

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ  
В МЕНИДЖМЪНТА НА ПАЦИЕНТИ  
С ПСОРИАЗИС**

**д-р Димитрина Кирилова Серафимова**

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Област на висше образование: 7. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ

Професионално направление: 7.4. ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Научната специалност: СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА

**Научен ръководител**

Проф. д-р Тодор Черкезов, дм

**София, 2018 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>Глава първа: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР</b> .....	7
1. Псориазис – медицински, социални и психологически аспекти на болестта в съвременните условия.....	7
1.1. Еволюция в разбирането за псориазис – от първите описания до най-новите данни за патогенезата .....	7
1.2. Клинични форми, тежест и еволюция на псориазис. Методи за обективизиране на състоянието .....	11
1.3. Съпътстващи заболявания – значение и фактор при избор на лечение.....	17
1.4. Наследственост.....	21
1.5. Лечение на псориазис – цели и възможности. Преценка на индикациите и особеностите на локалната и системната терапия. Лечение с т.нар. биологични средства.....	23
1.6. Значими рискови фактори и вредни навици с влияние върху проявите и еволюцията на заболяването .....	29
1.7. Социални фактори – отражение на псориазис върху личния, семеен и професионален живот .....	37
1.8. Качество на живот – изследване с помощта на самооценъчен тест Dermatology Quality of Life Index (DLQI) .....	45
1.9. Тревожност и депресия – приложение на психометрична самооценъчна скала: Болничната скала за тревожност и депресия (БСТД) или Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....	49
1.10. Обучение на пациентите – ключов момент в комплексната грижа .....	58
1.11. Финансова тежест на псориазис за пациента, здравната система и обществото.....	62
2. Организация на дерматологичната помощ в България и нива на медицинско обслужване на болните с псориазис .....	68
2.1. Доболнична здравна грижа – мястото на общопрактикуващите лекари и специалистите от доболничната помощ .....	71
2.2. Лечение в болнични условия – възможности.....	73
2.3. Диспансеризация на пациентите – необходимост при хронични заболявания.....	74
3. Пациентски организации и сдружения – изразители на обществените нагласи с нарастваща роля .....	75
4. Изводи от литературния обзор .....	77
<b>Глава втора: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО</b> .....	80
1. Цел на изследването.....	80
2. Задачи .....	80
3. Методология .....	82
3.1. Обект на изследването .....	82
3.2. Методи на изследването .....	82
3.3. Методи за обработка на резултатите.....	83

<b>Глава трета: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ.</b>	
<b>ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	84
1. Демографски и социален профил на групата болни с псориазис и взаимовръзка с тежестта на заболяването .....	84
1.1. Възраст.....	85
1.2. Пол .....	86
1.3. Образование .....	86
1.4. Семейно положение.....	88
1.5. Местоживеене .....	90
2. Медицински аспекти и взаимовръзка с тежестта на заболяването .....	92
2.1. Давност на заболяването .....	92
2.2. Рецидиви.....	93
2.3. Фамилност .....	95
2.4. Придружаващи заболявания.....	97
2.5. Провокиращи фактори .....	99
2.6. Вредни навици – тютюнопушене и консумация на алкохол.....	101
2.7. Параметри и вид на медикаментозно лечение .....	105
3. Социални и психологически аспекти.....	109
3.1. Трудова заетост.....	109
3.2. Професионални взаимоотношения .....	111
3.3. Лични взаимоотношения .....	113
3.4. Качество на живот .....	118
3.5. Тревожност и депресия .....	120
3.6. Времева тежест на псориазиса .....	123
3.7. Финансова тежест на псориазис за пациента и семейството .....	125
4. Елементи от управление на болестта в условията на съвременната здравна система .....	128
4.1. Информираност на пациентите – източници .....	128
4.2. Взаимоотношения лекар-пациент по отношение на ангажираността на двете страни с лечебно-диагностичния процес и дългосрочното наблюдение в извънболнични условия .....	131
5. Обобщение на резултатите.....	137
<b>Глава четвърта: ИЗВОДИ</b> .....	140
<b>Глава пета: ПРИНОСИ</b> .....	142
<b>Глава шеста: ПРЕПОРЪКИ</b> .....	143
<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b> .....	145
<b>НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА</b> .....	160
<b>УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА</b> .....	161
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	162

## СЪКРАЩЕНИЯ

БСТД	– Болнична скала за тревожност и депресия
КДН	– Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение
НЗОК	– Национална здравноосигурителна каса
НРД	– Национален рамков договор
СЗО	– Световна здравна организация
BSA	– Body Surface Area
CPR	– C-реактивен протеин
DLQI	– Dermatology Quality of Life Index
FDA	– Food and Drug Administration
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale
HLA	– Human leukocyte antigen
IL-12	– Интерлевкин-12
IL-17A	– Интерлевкин-17A
IL-23	– Интерлевкин-23
MHC	– Major Histo-compatibility complex
PASI	– Psoriasis Area Severity Index
PUVA терапия	– psoralen and ultraviolet A терапия
TNF $\alpha$	– тумор некрозис фактор-алфа
UVB терапия	– ultraviolet B терапия

## ВЪВЕДЕНИЕ

В продължение на столетия псориазисът се е възприемал единствено като кожно заболяване. В условията на медицината на XXI век все повече се налага разбирането за системния му характер и се подчертава необходимостта от детайлно обследване на пациентите в колаборация с интернисти, кардиолози, ендокринолози и други специалисти.

Прогресът в изучаване на патогенетичните механизми и ролята на имунната система за развитие на уврежданията допринася за поврат в лечението на тежките форми. Въвеждането на биологичните средства значително подобрява прогнозата, осигурявайки дълги периоди на клинично здраве. Такова лечение изисква регулярно и отговорно наблюдение на пациента, но също и значителен допълнителен финансов ресурс от бюджета на здравно-осигурителната система.

Променят се и разбиранията за ролята на социалните и психологически фактори в еволюцията на заболяването. Пациентите с псориазис са с влошено качество на живот, склонни са да проявяват тревожност, депресия и дори не рядко изразяват суицидни намерения. За подпомагане пълноценното интегриране на псориазично болните е наложително медицинските и психосоциалните аспекти на заболяването да се познават в детайли, и да се разглеждат като равнопоставени.

От друга страна качествените и резки промени в системата на здравеопазване в България след 2000 г. поставиха пациенти и медицински специалисти в съвършено нови условия. Променяйки из основи техните взаимоотношения се създадоха предпоставки за формално отношение. Вниманието на лекаря се пренасочи до голяма степен от работа с болния към осъществяването на редица административни дейности и попълване на документация. Опасността от превръщане на

пациента от обект на внимание единствено в средство за облагодетелстване опорочава медицинската професия и руши доверието в нея. Стриктното разделение на доболнична от болнична помощ, закриването или преструктуриране на голяма част от кожно-венеричните диспансери доведе до объркване сред пациенти и лекари, обезкуражаване в търсенето, а често и отказ от медицинска помощ. Отпадна ангажиментът за дългосрочно проследяване на болните, което увеличи многократно рисковете за пациентите.

Всички тези динамични промени и новосъздадени взаимоотношения изискват нов поглед и внимателно проучване. Установяване на влиянието на медицински и социални фактори върху протичането на псориазис в съвременните условия, както и взаимодействието със здравната система би могло да предложи начини за оптимизиране на поведението и актуализиране на нормативната уредба в интерес на пациента.

## Глава първа: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1. Псориазис – медицински, социални и психологически аспекти на болестта в съвременните условия

#### 1.1. Еволюция в разбирането за псориазис – от първите описания до най-новите данни за патогенезата

Възможно е псориазисът да е спътник на човечеството от дълбока древност. Липсата на запазени сигурни писмени данни отваря вратите за предположения и спекулации. Те препращат към древен Египет 15 века преди новата ера по време на управлението на Хатшепсут. Историците приемат, че тя вероятно е страдала от диабет и артрит, а членове на семейството ѝ – от възпалителни кожни заболявания, които са склонни да бъдат генетични. В намерен сред притежанията ѝ флакон учени доказват наличие на субстанции, включително остатъци от катран, които могат да облекчат кожни състояния като екзема и псориазис. Изследователите дори предполагат връзка на вероятната причина за смъртта – рак на костите, с продължителна употреба на такива вещества, които носят висок канцерогенен потенциал, особено при продължителна употреба [260].

Няма убедителни доказателства, че древните гърци по времето на Хипократ (V-IV век пр.н.е.) са идентифицирали псориазис като самостоятелно заболяване. Твърде вероятно е и други подобни състояния, съпроводени със залющване и сърбеж да са описвани с термините „лепра“ и „псора“.

По-късно Авъл Корнелий Целз (Aulus Cornelius Celsus 25 пр.н.е. – 50 сл.н.е.) в своя обширен 8 томен енциклопедичен труд *De Medicina*

дава подробно описание на клиничната картина на псориазис, но под името “импетиго” [67].

Терминът „псориазис“ е употребен за първи път от Клавдий Гален (Claudius Galenus, 129-216), лекар и философ, един от най-продуктивните автори на античността (около 500 трактата) и личен лекар на император Марк Аврелий. Неговото описание, обаче отговаря по-скоро на съвременното разбиране за себорееен дерматит [67].

След разпада на Римската империя настъпва застой в развитието на медицинската наука, който продължава до Ренесанса. Едва в първите години на XIX век псориазисът започва да се разглежда по-задълбочено и в крайна сметка добива статут на самостоятелно заболяване. Данни в тази посока се намират в трудовете на Robert Willan (1757-1812). Авторът дава точно описание на клиничната картина, но използва наименованието “*lepra vulgaris*”. По-късно Gibert (1797-1866), и най-вече Ferdinand von Hebra (1816-1880) обединяват клинично описание с термина „псориазис“ [75]. Това дава нов силен тласък в проучванията и за кратко време са описани специфичните симптоми и хистопатологичната картина, като псориазисът добива своята ясно изразена индивидуалност.

Теориите за патогенезата на заболяването отразяват напредъка в медицината и изследователската дейност, но не рядко са свързани и със случайни наблюдения.

През 1963 г. Van Scott описва епидермалната хиперплазия, характерна за псориазис, а няколко години по-късно се установява, че клетките от базалния слой на епидермиса достигат до роговия за много по-кратко време, отколкото при нормални условия [240, 243]. Тези данни са в основата на идеята псориазисът да се разглежда като заболяване

на кератинизацията (вроговяването) и да се насочи системното му лечение към ароматните ретиноиди [180, 199, 217].

Генетичните фактори са свързани най-вече с участието на HLA-системата за тъканна съвместимост при участието на локуси в хромозомите 6p, 17q, 4q, 2p, 8q [49, 60, 68, 69, 156].

Връзка на имунната система с клиничните проявления е наблюдавана първоначално случайно. Отчетено е подобрене в състоянието на пациенти с псориазис, получаващи като имunosупресори метотрексат и циклоспорин по повод други страдания. След обобщаване на данните и изготвяне на консенсус FDA дава одобрението си за разширяване на индикациите и добавяне на псориазис към показанията за лечение с тези медикаменти – през 1972 г. за метотрексат и през 1997 г. – за циклоспорин [109, 201].

Идеята за значимостта на имунитета видоизменя разбирането за псориазис. Усилията се насочват към проучване ролята на имунокомпетентните клетки и каскадата от сигнални молекули. Те изграждат сложна патогенетичната верига, реализираща специфични увреждания с краен резултат – клинична изява на болестта. Изучаването в детайли на тези процеси и напредъкът в молекулярните изследвания водят до оформяне на нова концепция за псориазиса като Т-клетъчно медирано заболяване. Усилията се насочват към търсене на коренно различни терапевтични подходи, което от някои автори се определя като революция в лечението на тежките форми [205].

Приложението на новите достижения на науката в разработките на фармацевтичната индустрия води до предлагането на съвършено нова група лекарства с прицелно действие, популярни като „биологични препарати“ [116]. Те са насочени към строго определени елементи от имунната система като блокират Т-клетки, или протеини –

тумор некрозис фактор-алфа (TNF-алфа), интерлевкин 17-А или интерлевкини 12 и 23 [75, 212].

Друга важна посока, в която клиницистите интензивно работят е изучаване на връзката псориазис – придружаващи заболявания [10, 12, 73, 209]. Прави впечатление, че при псориазисно болните често има съпътстваща патология. Това са най-вече оплаквания от страна на ставите, сърдечно-съдовата и гастро-интестиналната система. Доказват се отклонения в липидната, въгrehидратна и белтъчна обмяна. Понастоящем са събрани значими факти, предлагащи база псориазисът да се обсъжда не само като кожно, но като системно заболяване, при което има и кожно засягане [31, 54, 110, 195].

Български дерматолози имат свой важен принос в изучаването и лечението на псориазисната болест в световен мащаб. Липсата на епонихиум, наблюдавана и описана от проф. Л. Попов („знак на Попов“), е клиничен белег, приет за патогномичен при заболяването. При проучване на заболяването още през 1947 г. Л. Попов изказва мнение, че псориазисът може да бъде обсъждан като „Болест на обмяната на мазнините“ [24]. По-късно Н. Кирякова изучава липидния метаболизъм, Л. Дъскарев проучва връзка на псориазис със захарна болест и затлъстяване, а Н. Ботев-Златков говори за „псориазисно сърце“ [4, 5, 17, 20].

Втората половина на ХХ век за Българската дерматология е свързана с организиране, изучаване и развитие на възможностите на климатотерапията и най-вече хелиоталасотерапията при псориазис, като достиженията са докладвани на форуми в страната и чужбина и са обобщени в монография „Климатотерапия на кожните болести“ [21].

Дерматолозите навлизат в ХХІ век с нови разбирания за псориазис и модели за поведение, за което принос имат и български учени. Идеята за системния характер на заболяването е подробно проучена от

Д. Господинов. Работи се върху изучаване на качеството на живот и съвременните средства за системно лечение [3, 11, 19, 207].

През стотиците години на различно по интензивност изучаване на псориазиса, разбиранията за него са претърпели промени, отразяващи нивото и възможностите на медицинската наука. Като резултат на този процес в началото на XX век дерматолозите се обединяват около становището, че псориазисът е Т-клетъчно медирано, възпалително заболяване със системен характер, хронично-рецидивиращо протичане, специфично кожно, но и извънкожно засягане.

През 2014 г. държавите-членки на Световната здравна организация припознават псориазиса като сериозна незаразна болест. Подчертава се, че много хора по света страдат излишно от псориазис поради неправилна или забавена диагноза, неадекватни възможности за лечение и недостатъчен достъп до грижи, и поради социална стигматизация [248].

## **1.2. Клинични форми, тежест и еволюция на псориазис.**

### **Методи за обективизиране на състоянието**

Клиничната картина на псориазис се доминира от поява на еритемни папули и плаки по кожата на тялото, покрити с т.нар. сребристо-бели, лесно отделящи се сквами. Измененията могат да бъдат с различна форма и са достигнат големи размери, включително да ангажират кожата на цялото тяло и да оформят картината на еритродермия. Предилекционни локализации са лакти, колена, окосмена част на главата, но не рядко има засягане на перигенитална, перианална зона, длани и стъпала. Наблюдават се промени по полулигавиците на устни и полови органи. Областта на лицето се засяга с оформянето на т.нар. *corona psoriatica* – граничната зона на окосмена и неокосмена част. В областта на очите може да се наблюдава блефарит, конюнктивит, кератит. Въвличането на централна-

та зона на лицето рядко се манифестира с типични псориазисни изменения и наподобява промените при себорееен дерматит.

Често се откриват нокътни промени, достигащи до значителна деформация на нокътната плочка и загуба на нокти. Наличието на нокътно засягане, освен че е сериозен козметичен проблем, трябва да насочва към ставно засягане.

Част от болните съобщават за различен по интензивност, понякога непоносим сърбеж [5]. При наличие на типичната клинична картина псориазисът не е труден за разпознаване дори от неспециалисти. Диференциалната диагноза може да се затрудни значително при атипичните форми. Това е свързано с рискове от погрешно диагностициране и отлагане или започване на неправилно лечение. Най-честите атипични форми са инвертен (засяга гънки вместо екстензорни участъци), инветерирани (с обилно наслоени сквами), фоликуларни (зона на космени фоликули), пустулозни и палмо-плантарни (длани и стъпала) псориазиси. Засягането на длани и стъпала, особено ако е единствена локализация и липсват анамnestични данни за друго кожно засягане, за дълго време могат да бъдат възприемани като екзема или гъбично заболяване [5].

Ангажирането на окосмената част на главата е най-често с първа диагноза себорееен дерматит. Подробната анамнеза, изясняването на семейните данни и задълбочен преглед са наложителни в подобни случаи.

От особен интерес са тежките форми, които включват еритродермия (засягане на кожата на цялото тяло), генерализиран пустулозен псориазис (обширно засягане с ексудативна реакция и оформяне на множество пустули) и артропатичен псориазис. Те са свързани с увреждане на общото състояние и налагат болнично лечение под близко лекарско наблюдение. Засягането на ставите е свързано с болка, затрудняване на движението, може да доведе до тежки деформации и в крайна сметка – инвалидизация, пълно откъсване от обществения живот и капсулация в

себе си. Когато заболяването е напреднало и пациентът не е в състояние да се обслужва сам често се налага ангажиране както на близките, така и на институции.

Еволюцията на псориазиса е непредсказуема като цяло и е зависима от действието на разнообразни фактори, както от външно, така и от вътрешно естество. Протичането е хронично-рецидивиращо. Ремисиите са с различна продължителност. Някои болни имат по един, два и повече рецидива годишно, предимно през есенно-зимния сезон. Рецидивите, освен със сезонност, могат да бъдат свързани със стрес, инфекции, прием на медикаменти и други, и също налагат подробно обследване.

Тежестта на псориазис варира в широки граници, представяйки се с големи интериндивидуални различия. Определянето на нейната степен е било и остава предизвикателство в практическата дейност, основно поради две незаобиколими причини, свързани от една страна с болестта, от друга – с нивото на подготовка на лекаря и неговото „набито око“. Като най-лесен и удобен модел се възприема обособяването на три степени: лека, средна и тежка форма. Условностите на този подход не задоволяват напълно, поради силно размитите рамки на такова разделение. Граничните форми могат да попаднат в една или съседна група само на базата на лична преценка на наблюдаващия специалист. Създава се възможност за определяща роля на субективния фактор и предпоставки за липса на повторяемост на оценките, извършени през интервали от време. Трудно се постига приемственост на резултатите и при оценяване от различни специалисти. Това увеличава риска от несигурност на преценките за ефективността на различни терапевтични средства. И докато при леките форми, лекуващи се само с локални препарати опасностите не са толкова големи, то при тежките – те могат да бъдат фатални. Вътрешното приложение на цитостатици,

ретиноиди и особено на т.нар. „биологични средства“ налага изключително прецизно дозиране и динамично наблюдение за осигуряване на възможния баланс между лечебни и странични ефекти.

В рутинната дейност на дерматолога се борави най-вече с описване вида на обрива, частично – с неговия размер, площта на засягане и локализация. Избягва се ангажимент свързан със степенуване на състоянието. Такива данни не се отразяват подробно никъде в придружаващата текуща документация на пациента.

Методите за обективна оценка на клинично състояние са свързани със стремежа да се даде цифров израз на много и трудноизмерими признаци, така че да има условия за анализ и сравнение. Разработени първоначално за целите на научно-изследователски програми и лекарствени проучвания, понастоящем те са достатъчно опростени, надеждни и информативни и навлизат все повече в ежедневната практическа дейност [30]. За определяне тежестта на кожното засягане най-често се използват индексите Body Surface Area (BSA), отчитащ площта на ангажираната от патологичния процес кожна повърхност и Psoriasis Area Severity Index (PASI), отчитащ както площта, така и степента на засягане [114, 139]. Тъй като негативното влияние на заболяването върху различни елементи на качеството на живот е безспорно, то неговата оценка посредством самооценъчен тест Dermatology Life Quality Index (DLQI) се съобразява също при обобщаващата оценка на състоянието на пациентите [104].

От предложените до момента индекси за комплексна оценка както на тежестта, така и разпространението на псориазис, най-широко приложение намира Psoriasis Area and Severity Index (PASI) [98]. За 40 години след неговото представяне той вече е със статута на „златен стандарт“ сред методите за оценка на клиничната изява на псориазис [114, 170].

Характеристика на PASI е съвкупната оценка, съобразяваща едновременно както степента на изява на кожните лезии, така и площта на засягане. Разглеждат се поотделно четири кожни сегмента – глава, тяло, горни и долни крайници. Площта на засягане се отбелязва в една от посочените седем степени в %: 0%; под 10%; 10-29%; 30-49%; 50-69%; 70-89%; 90-100%. При оценка на морфологията на патологичните лезии се обръща внимание на всички елементи – зачервяване, уплътнение на кожата и десквамация. Те се градират в пет степени. Окончателните стойности варират от 0 (клинично здрав) до максимално 72, а колкото по-голяма е цифрата, толкова по-тежка е клиниката. Предложени са визуални скали за сравнение и уеднаквяване на „погледа“. Изчислението се извършва по сложна формула, но процесът е улеснен от автоматизирана система наречена „PASI-калкулатор“, който е широко достъпен в Интернет [259, 262, 263]. Архивирането на резултатите и сравнението им е лесно и не изисква усилия. Това прави метода все по-популярен и приложим, като най-адекватен. PASI може да придаде нов смисъл на разграничаването на формите на псориазис. Като при леко изразени PASI е < 7; средно изразена тежест – PASI 7 – 12 и тежки форми – PASI > 12 [213].

Недостатъци на метода съществуват и могат да се посочат в липсата на акцент върху определени локализации. Методът не дискриминира специфично засягане и не го извежда на преден план, като това на длани и стъпала, капилициум, перигенитални зони или нокти, които клинични форми могат да имат тежко протичане дори и при по-малка площ на засягане. Друг недостатък е липсата на право-пропорционална връзка на PASI, като метод за оценка на физични симптоми с резултатите от психометричните тестове, даващи представа за цялостната степен на увреждане [213].

Друг използван метод за оценка на псориазис е Body Surface Area (BSA). При него тежестта на заболяването се определя посредством размера на ангажираната площ на кожата в проценти, съотнесена към площта на кожата на цялото тяло. Приема се, че размерът на човешката длан съставлява 1% от площта на тялото му. Като лек се описва прориазис с  $BSA < 3\%$ , умерено изразен – 3-10% и тежък –  $> 10\%$  [126, 163].

Всеки от множеството методи за определяне на клиничната тежест на псориазис има повече или по-малко предимства и недостатъци и не покрива идеала за такъв. И все пак натрупаните данни сочат, че PASI е предпочитан от много автори за различни изследователски проекти. Той в най-пълна степен съчетава простотата на изпълнение с висока информативна стойност и специфичност [61].

За целите на практическата работа и по-точно прецизиране на случаите, изискващи системно лечение е прието т.нар. „правило на десетките“. То е залегнало в Европейския и Българския консенсус за лечение на псориазис, според които заболяването се приема като такова със:

1. *лека степен на протичане* – при засегнатата обща кожна повърхност (Body Surface Area, BSA)  $< / = 10$ ; Psoriasis Area Severity Index (PASI)  $< / = 10$ ; оценка на качеството на живот (Dermatology Life Quality Index, DLQI)  $< / = 10$ .

2. *средна до тежка степен на протичане* – засегнатата обща кожна повърхност (Body Surface Area, BSA)  $> 10$ ; Psoriasis Area Severity Index (PASI)  $> 10$ ; оценка на качеството на живот (Dermatology Life Quality Index, DLQI)  $> 10$  [14, 95, 192, 208].

„Правилото на десетките“ представлява максимално опростен и лесен за реализиране подход към пациентите с псориазис. Такъв подход е особено ценен с това, че съобразява едновременно и в еднаква степен физическото увреждане, дължащо се на болестта, както и психологическите характеристики, които я съпровождат.

### **1.3. Съпътстващи заболявания – значение и фактор при избор на лечение**

Отдавна е подозирана патогенетичната връзка на псориазис с други заболявания. Клиничните наблюдения насочват към такова мислене, поради систематично установяващата се повишена честота на някои заболявания при пациенти с псориазис. Тези именно данни дават основание за проучване на т.нар. системен характер на заболяването или за псориазисна болест. Все по-често при обсъждането на псориазис в неразривна връзка се споменават псориазисен артрит, хипертония, исхемична болест на сърцето, диабет, болест на Крон и др. В последните години метаболитния синдром като цяло или с отделни негови индивидуални компоненти се асоциира с псориазис [10, 11, 12, 71, 73, 119, 168, 209].

Oliveira Mde F и съавт. разделят коморбидностите при псориазис в няколко групи [179]. Първата включва псориазисен артрит, възпалителни чревни заболявания, психологически и психични страдания, които се определят като класически асоциации. Във втората попадат заболяванията с нарастваща честота. Това са метаболитен синдром и неговите компоненти, сърдечно-съдови заболявания, атеросклероза, неалкохолна стеатоза на черния дроб, лимфоми, сънна апнея, еректилна дисфункция и др. Като отделно обособени са свързаните с начина на живот – тютюнопушене, консумация на алкохол и тревожност. А също и свързаните с лечението – дислипидемия, хепатотоксичност, нефротоксичност, хипертония, кожни тумори.

Повече от 150 години години от въвеждането на понятието „псориазисен артрит“ той вече е доста добре проучен. Касае се за възпалителен процес на ставите, асоцииран с псориазис на кожа и нокти, и обикновено с отрицателен ревма-фактор, а също и с липса на ревматични възли [249]. Непълни са данните за честотата на ставното зася-

гане при псориазис. Приема се, че между 6 и 42% от пациентите с имат оплаквания от оток, болка и скованост на ставите, ангажиране на сухожилията, ентезит и дактилит, развиващи се дори до деформации и инвалидизация при една четвърт от засегнатите [53, 105, 204]. Кожното засягане обикновено предхожда появата на артрит в 75% от случаите и възниква едновременно при 10%. Само в 15%, артритът може да предхожда появата на псориаатичните плаки [88]. Най-много трудности при поставянето на диагнозата има при въвличане на ставите без кожно засягане, т.нар. "PsA sine psoriasis" [221]. В такива случаи нокътните промени обикновено вече присъстват и установяването им при внимателен клиничен преглед може да допринесе за по-бързо поставяне на диагнозата, ранно започване на адекватно лечение и редуциране на риска от развитие на необратими увреждания.

Особен интерес представляват данните за връзка на псориазис с възпалителна болест на червата. Пациентите с болест на Крон имат 7 пъти по-висок риск от развитие на псориазис, а пациентите с псориазис имат 2,9 пъти по-висок риск от развитие на болест на Крон, сравнено с общата популация [72, 111].

Vinus и съавт. съобщават, че псориаатично болните, при които има съпътстваща чревна-възпалителна болест са с по-висока степен на коморбидност (серонегативен артрит, тиреоидит, диабет и лимфом), отколкото пациенти само с псориазис. Авторите търсят обяснения в общи възпалителни пътища и общи генетични рискове [56]. Увеличената пропускливост на чревната лигавица може да е свързана с възможността различни компоненти да действат като суперантигени и да се намесват в патогенезата, индуцирайки рецидиви на псориазиса [145].

Много често псориаатично болните съобщават за тежък физически и емоционален дискомфорт, отразяващ се върху качеството на живот, сравнимо или дори по-лошо от това, наблюдавано при пациенти с дру-

ги заболявания като исхемична болест на сърцето, рак, артрит и захарен диабет [194, 231]. Понижено самочувствие и самооценка са спътници на псориазиса като водят до прояви на тревожност, депресия или суицидни идеи [77, 113, 137].

Към втората група коморбидности се отнася метаболитния синдром. Той включва затлъстяване от централен тип, дислипидемия, хипертония и инсулинова резистентност. Колкото по-голяма е тежестта на псориазиса, толкова по-изразена е тази асоциация [138].

Нещо повече – наличието на метаболитен синдром се възприема като предиктор с висока степен на вероятност за развитието на сърдечно-съдови заболявания. Установено е, че последните също са по-чести при пациенти с псориазис. Gelfand и съавт. са първите, които приемат, че псориазисът е независим фактор за влошаване на сърдечно-съдовия риск [101, 208]. По-късно редица наблюдения потвърждават, че при тежките форми съществува повишен риск за сериозни инциденти, включително с фатален изход [152, 159, 227].

Асоциацията на псориазис със сексуална дисфункция е обект на многобройни изследвания и се счита за доказана. Особено рискова е локализацията на кожните промени в гениталната област и перианално, но страдат и пациенти с по-обширно въвличане на кожата от патологичния процес [108]. Сърдечно-съдовите заболявания и свързаното с тях лечение също може да са причина за намаление на либидото и поява на еректилна дисфункция. До подобни оплаквания може да доведе също лечението с метотрексат и ароматни ретиноиди [196, 203, 250].

Връзката псориазис – паралелно съществуващи заболявания е многопластова. Важно е да се знае, че средствата, използвани за лечението на някои вътрешни заболявания могат да отключат псориазис, особено при предразположени индивиди или да индуцират рецидив на заболяването. Знае се, че ACE-инхибитори и бета-блокери могат да провокират

псориазис или да го влошат. Същото може да се каже за други често предписвани медикаменти – тетрациклини, нестероидни противовъзпалителни средства, антималярии, литиеви соли и други [30]. Пациентите с установени придружаващи заболявания често представляват и голям терапевтичен проблем, най-вече при необходимост от системна терапия. Лечението, което трябва да продължи с месеци изисква изключително прецизна преценка на индикациите, вида на използваните медикаменти и прилаганите дозировки. Възможността за кумулиране на страничните ефекти налага допълнително и периодично лабораторно мониториране на функцията на таргетните органи поради увеличаване на риска от прицелно увреждане на различни органи и системи [14, 30, 233].

Едно от първите средства за избор при лечение на псориазис е фототерапията. Смята се, че тя не носи сериозни рискове за развитие на кожни тумори, особено UVB, както теснолентови, така и широколентови [141, 183, 244]. Продължителната PUVA-терапия, обаче се свързва с повишен риск от развитие на плоскоклетъчен карцином и злокачествен меланом на кожата [183].

Цитостатиците, които са доказали ефективността си за лечение на псориазис са най-вече Метотрексат и Циклоспорин. Страничните им ефекти са различни и позволяват приложение при наличие на придружаващи заболявания под стриктен лабораторен контрол. Метотрексат притежава най-вече хематотоксични и хепатотоксични ефекти [252]. Първите могат да бъдат тежка левкопения до сепсис и фатален изход когато са необратими. Развиват се бързо след първи прием на медикамента и са свързани с ензимен дефект. Хепатотоксичността е бавна. Тя кумулира с течение на времето, а рисковете нарастват при чернодробни заболявания или прекомерна употреба на алкохол и други хепатотоксични субстанции [57].

Сред основните странични ефекти на циклоспорина са увреждане на бъбречната функция, хипертонията, хипертрофия на гингивите, промени в косъмния растеж [187, 226].

Ароматните ретиноиди са с доказан ефект при заболявания, свързани с нарушения в кератинизацията. Познати са техните ембриотоксични, хепатотоксични ефекти, увреждане на мастната обмяна и склонността към суицидни нагласи [200, 211].

Най-съвременните средства за лечение на псориазис са биологичните препарати. От няколко години те са на разположение и на българските пациенти. Режимът на отпускането им е регламентиран от Националния рамков договор в съответствие с Консенсуса за лечение на псориазис [14, 23]. Към основните контраиндикации на това лечение се отнасят съпътстващи и дори латентни инфекции като туберкулоза и хепатит В и С, което прави задължително предварителното изследване, а също и продължаващо мониториране.

Системното лечение на псориазис не винаги е лесно. А при наличие на съпътстващи заболявания то даже граничи с изкуство, защото са безброй факторите, които трябва да се съобразяват. Задачата често излиза извън рамките на дерматологията, изисква значителна компетентност и непрекъсната колаборация с лекари от други специалности.

#### **1.4. Наследственост**

Фамилността при псориазиса е добре известна на научната общност. Проучването ѝ допринася за изясняване ролята на генетичните фактори и механизмите на тяхното проявление. Данните, обаче показват големи вариации между отделните проучвания. Di Lernia V и съавт. установяват положителна фамилна анамнеза за псориазис в 59,37%, а от тях 27.18% са имали поне един родител с псориазис [81].

Ботев съобщава литературни данни за наследственост от 5 до 91%, докато неговите собствени проучвания показват фамилно обременяване в 24% и 29%. При това е отчетено, че роднините по бащина линия се засягат два пъти повече от тези по майчина линия, поради което се предполага, че унаследяването се предава най-често по бащина линия [4]. Динамика в този показател е наблюдавана повече от 40 години покъсно. Любопитно е, че процентът се запазва и в непроменен вид го намираме в данните на Господинов – 24,65% [11]. Той съобщава интересни случаи на поява на заболяването първо при децата, а след това при родителите – явление, дължащо се на непълна пенетрантност и вариабилна експресивност.

Проучвания сред близнаци показват значителна разлика, като при монозиготни близнаци има конкордантност в 65-70%, а при дизиготните 15-20% [62]. Търсенето на гени, свързани с псориазис, води до идентифициране на главния генетичен детерминант на псориазис, известен като "чувствителност към псориазис 1" или PSORS1, асоцииран с Главния комплекс за тъканна съвместимост (Major Histo-compatibility complex – МНС) [242]. Понастоящем още не е ясно колко на брой гени вземат участие в изграждането на сложната патогенетична верига при псориазис, но най-вероятно те не са малко, поради което заболяването се възприема като полигенно. Известните до сега са разположени на хромозоми 1, 6 и 17, като наскоро е публикувано изследване, представящо област на хромозома 4 като място за податливост към псориазис [120]. Взаимодействието на гените помежду им се влияе от многообразие от фактори на околната среда и е налице вариабилна експресивност, което затруднява до голяма степен изследванията. Известна е ролята на стреса, бактериалните инфекции, травмата, които играят значителна роля в развитието на рецидивите на болестта.

Все още не е ясно дали фамилеността предопределя по-тежко протичане на псориазиса. Според López-Esteban JL и съавт. тежестта на псориазис и делът на пациентите с коморбидност не са били повлияни от наличието на фамилен анамнез, но наличието на фамиленост води до нарушаване на качеството на живот, независимо от разпространението на коморбидните състояния [148]. Други автори изследват риска от сърдечно-съдови инциденти при псориазис по отношение на фамилеността. Те установяват наличие на такава, но при фамилеността обремененост с такива заболявания [84].

Въпреки големия напредък в генетичните и молекулярни изследвания, резултатите не са достатъчни за изясняване същността на псориазиса. Основна причина е липсата на определен ген, който да е отговорен за заболяването. Поради това е нереалистично очакването да се открият генни терапии за лечение. Нещо повече – невъзможно е да се предвиди начина на взаимодействие на огромното многообразие външни фактори във всеки отделен случай и при всеки индивидуален пациент.

## **1.5. Лечение на псориазис – цели и възможности.**

### **Преценка на индикациите и особеностите на локалната и системната терапия.**

#### **Лечение с т.нар. биологични средства**

Излекуването на псориазис е невъзможно. Обещания за пълно излекуване, дадени от страна на лекаря, са нереалистични за момента, независимо от огромния напредък на медицинската наука. Очаквания за такова от страна на пациента са нереалистични и могат да навредят, водейки до обезкуражаване на болния. Лечението на псориазис има за цел да овладее рецидивите, и да постигне устойчиви ремисии, които да имат възможно най-голяма продължителност. Не на последно място е целта да се подобри качеството на живот.

Изборът на терапевтичен метод е сложна задача, при която трябва да се съобразят всички клинични характеристики, както отнасящи се до псориазиса, така също и на придружаващите заболявания, които често са налице като проява на коморбидност.

Методите на лечение се разделят на две големи групи – локално (външно) и вътрешно. Локалното лечение е достатъчно като единствено само при леките форми. Умерено изразените и тежките прояви на болестта налагат системно лечение, което също е допълнено от използване на локални средства.

### **Локална терапия**

Привилегия на кожните болести е, че предоставят директен достъп до патологично променените зони. Това отваря възможност за нанасяне на лечебни средства само върху патологично променените участъци, без да се натоварват вътрешни органи и системи, и при непрекъснато отчитане на постигнатия ефект. Практическото реализиране на такъв тип лечение е оставено изцяло „в ръцете на пациента“. Той може да го осъществява самостоятелно, в удобно за него време и място. Евентуални неудобства могат да произтичат както от страна на пациента, така и на медикамента. Болните очакват най-вече бърз ефект, липса на странични ефекти и удобство на приложени [93].

Спектърът на средствата за локално лечение включва емолиенти, кортикостероиди, аналози на витамин D, инхибитори на калциневрин, дитранол, каменовъглен катран, ретиноиди, кератолитици. Те се използват самостоятелно като монотерапия или в различни съчетания като комбинирана терапия [6, 7, 8, 16, 28].

Когато пациентите изразяват недоволство от външното лечение то най-често е свързано с факта, че трябва да се третира всяка индивидуална лезия и не се наблюдават „отдалечени“ ефекти. Засягане на

кожата в трудно достъпни зони налага помощ от близки и ежедневно-то им ангажиране. Проблемно е третирането на окосмени участъци или деликатни такива – гънки, перигенитално, перианално. Лекарствените форма – разтвор, гел, крем, паста, унгвент или мазен унгвент, имат специфични особености и индикации. Те се възприемат по различен начин във всеки отделен случай и могат да са неприемливи и недобре толерирани. Омазняването, слепването на косми, зацапване на дрехи и бельо се съобщават като сериозни неудобства. Честотата на намазване варира от 1 до 2 или 3 пъти на ден. Това изисква да се отдели значителна част от личното време и нарушава ритъма на живот. Лечението е трудно да се следва от заети и пътуващи пациенти. При възможност и за да се минимализират неудобствата се допуска при определени обстоятелства интермитентно лечение, т.нар. „уикенд лечение“. При този режим пациентът се третира само в почивните дни, а останалите се освобождават от ангажимент [245].

Допълнително неудобство при локалното лечение може да се окаже и чисто физическата невъзможност да се достигнат трудно достъпни засегнати кожни зони, особено при възрастни пациенти, такива, които живеят сами, или имат други заболявания, ограничаващи движенията. Немаловажен допълнителен проблем в условията на самофинансиране е количеството медикамент, което се изразходва. При необходимост да се третират по-обширни кожни участъци по няколко пъти дневно право-пропорционално нараства изразходваното количество, следователно и финансовите средства. За някои болни това може да се окаже изпълнимо и да е причина за отклоняване от терапевтичния режим. Пациентът трябва да е достатъчно мотивиран, за да съблюдава инструкциите и отделя необходимото време и внимание. Това е невъзможно, ако лекарят не е предоставил достатъчно информация на разбираем език и не контролира целия процес достатъчно често. Точното съблюдаване на указа-

нията на лекаря и стриктно придържане към препоръките е ключов момент от лечението. Поради това всички изследователи обръщат внимание на изключителното значение на взаимоотношенията лекар – пациент, на доверието между тях и обучението на пациентите, съобразено със социално-икономическия им статус и ценностната им система [27, 92, 93]. Редица автори, проучващи въпроса смятат, че поне 30-40% от населението не се придържа към лечението по различни причини от субективно и обективно естество [41, 76]. В свое изследване на пациенти с псориазис Kivelevitch DN и съавт. установяват, че 77% от тях не са се придържали към лечението, а 33% са прибегнали до самолечение, като мъжете са били два пъти по-склонни да го правят [133].

Проблемите се откриват в няколко посоки. Част от пациентите използват медикаментите само когато те самите сметнат за необходимо. Не рядко се посочва като причина „забравяне“. Такива обяснения дават приблизително 50% от респондентите на Feldman SR, които в същото време изразяват силна готовност да се придържат към ефективните медикаменти и да опиват нови лечения в търсенето на оптимална терапия [93]. По добро придържане към терапията имат пациенти с профил – омъжени, работещи жени, които не плащат за предписаните медикаменти, както и когато се касае за локално или комбинирано лечение, за лечение еднократно дневно и за първично лечение. По-ниска степен на придържане показват пациенти с ангажиране на лицето и обширно кожно засягане [253]. Освен че пропуснат апликации на медикамента, както и кожни участъци, между 35 и 72% от пациентите не нанасят и необходимото количество [80]. Така се компроментира крайния резултат при иначе добре подбрани средства и терапевтични схеми. Очаквано повече от 70% от пациентите, които съобщават, че са доволни от лекарите си, в действителност са взели активно участие в обсъждането на най-доброто за тях лекарство [238]. Това показва важната ролята на

съзнателното отношение на болните към собственото им заболяване, предпоставка за активна ангажираност с неговото лечение [6].

### **Системно лечение**

При болшинството от пациентите с псориазис се постигат задоволителни резултати само от локалната терапия и тя е напълно достатъчна, без да се налага системно лечение. Такова изискват около 20% от болните [238].

Редките и атипични, тежко протичащи форми, налагащи системна терапия са артропатичен псориазис, генерализиран пустулозен псориазис и псориаатична еритродермия, както и плакатен псориазис, когато обхваща повече от 30% от кожната повърхност. Наличието на придружаващи системни заболявания поставя множество интернистични въпроси [32, 234]. Необходимо е да се установи състоянието на „таргетните“ вътрешни органи и строго да се следи за страничните ефекти. Правилната преценка на индикациите и контраиндикациите е възлов момент и налага голяма отговорност, интердисциплинарно мислене в дългосрочен план, консултиране на мнения на ред други специалисти, регулярен клиничен и параклиничен контрол. Осъществяването на тези задачи не е по силите нито на лекари, нито на пациенти като самостоятелни субекти. Изисква се институционално ангажиране, изготвяне и следване на алгоритми, регламентиране на ролята на ангажираните лица и периодичен контрол.

Увеличаване многообразието на медикаменти за вътрешно приложение и особено навлизането на биологичните средства в лечението на псориазис наложи необходимостта от сериозна професионална компетентност, въвеждане на строги правила и приемане на нормативни документи за ежедневната практика. В много страни, включително и България са приети Консенсуси за лечение на заболяването,

изработени от водещи специалисти в областта на национално и световно ниво и съобразени с прогреса на медицинската наука, а също и с възможностите на фармацевтичната индустрия [14, 173, 182, 184].

За целите на практическата работа и по-точно прецизиране на случаите, изискващи системно лечение е прието т.нар. „правило на десетките“ [95]. То е залегнало в Европейския и Българския консенсус за лечение на псориазис, според които заболяването се приема като такова със:

1. *лека степен на протичане* – засегната обща кожна повърхност (Body Surface Area, BSA)  $\leq 10$ ;

Psoriasis Area Severity Index (PASI)  $\leq 10$ ;

оценка на качеството на живот (Dermatology Life Quality Index, DLQI)  $\leq 10$ .

2. *средна до тежка степен на протичане* – засегната обща кожна повърхност (Body Surface Area, BSA)  $> 10$ ;

Psoriasis Area Severity Index (PASI)  $> 10$ ;

оценка на качеството на живот (Dermatology Life Quality Index, DLQI)  $> 10$ .

Възможностите за системно лечение включват основно цитостатиците метотрексат и циклоспорин, системния ретиноид ацитретин, също рифампицин и фумарати. Най-голям интерес представляват биологичните молекули. Те блокират специфични етапи в патогенезата на псориазиса, а в България до този момент са регистрирани антагонисти на тумор-некрозис фактор алфа (TNF $\alpha$ ) (Infliximab, Adalimumab, Etanercept), един антагонист на интерлевкин 12 (IL-12) и интерлевкин 23 (IL-23) (Ustekinumab) и Анти-интерлевкин 17A (IL-17A) (Secukinumab). Биологичните средства се препоръчват при пациенти със средни до тежки по степен на протичане форми на псориазис, които отговарят на следните критерии:

1. Пациенти, при които BSA, PASI и DLQI е повече от 10.
2. Пациенти, които спадат към някоя от следните категории:
  - опасност от развитие на сериозни странични ефекти и токсичност, свързани с употребата на стандартно системно лечение;
  - липса на отговор на стандартното системно лечение;
  - наличие на други сериозни заболявания, при които е контраиндицирано използването на стандартната системна терапия;
  - наличие на тежки, нестабилни или животозастрашаващи заболявания [254].

Според нас, обучението на пациентите, връзката между лекари и пациентите и наличието на по-ефективни терапевтични възможности биха били съществени фактори за промяна на дълбоко вкорененото поведение [133].

### **1.6. Значими рискови фактори и вредни навици с влияние върху проявите и еволюцията на заболяването**

Протичането на псориазис е хронично-рецидивиращо и еволюцията – трудно предвидима. Затова е от съществено значение изучаването на факторите, които имат потенциал да провокират заболяването и негови рецидиви. Задълбочените и сигурни знания в тази посока могат да допринесат за по-лесен и продължителен контрол чрез управление на рисковите фактори и минимизиране на действието им. Така е възможно да се осигурят дълги периоди свободни от обриви и значително подобряване качеството на живот.

Сред важните и чести рисковите фактори могат да се посочат фамилна история за заболяването, стрес, медикаменти, инфекции, травми, тютюнопушене и други [29, 168].

## **Фамилност**

Преглед на данните за фамилност при псориазис показват вариации в зависимост от изследваната популация. Song HJ и съавт. проучват 1278 пациенти с псориазис и установяват история за фамилност в 12.7% [223]. Други автори посочват от 5 до 91% [4]. За България анализите сочат 24% фамилност. Наблюдава се повтораемост на този резултат в проучванията на Ботев Н. и Господинов Д., осъществени през интервал от около 30 години [4, 5, 11].

Родител с псориазис има около 10% вероятност да предаде заболяването на потомството си. При двама родители рискът може да достигне до 50%. Пациентите съобщават за наличие на псориазис при подалечни роднини в около 30% от случаите. Смята се, че три основни гени са свързани с псориазис – SLC9A3R1, NAT9 и RAPTOR гени, без доказването им да е свързано задължително с клинична манифестация на заболяване. Много от носителите никога не развиват заболяване [94].

Интересен е фактът, че пациенти с фамилна анамнеза показват значително по-леко протичане на заболяването в сравнение с пациентите без семейна анамнеза [223].

Наличието на фамилност може да се свърже с ранно начало на псориазиса [34, 74], но от друга страна тежестта на клинична изява не е зависима от фамилната анамнеза [148].

## **Стрес**

Рецидивите на псориазис често се свързват със стресов момент. Нещо повече – много от пациентите съобщават за появата на заболяването след преживяна стресова ситуация, която е изиграла роля на отключващ фактор. В анализирана от Mallbris L. и съавт. група, 46% от пациентите с плакетен псориазис докладват за такава връзка [153].

Наличието на дългогодишни наблюдения е послужило за основание псориазисът да се причисли към групата на психосоматичните дерматози. Точният патогенетичен механизъм не е изяснен, но има научни съобщения, че психологическият стрес може да модулира имунните функции при хора и експериментални животни, в зависимост от естеството на стресора [160]. Документирано е, че стрес-индуцираната тревожност е свързана с Т-хелпер-подобен отговор [150]. Такъв ефект вероятно се модулира чрез освобождаване на норепинефрин от симпатиковите нервни окончания [208]. В стремежа да се свърже възприятието за стрес с обективни промени усилията на учените се насочват както към психологическите (алекситимията, личностови характеристики, афект), така и към биологичните (кортизол, епинефрин, невrogenно възпаление) фактори, влияещи върху възприемането и реакцията на стрес при псориазис. От гледна точка на ежедневната клинична практика, познавайки ефективността на психофармакологичните и психотерапевтични медикаменти за намаляване на стреса, тяхното приложение може да се разшири с цел контролиране на възприятието [125].

### **Медикаменти**

На пациентите с псориазис се налага нерядко да се предписват медикаменти по повод други заболявания. Това трябва да става с особено внимание, поради добре известния факт, че някои лекарства могат да провокират поява на псориазисни обриви или да влошават вече проявен псориазис [82].

Терминът лекарствено-индуциран псориазис е обобщаващ и общоприет в специализираната литература [233, 235]. Той включва два основни патогенетични механизма. Прави се разлика между индуциран и тригериран псориазис и такова разграничение е важно за дългосрочната прогноза за засегнатите пациенти. При индуцирания психо-

риазис се касае за клинична изява на болестта, пряко свързана с присъствието на медикамента в организма. При спиране на приема, кожните изменения претърпяват обратно развитие и прогнозата е благоприятна. Докато при тригерирания се обсъжда „отключване“ на заболяване, което след това следва собствен ход на протичане. Това най-често се случва при наследствено обременени пациенти, но може да се наблюдава и при липса на фамилност [233, 235].

Проблем при установяването на връзка на определен медикамент с проявление на псориазис се оказва различната продължителност на латентния период. Времето от постъпването на лекарството в организма до появата на кожен обрив варира в големи граници. Периодът може да е кратък – по-малко от 4 седмици, със средна продължителност – от 4 до 12 седмици, и дълъг – повече от 12 седмици [112].

Интимните биологични механизми, по които се развиват лекарствените реакции не са изяснени в тяхната пълнота, като най-вероятна е хипотезата, че те са различни за различните медикаменти.

От гледна точка на рутинната дерматологична практика е удобно разглеждането на медикаментите, индуциращи псориазис на три групи [233]. В първата група попадат лекарства с несъмнена причинно-следствена връзка с псориазис – бета-блокери, литий, синтетични антималярии, нестероидни противовъзпалителни средства, тетрациклини. Втората включва лекарства, за които има значителни, но недостатъчни данни за индукция или влошаване на псориазис – АСЕ-инхибитори, интерферони, тербинафин. В третата група се разглеждат голям брой медикаменти, за които рядко е докладвана асоциация с псориазис – сулфонамиди, пеницилин, амоксицилин и др.

Някои нови таргетни терапии с моноклонални антитела и малки молекули, използвани в онкологията и имунологията, също са съобщавани да имат потенциал за индуциране на псориази [44].

Специално внимание заслужава приема на системни кортикостероидни препарати от псориазно болни. След първоначалното клинично подобрене те могат да доведат до тежки рецидиви и дори до еритродермия или трансформиране на плакратен псориазис в генерализиран пустулозен [165]. По тази причина предписването на кортикостероиди на пациенти с псориазис трябва да се избягва или да се изписва изключително внимателно с прецизна оценка на индикациите.

Идентифицирането на връзка между медикамент и псориазис изисква знания и задълбочено проучване на анамнестичните данни на всеки отделен пациент. Няма лабораторен начин за сигурно доказване на такава връзка. Хистологичното изследване също не може да допринесе много. При подозиран провокиращ медикамент неговия прием трябва да бъде преустановен. При необходимост лечението да продължи се препоръчва замяна с лекарства от друга група. Добър подход е насочване на вниманието, най-вече на общопрактикуващи лекари, интернисти, кардиолози и психиатри към проблема. При работа с болни от псориазис те могат да избягват горепосочените медикаменти още със стартиране на терапиите [44].

## **Инфекции**

Връзката на псориазис с инфекциозни агенти е известна и се проучва задълбочено. Най-отчетлива е тя при стрептококовите инфекции на горните дихателни пътища като *Streptococcus pyogenes* е изолиран в 20% до 97% от пациентите с псориазис [169]. Mallbris L, и съавт. анализират 400 пациенти по отношение на техните фенотипни характеристики и установяват, че еруптивния, гутатен псориазис е по-чест в млада възраст. В 84% от случаите той е бил предшестван от скорошна инфекция, а в 63% това е бил остър стрептококов фарингит, доказан микробиологично [153].

Съобщавани са и случаи на подобрене на псориазис след тонзилектомия, осъществена по друг повод [219]. За да проучат въпроса и оценят въздействието на тонзилектомията върху псориазис, Thorleifsdottir RH и съавт. работят с 29 пациенти с хроничен псориазис и анамнеза за обостряне след възпалено гърло [232]. Тонзилектомирани са 15 пациенти, като останалите оформят контролната група. Всички са били наблюдавани в продължение на две години след интервенцията. В групата на тонзилектомираните при 13 пациенти (86%) е постигнато трайно намаление на тежестта на заболяването, при липса на такова в контролната група. Авторите изказват предположение, че тонзилите генерират ефektorни Т-клетки, които разпознават кератинови детерминанти в кожата. Механизмите, по които стрептококите могат да се включат в патогенезата на псориазис са все още неясни. Предполага се, че техни елементи могат да действат като суперантигени и така да активират имунната система [144]. Терапевтичното повлияване на тези инфекции може да допринесе за подобряване на псориазиса. Нещо повече – някои автори [247] поставят сред индикациите на тонзилектомиите еруптивен гутатен псориазис при деца, както и псориазис вулгарис при възрастни, които не отговарят на терапия от първа линия [247].

Макар и не толкова убедително редица други микроорганизми са свързвани с псориазис. Съществуват съобщения за ролята на стафилококи, кандида, маласезия, хеликобактер пилори и дори ХИВ инфекцията, при която честотата на псориазис е три пъти повече, сравнено с останалата популация [66, 157, 178, 190].

### **Тютюнопушене**

Тютюнопушенето е широко разпространено в редица страни на света, включително и България. Независимо от различните мероприя-

тия за неговото ограничаване, резултатите не са задоволителни. Причините за тютюнопушенето са комплексни и са повлияни от генетични и социални фактори, които е трудно да бъдат обхванати в тяхната цялост. Осъществени са множество научни проучвания, целящи да се установи въздействието му върху човешкия организъм. Събраните данни водят до това, че понастоящем тютюнопушенето е признато за рисков фактор за много заболявания, включително сърдечно-съдови, белодробни и няколко неопластични. То има статута на най-голямата причина за смъртност в света, която може да бъде предотвратена.

Тютюнът съдържа повече от 7000 химически агенти, като част от тях са канцерогенни. Няма пълна яснота по отношение ефекта на тези вещества върху структури на човешкия организъм. Повлияването на имунни механизми в развитието на редица възпалителни състояния, включително псориазис, е вероятен патогенетичен механизъм.

В последните години се разширява броя на проучванията, отнасящи се до механизмите, по които тютюнопушенето може да се свърже с псориазиса. Документирано е участието на оксидативния стрес чрез освобождаване на голямо количество свободни радикали. Свободните радикали стимулират, независимо от цитокините, клетъчни сигнални пътища, които са активни при псориазис и включват митоген-активирана протеин киназа (МАРК), ядрен фактор-кВ (NF-кВ), Janus киназа и други [36, 167, 168]. Emre S и съавт. изучават тиол/дисулфидната хомеостаза при 90 пациенти с псориазис, които в продължение на 6 месеца са били без никаква системна терапия. Те установяват, че тиол/дисулфидният баланс се измества към тиола при пациенти с псориазис и предполагат, че това може да бъде причина за увеличаване на пролиферацията на кератиноцитите, като основен процес в патогенезата на заболяването [86].

Установено е, че никотинът стимулира дендритни клетки, макрофаги и кератиноцити, карайки ги да освобождават цитокини, основно Тумор некротичен фактор- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) и IL-6 и активирайки Т-клетките да поддържат развитието на псориазис [35, 36, 166]. От своя страна интерлевкин-6 допринася за възникване на метаболитни нарушения, като помага да се увеличи производството на С-реактивен протеин (CRP) в черния дроб и така да доведе до системно възпаление [35]. Тютюнопушенето може директно да увеличи експресията на гените, предразполагащи към псориазис. Jin Y и съавт. отчитат, че пушачите с HLA-Cw6 имат 11 пъти по-голям риск от развитие на псориазис в сравнение с непушачите без HLA-Cw6 [124, 168].

Тютюнопушенето увеличава вероятността от поява на псориазис, като рискът нараства с броя на изпушените на ден цигари. Отчита се, че жените, които са пушат, имат до 3.3 пъти по-висок риск от развитие на псориазис от плакатен тип. Мъжете пушачи не проявяват такъв повишен риск, но проучванията показват, че тютюнопушенето на повече от 10 цигари на ден от мъже псориазици може да е свързано с по-тежко протичане на болестта и засягане на крайниците им. Освен това е доказано, че тютюнопушенето и при двата пола забавя оздравителния процес и намалява степента на подобрене [52]. Пустулозния псориазис и в по-малка степен псориазичния артрит се свързват с тютюнопушене.

Не са на разположение пълни данни за процента пушачи сред псориазиците, особено съотнесени към броя пушачи като цяло. Song HJ и съавт. установяват, че 48,3% от тяхната група с псориазис имат анамнеза за тютюнопушене, а близо две трети (64,0%) – за консумация на алкохол [223].

Тютюнопушенето има своето значение и поради коморбидностите, свързани с псориазис, напр. сърдечно-съдови заболявания, възпа-

лителни заболявания на червата и няколко ракови заболявания (особено тези на дихателните пътища) [172].

Не само тютюнопушенето, но и пребиваването в среда с цигарен дим сигнификантно се свързва с псориазис в група близнаци, изследвана от Lønnberg AS и съавт. [147]. Авторите приемат, че данните могат да насочат към споделени генетични фактори за тютюнопушене и псориазис.

Натрупаните до момента факти показват, че една от стъпките за повлияване на заболяването в дългосрочен план е промяна на навиците и полагане на усилия за отказване от тютюнопушене. Изтъква се необходимостта от обучителни програми, насочени не само към пациентите, но също и към специалистите дерматолози обезпечаващи справянето с проблема [171].

### **1.7. Социални фактори – отражение на псориазис върху личния, семеен и професионален живот**

Псориазисът е обект на нарастващо внимание от страна на медицинската наука. В последните години е постигнат голям прогрес в разбирането на неговите интимни механизми и в терапевтичното му повлияване. Наред с това все по-голямо значение се придава на един холистичен подход. Стремехът е да се разглежда не само физическото страдание, но и отражението му върху останалите елементи на живота на пациентите. Кожните промени, наличието на коморбидности, изискващите усилия и причиняващи неудобства локални терапии повлияват без изключение всички сфери на ежедневието на болните – емоционално-психическа, социална, финансова. В „живота с болестта“ са въввлечени по един или друг начин близки, приятели и колеги, а псориазисът от личен проблем се превръща в обществено значим. Макар

и известна, социалната цена на заболяването не е подлагана на системно и задълбочено научно проучване. Поради различни причини тя в много случаи е сериозно пренебрегвана от здравните власти, дори и от медицинския персонал, пряко ангажиран с болния. От преглед на научните публикации става ясно, че интересът в тази област е по-скоро епизодичен. Изследванията са с разнороден дизайн, използват различна методология, включват недостатъчен брой пациенти, а резултатите са трудни за сравняване и обобщение. Като една от главните причини затрудняващи изучаването на проблема може да се посочи липсата на унифициран, валидиран метод за обективна съвкупна оценка на редица параметри [130, 132, 202].

Пациентите с псориазис по-трудно дискутират своите емоции и често не са склонни да споделят за неприятните си преживявания, свързани с болестта. Те могат да останат затворени в себе си, да чувстват тревожност, безнадеждност и да се самоизолират от обществото. Някои съобщават за ниско самочувствие и липса на самоувереност, граничеща с пълно отчаяние и идеи за самоубийство [248]. Създават се предпоставки за фиксиране на съществуването върху начина, по който изглежда кожата. Поради бавното обратно развитие на измененията болните губят вяра, че състоянието може да се подобри, обезкуражават се да полагат достатъчно грижи, губят търпение да провеждат предписаното лечение и да спазват препоръчания режим. Много от тях започват да се чувстват изключени от общността си, страхуват се да имат близки отношения, да създават трайни връзки и в бъдеще може да се стигне до намалена социална подкрепа, от която пациентите имат нужда. Социалният страх и самоизолирането корелират сигнификантно с влошеното качество на живот [214].

Изучаването на конкретните измерения на дефицитите е важно и би дало представа за величината на проблема. Австралийско проучване,

включващо 330 пациенти с псориазис показва, че трудности при общуване в обществото като цяло изпитват 83% от изследваните, с колеги – 65%, с приятели – 58%, с работодатели – 49%. Повече от една трета съобщават за затруднено общуване дори в семейството (40%), с близки приятели (39%) и с партньор (20%). Авторите съобщават, че подобни данни са съпоставими с тези при други хронични заболявания [48].

Псориазисът засяга цялостно социалното функциониране на 48% от пациентите на Gaikwad R и съавт. [100]. То е довело до намалена ефективност в работата при 51,1% и е свързано със субективен стрес при 62,8% от болните. Стресът в домашната среда и междуличностните отношения е отчетен в 69.8%. Отчетено е също, че социалното и професионално функциониране се влошава с нарастващата тежест и продължителност на заболяването, а при наличие на сърбеж по-често са налице тревожни разстройства. Психиатричната коморбидност е открита при 67,4% от случаите [100].

Проучване, проведено в Съединените щати си поставя за цел да оцени коя сфера от живота на пациентите страда най-много. Те изучават няколко аспекта, включвайки емоционални (настроение, чувства), социални (приятели, дейности), семейството (дейности, отговорности); професионални (работа, кариера), физическо функциониране, сексуален живот и образователни дейности. Резултатите показват, че почти всички пациенти (98%) съобщават за пряка връзка на заболяването с емоционалното състояние, 94% – с техния социален живот, 70% – със семейния живот, 68% – с тяхната професионална кариера. По-слаба е връзката с физическото функциониране – 38%, със сексуалната и интимната сфера – 17%, с образователния си живот – 21%. Авторите отбелязват, че всички стойности са по-високи при пациенти с псориазисен артрит. Те установяват също, че бремето на болестта и пропуснатите възможности, свързани с нея са кумулативни и в много случаи – необратими [210].

С голямо социално въздействие е необходимостта болния да се представи на обществени места, включително и да практикува спортни дейности. Да управляват успешно тези две активности успяват само половината от респондентите в проучване, осъществено от „Испанската асоциация на пациенти и семействата им, засегнати от псориазис и псориаатичен артрит“. Авторите установяват, че социалното въздействие на псориазис е по-изразено при по-младите участници (независимо дали живеят сами или не), женените, безработните и хората с по-малко доходи в домакинството [107].

Leino M, и съавт. се фокусират върху влиянието на псориазис за прекарване на свободното време. Те работят с 262 пациенти, които са помолени да посочат своите дейности за свободното време и такива, които са намалили или са преустановили напълно поради заболяването. Също така е коментирано времето, отделено за текущи дейности, свободното време и това, което биха отделили, ако не страдат от псориазис. Използвайки визуална аналогова скала от 0 до 100, пациентите оценяват колко добре могат да изпълняват в момента своите дейности за свободното време и колко добре в хипотетична ситуация без псориазис. Разликата в резултатите описва нивото на недостатъчност, причинено от псориазис. Повече от половината от пациентите (51,9%) са намалили или изцяло са се отказали от поне една активност през свободното време, като по-младата възраст е по-засегната. Спортните дейности са напълно отказани от 30,2% и намалени от 23,7%. Социалните дейности и онези, при които може да се очаква, да предизвикат неудобство са отказани от 29,0% и намалени от 21,4% от пациентите. [142]. Облеклото е обект на промяна в 57% от болните, социалните взаимоотношения – в 43% и лична хигиена – в 31% [146]. Тези данни показват, че най-малко половината пациенти коренно променят навиците си, от-

казват се от приятни и доставящи удоволствие занимания, но рядко споделят спонтанно с лекуващия ги лекар.

Като едни от най-значимите фактори, свързващи псориазиса с психо-емоционалната и социална сфера се посочват тежестта на заболяването, неговата продължителност и младата възраст [100, 118, 155].

Kim GE и съавт. намират, че псориазици с наднормено телесно тегло са по-склонни да пренебрегват общото си здравословно състояние и да смятат, че псориазисът е този, който води до повишаване на теглото. Те имат също проблеми със съня и през целия си живот се опитват да скрият заболяването, избягвайки общи дейности [129].

Сравнени с контролите, пациентите с псориазис показват по-ниски умения за решаване на социални проблеми. Те демонстрират по-висока степен на негативни нагласи и импулсивно-безгрижен стил на поведение при решаване на проблеми. Има стремеж към бягство от проблема и по-ниска удовлетвореност от живота. Не са отчетени разлики между псориазично болните и контролите по отношение на депресия, възприемане на стрес и негативни събития от живота. По-високите умения за решаване на социални проблеми са свързани с по-ниска депресия, възприемане на стрес и по-малко отрицателни събития, но по-високо ниво на удовлетворение от живота [87].

Обект на внимание при изучаване на псориазиса е неговото индиректно влияние върху живота на близки, роднини и партньори на болните. Споделянето на задължения е сред основните характеристики на съжителството. При наличие на псориазис в семейството този баланс е нарушен – 70% заявяват, че лечението на техен роднина или партньор води до това, че те самите трябва да отделят повече време в домакинската работа, 57% изпитват психологически натиск, включително тревожност, притеснени за бъдещето на пациента. Други 55% описват социална ранимост, поради липса на социално доверие, притеснение или

поради времето, необходимо за полагане на грижи, 44% описват ограничения на плановете за почивка, спортни и развлекателни дейности и вечери, 37% описват ограничения върху ежедневните си дейности като пазаруване, работа и време, прекарано с други членове на семейството, 37% смятат, че близките им отношения са се влошили [85, 210].

От много голямо социално значение е връзката на псориазис с трудовата ангажираност. Професионалната заетост дава чувство за полезност и реализация. Тя е източник на доходи, които осигуряват финансова стабилност за индивида. Част от тези доходи се използват за покриване на здравно-осигурителни вноски и могат да осигурят съвременно лечение. Лишаването от възможност за труд създава тежки дефицити за личността и нейните близки. Mahler R и съавт. показват повишение на безработицата, положителната ù корелация с тежестта на заболяването и в тази връзка – понижение на доходите с всички произтичащи от това неудобства [151].

Тежестта на заболяването при пациенти със семеен доход под социалния минимум е значително по-висока, отколкото при пациентите с по-висок семеен доход. Установява се, че образованието, тежестта на заболяването и възрастта прогнозира 50% от променливостта в семейните доходи. Тежестта на заболяването показва второто най-силно въздействие върху доходите след образование. Семейният доход свързва тежестта на заболяването с глобалното увреждане на качеството на живот [118]. Трудова дейност директно може да доведе до влошаване на вече съществуващ псориазис. Когато работата е свързана с интензивно физическо усилие и механично травмиране на кожата това води до засилване на кожния обрив (изоморфен феномен на Кьобнер) и поява на нови патологични лезии в рамките на нов рецидив. Тежестта на заболяването отрицателно влияе върху финансовото състояние на па-

циентите с псориазис, което от своя страна е медиатор на глобалното увреждане на качеството на живот [118].

Лечението на псориазис и неговият краен резултат пряко влияят на самочувствието на болния и на взаимоотношенията му с околните. С навлизането на биологичните молекули като терапевтичен метод перспективата за най-тежко болните се промени. Те се асоциират с високо ниво на задоволство от страна на пациента. Малка част от болните, обаче, имат индикации и отговарят на критериите за такава терапия. Допълнителен фактор е здравно-осигурителния статус на лицето [151].

От друга страна, въпреки доказателствата, че биологичните медикаменти могат да намалят физическата и социалната тежест, както и да осигурят по-голяма удовлетвореност на пациентите в сравнение с конвенционалната терапия, те все още не са широко достъпни. Промени в здравеопазването поставят още по-голям акцент върху измеримите резултати, включително удовлетворението на пациентите. Повишеното разбиране на социалната тежест при псориазис може да доведе до по-всеобхватна, цялостна грижа за тези пациенти [91].

От изключително важно значение в цялостния диагностично-лечебен процес са създалите се отношения на доверие между лекар и пациент. Когато такива съществуват пациентите съобщават, че по-лесно се справят и имат по-добър краен резултат. Nelson PA и съавт. намират, че текущата рутинна практика за първичната грижа е несъответстваща на изразените нужди на пациентите с псориазис. Необходимо е заболяването да се възприема като сложно дългосрочно състояние, включващо специфични физически, психологически и социални характеристики, съпътстваща заболяемост и разработване на нови лечения. Наложително е общопракуващите лекари да подобрят своите знания и умения в оценката и управлението на псориазис. Въвеждането на интердисциплинарни консултации и помощ трябва да се съсредоточат

върху осигуряване дългосрочното благосъстояние и качеството на живот [176]. Ключова е ролята на дерматолозите за ограничаване на уврежданията в чисто физически план, но също и за изграждане и поддържане на доверието на пациента. Намесата на психиатъра би била от решаващо значение, заедно с обучението за болестта и емоционалната подкрепа [100]. Повече от половината пациенти подчертават необходимостта от изслушването им от лекуващия лекар, а също и желанието им лекарят да използва разбираем език, да подобри психологическите си умения и техниките за междуличностна комуникация. Дерматолозите трябва да предадат на пациентите с псориазис усещането за "разбиране на болестта", надеждата за лечимостта и "възприятието за контрол". Тези елементи трябва да се вземат предвид при лечението на пациенти и когато се планират образователни програми [146].

При пациентите с псориазис може да се разграничат различни психо-социални фактори, някои от които са по-склонни да се променят от други. Стабилните характеристики, каквито са личностните, оказват влияние върху поведението при справянето със заболяването, като по този начин влияят на успеха от лечението. Изследванията показват, че дори един по-кратък период на лечение може да подобри не само тежестта на болестта, но и негативните психосоциални стресови фактори [42, 83].

Въздействието на псориазис може и трябва да бъде оценявано. То изисква социални действия и емоционална подкрепа, за да се гарантира, че за пациентите се полагат възможно най-добри грижи. Освен това специфичните групи от населението се нуждаят от специфични интервенции в здравеопазването, за да се избегнат вредите от непълна социализация, свързани с псориазис [107].

Изграждане на разбиране за псориазис като за заболяване с широко влияние върху всички житейски аспекти би могло да мобилизира силите на редица специалисти и здравно отговорните институции за

минимализиране на неблагоприятните ефекти и осигуряване на добро качество на живот на тези болни.

### **1.8. Качество на живот – изследване с помощта на самооценъчен тест Dermatology Quality of Life Index (DLQI)**

Качеството на живот е тема, все по-широко обсъждана в съвременното общество. Това е категория, която изразява личното усещане на всеки индивид за мястото му в живота, обществото и неговото благосъстояние. Отразява неговите цели, очаквания и тревоги. Според СЗО това възприятие на индивида е свързано с много фактори, включително с културната и ценностна система [264]. В широк смисъл това включва всички аспекти на живота – от физическото здраве на човека, през психическото състояние, до личните вярвания, социалните взаимоотношения и връзката им с особеностите на средата.

Заболяванията засягат физическото здраве на пациентите, но директно или индиректно повлияват в различна степен всички останали аспекти на техния живот. Псориазисът е пример за такова въздействие поради редица свои характеристики [25, 189]. Пациентите с нелекуван псориазис имат увреждания в психологическото благосъстояние сравними с болните от други заболявания, включително рак на гърдата, коронарно артериално заболяване, застойна сърдечна недостатъчност и диабет [55].

Засягането на кожата, като видима част на тялото създава голям дискомфорт за болните. Неестетичният външен вид и непрекъснатото отделяне на голямо количество сквами внася огромно неудобство, както за пациента, така и за всички около него. Не винаги степента на разпространение е единственият значим фактор. В редица случаи, дори и да са засегнати ограничени, малки участъци, но поради техния

специфичен характер, отражението върху качеството на живот може да бъде непропорционално голямо. Такива са окосмена част на главата и видимите кожни зони. Засягането на длани и ходила влошава възможностите за справяне не само с ежедневните домакински дейности [89].

Изпълняване на професионални задачи е затруднено или се налага да се преустанови, поради невъзможно извършване на фини движения и влошаване състоянието на кожата при контакт с химически агенти. До голямо неудобство води необходимостта от докосване на други хора или предмети, които те ще поемат, при дейности, свързани с обслужващата сфера – чиновници, продавачи, сервитьори, касиери и др. За голяма част от околните, които не са запознати с псориазиса той е опасен и отблъскващ, може би дори заразен. За да намалят неудобството пациентите се стараят по всякакъв начин да прикрият кожата си, съобразявайки облеклото си с нея. Когато се касае за сексуалната сфера, обаче – това става невъзможно. Особено при локализация на обривите перигенитално или перианално. При опасността да бъдат отблъснати тези пациенти се затварят в себе си и изоставят сексуалния си живот [37].

Засягането на ноктите също може да носи големи неудобства [193]. Понякога то може да доведе до деформиране на нокътната плочка и видоизменения на ноктите. Макар засягащи по-малко от 1% от кожната повърхност тези изменения е почти невъзможно да бъдат прикрити. Наличието им не рядко е свързано със ставни болки, а също – деформации на пръсти болки и дефицити в движението. Освен това подобни изменения са много устойчиви, бавно и трудно се поддават на лечение.

Влошеното качество на живот при пациентите с псориазис се дължи до голяма степен на неговото протичане с редуващи се ремисии и реци-

диви. Спокойствието на пациентите е нарушено, поради непрекъснатата заплаха от нов рецидив и непредвидимата негова продължителност.

Друг важен елемент с отражение върху качеството на живот на пациентите с псориазис е свързан с тяхното лечение. Използването на локални средства изисква специфични активни медикаменти, но и такива, които ускоряват постигането на ефекта, чрез допълнително хидратиране и омазняване на кожата в нейната ширина. Ежедневните намазвания за продължителни периоди, продължаващи понякога със седмици и дори месеци, са свързани с голям разход на време и финансови средства за пациента и неговото семейство. И докато локално лечение без системно такова е възможно и достатъчно при малко повече от две/трети от пациентите, то при провеждане на системно лечение също се налага използване на локални средства до пълно и устойчиво оздравяване на кожата. Съвременните терапии на псориазис с биологични средства позволяват постигането на отлични клинични резултати при приложения на лекарственото средство еднократно седмично, на две седмици или на още по-големи интервали, което значително подобрява качеството на живот [128].

Приоритет на Българската дерматологична школа бе изучаването на климатолечението на редица кожни заболявания. Псориазисът е добре проучен в условията на хелиоталасотерапията и съвременното калолечение. Тези методи дават отлични клинични резултати, които са стабилни във времето и не изискват влагането на големи средства. Наблюдавано е, че те подобряват качеството на живот в значителна степен [1, 58, 59].

Степента, с която псориазисът оказва влияние върху личния живот на пациентите не може да се разглежда изолирано от отражението върху най-близките съжителители – семеен и приятелски кръг, партньорски взаимоотношения. Редица проучвания доказват сходно или поне

съизмеримо въздействие. Това доказва, че заболяването не е проблем само на отделния индивид а има много по-широко въздействие.

Кожните болести притежават уникална особеност, че засягайки кожата те стават видими за околните, с всички произтичащи от това неудобства. Начините, по които влошават качеството на живот са по специфични и надхвърлят рамките на медицината. Обективизация на качеството на живот се постига със самооценъчен въпросник. Най-голяма популярност и най-широко използван в момента е Индекс на качеството на живот в дерматологията – Dermatology Life Quality Index (DLQI) [96]. През 1994 г. са публикувани първите данни за въздействието на някои кожни заболявания и лечението им върху начина на живот на 120 болни с различни дерматологични диагнози. До сега той е използван за повече от 40 различни кожни състояния в повече от 115 страни и е достъпен на над 90 езика. Достъпни са няколко стотин научни публикации, включително за мултинационални изследвания. DLQI е най-често използваният инструмент в рамките на рандомизирани контролирани проучвания в дерматологията, включително изучаването на нови лекарствени молекули [51, 128]. DLQI включва 10 въпроса, отнасящи се до изминалата седмица и свързани със заболяването. Отчита се наличието на субективни симптоми като сърбеж, болка или парене на кожата; психологически усещания като смущение и притеснение; отражение на състоянието върху грижите за дома, свободното време, спортни активности, работа или учение, взаимоотношения с приятели и партньори, сексуален живот и лечение [256]. Всеки въпрос се оценява от 0 до 3, съответно 0 – въобще не, 1 – малко, 2 – доста и 3 – много. Максималният брой точки е 30, като 0 точки означава, че няма въздействие на кожното заболяване върху качеството на живот, а 30 – максимално въздействие върху качеството на живот. Простотата на изпълнение и неговата надеждност правят DLQI пред-

почитан инструмент за комплексна оценка на състоянието на болните и с важна роля при вземането на медицински решения [39, 188, 207].

Данните от научните проучвания дават основание в изграждането на консенсуси за лечение на псориазис отделните страни да включат като неразделна част DLQI. Заедно с PASI и BSA те формират „правилото на десетките“ [14, 95, 158]. Такава преценка се прави преди започване на лечението, а резултатите се контролират периодично за установяване на степента на постигане на крайните терапевтични цели.

Необходимостта да се съобразяват непрекъснато с болестта променя психическата устойчивост на болните и налага промяна на житейски стереотипи. Определянето на степента на увреждане на качеството на живот допринася в значителна степен за пълноценно лечение, но също така за преценка на необходимостта за социална подкрепа на болните с псориазис.

### **1.9. Тревожност и депресия – приложение на психометрична самооценъчна скала: Болничната скала за тревожност и депресия (БСТД) или Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

В последните десетилетия вниманието се насочва към значимостта на психосоциалните характеристики на болните с псориазис. Пациентите често изпитват трудности при социалната адаптация на всички нива – от семейната среда, през приятелския кръг до професионалната реализация. Стресът съпътства тези болни в ежедневието им и го повлиява в различни посоки, увеличавайки риска от поява на депресивни състояния и сериозно влошаване на качеството на живот [77, 78]. За да се подпомогне пълноценното интегриране на псориазисно болните е

наложително медицинските и психосоциалните аспекти на заболяването да се разглеждат като равнопоставени [177, 216]. Това изисква надежден инструментариум за обективизиране на емоционалните и психологични нагласи и може директно да допринесе за постигане на крайните терапевтични цели [177]. Лабилността на психическото равновесие съпровожда пациента в ежедневието му и е особено изразена в период на рецидив с чести проявления на тревожност и депресия. Тези чувства дават представа за индивидуалната самооценка но по различни причини се пренебрегват в ежедневната практика. Степента на тревожност и депресия не се включват в рамките на изучаването на клиничната картина на соматичните заболявания и при рутинните прегледи не се държи сметка за тях. Недооценяване на влиянието им може да е съществена причина за неадекватно поведение, трудна комуникация пациент – лекар, незадоволително съблюдаване на терапевтичния режим.

Като тревожност се описва емоция, характеризираща се с чувство на вътрешно напрежение, несигурност, натрапчиви тревожни мисли и притеснения. В някои случаи могат да се появят и физически симптоми – изпотяване, тремор, замаяност, сърцебиене [216]. Дейвид Барлоу определя тревогата като "бъдещо ориентирано настроение, в което човек не е готов или подготвен да се справи с предстоящи негативни събития" [50]. От друга страна депресивното състояние представлява съвкупност от лошо, преди всичко понижено настроение, липса на енергия и желание за активности, загуба на интерес към случващото се, което може да засегне мислите, чувствата, поведението и усещането за благосъстояние. То е често и сериозно явление и може да повлияе съня, храненето и работата [197, 220]. Понастоящем се приема, че няма съмнение относно необходимостта от оценка на ролята на емоционалните фактори в клиничната практика [222]. Тъй като се касае за

субективни усещания и нагласи, самооценъчните тестове намират все по-широко приложение и в соматичната медицина. Без да оценяват соматични симптоми, те дават яснота за съпровождащото ги психологическо състояние. Множество ска́ли са структурирани с цел обективизиране поотделно на състоянията тревожност и депресия. В практиката все повече се налага комбинираната ска́ла Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), предложена през 1983г. от Zigmond и Snaith. Тя е максимално опростена с разбираемо формулирани въпроси, лесна за попълване и отнема по-малко от 5 минути, като същевременно се характеризира с висока чувствителност и специфичност [222, 255]. Задаваните въпроси се отнасят за емоционалното състояние през „изминалата седмица“. Респондентите трябва да отговорят на 14 въпроса (по 7 за тревожност и депресия) с един от посочените 4 отговора, при градиране от 0 – липса, до 3 – силно изразено. Максималният брой точки е по 21 за тревожност и съответно – депресия или общо 42. Стойности от 0 до 7 се интерпретират като липса на тревожност или депресия. При 8-10 – състоянията са слабо изразени, 11-14 – умерено изразени и 15-21 – изразени в значителна степен. Общият резултат от HADS може да се разглежда като глобална мярка за психологическото състояние. Лимитиращ фактор е невъзможността да се чете текст и да се разбира неговото съдържание, което е предпоставка за отбелязване на произволни отговори на случаен принцип и изкривява крайния резултат.

Що се отнася до пациенти с псориазис в научната литература са достъпни материали, разглеждащи приложимостта на HADS и ползите при изграждане на комплексна оценка на състоянието. Проучванията са твърде разнородни по поставени цели и конкретни задачи. Използван е разнообразен дизайн, като обхванатия брой пациенти варира в широки граници с включена или не контролна група. Събирани са социално-демографски данни и история на заболяването. Клиничната

тежест е оценявана най-вече посредством PASI и BSA. Изследователите са работили с разнообразни скали за оценяване на психологическото състояние и качеството на живот и са проучвали различни аспекти на псориазиса. Най-голям е броят изследвания на тревожност и депресия в зависимост от тежест и локализация на заболяването, демографски и социални характеристики. Сред първите проучвания на HADS при болни с псориазис са тези на Kirby и съавт. [131], Richards и съавт. [198] и Yang и съавт. [151]. Техните групи включват съответно 101, 115 и 93 пациенти. Най-малобройна е групата на Nawro и съавт. с 32 пациенти [117]. Най-мощно е изследване от Норвегия, където е анализирана база данни от третото проучване за здравето Nord-Trøndelag (HUNT3) на населението и са обхванати 37 833 участници [161]. Единственото сравнително мултинационално проучване обхваща 682 пациенти от 13 Европейски страни като отчита значителни интернационални различия [143].

Увеличени нива на тревожност и депресия се установяват във всички проучвания като изявата им варира в широки граници. Прави впечатление, че според данните на някои автори тревожността е поизразена от депресията [143, 191, 198]. Тя се наблюдава при 17% [230] до 34% [251] от изследваните пациенти и може да достигне до 83,3% в материала на Tsintsadze и съавт. [236]. Депресия е отчетена при 13,3% [143], 15% [230] и дори 69.4%, отново при Tsintsadze [236]. С най-ниски стойности на тревожност и депресия са пациентите от Дания [143]. Слаба връзка между псориазис и разпространението на депресивни симптоми отчитат и в Норвегия [161], като авторите заключават, че като цяло, депресивните симптоми не изглеждат основна грижа на пациентите с псориазис сред норвежкото население.

Има значително единодушие за факторите, които водят до увеличаване на тревожността и депресията. Kirby и съавт. установяват връз-

ка с тежестта на заболяването, но също уточняват, че често такава липсва [131]. Редица автори приемат, че в много случаи тежестта на заболяването като цяло не е от определящо значение и дори PASI не е сигурен индикатор за психичното състояние [47, 117, 198, 230]. Поради това Richards и съавт. смятат, че психологическите фактори са много по-определящи за цялостно увреждането при пациентите, отколкото клиничните аспекти [198]. Въпреки тези данни все пак е подчертана положителната корелация на тревожност и депресията със специфични локализации като видими зони, особено глава, гънки (инвертен псориазис) и перигенитална област [131, 136, 161, 191, 251].

Сърбежът е фактор, правопрпорционално свързан с тревожността и депресията [117, 143]. Продължителността на заболяването е фактор при Nawro и съавт. [117], Modalsli и съавт. [161], но Tee и съавт. [230] не установяват такава връзка. Провеждането на системната терапия също влошава емоционалния статус.

Фамилността е обсъждана от Nawro и съавт. Наличието на други пациенти с псориазис в семейството може да е причина за по-ниските нива на депресия, които те установяват, вероятно поради съществуващите вече знания и опит [117]. Що се отнася до различията по пол има данни, че към тревожност и депресия е предразположен в много по-голяма степен женския пол [143, 191, 236], въпреки, че други не установяват такава разлика [136].

В няколко изследвания намираме данни за възрастта. Tee и съавт. не откриват зависимост с тревожност и депресия [230]. От друга страна като рискови възрасти се посочват ранната [236] и напредналата възраст на пациентите [117].

Образованието е в пряка връзка с тревожността [143, 191]. С ниско ниво на тревожност са пациенти с по-ниско образование и обратно

– висока степен на тревожност е свързана с по-високо образователно равнище.

Що се отнася до социалните фактори, макар и не толкова значими, колкото медицинските и играещи второстепенна роля, те са неотделими при комплексното обгрижване на пациентите. При ниска социална подкрепа нивата на тревожност и депресия са по-високи [117]. Нисък здравен, социален и семеен статус се отчитат като директно свързани с тревожността и депресията (разведените са с по-високи нива на тревожност и депресия) [143]. Материалното състояние не е отчетено като свързано с тревожност и депресия [230]. Вероятно тава е така и поради възможностите на здравно-осигурителните каси да поемат лечението на болните, с което семейния бюджет да не се натоварва допълнително.

Няколко статии се отчитат приложението на HADS при оценка на резултатите от лечението на псориазис като обхващат пациенти на конвенционална терапия [47, 70], но също и лекувани с биологични препарати [79, 106, 164].

Chern и съавт. сравняват два метода за лечение на псориазис – модифицирания на Goeckerman (48 пациенти) и конвенционално лечение (36 пациенти) и правят извода, че модифицираният режим на Goeckerman има предимство в съвкупната оценка на качество на живот, психосоциален стрес и ефективност на разходите [70]. По-високи нива на тревожност и депресия преди започване на лечение установяват Vangemann и съавт. при 381 пациенти, а една година след лечение (166 пациента) тези нива намаляват [47]. Като най-силен предиктор на депресията и тревожността е посочено качеството на живот.

Навлизането на биологичните средства в системната терапия на псориазис революционизира неговото лечение, поставяйки го на нови основи чрез повлияване най-фини патогенетични механизми [116]. По-

казанията за такова лечение са строго прецизирани, а ефективността на терапевтичните схеми е важно да се оцени освен по промяната на клиничните симптоми, така и по повлияването на психологическите параметри. Няколко публикации обсъждат резултатите от лечение с етанерцепт, преценени и посредством HADS [79, 106, 164]. Групите включват значителен брой изследвани, достигащи до над 700 болни [79, 106]. Анализирани са терапевтични схеми с различна честота и дозировка на приложение на медикамента. Установените на изходно ниво повишени нива на тревожност и депресия са намалели в хода на терапията, като значително подобрене в резултатите е отчетено още на третата седмица и е било по-изразено в групата с двукратно седмично приложение на медикамента [106]. По-късни изследвания допълват данните, фокусирайки се върху сърбежа при 270 пациенти, лекувани с етанерцепт и отчитат, че тревожността и депресията са свързани със сърбежа в значителна степен и се подобряват при повлияването му [164].

Интересен обект на проучванията е алекситимията. Терминът оразява, трудността при описване или разпознаване на емоции [218]. Тя е рисков фактор за психиатрични и поведенчески проблеми. Наблюдава се и при различни психосоматични заболявания, в това число псориазис [229], където се свързва главно с тревожност и в по-малка степен с депресия, безпокойство и стрес [97]. Любопитно е, че трудността при идентифицирането на чувствата е свързана както с тревожност, така и с депресия, докато трудността при описването им се свързва само с тревожност [134]. Често при псориазис се наблюдава проблеми в сексуалната сфера. Ниска самооценка, тревожност, депресия до суицидни идеи могат да са причина, за сексуална дисфункция [181].

Според СЗО сексуалността се възприема като базисна необходимост и елемент, който не може да бъде отделен от други аспекти на човешкия живот, тъй като е изключително важен за поддържането на

добро психично здраве [239]. Molina-Leyva и съавт. проучват отражението на псориазис върху сексуалната дисфункция [162]. Тревожност е отчетена при 50% от пациентите с псориазис спрямо 20% за контролната група. За депресията данните са още по-категорични – 32,5% спрямо 4,9%. Като цяло депресията е по-слабо изразена от тревожността. Според авторите псориазисно болните имат висока честота на проблеми със сексуалната дисфункция, свързана най-вече с два потенциални независими фактора: тревожност и/или депресия и тежест на засягане.

Псориазисът влошава качество на живот на пациентите и психологическото им здраве, но индиректно повлиява също семейството и близките като нивата на тревожност и депресия на близките не се различават от тези на пациентите [154]. Това показва, че от психологическа помощ се нуждаят както пациентите, така и техните близки – факт, който в рутинната практика рядко се съобразява.

Друго почти negliжирано обстоятелство е влиянието на псориазиса върху трудовия потенциал на пациентите. Липсват достатъчно конкретни проучвания в тази сфера. Въпреки че групата, с която работят не е голяма – 30 болни с различен по тежест псориазис, Pearce и съавт. намират, че заболяването е свързано с намаляване на производителността на труда и социалното функциониране [185]. Това би могло да обясни относително високата цена на тази болест както на макро-, така и на микроикономическо ниво.

От ключово значение е болните с псориазис да получат необходимата им информация, за да се превърнат в активна страна на лечебния процес. Представени по подходящ начин данните, за естеството на заболяването, особеностите в неговата еволюция, терапевтични възможности, очаквани резултати от лечението дават добра основа за обсъждане и вземане на информирани решения. Изследване на Nelson и съавт., обхванало 55 пациенти показва, че използване на

добре подготвени информационни материали не води до повишаване на тревожността [174].

Псориазичния артрит е обект на няколко проучвания. Freire и съавт. в група от 495 пациенти установяват тревожност при 29,7%, а депресия – при 17,6% от респондентите [99]. Състоянията са изразени в по-голяма степен при жените. Gezer и съавт. обръщат внимание на качеството на съня и откриват връзка на тревожността с много от неговите елементи [102]. В сравнително проучване Kouris и съавт. анализират болни с псориазис, язви на подбедриците и здрави контроли и отчитат най-високо ниво на тревожност ( $9.87 \pm 4.56$ ) за псориазично болните в сравнение с останалите групи [135].

При изследване на връзката на оксидативния стрес и псориазис е установено, че наличието на псориазис или по-високи резултати на HADS при контролните пациенти е свързано с повишен оксидативен стрес [127].

От направения анализ на публикациите става ясно, че тревожността и депресията често съпътстват пациентите с псориазис, но също и на близките им. Те имат разнопосочно влияние върху всички аспекти на живота. Не рядко е налице дисоциация между клиника и психика, което насочва към необходимост от задължително обследване на психологическия статус, независимо от тежестта на клиничната картина. Такъв подход може да покаже на пациента загриженост на лекуващия го лекар, да спомогне за засилване на връзката лекар-пациент, да я насити с доверие, което е от съществено значение за крайния резултат от лечението. Наблюдаваните различия в данните на авторите вероятно произтичат и от и особености в културата, бита и социално-икономическото равнище на развитие в на отделните страни.

Значителният брой комплексно проучени пациенти дава основание да се направят някои изводи за приложимостта на HADS в оценката на псориазис. Скалата представлява надежден психометричен

инструмент за установяване степента на тревожност и депресия и може да заеме съществено място при цялостно оценяване на състоянието на болния. Регулярното ѝ използване дава представа за динамиката на психологическите характеристики. HADS може да бъде прилагана при оценка на лечението, както и за сравнение на различни терапевтични подходи с цел установяване на предимства на един или друг метод на лечение и по този начин да повлияе върху ефективността на разходите.

### **1.10. Обучение на пациентите – ключов момент в комплексната грижа**

Пациентите с псориазис са изправени пред огромното предизвикателство да живеят със заболяване, което е хронично с редуващи се ремисии и рецидиви, но в непредсказуема последователност. Рецидивите се провокират от фактори, които трудно се поддават на контрол. Състоянието като цяло се повлиява от начина на живот и някои вредни навици на болните. Наличието на изявени придружаващи заболявания изисква допълнително голямо внимание и контрол.

И докато грижата се насочва основно към обрива и неговата динамика, проблемите на пациентите в обществото остават на заден план [103]. Те изпитват огромни неудобства поради неестетичния вид на кожата. Безсилието да се справят с болестта ги кара да се чувстват все по-отхвърлени от обществената си среда и да не могат да разгърнат потенциала си. Страдат междуличностните взаимоотношения и при болните се появяват тенденции да се самоизолират. Те отказват задачи, за които иначе имат сили, но смятат че видът на кожата ще е пречка. Силно повлияна е сексуалната функция. Има предпоставки за трудно намиране на партньор, изграждане и поддържане на съжител-

ства. Пациентите са притеснени до голяма степен от риска да предадат болестта на потомството си и изпитват отговорност за това. Има данни за непълноценно функциониране в професионалната среда.

Псориазисът протича с кожно засягане, изразено в различна степен и изискващо прилагане на ежедневно локално лечение. Набавянето на медикаментите и финансовото обезпечаване са изцяло за сметка на пациентите, отнемайки от финансовия ресурс. Времето, което трябва да се задели за грижите за кожата може да надвиши един час дневно. Наличието на усложнения налага чест лекарски контрол и дори хоспитализации.

Анализ на цялата съвкупност от характеристики на псориазиса показва, че заболяването излиза далеч извън рамките на личността и на чисто физическото страдание. То има своите неотделими психологически особености и социални влияния. Обгрижването на тези пациенти е многопластово, изисква внимание и много търпение. При фокусирането само върху една част от проблема недооценени остават много други и съществени детайли.

Удовлетворителни терапевтични резултати могат да се постигнат единствено при добра информираност както на медицинския персонал, така и на самите пациенти. Halioua B, и съавт. установяват, че около 62,4% от техните респонденти признават липсата на информация за болестта, а 19,7% имат погрешни схващания за това заболяване. Други 50% съобщават за елементи на дискриминационно поведение. Авторите не установяват връзка на социално-демографските показатели пол, образователното равнище и селския или градски начин на живот с повишеното разпространение на погрешни схващания и/или дискриминационно поведение, но отчитат необходимостта от засилване на информационните кампании, предназначени за широката общественост [115]. Други изследователи, обаче установяват, че наличието на високо образователно ниво е предпоставка за по-голям интерес към познаване на

заболяването [149]. Това води до активно търсене на допълнителна информация, засилване на чувството, че разбират болестта и могат да я контролират [146]. Добре информираният и мотивиран пациент е склонен да съдейства в много по-голяма степен и да поеме своите персонални отговорности с повече търпение. В натовареното ежедневие на медицинските специалисти, обаче, недостигът на време лишава пациентите, а и лекаря от пълноценен контакт. И въпреки осъзнаването на значимостта на тези фактори много често времето с пациентите и образователните материали е недостатъчно [228]. Допълнително затруднение произтича от това, че клиницистите все още не са обучени и не разполагат с ефективни методи да подкрепят цялостно пациентите с псориазис, както това става с други хронични заболявания [140]. Налага се мнението, че обучение в тази посока е необходимо, за да позволи на здравните специалисти да оценят и управляват по-добре заболяването [18, 175]. Създават се предпоставки за големи пропуски в изясняване на съществени елементи на поведението, с произтичащите от това неблагоприятния. При поднасянето на информация е важно тя да бъде достатъчна, представена на разбираем език с ясно очертани роли на медицинското лице от една страна и на пациента – от друга. Трябва да се избягва внушаване на нереалистични очаквания, но още по-неприятно и опасно е лишаването от надежда за благоприятен резултат.

Добре изготвените и представени информационни материали трябва да са:

1. изготвени на разбираем език, но без да се отклоняват от добре известните факти, които да бъдат представени в необходимия обем
2. да подчертават ролята и степента на влияние на начина на живот, вредните навици и рисковите фактори в контрола на заболяването
3. да обърнат внимание на възможностите за повлияване и да очертаят мястото на самия пациент в лечебния процес

4. да провокират интерес към разширяване на знанията, търсене на специализирана помощ и избягване на самолечение.

Обучителните програми могат да са разнообразни, представени под формата на писмени материали или семинари [46].

Те могат да се включат по естествен начин в рамките на клиничните прегледи при личния контакт лекар – пациент с осигуряване на достатъчно време за това. В последните години мобилните комуникации вече навлизат и в сферата на обгрижване на болните, като се използват текстови съобщения за напомняне за прием на медикамент, визита при лекар или изследване. Това е ефективен начин за мотивиране на пациентите и за подобряване на придържането към лечение при много различни хронични заболявания, а напоследък и при псориазис. Такъв вид контакт допринася също за нарастването на увереността на болния, че се справя и засилва най-важната връзка лекар – пациент [45].

От съществено значение е и необходимостта не само пациентите, но и техните семейства да бъдат включени в правилната образователна програма [122]. Самите пациенти определят връзката лекар – пациент като изключително значима и я поставят на трето място веднага след ефективността и безопасността на лекарствата. В този смисъл трябва да се полагат усилия за развитието на комуникационните умения на лекарите [237]. В свое проучване за мнението на пациентите Jankowiak В и съавт. установяват необходимостта от подобряване на познанията си за болестта и методите на самоподдържане, като най-големият дефицит в тяхното образование се отнася до факторите, които активират заболяването и до методите на профилактика [123].

Нуждата от цялостна подкрепа за пациентите с псориазис налага адекватна нормативна уредба, съобразена с всички аспекти на заболяването и преди всичко – позволяваща близък контакт пациент – лекар с изграждане на доверие помежду им.

## **1.11. Финансова тежест на псориазис за пациента, здравната система и обществото**

Псориазисът представлява сериозен медицински проблем и остава такъв, независимо от новите разбирания за него, произтичащи от достиженията на науката. Фармацевтичната индустрия предлага модерни терапевтични решения в лицето на съвършено нови лекарствени средства, като непрекъснато се подобрява достъпът до тях. Социалната сфера също търпи сериозни промени, които се отразяват персонално на всеки. Глобализацията и технологиите достигат връх, който премахва граници в комуникациите и пътуването и улеснява общуването между хората. Обществото издига както физическото, така и психическото здраве на ново ниво. Пациентите с псориазис са поставени и функционират в коренно различна среда, в сравнение с преди 100 и дори 50 години. В тези условия неотделимо е финансовото измерение на болестта, както за отделния индивид, така и за обществото като цяло.

Съществува огромна разлика във финансирането на лечението на псориазис в отделните страни, в зависимост от модела на здравно осигуряване.

Лечението на пациентите зависи на първо място от вида и разпространението на болестта. Леките форми обикновено се повлияват добре само от локално лечение. Приема се, че то е достатъчно за около 70% от случаите. При тях приложението на емолиенти, кератолитици, локални кортикостероиди, аналози на вит. D3, локални ретиноиди може да се окаже напълно достатъчно. Тежкото засягане изисква системно лечение, но дори и тогава е необходимо то да бъде комбинирано с локални средства за облекчаване на симптомите. Пероралните средства включват витамини, ретиноиди, цитостатици и някои антибиотици.

При най-тежките форми се прибегва до инжекционно лечение. Единични са случаите, неповлияни от конвенционалните системни терапии и изискващи приложение на най-съвременните, т.нар. биологични средства.

Хронично-рецидивиращото протичане на псориазиса и необходимостта от неколкратно дневно третиране на кожата с различни кремове в продължение на седмици е истинско предизвикателство за пациентите и техните близки. При по-обширно кожно засягане количествата на използваните локални средства не са пренебрежими, включително и като разходи на финансови средства, заделени от семейния бюджет. В литературата са достъпни публикации, обсъждащи финансовото изражение на псориазиса. В световен мащаб стойността на прескрипциите за псориазис се преценяват на 1,5 трилиона евро [48]. По последни данни, след разширяване ползването на биологични средства за системно лечение на псориазис разходите се увеличават в пъти. Feldman и съавт. [30] правят анализ на ситуацията в САЩ и цитират данни за годишните разходи през 2015 г., които са между 12.2 трилиона долара [241] и 63.2 трилиона долара [63]. Burgos-Pol R. и съавт. правят анализ на литературата до м. май 2015 г., свързана с остойностяването на лечението на пациенти с псориазис в пет Европейски страни: Германия, Испания, Франция, Италия и Великобритания [65]. Те установяват, че годишните разходи за пациент варират от 2077 до 13 132 US \$ за псориазис и от 10 924 до 17 050 US \$ за псориазисен артрит. В тези суми са включени и медикаментите за системно лечение, поради което не дават представа какъв е делът на средствата за локално приложение. Авторите налагат извода, че разходите нарастват с лечението на по-тежките форми и употребата на биологични средства.

Perrone V. и съавт. насочват вниманието към разходите за локално лечение. Обследвайки голяма група пациенти с псориазис те установяват, че средногодишните разходи за пациент възлизат на 567,70€ и могат да достигнат 10 606,10€ ако пациентите са „превключени“ на системна терапия, включително с биологични средства [186].

В различните страни е приета различна нормативна база, отнасяща се до финансирането на терапиите. На много места здравноосигурителните системи поемат разходите и за локално лечение или поне част от тях, което прави по-лесна възможността за остойностяването му за всеки отделен пациент. В България е в сила Националният рамков договор за 2018 г., който урежда въпросите за функциониране на здравеопазването в извънболничната и болнична медицинска помощ [23]. Що се отнася до псориазисно болните тяхното лечение се поема финансово в два случая:

1. Тежко болните се насочват към болнично лечение по клинична пътека № 094 Диагностика и лечение на тежко протичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен. Продължителността на стационарното лечение е минимум 10 дни, през което време пациентът не заплаща за лечебните средства. Дехоспитализацията се осъществява след овладяване на остро състояние и болния се насочва за домашно лечение. Средствата, с които се реализира това долекуване са изцяло за сметка на пациента и неговото домакинство.

2. НЗОК поема разходите за скъпоструващи медикаменти (биологични средства, циклоспорин, а отскоро и метотрексат за инжекционно приложение) в извънболнични условия. Някои от частните здравноосигурителни фондове възстановяват в различна степен сумата на предписани по рецепта медикаменти. Във всички останали случаи пациентите сами си подsigуряват необходимите им лечебни средства.

Нещо повече – не малка част от тях дори не посещават дерматолог, прибягват до самолечение, следват съветите на други болни, на приятели и близки, и в най-добрия случай – използват многократно една и съща рецепта, ако състоянието е било повлияно задоволително в предишен момент. В зависимост от размера кожна повърхност, която подлежи на локално третиране и броя на намазванията в денонощие, необходимото количество локално средство може да достигне до десетки грама дневно в продължение на седмици. Това изисква понякога значителен финансов ресурс, както и компромисно поведение. Често в разговори пациентите са съобщавали, че не посещават специалист за консултация, не провеждат лечение, лекуват се епизодично и незадоволително, не разполагат с достатъчно средства да си закупят предписаните медикаменти, прибягват до самоназначаване на терапия като избират средства с възможно най-ниска цена. Подобни обстоятелства могат да бъдат причина за неуспех от лечението и дори влошаване на състоянието. Всичко това ни провокира да направим проучване, което да даде обективна картина и реална представа за нагласите на пациентите, като по този начин се намерят пътища за оптимизиране на терапевтичния процес.

В България липсват актуални проучвания за това каква конкретна сума е необходима за локално лечение на псориазис. Нещо повече – такава задача е изключително трудна, поради липсата на регистри, невъзможност за отчитане на рецепти, свободен достъп до фармацевтичния пазар. У нас върху въпросите за икономическите измерения на лечението на псориазис са работили Попова И. и съавт. [26], Маринов Л. и съавт. [22], разглеждайки предимно системната терапия, вкл. използването на биологични средства. Augustin M. и съавт. проучват данни, предоставени от здравно осигурителна компания Gmünder Ersatzkasse в Германия за период 2004-2007 г., отнасящи се до лечението на паци-

енти с псориазис [40]. Установяват, че 79.5% са получили прескрипции на средна стойност 135€ за година. От тях 97.5% са получили локална терапия, 11% – системна и 0.1% – биологични средства. Авторите също така установяват, че пациентите с псориазис поставят на първо място по значимост ефикасността на лечението, последвано от неговата безопасност. За подобни резултати съобщават Secrest AM. и съавт. [215]. В тяхна група от 40 пациенти, проследени за период от 6 мес. факторите, повлияващи пациентския избор на лечение са градирани по значимост ефикасност – 90%, безопасност и странични ефекти 5%, финансов дял на пациента 53%, обща цена на лечението – 46%, честота на приложение 37% и метод на въвеждане – 17%. Steinke SI. и съавт., обследвайки 120 пациенти от Университетски медицински център в Манхайм през 2005 и 2006 г. установяват, че болничните разходи достигат 13,042€, докато за амбулаторните са изразходени само 2,984€ [225].

По-нови данни отразяват прогреса в лечението на псориазис. James SM. и съавт. отчитат, че за период 2010-2011 г. 81,1% от всички терапии се съставяват от локалните кортикостероиди, докато трите най-скъпоструващи медикаменти са биологични средства [121]. Те заемат само 9,6% от терапевтичния спектър, но съставяват 86% от разходите. Souliotis K. и съавт. констатира аналогична ситуация в Гърция [224]. Данните на National Organization for Health Care Services Provision (ЕОРУУ) за период 1 юни 2014 г.–1 май 2015 г., касаещи е-прескрипциите на 45 581 пациенти показват, че делът на локалните средства за лечение на псориазис е 72% и съставлява само 5% от разходите. Лекуваните с метотрексат или други перорални средства са 9% и консумират 2,35% от общите разходи. Значително по-скъпо е лечението с биологични средства. При дял от 12% от пациентите то изисква 90% от разходите. Авторите изчисляват, че за да се постигне уед-

наквяване на реимбурсните нива до 100% са необходими 2.05€ за пациент месечно за локална монотерапия и допълнително 9.5€ за метотрексат или други перорално приемани системни средства в комбинация с локални средства. Още по-високи разходи за лечението на псориазис обсъждат Al Sawah S. и съавт., използвайки базата данни на Truven Health Analytics MarketScan Research Database те селектират пациенти с диагностициран псориазис за период януари 2009–януари 2014 г. [33]. Селектирани са огромно количество пациенти – 108 790 на средна възраст 46.0 години (52.7% жени). Средния период на проследяване е 962 дни. Разходите са възлезали на \$12,523 за пациент на година като средствата за извънболнично лечение са съставлявали 38.6% от всички разходи. За пациентите на биологични средства те са \$29,832. Авторите установяват, че за наблюдавания 5-годишен период всички средства са с тенденция към увеличаване.

Изводите на всички проучвания са, че разходите за лечение на псориазис непрекъснато ще нарастват в световен мащаб. Те са отражение на напредъка на медицината и бурното развитие на фармацевтичната индустрия. Повечето здравноосигурителни фондове поемат тежестта на тези увеличаващи се непрекъснато средства. В България финансовия ресурс се разпределя неравномерно между пациент и здравноосигурителна система, като тежестта се пада на пациента с единствени изключения – периода на болнично лечение и в някои случаи – извънболничното лечение със скъпоструващи медикаменти. Промяната на политиката в това отношение би могла да допринесе за по-добър клиничен контрол, удължаване на ремисиите и намаляване необходимостта от използването на по-агресивни и скъпи терапии.

## **2. Организация на дерматологичната помощ в България и нива на медицинско обслужване на болните с псориазис**

През 1989 г. е дадено начало на демократични промени в страната и преход към пазарна икономика, които засягат всички елементи от живота на гражданите. Започнали в икономическата и финансовата сфера, те постепенно обхващат и останалите, в това число – здравеопазването. До тогава здравето е приоритетна грижа на държавата, която осигурява обезпечаване на населението със здравни заведения, медицински кадри и финансов ресурс. Пациентът е в центъра на внимание и медицинската помощ е организирана в посока на създаване на подготвени кадри и непрекъснато повишаване на квалификацията с регулярни курсове и специализации.

Понастоящем фокусът е изместен изцяло към въпросите за финансиране на дейностите в здравеопазването, често без да се гарантира тяхното качество, адекватност или достатъчност. Недофинансирането и дефицитите пораждаат напрежение, което се превръща в ежедневие в системата и се отразява както на работещите в нея, така и на пациентите. Проблемите със специализациите на младите лекари водят до обезкуражаването им и търсене на пътища за реализация в чужбина. Подобно е положението и със сестринския персонал. Недостигът на кадри е в основата на множество конфликти на различни нива. Но може би, най-значимия проблем е свързан с промяна в мисловния модел, което води до загуба на морални ценности, изчерпване на доверието лекар-пациент с всички, произтичащи от това последствия за двете страни. Тези обстоятелства неизбежно се отразяват на организацията и функционирането на дермато-венерологичната помощ в България. До промените тя е осигурявана от специализирани поликлинични кабинети, отделения към бол-

ниците, кожно-венерични диспансери и университетски клиники. Специфично е мястото на Кожно-венеричните диспансери, ситуирани в 12 от големите градове. Освен с диагностична и лечебна дейност те са натоварени с функции за диспансерно наблюдение на болните, профилактика и повишаване на здравната информираност на населението. Понастоящем диспансерите са трансформирани в „Центрове за кожно-венерически заболявания“, отделения към болниците или са закрити. С това отпада възможността за дългосрочно наблюдение на болните. Става невъзможно създаване на регистри на болните, които да служат като основа на епидемиологични или други проучвания, и така да улесняват ангажираните органи да вземат правилни управленски решения.

Централно място в тези години заемат университетските клиники и най-вече Научният институт по дерматология и венерология, трансформиран по-късно в Клиника и Катедра по кожни и венерически болести към Университетска болница „Александровска“ и Медицински университет, София. Като водещо и най-значимо звено в областта на дерматологията и венерологията, той се явява естествен център не само за лечение на болни, но и за обучение на студенти, подготовка на специализанти и не на последно място – осъществяване на методична помощ и научна дейност. Голям принос е разгръщането на организирано климатолечение на редица кожни заболявания, в това число – хелиоталасотерапия на болни с псориазис [1, 3, 21]. Резултатите от тези наблюдения са систематизирани в няколко дисертации, докладвани са като научни съобщения на национални и световни конгреси, публикувани са в престижни специализирани издания.

В новите реалности на обществено-икономическия живот става неизбежен и неотложен въпросът за реформиране на здравната система, поставянето ѝ на принципно различни основи и доближаването ѝ до съвременните стандарти на Европейския съюз. За нача-

ло на здравната реформа и въвеждане на нов здравноосигурителен модел може да се приеме Закона за здравното осигуряване (1998 г.) и създаването на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) като основен фонд, чрез който се осъществява финансиране в здравеопазването. Ликвидирането на монопола на държавата и освобождаване на частната инициатива позволяват регистриране на частни болници, центрове и кабинети. Като основен източник на финансови средства НЗОК е в позиция да определя на кого, колко и какви средства да заплати за извършени услуги, както и да определя дали последните са изпълнени според зададените от нея изисквания. Създаденият модел се представя с основни недостатъци, които в крайна сметка го компроментират и са предпоставка за неуспех. От една страна това са ниските здравни вноски и ниската им събираемост, което е една от причините за липса на достатъчен ресурс, особено при съвременното ниво на високотехнологична медицина. Здравно неосигурените лица създават напрежение в ежедневната работа на медицинския персонал, конфликти или просто не търсят медицинска помощ докато това не стане неотложно, поради влошаване на състоянието. От друга – налагането на лимити при изпълнение на медицински дейности поставя въпроса за дискриминация, а лекарите – в крайно неудобна ситуация да решават кой и колко да се лекува единствено от финансови съображения. Недостатъчният брой направления за изследвания и прегледи карат голяма част от болните да заплащат сами от личните си средства. Ниската цена, която касата заплаща за първични и вторични прегледи, както и количеството отчетни документи, които лекарят трябва да попълва, ангажират голяма част от времето му и правят непривлекателно да лекува дори здравно-осигурени пациенти, предпочитайки такива срещу заплащане.

Редица нормативни документи регламентират вида и начина на получаване на медицинска помощ на двете ѝ основни нива – доболнична и болнична. Основен консенсусен документ се явява Националният рамков договор (НРД), сключван между Националната здравноосигурителна каса и съсловните организации на лекарите и стоматолозите [23]. Той определя правата и задълженията на НЗОК, Българския лекарски съюз, Съюза на стоматолозите в България (Български зъболекарски съюз), районните здравноосигурителни каси и изпълнителите на извънболнична медицинска помощ в здравната система. Чрез него се определят и параметрите на тези взаимоотношения от здравно-икономическо, финансово, медицинско, организационно-управленско, информационно и правно-деонтологично естество.

В реални условия пътят на болния през личния лекар и специалиста до болницата, ако това е необходимо, е изпълнен с бюрократични усложнения и пречки. Това настройва едни срещу други всички участници в системата и е причина за конфликти и разрушаване на доверието в нея.

## **2.1. Доболнична здравна грижа – мястото на общопрактикуващите лекари и специалистите от извънболничната помощ**

Пациентите с псориазис често отлагат посещението при лекар, изчаквайки седмици и дори месеци. Това може да е сериозна причина за забавяне на диагнозата. Прибягвайки до самолечение или следвайки съвети на близки, познати и медии, те могат да влошат състоянието си и да забавят постигането на ремисия. Въпреки, че от самото начало е ясно, че се касае за кожно заболяване пациентът няма пряк достъп до специалист дерматолог. Такъв преглед би бил възможен единствено

срещу заплащане. НЗОК регламентира достъпа до специализирана дерматологична помощ да става не директно, а след посещение при общопрактикуващ личен лекар. Едва когато той не се е справил с проблема може да издаде съответното направление, за да поиска консултация със специалист, като стойността на прегледа се заплаща от Касата. Така, част от пациентите, които по различни причини не могат или не желаят да чакат са принудени да заплащат прегледа със собствени средства. За това не е изненадващо, че те запазват рецепти, които са им помогнали и ги използват многократно, понякога в продължение на години. Изписаните медикаменти за лечение също са изцяло за сметка на пациента. Това затруднява болните с по-ограничени финансови възможности и се стига до сериозни пропуски в лечението. Хронично-рецидивиращото протичане на псориазиса поставя няколко много важни проблема, за решаването на които личните лекари не разполагат с необходимата квалификация. Така те се превръщат в "диспечери" и ролята им се принизява единствено до това да подсигуряват болните с направления за специалист. Губи се допълнително време и ресурс. Броят на предвидените от НЗОК направления за специализирана помощ е лимитиран и в практиката си личния лекар се изправя пред дилемата как да ги разпредели и за какъв специалист да ги изразходва. Все още е масова практика пациенти да се насочват с Направление МЗ – 119 (т.нар. зелен талон), който не подлежи на финансов отчет и служи само за целите на кореспонденция между лекарите. Така извършителят на специализираната услуга е ощетен и трудът му не се остойностява.

Пациентите с псориазис се нуждаят не само от рецепта, но и от подробни обяснения за начина, по който да провеждат лечението и най-вече за поведението, което трябва да имат, за да избягват рисковите фактори. Такъв разговор не е по силите на личния лекар, особено

ако има натоварена ежедневна практика и не е в състояние да отдели достатъчно време.

Специалистите от доболничната помощ притежават необходимите компетентности и са в състояние да помогнат на пациентите с необходимата информация и указания. Нещо повече – НРД ги задължава, заедно с останалите изпълнители на медицинска помощ, да предоставят на пациента ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение. На специалистите е дадена свобода да преценяват броя на необходимите вторични прегледи за всеки отделен пациент съобразно неговото състояние. Но те не са окуражени да влагат големи усилия поради неадекватно остойносттаване на труда им. Заплащането на прегледите от НЗОК остава почти непроменено с години и е по-задоволително за първичните прегледи, но много ниско за вторичните.

Няколко научни съобщения показват, че болните отдават голямо значение на отношенията лекар-пациент и при изградено доверие между тях крайните резултати от лечението са значително по-добри. Такова доверие се изгражда бавно, отнема време и изисква комуникационни умения.

## **2.2. Лечение в болнични условия – възможности**

Около една пета от болните с псориазис се представят с тежко изразена клинична картина и изискват лечение в болнични условия. Те се насочват с Талон № 7 за хоспитализация по клинична пътека № 094 – Диагностика и лечение на тежко протичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен. Документът се издава от общопрактикуващ лекар или специалист от доболнична помощ, който има договор с НЗОК. Тези направления

не са лимитирани по брой, поради което няма отказ да бъдат издавани. Продължителността на стационарното лечение е минимум 10 дни, през което време пациентът не заплаща за направените разходи. При невъзможност да се изпълнят критериите за дехоспитализация за този срок и не е постигнато овладяване на острото състояние болния не може да бъде изписан за домашно лечение. Но НЗОК не разглежда хипотеза за разлика в цената на клиничната пътеката и задържането в клиниката означава, че всички последващи разходи са за сметка на болницата, което е неприемливо за самата нея. Такъв парадокс подлага пациентите на сериозни рискове. Преждевременното им изписване и недостигане на стабилна морбистаза крие опасност от повторен рецидив, който да налага повторна хоспитализация с нови разходи на средства.

Много допълнителни усилия са необходими за разрешение на този проблем в интерес на пациентите.

### **2.3. Диспансеризация на пациентите – необходимост при хронични заболявания**

Пациентите с псориазис се нуждаят от по-чести контролни прегледи и динамично адаптиране на лечението в зависимост от вида и тежестта на заболяването. В нормативни документи НЗОК регламентира въпроса за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН). То се осъществява по реда на приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. Псориазисът попада в списъка на хронични заболявания, подлежащи на диспансеризация. За съжаление в практическата работа, по една или друга причина, не се постига реална диспансеризация на псориазисно болните. В раздел III на НРД, Чл. 233. се посочва, че Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение

на пациенти с кожно-венерически заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10). Лицата, които са оторизирани да издават такива направления са общопрактикуващите лекари и специалистите от доболнична и болнична помощ. Видът, периодичността и честотата на дейностите по диспансеризацията са посочени в приложение (№ 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.) и се осъществяват в съответствие с приложения № 14, 15, 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г. Тъй като диспансеризацията е доброволна и допълнително стигматизира болните, те по правило не се възползват от нея. Но при липса на документи остава неясен въпросът дали са били информирани за съществуването на такава възможност. Спазва ли се това задължение не може да се прецени, защото пациентите не представят документация. Според Чл. 236 ал. (2) на НРД пациентът се диспансеризира само с неговото изрично съгласие. Но несъгласието за диспансеризация също е необходимо да се документира в "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11). Допълнителни проучвания са необходими за изясняване на реалната диспансеризация и ползите, които тя носи за пациентите. НЗОК не проследява за изпълнение на изискванията.

### **3. Пациентски организации и сдружения – изразители на обществените нагласи с нарастваща роля**

С формирането на гражданско общество все повече се увеличава броя на хората с активна позиция по определени въпроси. Заинтересовани лица се сдружават под различна форма, поставят проблемите си пред институциите и изискват решения в интерес на общността.

Първата асоциация на псориаично болни и дерматолози се учредява в Западна Германия преди повече от три десетилетия. Тя си поставя за цел да помогне на пациентите, както в обмена на информация, така и в терапевтичния процес. В България на 30.11.2000 г. в Клиника по дерматология и венерология към Медицински университет – София се учредява Фондация “Псориазис”. Това става по инициатива на боледуващи от псориазис, които са лекувани в Кожна клиника – София, на пациентите, участвали в групите по морелечение, и с помощта на лекарите, асистентите, доцентите и професорите в Клиниката [261]. Фондацията е член на ЕВРОПСО, сборната организация на наличните фондации и сдружения от Европа. Това позволява международен обмен на опит и информация за разширяване на дейността и реализиране на нови инициативи. Фондацията се ангажира с организиране на информационни кампании с цел разясняване на същността на заболяването на българската общественост, формиране на групи за взаимопомощ на пациентите, както и ежегодни курсове комбинирано климатолечение, провеждани под контрол на специалисти дерматолози.

В края на 2012 г. се създава Асоциация на хората с псориазис и псориаични усложнения. Тя е член на „Федерация Български пациентски форум“ [257]. Предмет на нейната дейност е защита на правата на гражданите в сферата на здравеопазването, образование на пациенти и общественост относно правата им като пациенти, правото им на лечение и качествен живот.

Редица клиники и центрове по кожни болести мобилизират усилията на висококвалифицирани медицински специалисти, периодично организират безплатни прегледи за пациентите, отбелязват международния ден на болните с псориазис с разнообразни инициативи и информационни кампании [268].

Обединяване усилията на медицинската наука, фармацевтичната индустрия, здравните власти и самите пациенти е пътят, по който може да се постигне цялостна висококачествена грижа за хората с псориазис, да им се осигури добро качество на живот и пълноценна житейска реализация.

#### **4. Изводи от литературния обзор**

Анализ на научната литература, обсъждаща заболяването псориазис показва, че в последните две десетилетия са натрупани голямо количество значими факти, които водят до **промяна на парадигмата за заболяването.**

Съществени са новите разбирания за **медицинските аспекти** на псориазиса:

- установена е важната роля на имунни механизми в патогенезата на заболяването и е дефинирано съвременното му възприемане като **Т-клетъчно медирана болест**

- проучването на коморбидностите, включващи повишената честота на ставна симптоматика, сърдечно-съдови, метаболитни, гастроинтестинални, и редица други заболявания, водят до възприемането на псориазиса като **системно заболяване**

- предложени са и намират все по-широко приложение методите за **обективизиране на степента на кожно засягане**, чрез използване на скали и индекси. Това дава възможност за точност в динамичното наблюдение и прецизно отчитане на ефекта от лечението

- достиженията на биотехнологиите и навлизането им във фармацевтичната индустрия водят до синтезиране и предлагането им на пазара на нова категория терапевтични средства, т.нар. „**биологични**

**препарати“.** Те революционизират лечението на тежките форми на псориазиса и коренно променят дългосрочната перспектива за болните.

С развитие на индустриалното общество, технологиите и най-вече глобализацията настъпва коренна промяна в **социалната роля на индивида**. Разширяват се възможностите за общуване и реализация, но също така се повишават очакванията и изискванията към здравето и външния вид на всеки член на обществото. Това поставя пациентите с хронични кожни заболявания пред сериозни предизвикателства и повлиява емоционалното им състояние. Изучаването на тези аспекти би спомогнало за установяване на степента на цялостното увреждане от болестта и намиране на най-полезните индивидуални решения. В дерматологичните среди нараства убеждението, че проучването на качеството на живот и психологическото състояние би допринесло в значителна степен за подобряване на състоянието и адаптивните възможности на болните, и така да улесни социалното им функциониране. За тази цел използването на **самооценъчни въпросници** е подход, който в максимална степен дава обективна представа за проблема.

Българската дерматологична школа има своя значителен принос в изучаването на псориазиса. С особено внимание и задълбочено са разглеждани въпросите за придружаващите заболявания и провокиращите фактори. Съществен е делът публикации, отнасящи се до ефективността на разнообразни терапевтични методи, включително климатолечение, пелоидотерапия и биологични средства. В последните години са осъществени и някои проучвания върху качеството на живот на болните. Липсват достатъчно данни за комплексна оценка на състоянието, включваща също степента на психологическото увреждане на тези болни, разпространението на някои вредни навици като тютюнопушене и консумация на алкохол, както и отражение на заболяването върху личните и професионални взаимоотношения. При българска по-

пулация псориазно болни не са изучавани взаимоотношенията лекар-пациент като най-важна основа за своевременно диагностициране, изработване на най-подходящия индивидуален терапевтичен подход и правилно динамично наблюдение. Не са проучени също така нагласите на пациентите към съблюдаване на лечебните режими и очакванията към характеристики на използваните медикаменти. Информираността на болните е друг ключов елемент, даващ им увереност, че могат резултатно да контролират заболяването и като такъв изисква детайлно изучаване.

По съществуото си пациентът се явява „пресечна точка“ на медицинската наука от една страна и организацията на функциониране на здравеопазването – от друга. В условията на незавършена здравна реформа в България, липсата на гъвкавост и проявленията на редица дефицити, мениджмънта на заболяването може да бъде успешен само при задълбочено познаване и адекватно степенуване значимостта на всички компоненти на системата. Осигуряването на интердисциплинарен подход и психологическа подкрепа, както и активизиране на дейността на пациентски организации ще спомогне за доброто обгрижване на болните.

# **Глава втора: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

## **1. Цел на изследването**

Да се установи ролята на медицински и социални фактори като част от комплексния подход за контрол и управление на болестта и постигане на дългосрочно подобряване на качеството на живот на пациентите.

## **2. Задачи**

А. Задачи, свързани с определянето на характеристиките на изследваната съвкупност

1. Да се изработи индивидуална анкетна карта за болен с псориазис и да се структурира самооценъчен въпросник
2. Да се проучи демографския и социален профил на групата болни с псориазис.
3. Да се анализира разпределението на пациентите според тежестта на псориазиса

Б. Задачи, свързани с изясняване ролята на медицински аспекти в зависимост от тежестта на заболяването

1. Да се анализират елементи на протичане на псориазиса – неговата продължителност, наследственост, брой рецидиви
2. Да се анализира вида и честотата на проявление на придружаващи заболявания от системен характер

3. Да се анализира спектъра на провокиращите фактори и присъствието на вредни навици като тютюнопушене и консумация на алкохол
  4. Да се проучат параметрите и вида на медикаментозно лечение
- В. Задачи, свързани с изясняване ролята на социални и психологически аспекти на групата болни с псориазис
1. Да се оцени влиянието на заболяването върху професионалните и лични взаимоотношения на пациентите
  2. Да се оцени влиянието на заболяването върху качеството на живот на болните и склонността към проява на тревожност и депресия
  3. Да се оцени времевата и финансовата тежест на псориазиса
- Г. Задачи, свързани с управлението на болестта в условията на съвременната здравна система
1. Да се анализира отношението на пациентите с псориазис към различни източници на информация за естеството на заболяването, неговото лечение и изискванията към поведението
  2. Да се изследват взаимоотношенията лекар-пациент по отношение на ангажираността на двете страни с лечебно-диагностичния процес и дългосрочното наблюдение в извънболнични условия
  3. Да се предложат мерки за оптимизиране процеса на вземане на медицински решения, свързани с псориазиса болните на различните нива на функциониране на съвременната здравната система.

### **3. Методология**

#### **3.1. Обект на изследването**

Обект на проучването – група от 111 пациенти с псориазис, насочени към Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Александровска“ – ЕАД, София, за период от 2014 до 2016 г. Критерии за включване е наличие на клинично изявен псориазис, изразено желание да се включат в проекта, способност да четат писмен текст и възможност да разбират смисъла на прочетеното.

#### **3.2. Методи на изследването**

- Посредством индивидуална анкетна карта е събрана информация за демографските и социални характеристики, анамнестични данни.

- Самооценъчни въпроси са зададени с цел проучване на медицински и социални характеристики. Обсъждани са взаимоотношенията с лекуващия лекар, в семейството, професионалната сфера, както и източниците на информация за заболяването и препоръчаното поведение.

- Клиничната изява на псориазис е оценена посредством клиничен преглед. За установяване на тежестта на заболяването е използван Psoriasis Area and Severity Index (PASI).

- Психологическото състояние е преценявано посредством определяне на степента на тревожност и депресия чрез самооценъчната скала Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

- Качеството на живот е изследвано чрез самооценъчен въпросник Dermatology Life Quality Index (DLQI)

- Осъществен е преглед на научната литература и систематизация на данните за социално-психологичските аспекти на псориазиса.

Въз основа на данните от клиничния преглед пациентите са разделени в две подгрупи – с лека форма на болестта и втора – с умерено изразена и тежка форма. Диференцирането е съобразено с критериите, възприети от Европейския и Българския консенсус за лечение на псориазис.

При попълването на самооценъчната анкетната форма някои от респондентите не са дали отговор на част от зададените въпроси. В тези случаи при обработване на резултатите е съобразен реалния брой достоверни данни, приравнен към 100%.

### **3.3. Методи за обработка на резултатите**

Събраните данни са въведени и обработен със статистическия софтуеърен продукт SPSS – SPSS for Windows 13.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, бе избрано  $p < 0,05$ .

Използвани са статистически методи за обработване на резултатите:

- Описание на качествени и количествени променливи величини
- Корелационен, вариационен и дисперсионен анализи
- Параметрични и непараметрични методи за проверка на хипотези

## **Глава трета: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ. ОБСЪЖДАНЕ**

### **1. Демографски и социален профил на групата болни с псориазис и взаимовръзка с тежестта на заболяването**

При проучваните болни са установени характеристиките на клинична изява на заболяването посредством клиничен преглед. Тежестта на засягане, изчислена с помощта на PASI показва, че стойности под 10,0 имат 46,4%, а над 10,0-53,6%. Площта на засягане е определена чрез BSA. Под 10% засягане са имали 44,5%, а над 10-55,5%. Налице е почти равномерно разпределение на пациентите, даващо възможност за обособяването на две групи. Първата включва леките форми, а втората обединява болните с умерено и тежко изразен псориазис. Всяка от характеристиките на болните – демографски, медицински и социални, които са обект на анализа е разгледана в контекста на тежестта на изява на заболяването.

Използваните индекси за оценка на псориазиса са широко прилагани в проучванията в редица страни и дават възможност за сравнителни изследвания. Те се наложиха в практиката на дерматолога, включително и в България, най-вече при преценка на необходимостта от системна терапия с биологични средства. Макар и да са добра възможност да се придаде обективен цифров израз на разпространението и тежестта на заболяването, те също така са в значителна степен относителни и условни. Освен това когато трябва да се обсъди цялостното увреждане на пациентите от заболяването, те не винаги успяват да дадат точна представа, тъй като не държат сметка за редица други важни елементи. Особените случаи на засягане, с въвличане на специфични локализации – гънки,

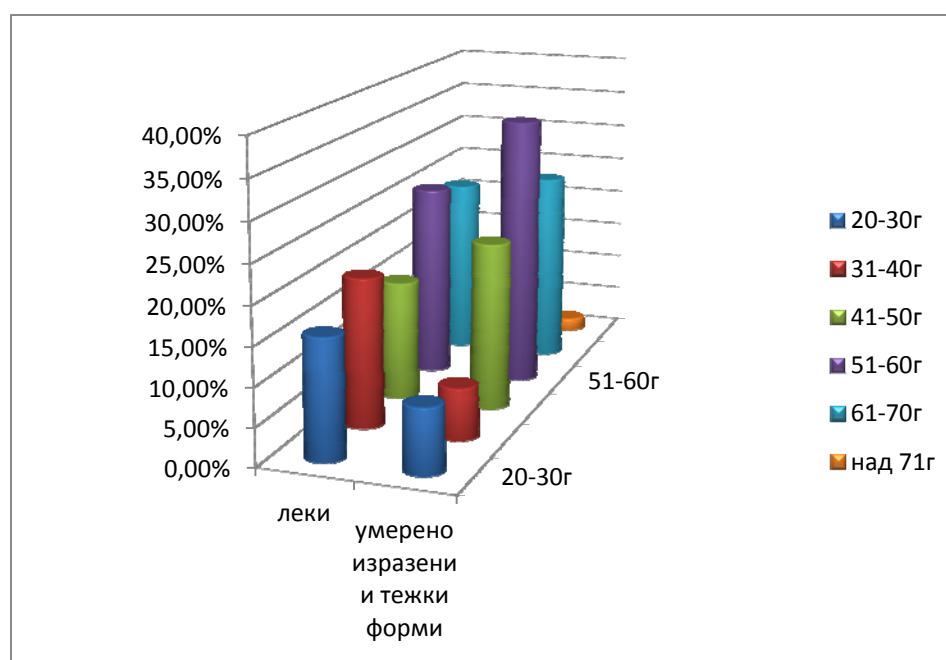
длани, стъпала, перигенитална и перианална зони, глава или нокти, както и въздействието върху психологическите характеристики, остават неотразени.

## 1.1. Възраст

Пациентите, обхванати в проучването са на възраст от 20 до 78 год. (средна 49,64 год.). Разпределението по декади е представено на табл. 1 и фиг. 1.

**Табл. 1. Разпределение на болните с псориазис по възраст и тежест на клинична изява**

Възраст (години)	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
20-30	8	15,7%	5	8,5%	13	11,8%
31-40	10	19,6%	4	6,8%	14	12,7%
41-50	8	15,7%	13	22,0%	21	19,1%
51-60	13	25,5%	21	35,6%	34	30,9%
61-70	12	23,5%	15	25,4%	27	24,5%
над 71	0	0%	1	1,7%	1	0,9%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>



**Фиг. 1. Разпределение на болните с псориазис по възраст и тежест на клинична изява**

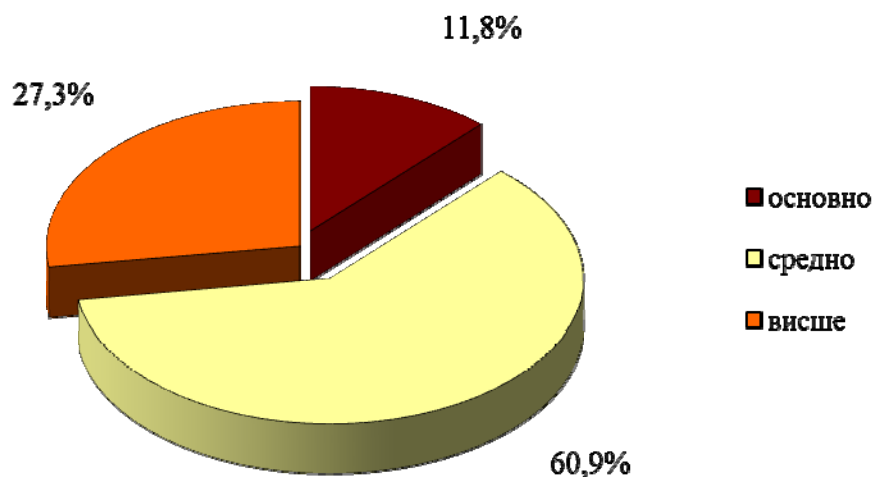
Преобладават болните над 51 год. – 56,3%. Всеки четвърти пациент е на възраст до 40 години – 24,5%. Анализ на болните при разделното им разглеждане на две групи според тежестта на клинична изява показва, че при леките форми във възрастова група под 40 години попадат 35,3%, а 64,7% са над 41 години, сравнени с 15,3% в групата пациенти с умерено изразени и тежки форми, където над тази възраст са 84,7% от наблюдаваните. Според нашите данни с напредването на възрастта се наблюдава тенденция за увеличаване на броя болни с умерено изразени и тежки форми на псориазис, което е най-отчетливо изразено за средната възраст – 41 до 60 години. При обработка на резултатите не се доказва статистическа значимост на разликите, но въпреки това са налице предпоставки за увеличаване на изискуемия финансов ресурс, който следва да се заделя за обгрижването на тези болни, както от държавата, така и от тях самите и техните семейства.

## **1.2. Пол**

Разпределението по пол е равномерно с лек превес на мъжкия пол (мъже – 51,8%, жени – 48,2%) в цялата група. При разглеждането на пациентите по групи при леките форми жените са 52,9%, а при тежките – мъжете са 55,9%. Разликите не са статистически значими, което показва, че мъже и жени страдат от псориазис с еднаква честота, данни съвпадащи напълно с цитираните в литературата.

## **1.3. Образование**

Преобладаващата част от респондентите са със средно образование – 60,9%, с висше – 27,3% и с основно – 11,8% (фиг. 2).

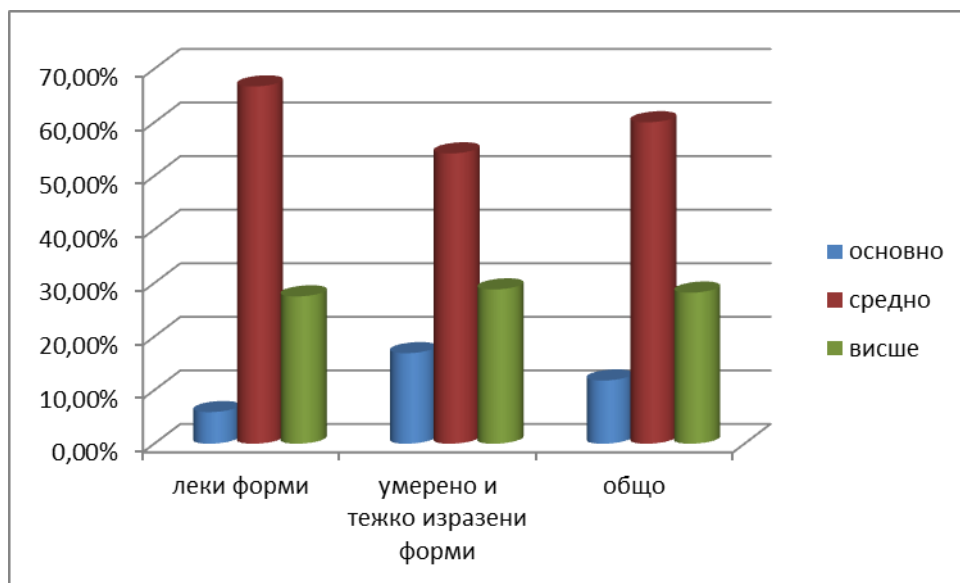


**Фиг. 2. Разпределение по образование**

Трудно е да се направят достоверни изводи за връзката на образованието с тежестта на изява на болестта, поради малкия брой болни, попадащи в групите (табл. 2). Но въпреки това прави впечатление, че в групата на умерените и тежко изразени форми пациентите с основно образование са 16,9%, докато при пациентите с леки форми те са 5,9% (фиг. 3).

**Табл. 2. Разпределение на болните с псориазис по образование и тежест на клинична изява**

Образование	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
<b>основно</b>	3	5,9%	10	16,9%	13	11,8%
<b>средно</b>	34	66,7%	33	55,9%	67	69,0%
<b>висше</b>	14	27,5%	16	27,1%	30	27,3%
<b>общо</b>	51	100,0%	59	100,0%	107	100,0%

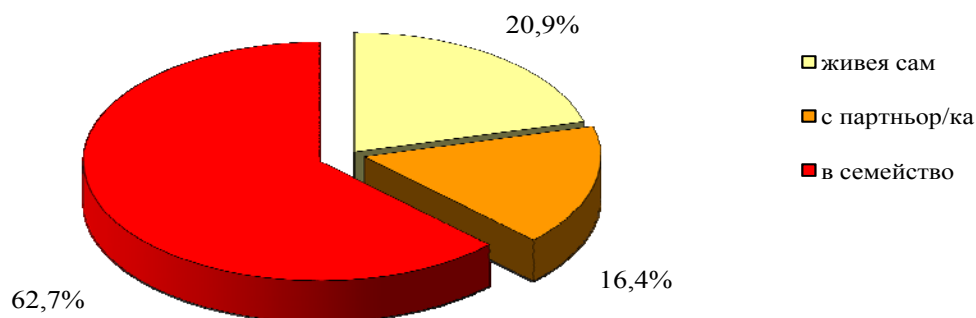


**Фиг. 3. Разпределение по образование и тежест на клинична изява**

Обсъждането на степента на образованост на пациентите е от значение в няколко посоки. Хроничният характер на болестта, трудно предвидимите рецидиви, влиянието на многообразие от провокиращи фактори изисква съдействие на пациента, както и активното му участие във всеки етап от еволюцията на псориазиса, особено що се отнася до съблюдаване на препоръките за лечение. Това предполага адекватно разбиране за болестта и полагане на известни интелектуални и физически усилия в процеса на дългосрочно лечение за поддържане на устойчиви ремисии. От друга страна нивото на образование може да се свърже с условията на труд и размера на получаваните трудови възнаграждения. Последното дава отражение на възможностите на пациентите да поддържат здравословна среда на живот и труд, както и да се придържат към по-качествено лечение.

#### **1.4. Семейно положение**

В семейство живеят 62,7%, с партньор/ка – 16,4%, а в самостоятелно домакинство – 20,9% (фиг. 4).

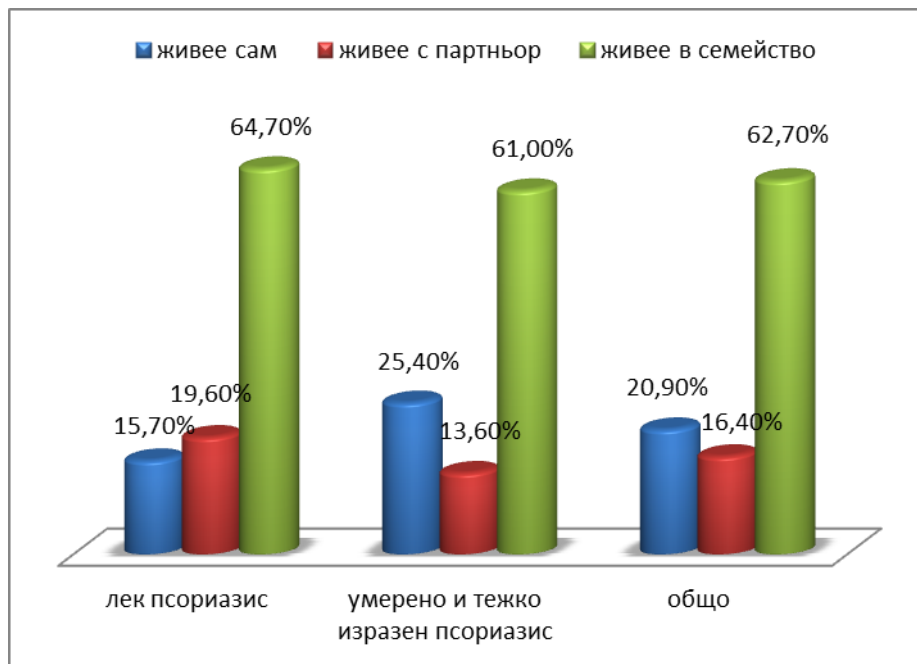


**Фиг. 4. Разпределение по семейно положение**

Данните за разпределение на болните по групи в зависимост от тежестта за псориазиса показват, че по-съществена е разликата само за пациентите, живеещи сами (табл. 3, фиг. 5). Те съставляват 15,7% от всички респонденти с леки форми, докато при умерено изразените и тежки форми това е всеки четвърти пациент (25,4%). При тежките форми е по-нисък и броя пациенти, живеещи с партньор, сравнени с групата с лек псориазис.

**Табл. 3. Разпределение на болните с псориазис по семейно положение и тежест на клинична изява**

Семейно положение	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
живея сам	8	15,7%	15	25,4%	23	20,9%
с партньор/ка	10	19,6%	8	13,6%	18	16,4%
в семейство	33	64,7%	36	61,0%	69	62,7%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>



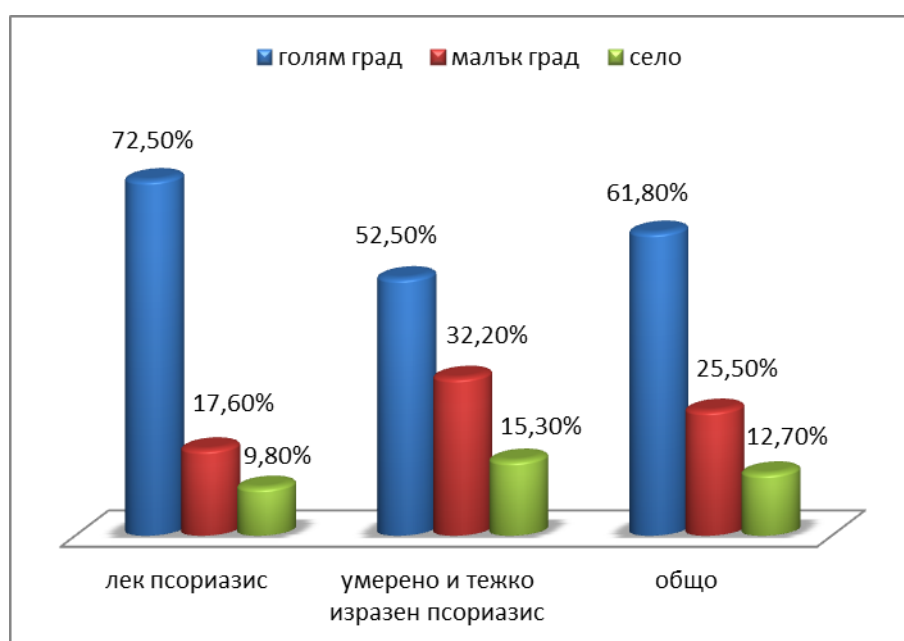
**Фиг. 5. Разпределение на болните с псориазис по семейно положение и тежест на клинична изява**

Получените резултати показват по-голям процент на живеещи сами при наличие на по-тежка клинична изява. И макар разликите да не са статистически значими, изискват се допълнителни проучвания върху по-голяма база данни. Може да се спекулира, че тези пациенти изпитват по-големи трудности да създават връзки и влизат в партньорски взаимоотношения, вероятно поради стигматизация заради заболяването и произтичащата от това неувереност. По този начин те са лишени от подкрепата и увереността, които пълноценна връзка би им дала.

### 1.5. Местоживеене

Местоживеенето на пациентите в голям град, малък град и село е представено на фиг. 6. Най-много са пациентите, живеещи в голям град – 61,8%, една четвърт (25,5%) са жители на по-малки населени места и 12,7% са съобщили, че живеят на село. При разглеждането

на респондентите в зависимост от клиничната тежест на заболяването прави впечатление отчетлива разлика в разпределението. Докато при леките форми почти три четвърти живеят в голям град, при умерените и тежки те съставляват половината от наблюдаваните (52,5%). Почти двойно по-голям е броят пациенти, живеещи в малък град при по-тежките клинични форми (32,5%), сравнени с леките (17,6%). На село живеят също по-висок процентът болни с тежки форми, отколкото с леки.



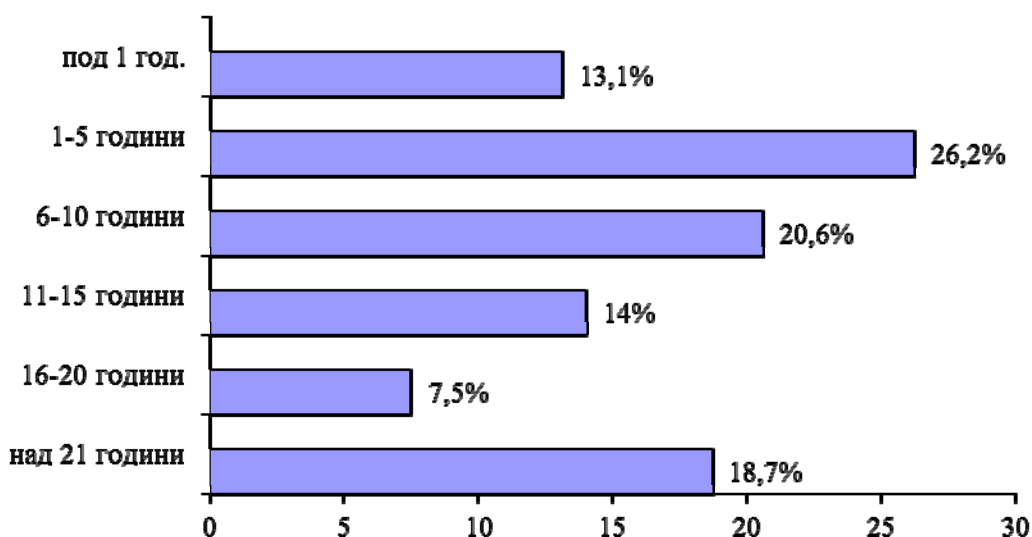
**Фиг. 6. Разпределение на болните с псориазис по местоживеене и тежест на клинична изява**

Динамиката на големия град е свързана с необходимост от общуване в много по-широк кръг и представя редица предизвикателства при социалната и професионална реализация на индивида. Изискванията към здравето и външния вид са значителни. Обитаването на голямо населено място дава повече възможности за лесен и бърз достъп до добре подготвени специалисти, вероятно по-добри битови условия, но също така достъп до медикаменти и финансов ресурс.

## 2. Медицински аспекти и взаимосвързка с тежестта на заболяването

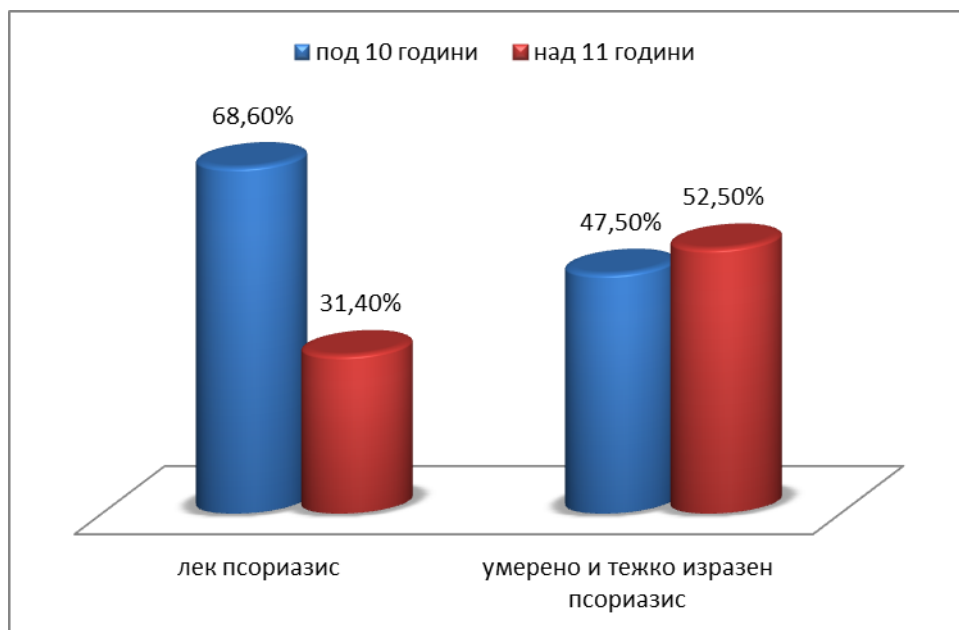
### 2.1. Давност на заболяването

Заболяването е с давност < 5 години при една трета от болните (39,3%), < 10 години – при 59,9%. А 18,7% посочват, че имат псориазис повече от 21 години (фиг. 7).



Фиг. 7. Давност на заболяването

Разглеждане на продължителността на боледуване в зависимост от тежестта на псориазиса показва, че при леките форми преобладават пациентите с давност на болестта под 10 години (68,6%), докато малко повече от половината пациенти с тежки форми имат заболяването над 11 години (фиг. 8).

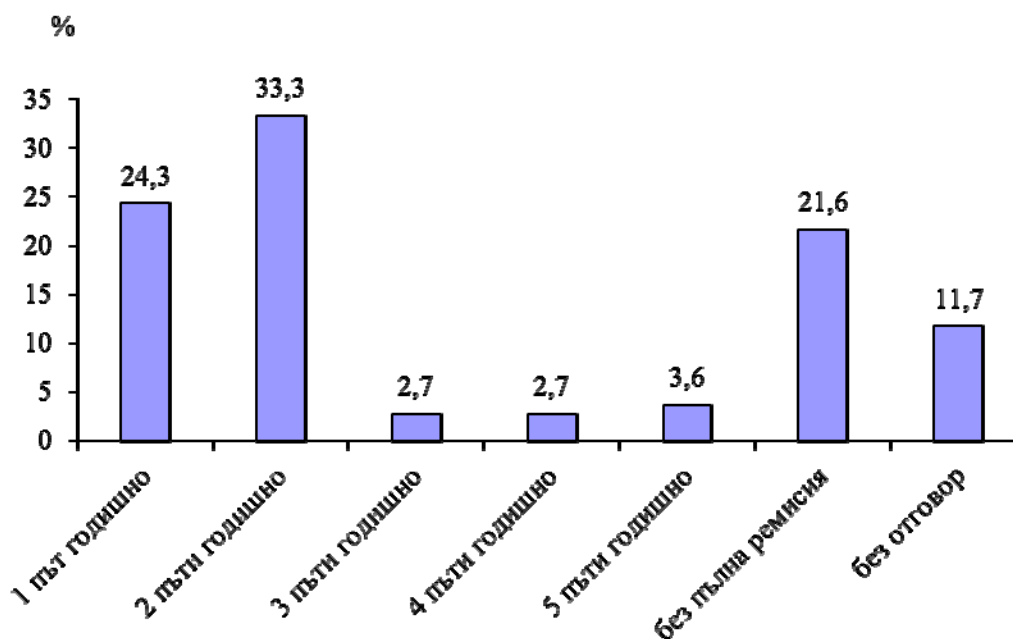


**Фиг. 8. Давност на заболяването според клиничната тежест**

Анализът на нашите данни показва отчетлива тенденция с напредването на болестта във времето да се увеличава вероятността за трансформирането ѝ в по-тежки клинични форми. Леките прояви на болестта не рядко се negliжират. Пациентите са склонни да се отклоняват от навременно и адекватно лечение, да не съобразяват действието на рисковите фактори в краткосрочен и дългосрочен план, което крие големи рискове от неблагоприятно протичане и поява на трудно овладяващи се рецидиви.

## 2.2. Рецидиви

Повече от половината от анкетиранияте съобщават, че са имали по един или два рецидива годишно – 57,6% (фиг. 9). Липса на пълна ремисия и постоянно персистиране на т. нар. „дежурни плаки“ отчита всеки четвърти болен (21,8%).



**Фиг. 9. Брой рецидиви годишно**

Данните при съобразяване на тежестта на псориазиса показват, че цифрите съществено се различават за някои от разгледаните характеристики (табл. 4). Докато 35,5% от болните с лек псориазис са имали само по един или не са имали рецидиви през годината, то за тежките форми това са само 15,3%. Същевременно с три и повече рецидиви, и без пълна ремисия са 37,3% от тежко болните и 23,6% при леките форми.

**Табл. 4. Разпределение на болните с псориазис според броя на рецидивите и тежест на клинична изява**

Брой рецидиви годишно	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
до 1 път	18	35,3%	9	15,3%	27	24,5%
2 пъти	16	31,4%	21	35,6%	37	33,6%
3 и повече	4	7,9%	6	10,2%	10	7,0%
без пълна ремисия	8	15,7%	16	27,1%	24	21,8%
без отговор	5	9,8%	7	11,9%	12	10,9%
общо	51	100,0%	59	100,0%	110	100,0%

Проучването на броя рецидиви е важно с оглед възможността за прогнозиране на еволюцията на заболяването и би помогнало при изработването на алгоритми, касаещи честотата на контролните прегледи и организацията на дългосрочното наблюдение. Последното е наложително поради значителния брой пациенти, които съобщават за липса на пълна ремисия. Това са една пета от болните с леките форми и една трета от по-тежко протичащите. Непостигането на клинична ремисия при толкова висок процент от респондентите насочва към съществени дефицити в програмите на обгрижването на болните и обучение.

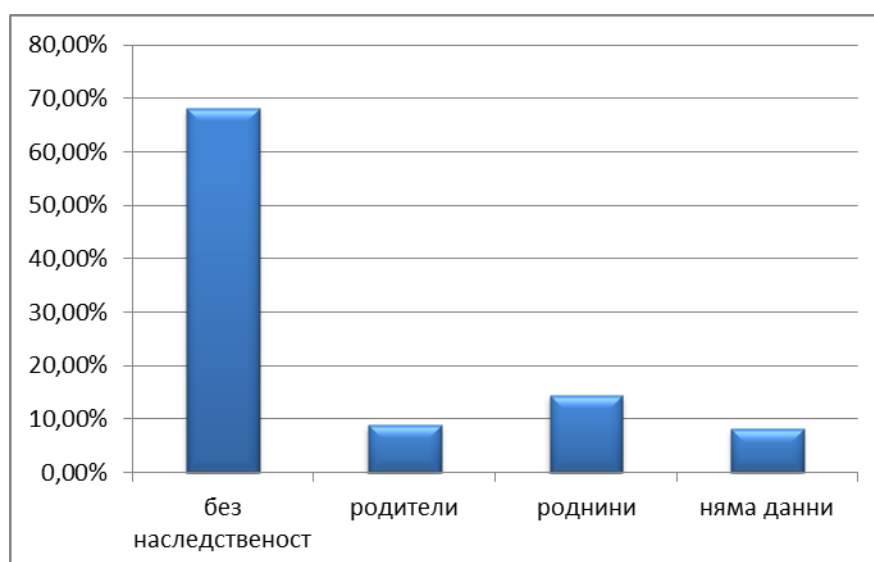
### **2.3. Фамилност**

Фамилността е важна характеристика на псориазиса като начините на унаследяване не са напълно известни. Открити са няколко гена, вероятно свързани със заболяването, чието проявление зависи от сложните взаимодействия на организма с различни елементи на околната среда.

В нашето проучване наследственост установихме в 31,8% от случаите (фиг. 10). Освен за наличие на псориазис у един или двамата родители, част от болните съобщават, че заболяването вече се е проявило и при техните деца. Почти 7% имат брат или сестра с псориазис, а други 5% – по-далечни роднини със заболяването. Нашите данни са съпоставими с тези на Ботев [4] и Господинов [81] в проучвания върху българска популация. Те са по-ниски, отколкото посочват Di Lernia V и съавт. [81] но по-високи, от докладваните от Song HJ и съавт. 12.7% [223].

Разпределението по групи показва, че при леките форми наличие на фамилност е посочена от 19,6% от респондентите, докато при умерено изразените и тежки случаи за тя достига до 42,4% (табл. 5). Когато се

прави анализ на връзка между тежестта на клиничната форма и наследствеността се установяват различия, които са статистически значими ( $p = 0,005$ ). За липса на наследственост съобщават 80,4% от пациентите с леко изразен псориазис и 57,6% от тези с умерено и тежко изразени форми. В групата на леките форми 11,9% имат родител или и двама родители с диагностицирано заболяване. При тежките форми за болен родител съобщават 6,8%, но към тях се добавят 25,5%, които знаят за по-близки или далечни роднини, включително деца, страдащи от псориазис. Това обстоятелство не се отчита при леките форми.



**Фиг. 10. Наследственост при псориазис**

**Табл. 5. Разпределение на болните с псориазис по признак наследственост и тежест на клинична изява**

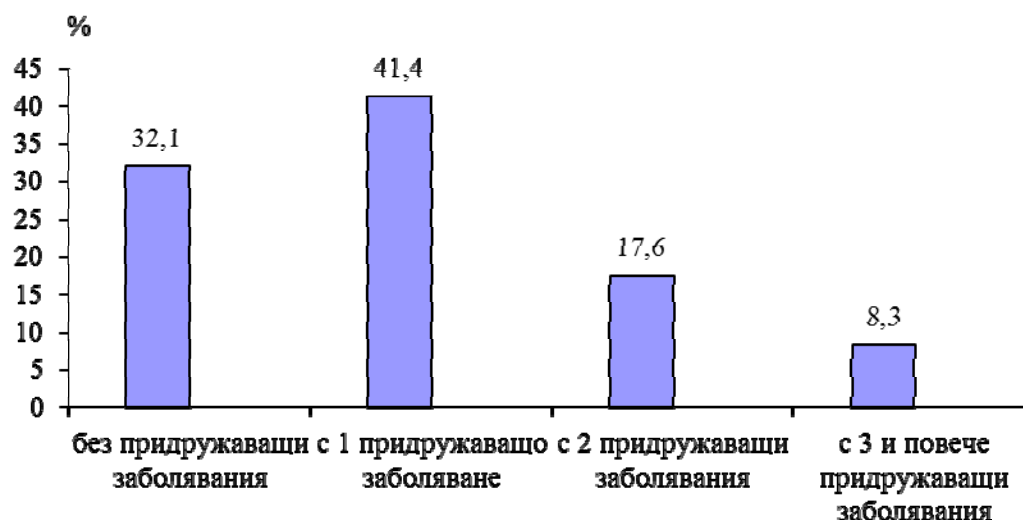
Наследственост	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
липсва	41	80,4%	34	57,6%	75	68,2%
родители	6	11,9%	4	6,8%	10	9,0%
деца	1	2,0%	2	3,4%	3	2,7%
роднини	0	0%	13	22,1%	13	11,8%
без отговор	3	5,9%	6	10,2%	9	8,2%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

За разлика от López-Estebanz JL и съавт., според които тежестта на псориазис и делът на пациентите с коморбидност не са били повлияни от наличието на фамилна анамнеза [148], данните от нашите анализи сочат значението на наследствеността в протичането на псориазиса и най-вече в прехода му към по-тежките форми. Активното търсене на наследственост при подробен разговор с пациента не бива да се пропуска от медицинския екип. То може да допринесе за прогнозиране на еволюцията на заболяването и нейното повлияване, а също и отчитане на риска за поколението. Не помалко важно е да се знае, че редица фактори, включително и медикаменти, могат да „отключат“ псориазис или провокират негови рецидиви, особено при наличие на фамилно предразположение. Близките на пациентите също следва да бъдат информирани за такава възможност. Включването на тази тема в информационните бюлетени за пациентите би допринесла за осъществяване на осъзнат контрол върху поведенческите модели на пациентите.

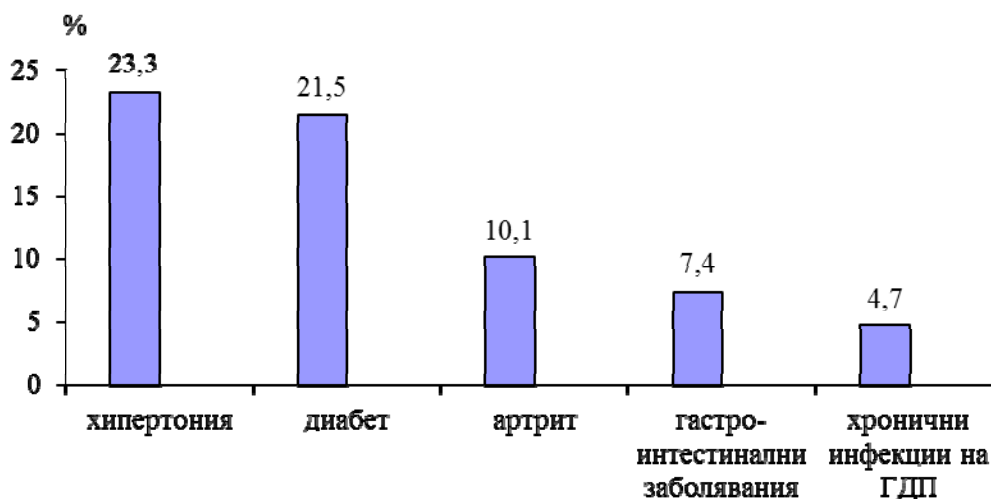
#### **2.4. Придружаващи заболявания**

Според анамнестичните данни за наличие на придружаващи заболявания само една трета от болните не съобщават за наличие на такива (фиг. 11). Почти половината имат едно придружаващо страдание, а всеки четвърти – две или повече.

Най-голям брой от изследваните съобщават за наличие на хипертония и диабет, като често те се срещат в комбинация в рамките на метаболитния синдром (фиг. 12).



**Фиг. 11. Брой придружаващи заболявания**



**Фиг. 12. Вид придружаващи заболявания**

Честотата на тези заболявания показва различия в групите на леките и тежки форми на псориазис. Хипертонията е отчетена в 15,8% от болните с леко протичане и почти двойно по-често (28,9%) при пациентите с тежък псориазис. Разликите за диабета варират по-малко и са съответно 17,9% и 23,8%. Данните са подобни на докладваните от други автори, касаещи асоциацията на метаболитния синдром с псориазис и са в подкрепа на концепцията за системния характер на заболяването [10, 11, 12, 71, 73, 81 119, 168, 209].

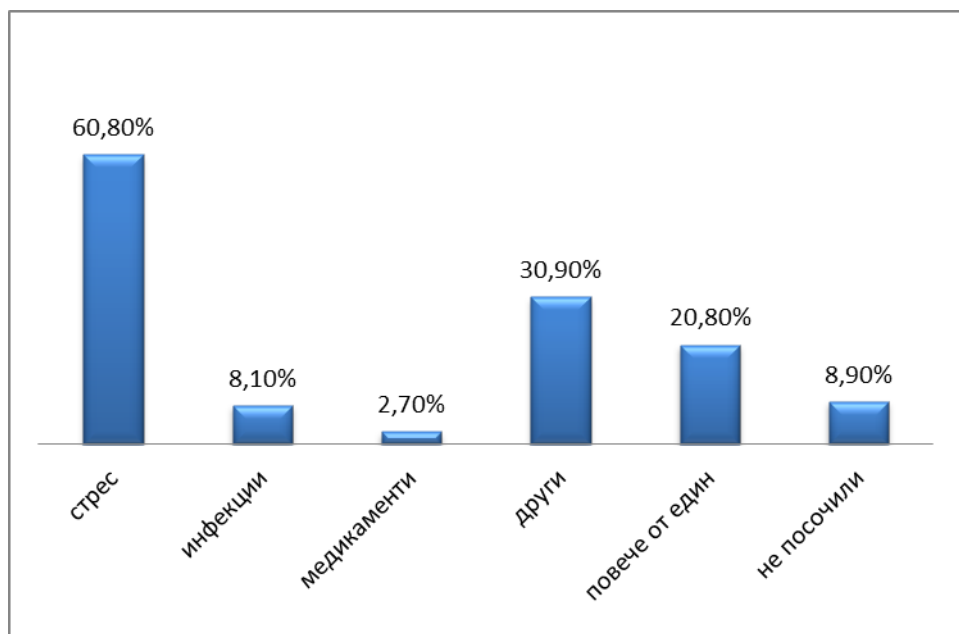
В нашето проучване по-рядко пациентите съобщават за наличие на ставна симптоматика (10,1%), оплаквания от страна на храносмилателната система или наличие на хронични инфекции от страна на горните дихателни пътища. Относително малкия брой болни, посочили подобни заболявания, правят евентуални изводи неубедителни, поради което е необходимо наблюдение върху по-голяма група болни.

Знанието за коморбидностите е от изключителна значимост поради поне две важни обстоятелства. От една страна редица медикаменти, назначавани за лечение на придружаващо заболяване могат да влошат псориазиса, а от друга – лечението на псориазис може да изостри съществуващо съпътстващо заболяване [44, 82, 165, 233, 235]. Достатъчната информираност както на пациенти, така също и на лекари от други специалности може да минимализира рисковете. Освен това тези болни се нуждаят от ефективно и редовно диспансерно наблюдение, провеждане на контролни изследвания и адаптиране на най-малко рискови терапевтични схеми.

## **2.5. Провокиращи фактори**

Изследването на провокиращите фактори за нашата група пациенти показва, че средът е посочен като такъв от 60,8% от тях (фиг. 13).

Втора по честота причина са инфекциите, за които има данни при 8,1%, а прием на медикаменти като причина за кожните прояви се сочи само от 2,7% от респондентите. Голяма е групата (30,9%) на посочилите разнообразни други фактори като провокиращи, включително химически агенти, сезонност, травми и др. Понякога идентифицирането на конкретна причина за рецидивите е трудно дори за самите болни и всеки пети (20,8%) предполага действието на повече от един провокиращ агент.



**Фиг. 13. Провокиращи фактори**

При проучване влиянието на провокиращите фактори за двете групи болни с различна клинична тежест на заболяването се установи липса на големи различия и статистически значими зависимости (табл. 6). Това показва, че откриването на т.нар. „отключващ“ фактор е еднакво отговорна задача както за пациентите с умерено тежки и тежки форми, така и за тези с по-лека изява на заболяването и не бива да се омаловажава.

**Табл. 6. Разпределение на болните с псориазис по провокиращи фактори и клинична изява. Общият % надвишава 100, поради наличие на пациенти, посочили по няколко провокиращи фактора**

Провокиращи фактори	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
стрес	31	60,9%	36	61,1%	67	60,8%
инфекции	7	13,7%	2	3,4%	9	8,1%
медикаменти	3	6,0%	0	0%	3	2,7%
други	12	23,6%	22	37,3%	34	30,9%
повече от един	12	23,7%	11	18,7%	23	20,8%

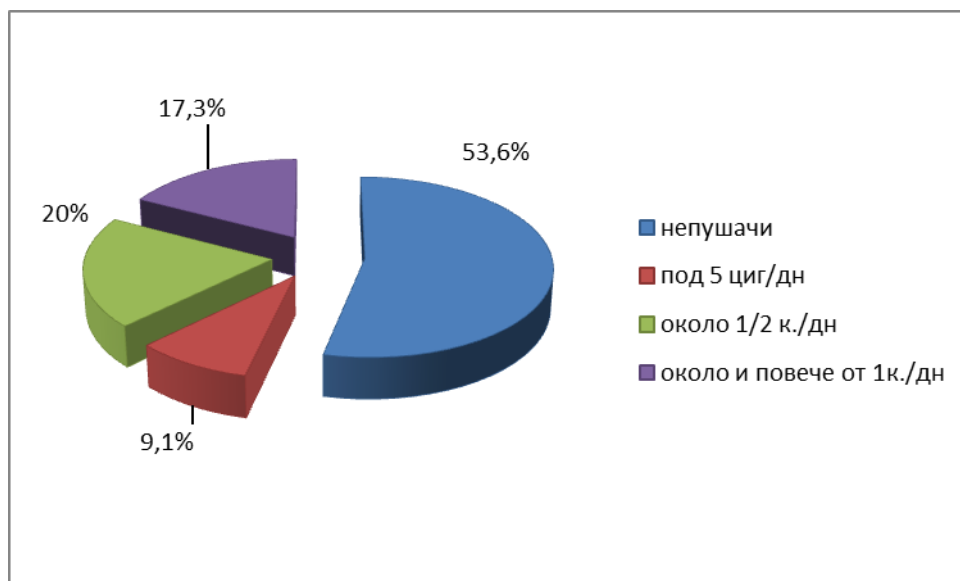
Както редица автори посочват стресът е съобщаван най-често като провокиращ фактор. В групата на Mallbris L. и съавт. това са 46% от

пациентите с плакaten псориазис [153]. Връзка с инфекциозни агенти също е изучавана [66, 157, 178, 190]. При нашата група пациенти разпределението не позволява да се направят статистически значими изводи. Необходимо е включването на по-голям брой болни в бъдещи проучвания.

За практиката обсъждането на провокиращите фактори означава, че снемането на анамнестичните данни трябва да става с особено внимание и настойтелност. Проучването на ежедневието за идентифициране на факторите, имащи отношение към рецидивите и създаването на програма за тяхното елиминиране или поне минимализиране може да доведе до постигане на по-добър контрол върху еволюцията на заболяването.

## **2.6. Вредни навици – тютюнопушене и консумация на алкохол**

Сред вредните навици, които проучвахме в нашето изследване, са тютюнопушенето и консумацията на алкохол. В специализираната литература консумация на алкохол не се свързва пряко с клиничните проявления на псориазис, за разлика от тютюнопушенето. Данните от разпределението на пациентите според присъствието на тези навици в живота им в наблюдаваната от нас група е представено на фиг. 14 и фиг. 15. Прави впечатление, че повече от половината пациенти са непушачи и не употребяват алкохол под никаква форма. Около и повече от една кутия дневно пушат 17,3%, а под една кутия дневно – 29,1%.



**Фиг. 14. Тютюнопушене**

Разпределение на болните с псориазис по признак тютюнопушене и клинична изява показва съществени различия. Повишен е броят пушачи в групата на пациентите с леки форми (56,8%) в сравнение с имащите по-тежка изява на болестта (37,3%) (табл. 7). Около половин кутия цигари дневно пушат почти три пъти повече пациенти в първата група (29,4%), отколкото във втората (11,9%). Употребяващите около и повече от 1 кутия дневно са еднакво разпределени в двете групи.

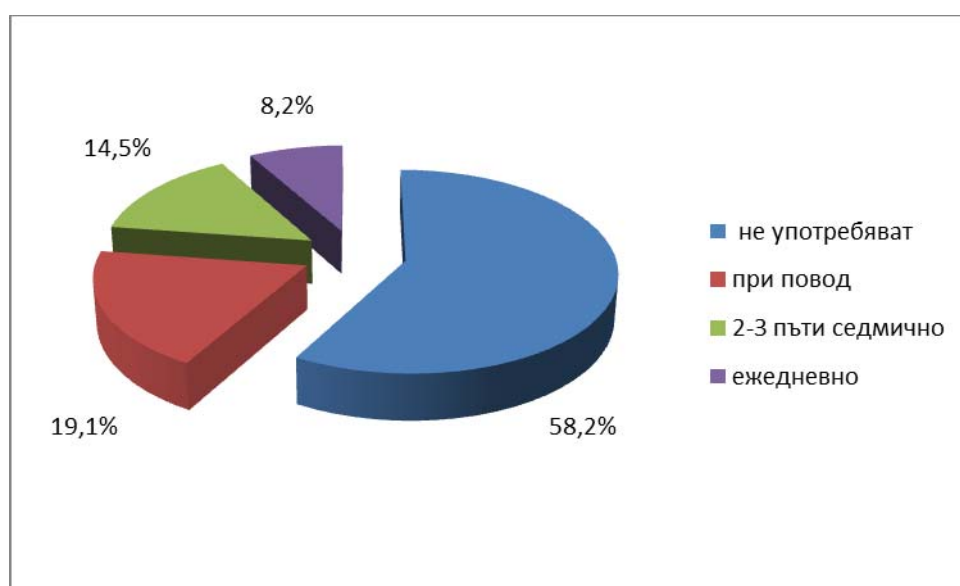
**Табл. 7. Разпределение на болните с псориазис по признак тютюнопушене и тежест на клинична изява**

Тютюнопушене	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
<b>непушачи</b>	22	43,2%	37	62,7%	59	53,6%
<b>под 5 циг./дн</b>	5	9,8%	5	8,5%	10	9,1%
<b>около ½ к./дн</b>	15	29,4%	7	11,9%	22	20,0%
<b>=/&gt; 1 к./дн</b>	9	17,7%	10	17,0%	19	17,1%
<b>общо</b>	51	100,0%	59	100,0%	110	100,0%

Нашите данни за тютюнопушене (46,4%) са почти идентични с тези на Song HJ и съавт., които установяват, че 48,3% от тяхната група с

псориазис имат анамнеза за тютюнопушене [223]. На изучаването му се отдава значение и поради коморбидностите, свързани с псориазис, най-вече сърдечно-съдови заболявания, но също и възпалителни заболявания на червата, както и няколко ракови заболявания (особено тези на дихателните пътища) [172]. Установеният от нас значително повишен процент пушачи при пациентите с леки форми на псориазис, в сравнение с тежките, изисква внимателна интерпретация и съпоставка с броя пушачи в контролна група здрави лица или в общата популацията.

Що се отнася до консумацията на алкохол може да се каже, че редовно – 2-3 пъти седмично или ежедневно, употребяват алкохол почти една четвърт от респондентите – 22,7% (фиг. 15). Ежедневната консумация е свързана най-вече с прием на бира, а посочилите 2-3 пъти седмично съобщават за вино и концентрат.



**Фиг. 15. Консумация на алкохол**

Консумацията на алкохол при двете групи пациенти с различна по тежест клинична изява на псориазиса показва идентични данни за липса на прием на алкохол (табл. 8). В групата на пациентите с леки форми една четвърт (25,5%) съобщават, че се случва да упо-

трябват алкохол само при повод, а консумиращите 2-3 пъти седмично (обикновено през уикенда) и ежедневно, са 15,7%. За сравнение – болните с умерено изразени и тежки форми на болестта, които съобщават за прием на алкохол при повод са два пъти по-малко – 13,6%, но е почти двойно по-голям процентът на редовно консумиращите – 28,8%.

**Табл. 8. Разпределение на болните с псориазис по признак консумация на алкохол и тежест на клинична изява**

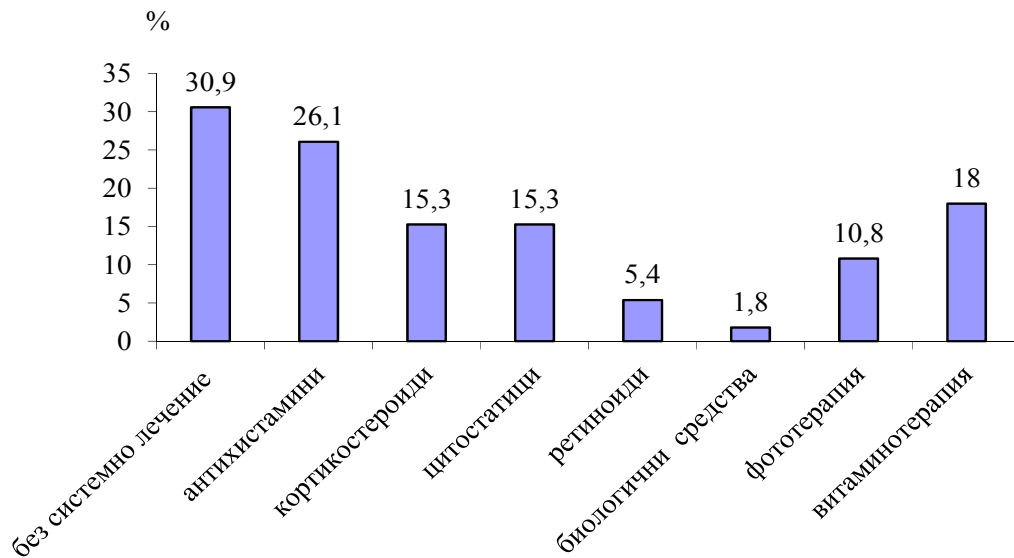
Консумация на алкохол	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не употребяват	30	58,8%	34	57,6%	64	58,2%
при повод	13	25,5%	8	13,6%	21	19,1%
2-3 пъти седмично	6	11,8%	10	16,9%	16	14,5%
ежедневно	2	3,9%	7	11,9%	9	8,2%
общо	51	100,0%	59	100,0%	110	100,0%

Пряката връзка на употребата на алкохол и псориазис е дискусативна в научната литература. Данните са противоречиви и трудни за сравняване поради различния дизайн на проучванията и начин на определяне на количеството и вида на употребяван алкохол. Song HJ и съавт. докладват, че близо две трети (64,0%) от техните пациенти консумират алкохол, докато в нашето проучване те са 41,8% общо за цялата група и значително повече – 71,2% за пациентите с умерено изразени и тежки форми [223].

Алкохолната консумация е от значение и като рисков фактор при установяване на придружаващи заболявания, но също и при преценка на методите за системно лечение. Тези данни изискват по-разширено и задълбочено проучване и работа в посока на ограничаване на вредните навици.

## 2.7. Параметри и вид на медикаментозно лечение

Редица автори приемат, че от системно лечение се в действителност се нуждаят около 20% от болните [238]. За липса на системно лечение съобщават 30,9% от нашите пациенти (фиг. 16). Средствата за системна терапия, които пациентите посочват, че са им предписвани във връзка с псориазиса са най-вече антихистамини – 26,1% и витаминотерапия – 18%, за чиито действителен ефект върху патогенезата на псориазиса няма убедителни научни доказателства.



**Фиг. 16. Системна терапия**

Прави впечатление високият брой пациенти, които съобщават, че са лекувани с кортикостероидни препарати. Те се равняват на получените цитостатична терапия – 15,3%. Данните подлежат на много сериозен анализ на факторите, които са довели до такава преценка на индикациите. Приложението на системни кортикостероиди по принцип се отхвърля от дерматологичната общност. Въпреки бързия си ефект при неправилно приложение те могат да доведат до тежки рецидиви и същевременно да увеличават вероятността за трансфор-

миране на плакатен псориазис в псориагична еритродермия или пустулозен псориазис.

Лечение с ретиноиди са получили само 5,4% от пациентите. Пренебрежимо малък е и броят болни, лекувани с биологични препарати. Тези най-нови и активни средства за системно лечение на болни с тежки форми на псориазис е необходимо да намерят по-широко място в терапевтичните схеми. Общият процент надвишава 100%, поради това, че някои от пациентите са провеждали няколко вида системни терапии, в някои случаи – и комбинирани.

Анализът на нашата група в зависимост от тежестта на засягане показва че за липса на системна терапия съобщават 25,5% от болните с умерени и тежки форми на заболяването. Този факт изисква по-задълбочено проучване дали не е свързан с недостатъчно използване на възможностите на съвременната медицина или се касае за отказ на пациентите от провеждането на такава терапия. Една от причините за подобен отказ би могла да е финансова, тъй като необходимостта от продължително лечение е свързана със значителен паричен ресурс. В условията на здравната система в България пациентите, с малки изключения, заплащат сами и изцяло предписаните медикаменти [23], предпоставка за отклоняване от предписаните терапевтични схеми.

От друга страна пациентите, страдащи от хронично-рецидивиращи заболявания и не получили бързо очаквания от тях резултат проявяват склонност да се самолечат, следвайки съвети на близки и приятели, а също публикации в медии или рекламни материали. Този процес се улеснява от разнообразни фактори – увереността, че могат да се справят сами, липсата на време и желание да се посети специалист, липса на доверие в здравната система или ограничен достъп до здравна помощ и не на последно място – лесната възможност да се набавят лечебни средства, действие освободено от всякакъв контрол. Много широка група ле-

чебни средства е на свободен достъп. Дори и отпускани с рецепта те могат да се набавят безпроблемно. Не е изключение многократното използване на една и съща рецепта в продължение на години. Поемайки лечението „в свои ръце“ пациентите стават „изобретателни“ в откриването на нови подходи, създавайки условия за терапевтични грешки и значителни неуспехи. За изучаване на нагласите за самолечение на пациентите бе зададен въпрос дали прибегват към такова. Резултатите, представени на табл. 9 показват, че почти половината (47,2%) от респондентите „понякога“, „често“ и „изключително често“ прибегват до самолечение, като не се установяват значителни разлики в двете групи с различна по тежест клинична изява. Това показва, че причините са универсални и по-скоро психологически, отколкото чисто медицински.

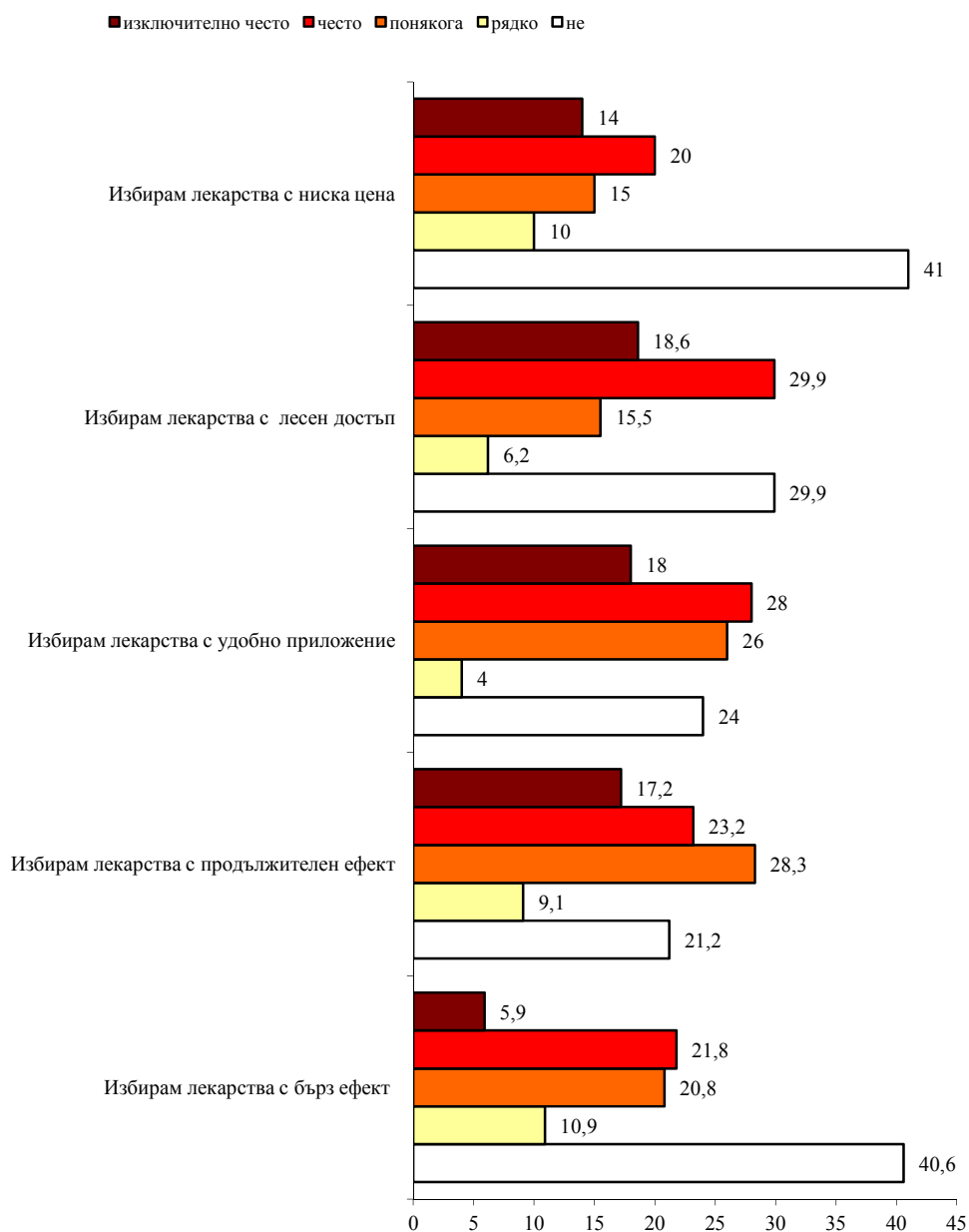
**Табл. 9. Разпределение на болните с псориазис според тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Прибягвам до самолечение	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	28	56,0%	28	50,0%	56	52,8%
понякога, често, изключително често	22	44,0%	28	50,0%	50	47,2%
<b>общо</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>106</b>	<b>100,0%</b>

Нашите данни са по-високи от тези на Kivelevitch DN и съавт. в чиято група 33% са прибегвали до самолечение [133]. Това би трябвало да буди сериозно безпокойство, защото отказ от специализирана медицинска помощ създава сериозни предпоставки за неадекватно, рисково поведение, не постигане на ефект и опасност от влошаване на състоянието. Става ясно, че трябва да се работи не само с пациентите с тежък псориазис, но в еднаква степен и със същите усилия и с болните с леки форми. При липса на контакт с лекаря и недостатъчната информираност за

опасностите от такова поведение нараства отговорността на обществените структури между които са пациентските организации и медиите

Допълнителен интерес представлява анализът на данните, отнасящ се до качествата, които трябва да притежава един медикамент, за да бъде предпочетен (фиг. 17).



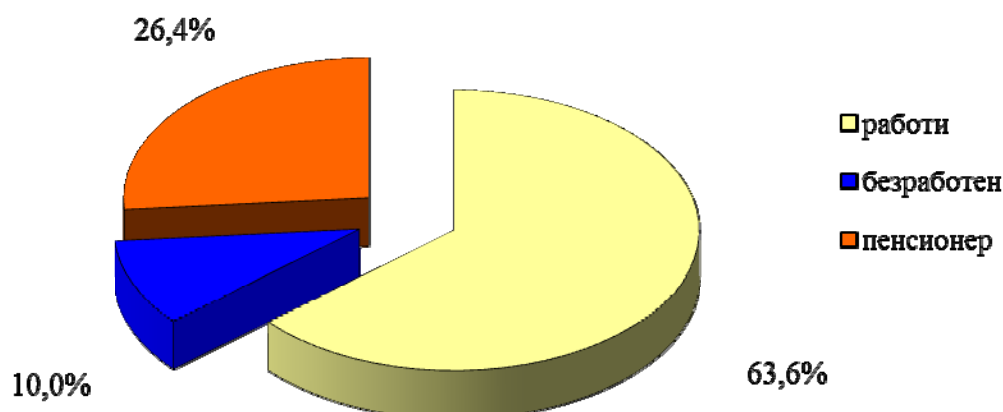
**Фиг. 17. Избор на лекарства. Разпределение на пациентите в %**

Общоприето е да смятаме, че водещи за пациентите са бързия ефект и ниската цена. Опровержение получаваме от получените данни на респондентите. От бърз ефект и ниска цена не се интересуват почти половината пациенти (40,6% и 41,0%). Отговор „често“ и „изключително често“ дават съответно 27,4% и 34,0%. Много по-голямо значение пациентите придават на лесния достъп (48,5%), удобството на приложение (46%) и продължителността на ефекта (40,4%). Тези данни трябва да се вземат под внимание от лекарите при изграждане на терапевтичните схеми, защото спомагат за по-стриктно придържане към указанията.

### 3. Социални и психологически аспекти

#### 3.1. Трудова заетост

По-голямата част от отговорилите работят – 63,6%, не са трудово ангажирани 10% и 26,4% са пенсионери (фиг. 18).

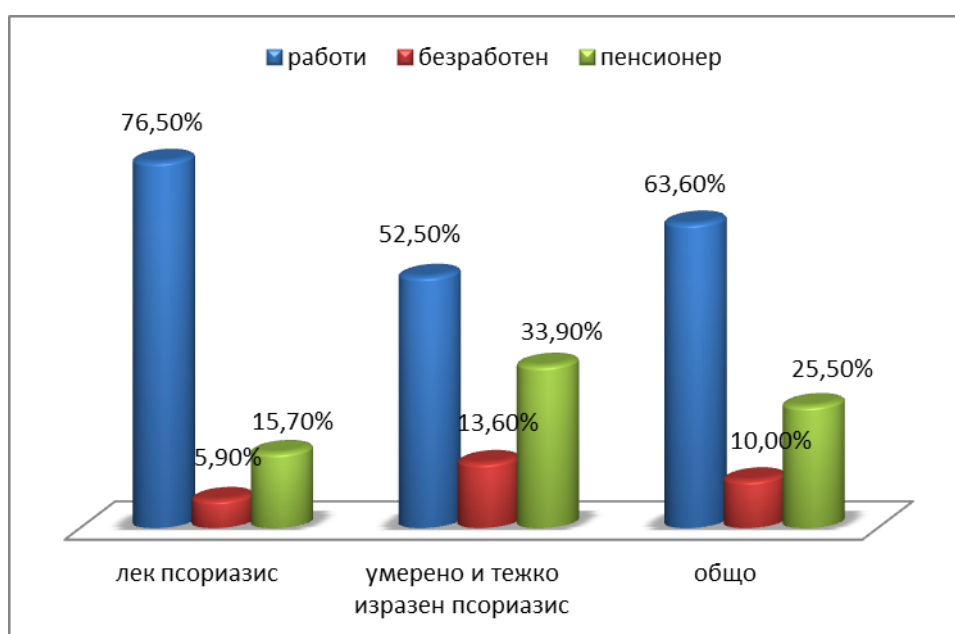


Фиг. 18. Разпределение по трудова заетост

Съпоставянето на трудовата заетост при леките форми на псориазис от една страна и от друга – на умерено изразени и тежки форми показват значителни различия (Табл. 10, Фиг. 19). Работещи са три четвърти от болните с леки форми (76,5%), докато във втората група това са половината от пациентите (52,5%). Там се установяват 13,6% безработни при едва 5,9% в първата група. Големи разлики се отчитат и за пенсионерите (17,7% при леките форми и 33,9% при умерено изразените и тежки форми). Точният критерий на Фишер  $p = 0,019$  говори, че установените разлики са статистически значими.

**Табл. 10. Разпределение на болните с псориазис по трудова заетост и тежест на клинична изява**

Трудова заетост	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
<b>работи</b>	39	76,5%	31	52,5%	70	63,6%
<b>безработен</b>	3	5,9%	8	13,6%	11	10,0%
<b>пенсионер</b>	9	17,7%	20	33,9%	29	26,4%
<b>общо</b>	51	100,0%	59	100,0%	110	100,0%



**Фиг. 19. Трудова заетост**

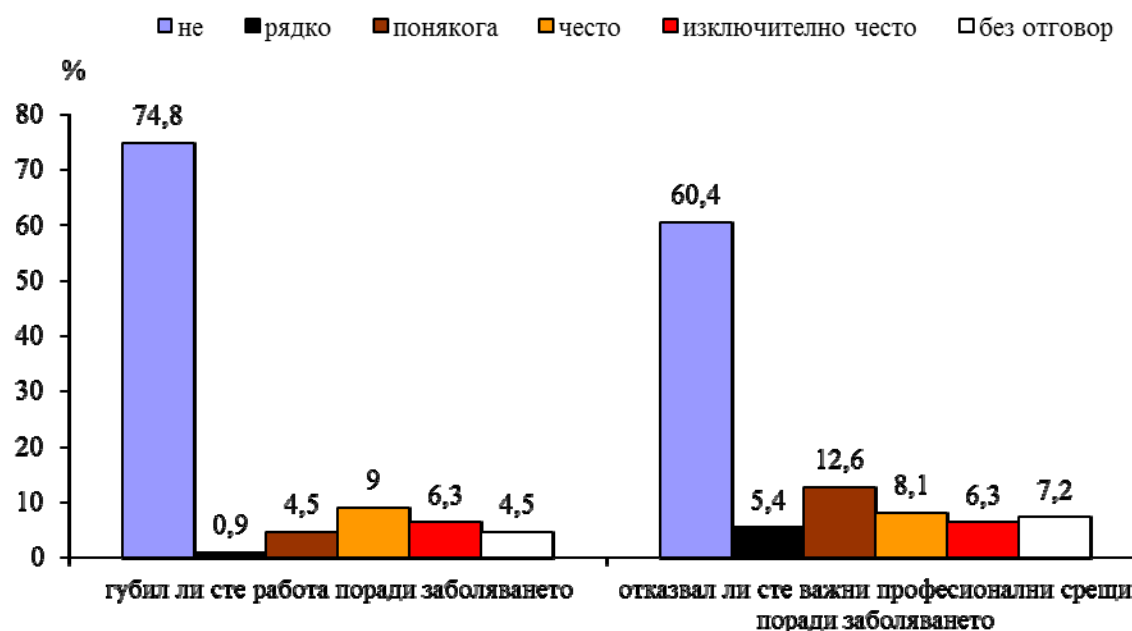
Наличието на такива разлики е косвено свидетелство за трудностите, които пациентите с псориазис, особено при по-тежка изява на заболяването изпитват при търсенето на възможности за професионална реализация, а от там – финансово осигуряване и социална адаптация. Големият процент пенсионери в тази група може да намери обяснение във факта, че тя концентрира по-възрастни пациенти и част от тях са полиморбидни. Това е най-уязвимата група, мерките по отношение на нея трябва да са разширени, да включват по-често наблюдение и обмисляне на мероприятия за подпомагане. Безработните също са с по-голям дял, отколкото при леките форми. Подобни са резултатите на Mahler R и съавт. за положителната корелация на безработицата с тежестта на заболяването [151]. Все повече изследователи обръщат внимание на навременно осигуряване на консултации със съответните специалисти, а при нужда и с психолог [100, 107, 176].

Съчетано с добра профилактика и активно лечение на рецидивите може да скъси периодите на неудобство за пациентите и върне отново конкурентноспособността им на трудовия пазар.

### **3.2. Професионални взаимоотношения**

Безспорно е че професионалната изява е от изключителна важност за всеки човек в активна възраст. Реализирани професионални планове водят до удовлетворение и желание за достигане на нови хоризонти. Като значимо допълнение е обстоятелството, че чрез трудовата активност се набавят финансов ресурс за ежедневните разходи на пациентите и техните семейства, в това число и за лекарства. За голяма част от пациентите това може да бъде единствения източник на средства, което повишава стреса от мисълта за загуба на работа.

За изучаване на взаимоотношенията в професионалната сфера пациентите бяха помолени да отговорят на два въпроса: „губил ли сте работа поради заболяването?“ и „отказвал ли сте важни професионални срещи поради заболяването?“. В 5-степенна самооценъчна скала възможните отговори са: „не“; „рядко“; „понякога“; „често“ и „изключително често“. Получените резултати са обобщени и представени на фиг. 20. На първия въпрос всеки пети респондент отговаря че „понякога“, „често“ и „изключително често“ е бил в тази ситуация – 19,8%. Още по-голям е броят на пациентите, които са отказвали важни професионални срещи – 27%. Данните показват степента на въздействието, което псориазисът оказва върху един от най-важните аспекти на живота – професионалната изява. По-високият процент на отказвалите професионални контакти поради заболяването насочва към наличие на чувство на неувереност и несигурност, които съпътстват пациентите и необходимост от работа с психологическа насоченост.



Фиг. 20. Професионални взаимоотношения

Разпределението на данните от отговорите в зависимост от тежестта на заболяването е представено на табл. 11 и табл. 12. На първия въпрос „губил ли сте работа поради заболяването?“ отговор „понякога“, „често“ и „изключително често“ са дали 16,0% от пациентите с лек псориазис и 24,6% от тези с умерено изразени и тежки форми, като разликите не показват статистическа значимост.

**Табл. 11. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Губил ли сте работа поради заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	42	84,0%	43	75,4%	85	79,4%
понякога, често, изключително често	8	16,0%	14	24,6%	22	20,6%
<b>общо</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>107</b>	<b>100,0%</b>

За въпроса „отказвал ли сте важни професионални срещи поради заболяването?“ наблюдаваме по-високи стойности, които показват сходно разпределение. Всеки четвърти от пациентите с лек псориазис (24,5%) и всеки трети с умерено изразен и тежък псориазис (32,7%) отговарят че това се е случвало понякога, често и изключително често. (табл. 12).

**Табл. 12. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Отказвