацієнта, який би відзначив, що дерматоз не впливає або впливає незначно на ЯЖ в умовах нозології. В той же час 14 пацієнтів говорять про помірний вплив АП (46,67%, ( $p < 0,05$ )), а 16 пацієнтів (53,33%) – про сильний вплив аутоімунного бульозного дерматозу на ЯЖ, що було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ).

**Таблиця 2** – Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника дерматологічного індексу якості життя, у хворих на акантолітичну пухирчатку основної групи

Но-мер	Опитувальник ДІЯЖ	Пацієнти основної групи із АП до лікування (n=30)		Пацієнти основної групи із АП після лікування (n=30)	
		Абс	%	Абс	%
1	Не впливає	-	-	-	-
2	Незначно впливає	-	-	1	3,33
3	Впливає помірно	14	46,67*	22	73,33*
4	Впливає сильно	16	53,33*	8	26,67*

**Примітка:** \* –  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю.

Після проведеного лікування пацієнти основної групи АП відзначили також покращення стану їх психічного здоров'я. Так, 22 пацієнти (73,33%) із 30 свідчили про помірний вплив хвороби на своє повсякденне життя в стадії ремісії – зменшився психологічний дискомфорт від висипів, нормалізувалося самопочуття, збільшилася повсякденна активність, пацієнти повернулися до свого стандартного дозвілля, відвідували роботу або навчання, зменшилася кількість проблем психологічного плану в особистих стосунках. Зазначені зміни знаходилися в межах статистичної достовірності ( $p < 0,05$ ). Один пацієнт відзначив, що дерматоз незначно впливає на його психологічний комфорт і повсякденну фізичну активність після лікування. А 26,67% пацієнтів відповіли, що АП продовжує сильно впливати на ЯЖ ( $p < 0,05$ ).

Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника SF-36, у хворих на акантолітичну пухирчатку групи порівняння до та після проведеного лікування системними ГКС, представлені в таблиці 3.

Пацієнти групи порівняння також відзначали, що наявність висипань на шкірі, больові відчуття в місцях локалізації ерозій, свербіж та інші симптоми дерматологічного захворювання істотно впливають на фізичну і психічну складову їх ЯЖ. До початку лікування 58,82% або 10 пацієнтів групи порівняння із АП скаржилася на низький рівень фізичної активності ( $p < 0,05$ ), а третина пацієнтів (29,41%) або 5 чоловік мала знижений рівень фізичної активності через дерматологічне захворювання ( $p < 0,05$ ). 11,76% пацієнтів групи порівняння (2 хворих) відзначили, що показники їх фізичного здоров'я знаходяться на середньому рівні, що було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ).

Після проведеного курсу лікування, котрий включав в себе три щабля введення ГКС, ситуація із суб'єктивною оцінкою пацієнтами показників

**Таблиця 3** – Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника SF-36, у хворих на акантолітичну пухирчатку групи порівняння

Но-мер	Опитувальник SF-36	Пацієнти із АП групи порівняння до лікування (n=17)		Пацієнти із АП групи порівняння після лікування (n=17)	
		Абс	%	Абс	%
<i>Показник фізичного здоров'я</i>					
1	Низький	10	58,82*	4	23,53*
2	Понижений	5	29,41*	9	52,94*
3	Середній	2	11,76*	4	23,53*
4	Підвищений	-	-	-	-
5	Високий	-	-	-	-
<i>Показник психічного здоров'я</i>					
1	Низький	9	52,94*	3	17,65*
2	Понижений	5	29,41*	9	52,94*
3	Середній	3	17,65*	5	29,41*
4	Підвищений	-	-	-	-
5	Високий	-	-	-	-

**Примітка:** \* –  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю.

свого фізичного здоров'я значно покращилася. Так, низькі показники фізичної активності відзначали лише 4 пацієнти (23,53%, ( $p < 0,05$ )) групи порівняння, на понижено фізичну активність скаржилися 9 пацієнтів (52,94%, ( $p < 0,05$ )). Статистично достовірно більше респондентів групи порівняння пацієнтів із дерматозом перейшли в когорту середніх показників фізичної активності – 4 хворих (23,53%, ( $p < 0,05$ )) після проведеного курсу лікування.

До початку лікування групи порівняння пацієнтів із АП поряд із зниженням показників фізичного здоров'я, також відзначається зниження основних показників психічного здоров'я цих пацієнтів. Так, 9 пацієнтів (52,94%) поскаржилися на низькі показники психічного здоров'я, що було в межах статистичної значимості ( $p < 0,05$ ). 5 хворих групи порівняння до початку лікування відзначала понижений рівень психологічної складової ЯЖ (29,41%, ( $p < 0,05$ )), та середній рівень стану психічного здоров'я лише 3 пацієнти (17,65%, ( $p < 0,05$ )).

Проведене лікування пацієнтів групи порівняння ГКС сприяло також нормалізації психічного здоров'я пацієнтів та підвищенню їх ЯЖ. Статистично достовірно зменшилась кількість пацієнтів із суб'єктивним відчуттям низького психічного здоров'я до 3 чоловік (17,65%, ( $p < 0,05$ )), понижено показники психічного здоров'я відзначали 9 пацієнтів (52,94%, ( $p < 0,05$ )) групи порівняння. Третина пацієнтів групи порівняння після лікувальних щаблів перейшла в категорію середнього рівня психічного здоров'я – 5 чоловік (29,41%, ( $p < 0,05$ )).

Проаналізовані показники ЯЖ, отримані за допомогою опитувальника дерматологічного індексу якості життя, у хворих на акантолітичну пухирчатку групи порівняння до та після лікування (табл. 4).

**Таблиця 4** – Показники якості життя, отримані за допомогою опитувальника дерматологічного індексу якості життя, у хворих на акантолітичну пухирчатку групи порівняння

Но-мер	Опиту-вальник ДІЯЖ	Пацієнти із АП групи порівняння до лікування (n=17)		Пацієнти із АП групи порівняння після лікування (n=17)	
		Абс	%	Абс	%
1	Не впливає	-	-	-	-
2	Незначно впливає	-	-	-	-
3	Впливає помірно	10	58,82*	13	76,47*
4	Впливає сильно	7	53,85*	4	23,53*

**Примітка:** \* –  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю

У таблиці 5 наведено результати опитування пацієнтів основної та групи порівняння після лікування за допомогою SF-36v2. Сумарні показники, що характеризують як фізичний, так і ментальний стан обстежених осіб, були особливо найбільш зниженими після лікування саме у пацієнтів групи порівняння.

Як видно з наведених даних, у осіб групи порівняння було визначено зниження фізичного функціонування та рольового фізичного функціонування, показники яких становили (34,33±1,33) та (38,58±1,49) за шкалою SF-36v2. Відповідні показники у осіб 1 групи були нижче, ніж у 2 групі на 18,09 % та 3,33 % відповідно. У 2-й групі зниження було не таким вираженим – фізичне та рольове фізичне функціонування визначені на рівні (41,91±3,16) ( $p < 0,05$ ) та (39,91±2,85) за шкалою SF-36v2. Характерною рисою змін фізичної активності (ФА) було помірне зменшення мобільності в денній активності, а також складнощі в виконанні певних дій, таких як одягання, прибирання в приміщенні, приготування їжі. Також зафіксовано зменшення ефективності використання часу для запланованих видів діяльності, що може бути пов'язано як з труднощами фізичного характеру, так і емоційними відхиленнями.

Інтенсивність больових відчуттів у пацієнтів 1-ї групи була вищою, про що свідчать більш низькі показники в результаті опитування пацієнтів – (41,2±1,52), у пацієнтів 2-ї групи больові відчуття менш виражено обмежували повсякденну активність, результат за шкалою SF-36v2 становив

**Таблиця 5** – Результати анкетування за допомогою опитувальника SF-36v2 пацієнтів основної та групи порівняння після лікування

Показники якості життя	Пацієнти із АП групи монотерапії ГКС після лікування (n=17)	Пацієнти групи із додатковим застосуванням армадину після лікування (n=30)
Фізичне функціонування (PF)	34,33±1,33*	41,91±3,16
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	38,58±1,49	39,91±2,85
Інтенсивність болю (BP)	41,2±1,52	47,26±4,46
Загальний стан здоров'я (GH)	46,24±1,75*	55,91±5,1
Життєва активність (VT)	37,02±0,86*	42,99±1,74
Соціальне функціонування (SF)	39,55±0,98*	47,91±2,04
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	39,52±0,91	42,74±1,84
Психічне здоров'я (MH)	44,74±1,24*	52,34±3,26

**Примітка:** \* – статистично значні розбіжності при рівні  $p < 0,05$  у порівнянні із 2 групою.

(47,26±4,46), відсоткова різниця між 1-ю та 2-ю групою була 12,82 %.

Загальний стан здоров'я в пацієнтів 2 групи був на 17,30 % кращим від пацієнтів 1 групи, даний показник у осіб 1-ї та 2-ї груп складав 46,24±1,75 та 55,91±5,1 ( $p < 0,05$ ). Життєва активність при наявності проблем із вагою для пацієнтів 1-ї групи також була нижчою на 13,89 % відносно 2-ї групи ( $p < 0,05$ ).

Що стосується емоційного стану пацієнтів обох груп відзначається знижене соціальне функціонування та рольове емоційне функціонування для пацієнтів 1-ї групи на рівні (39,55±0,98) та (39,52±0,91) за шкалою SF-36v2, в той час як у пацієнтів 2-ї групи дані показники становили (47,91±2,04) ( $p < 0,05$ ) та (42,74±1,84), а відсоткова різниця між групами складала 17,45 та 7,53 % відповідно для соціального функціонування та рольового емоційного функціонування за шкалою SF-36v2.

ПЗ погіршилося на 14,52 % при наявності в обстежених осіб 1-ї групи (44,74±1,24), а для

пацієнтів 2-ї групи ПЗ за шкалою SF-36v2 визначено на рівні показника ( $52,34 \pm 3,26$ ) ( $p < 0,05$ ). Таким чином, у пацієнтів 1 групи за результатами оцінки опитувальника SF-36v2 визначено зменшення показників, що характеризують як фізичний, так і ментальний стан здоров'я.

Більш скороченою версією опитувальника, який характеризує інтегральний стан здоров'я пацієнтів, є анкета EQ-5D-5L. Результати опитування обстежених осіб наведені в таблиці 6.

**Таблиця 6** – Результати анкетування обстежених осіб за допомогою опитувальника EQ-5D-5L

Показники якості життя	Пацієнти із АП групи монотерапії ГКС після лікування (n=17)	Пацієнти групи із додатковим застосуванням армадину після лікування (n=30)
Рухомість	$1,51 \pm 0,08^*$	$0,86 \pm 0,12$
Догляд за собою	$1,38 \pm 0,07^*$	$0,91 \pm 0,14$
Звичайна щоденна активність	$1,72 \pm 0,08^*$	$1,29 \pm 0,14$
Біль/дискомфорт	$1,74 \pm 0,07^*$	$0,8 \pm 0,14$
Тривога/агресія	$1,4 \pm 0,11^*$	$0,71 \pm 0,15$
ВАШ, балів	$60,24 \pm 1,34^*$	$69,11 \pm 2,15$
Загальний тестовий показник EQ-5D	$1,55 \pm 0,08^*$	$0,91 \pm 0,1$

**Примітка:** \* – статистично значні розбіжності при рівні  $p < 0,05$  у порівнянні із 2 групою

У пацієнтів 1 групи також фіксується значно нижча фізична активність. Про це свідчить більш високі значення показників, які характеризують рухомість та звичайну щоденну активність, різниця між відповідними показниками осіб 1-ї групи порівняно з даними 2-ї групи і склала 75,58 та 33,33 %. Для представників 1-ї групи показники рухомості та звичайної щоденної активності становили ( $1,51 \pm 0,08$ ) та ( $1,72 \pm 0,08$ ), а для 2-ї групи – ( $0,86 \pm 0,12$ ) та ( $1,29 \pm 0,14$ ) ( $p < 0,05$ ) відповідно статистично достовірно.

Також у пацієнтів 1-ї групи були певні труднощі щодо доглядом за собою, даний показник згідно анкети EQ-5D-5L був визначений на рівні ( $1,38 \pm 0,07$ ), а в пацієнтів 2-ї групи – ( $0,91 \pm 0,14$ ) ( $p < 0,05$ ) в межах статистичної значимості, у відсотках пацієнти 2 групи на 51,65 % краще виконували дії, пов'язані із доглядом за собою.

У той же час, відзначені статистично достовірні відмінності за показниками, що характеризують чутливі зміни (біль та дискомфорт), різниця між пацієнтами 1-ї та 2-ї груп становила 117,50 %, тобто більш виражені больові відчуття та стан диском-

форту були у 1 групі ( $1,74 \pm 0,07$ ) порівняно із 2-ю ( $0,8 \pm 0,14$ ) ( $p < 0,05$ ) згідно анкети EQ-5D-5L.

У пацієнтів 1-ї групи також були більш виражені ментальні розлади (тривога та агресія) – ( $1,4 \pm 0,11$ ), ніж у пацієнтів 2-ї групи – ( $0,71 \pm 0,15$ ) ( $p < 0,05$ ). Наявність лікування без армадину сприяло більшому ступеню прояву ознак тривожності та агресивної поведінки у цих пацієнтів, а різниця між групами була 97,18 %.

Інтегральний показник ВАШ був достовірно нижче в 1-й групі ( $60,24 \pm 1,34$ ), різниця в порівнянні з 2-ю групою склала 12,83 % відповідно. Для 2-ї групи інтегральний показник ВАШ становив ( $69,11 \pm 2,15$ ) ( $p < 0,05$ ).

Загальний тестовий показник EQ-5D показав наступні результати в пацієнтів 1-ї групи – ( $1,55 \pm 0,08$ ), 2-ї групи – ( $0,91 \pm 0,1$ ) ( $p < 0,05$ ). В цілому, різниця між пацієнтами різних груп згідно тестового показника EQ-5D була 70,33 %. Отже, останній опитувальник підтвердив результати анкетування за більш розширеним опитувальником SF-36v2.

Таким чином можна зазначити, що пацієнти із АП групи монотерапії ГКС мали статистично гірші показники ЯЖ після лікування, ніж пацієнти із додатковим застосуванням армадину, що характеризувалося низьким рівнем ФА, зростанням ролі фізичних та психоемоційних проблем у повсякденній життєдіяльності, загальним дискомфортом та суб'єктивним станом здоров'я.

Як впливає із отриманих даних, до початку терапії в групі порівняння хворих із АП не було жодного пацієнта, який би відзначив, що дерматоз не впливає або впливає незначно на ЯЖ в умовах нозології. Далі 10 пацієнтів свідчать про помірний вплив АП (58,82%, ( $p < 0,05$ )), а 7 пацієнтів (53,85%) – про сильний вплив аутоімунного бульозного дерматозу на ЯЖ, що було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ).

Після проведеного лікування пацієнти групи порівняння із АП відзначили також покращення стану їх психічного здоров'я. Так, 13 пацієнтів (76,47%) із 17 свідчили про помірний вплив хвороби на своє повсякденне життя в стадії ремісії – зменшився психологічний дискомфорт від висипів, нормалізувалося самопочуття, збільшилася повсякденна активність, пацієнти повернулися до свого стандартного дозвілля, відвідували роботу або навчання, зменшилася кількість проблем психологічного плану в особистих стосунках. Зазначені зміни знаходилися в межах статистичної достовірності ( $p < 0,05$ ). 23,53% пацієнтів або 4 хворих відповіли, що АП продовжує сильно впливати на ЯЖ ( $p < 0,05$ ).

**Обговорення отриманих результатів.** Сучасними епідеміологічними характеристиками АП

є наступні: частота захворюваності чоловіків та жінок є приблизно однаковою, хоча раніше серед хворих переважали жінки. Є стійка тенденція до «омолодження» контингенту хворих АП. У клінічному перебігу АП відзначається така особливість: бульозні ураження шкіри в даний час частіше виникають на набряковому еритематозному тлі, при цьому відповідно підвищується частка пацієнтів, що мають скарги на біль і свербіж в місцях локалізації висипань. У початковій стадії захворювання в більшості випадків (як раніше, так і зараз) вражає шкіру (в основному – шкіру тулуба), і слизові оболонки ротової порожнини. При наступних рецидивах уражається переважно шкіра. Ураження слизових оболонок генітальної області не відзначалося, хоча в літературі ця проблема обговорюється [11].

Сверблячка при АП відзначається не часто, але останнім часом частота цього симптому має тенденцію до збільшення. Звичайно хворі скаржаться на незначну болючість в осередках ураження шкіри і «присихання» одягу до ерозійних поверхонь. При ураженні порожнини рота хворобливість, навпаки, може бути настільки виражена, що у хворих виникають труднощі при прийомі їжі; при ураженні гортані та глотки голос стає хриплим. До половини хворих, за даними літератури, знаходилися під спостереженням і лікуванням стоматологів, перш ніж їм було встановлено правильний діагноз [12].

Супутні захворювання в літературних джерелах не мають закономірної тенденції до «супроводу» АП. У літературі поєднання АП з іншими, переважно аутоімунними захворюваннями, також розглядається як досить рідкісний факт. Серед чинників, що провокують початок захворювання і рецидиви, частіше за інші пацієнти відзначали психоемоційні стреси, простудні та вірусні захворювання, тривалу інсоляцію, контакт з хімікатами, що використовуються в сільському господарстві, а також застосування хворими лікарських препаратів з приводу інтеркурентних захворювань. Перебіг хвороби багато в чому залежить від правильності тактики і своєчасності терапії – виникнення рецидивів в даний час можна безпосередньо пов'язати з помилками режиму підтримуючої ГКС терапії, що підтверджується даними літератури [13].

Необхідно відзначити, що в світовій дерматологічній літературі активно обговорюються питання поєднаної терапії АП: використання антибактеріально-кортикостероїдної комбінації препаратів, метаболічних стимуляторів, імуноглобулінів та імунодепресантів, а також дискутуються проблеми використання різних лікарських форм. В останні десятиліття для зменшення дози ГКС і, відповідно, побічних ефектів гормональної терапії, до неї додавали цитостатики, інтерферон, лазеротерапію [14].

Схеми лікування АП, в яких гормональна терапія поєднувалася з ад'ювантними засобами, дозволили в цілому досягти того, що частота деяких побічних ефектів залишилася на колишньому рівні (ускладнений остеопороз, катаральні та виразкові ураження шлунково-кишкового тракту), а за деякими видами ускладнень відзначено достовірне зниження: синдром Іценко-Кушинга з 23,5% до 10,2%; гіперглікемія з 25,5% до 7,7%; гостра серцево-судинна недостатність з 11,1% до 0%; психічні порушення з 11,8% до 2,6%; гнійно-септичні ураження шкіри і слизових з 27,5% до 2,6%; кандидозні ураження шкіри і слизових з 60,1% до 10,3%. Щодо деяких видів ускладнень була також виявлена тенденція до зниження (артеріальна гіпертензія, пневмонія) [15].

### Висновки

1. Отримані результати анкетування пацієнтів опитувальниками SF-36v2 та дерматологічного індексу якості життя свідчать про значний негативний вплив АП на ключові параметри ЯЖ пацієнтів основної групи та групи порівняння до лікування – можливість якісно і повноцінно виконувати свої повсякденні обов'язки, працювати чи навчатися, мати особисті стосунки, а також на бажання лікуватися і дотримуватися усіх правил терапії.
2. Пацієнти із АП групи монотерапії ГКС мали статистично гірші показники ЯЖ після лікування, ніж пацієнти із додатковим застосуванням армадину, що характеризувалося низьким рівнем ФА, зростанням ролі фізичних та психоемоційних проблем у повсякденній життєдіяльності, загальним дискомфортом та суб'єктивним станом здоров'я.
3. Оцінка ЯЖ пацієнта дала змогу більш кваліфіковано вивчити порушення стану здоров'я пацієнтів із АП, побачити суть клінічної проблеми, підібрати кожному пацієнту оптимальну схему лікування, надати оцінку очікуваним результатам за параметрами, які перебувають на межі наукового підходу та доказової медицини з однієї сторони, а також суб'єктивної точки зору пацієнтів із АП з іншої сторони.

**Перспективи подальших досліджень.** Враховуючи отримані при проведенні досліджень хворих на АП дані, доцільним, поряд з традиційною терапією, є впровадження деяких нових адекватних терапевтичних засобів. Але призначення їх необхідно проводити тільки по показанням, в залежності від стану терапії, тобто прийому хворими різних доз ГКС і профілактики можливих ускладнень від основних препаратів.



## References

- Melchionda V, Harman KE. Pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus: an overview of the clinical presentation, investigations and management. *Clin Exp Dermatol*. 2019 Oct;44(7):740-746. PMID: 31378971. doi: 10.1111/ced.14041
- Tavakolpour S. Pemphigus trigger factors: special focus on pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. *Arch Dermatol Res*. 2018 Mar;310(2):95-106. PMID: 29110080. doi: 10.1007/s00403-017-1790-8
- Schmidt E, Kasperkiewicz M, Joly P. Pemphigus. *Lancet*. 2019 Sep 7;394(10201):882-894. PMID: 31498102. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31778-7
- Nayak V, Kini R, Rao PK, Shetty U. Pemphigus vulgaris. *BMJ Case Rep*. 2020 May 13;13(5):e235410. PMID: 32404374; PMCID: PMC7228447. doi: 10.1136/bcr-2020-235410
- Fang H, Li Q, Wang G. The role of T cells in pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid. *Autoimmun Rev*. 2020 Nov;19(11):102661. PMID: 32942041. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102661
- Kridin K. Pemphigus group: overview, epidemiology, mortality, and comorbidities. *Immunol Res*. 2018 Apr;66(2):255-270. PMID: 29479654. doi: 10.1007/s12026-018-8986-7
- Altman EM. Novel Therapies for Pemphigus Vulgaris. *Am J Clin Dermatol*. 2020 Dec;21(6):765-782. PMID: 32860200. doi: 10.1007/s40257-020-00544-w
- Yanovsky RL, McLeod M, Ahmed AR. Treatment of pemphigus vulgaris: part 1 - current therapies. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019 Oct;15(10):1047-1060. PMID: 31566020. doi: 10.1080/1744666X.2020.1672535
- Yanovsky RL, McLeod M, Ahmed AR. Treatment of pemphigus vulgaris: part 2 - emerging therapies. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019 Oct;15(10):1061-1071. PMID: 31575295. doi: 10.1080/1744666X.2020.1672539
- Porro AM, Hans Filho G, Santi CG. Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2019 Apr;94(2 Suppl 1):20-32. PMID: 31166407; PMCID: PMC6544031. doi: 10.1590/abd1806-4841.2019940206
- Cura MJ, Torre AC, Cueto Sarmiento KY, Bollea Garlatti ML, et al. Pemphigus Vulgaris: A Retrospective Cohort Study of Clinical Features, Treatments, and Outcomes. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020 Jun;111(5):398-407. [English, Spanish]. PMID: 32466985. doi: 10.1016/j.ad.2019.10.004
- Silva SC, Nasser R, Payne AS, Stoopler ET. Pemphigus Vulgaris. *J Emerg Med*. 2019 Jan;56(1):102-104. PMID: 30503724. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.10.028
- Lee J, Lundgren DK, Mao X, Manfredo-Vieira S, Nunez-Cruz S, Williams EF, et al. Antigen-specific B cell depletion for precision therapy of mucosal pemphigus vulgaris. *J Clin Invest*. 2020 Dec 1;130(12):6317-6324. PMID: 32817591; PMCID: PMC7685721. doi: 10.1172/JCI138416
- Amber KT, Valdebran M, Grando SA. Non-Desmoglein Antibodies in Patients With Pemphigus Vulgaris. *Front Immunol*. 2018 Jun 4;9:1190. PMID: 29915578; PMCID: PMC5994403. doi: 10.3389/fimmu.2018.01190
- Harman KE, Brown D, Exton LS, Groves RW, Hampton PJ, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. *Br J Dermatol*. 2017 Nov;177(5):1170-1201. PMID: 29192996. doi: 10.1111/bjd.15930

УДК 616.527.4:616.511.4: 616-08-039.34+616.591

**ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ СОГЛАСНО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ОПРОСНИКА SF-36V2 И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ**

**Литвинов В. А.**

**Резюме.** Цель исследования. Провести сравнительную оценку параметров качества жизни у больных акантолитической пузырчаткой согласно результатам анализа опросников SF-36V2 и дерматологического индекса качества жизни на фоне глюкокортикоидной терапии.

**Материалы и методы.** Результаты проведенного исследования базируются на данных комплексного исследования и дальнейшего динамического наблюдения за 47 пациентами с вульгарной пузырчаткой (из них 30 человек – основная группа и 17 – группа сравнения), находившихся на стационарном лечении в КУ «ЗОКВКД ЗОС» г. Запорожья. На момент наблюдения большинство больных было в возрасте 61-70 лет. В качестве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых людей рандомизированных по возрасту и полу.

**Результаты.** Полученные результаты анкетирования пациентов опросниками SF-36V2 и дерматологического индекса качества жизни свидетельствуют о значительном негативном влиянии акантолитической пузырчатки на ключевые параметры качества жизни пациентов основной группы и группы сравнения до лечения – возможность качественно и полноценно выполнять свои повседневные обязанности, работать или учиться, иметь личные отношения, а также на желание лечиться и придерживаться всех правил терапии.

Пациенты с акантолитической пузырчаткой группы монотерапии глюкокортикостероидами имели статистически худшие показатели качества жизни после лечения, чем пациенты с дополнительным применением армадина, что характеризовалось низким уровнем физической активности, ростом роли физических и психоэмоциональных проблем в повседневной жизнедеятельности, общим дискомфортом и субъективным состоянием здоровья.

**Вывод.** Оценка качества жизни пациентов позволила более квалифицированно изучить нарушения состояния здоровья пациентов с акантолитической пузырчаткой, увидеть суть клинической проблемы, подобрать каждому пациенту оптимальную схему лечения, дать оценку ожидаемым результатам по параметрам, которые находятся на грани научного подхода и доказательной медицины с одной стороны, а также субъективной точки зрения пациентов с акантолитической пузырчаткой с другой стороны.

**Ключевые слова:** акантолитическая пузырчатка, качество жизни, опросник SF-36V2, дерматологический индекс качества жизни, армадин.

UDC 616.527.4:616.511.4: 616-08-039.34+616.591

**Peculiarities of Quality of Life in Patients with Pemphigus Vulgaris according to the Results of the Analysis of the SF-36V2 Questionnaires and Dermatological Index of Quality of Life in the Background of Glucocorticosteroid Therapy**

**Litvinov V. A.**

**Abstract.** *The purpose of the study was to carry out a comparative assessment of the parameters of the quality of life in patients with pemphigus vulgaris according to the results of the analysis of the SF-36V2 questionnaires and the dermatological index of the quality of life against the background of glucocorticosteroid therapy.*

**Materials and methods.** *The results of the study are based on the data of a comprehensive study and further follow-up of 47 patients with pemphigus vulgaris (of which 30 are the main group and 17 are the comparison group) who were hospitalized at the Zaporizhzhya Regional Skin and Venereal Clinical Dispensary, Zaporizhzhia. At the time of observation, the majority of patients were aged 61-70 years old. As a control group, 20 apparently healthy people were examined, randomized by age and sex.*

**Results and discussion.** *Pemphigus vulgaris is a severe systemic dermatosis, which, according to the literature, accounts for about 1% in the structure of dermatological pathology, the main pathomorphological sign of which is acantholysis. Although the share of pemphigus vulgaris in the structure of dermatological pathology is 0.6 per 100 thousand people per year, the severity of the disease and its outcome determine the relevance of further study of the pathogenesis of dermatosis and the search for new effective therapies. The etiology of true pemphigus still remains unclear.*

*The obtained results of questioning the patients with the SF-36V2 questionnaires and the dermatological index of quality of life indicate a significant negative impact of pemphigus vulgaris on the key parameters of the quality of life of patients in the main group and in the comparison group before treatment – the ability to perform their daily duties, work or study, have personal relationships, and also on the desire to be treated and adhere to all the rules of the therapy.*

*Patients with pemphigus vulgaris in the group of monotherapy with glucocorticosteroids had statistically worse indicators of the quality of life after treatment than patients with additional use of Armadin, which was characterized by a low level of physical activity, an increase in the role of physical and psychoemotional problems in everyday life, general discomfort and subjective health.*

**Conclusion.** *Evaluation of the quality of life of patients allowed for a more qualified study of the health disorders of patients with pemphigus vulgaris, to see the essence of the clinical problem, to select the most optimal treatment regimen for each patient, and also to assess the expected results in terms of parameters that are on the verge of a scientific approach and evidence-based medicine on the one hand, and also the subjective point of view of patients with pemphigus vulgaris on the other hand.*

**Keywords:** pemphigus vulgaris, quality of life, SF-36V2 questionnaire, dermatological index of quality of life, armadin.

**ORCID and contributionship:**

Volodymyr A. Litvinov : 0000-0003-4802-9729 <sup>A-F</sup>

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,  
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,  
E – Critical review, F – Final approval of the article

**CORRESPONDING AUTHOR****Volodymyr A. Litvinov**

Zaporozhye State Medical University,

Department of Dermatovenerology and Cosmetology with Course of FPE Aesthetic Medicine

Dermatovenerology

26, Maiakovskiy Ave., Zaporizhzhia 69035, Ukraine

tel: +380969502822, e-mail: vlitvinov2008@gmail.com

*The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.*

Стаття надійшла 16.10.2021 р.

*Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування*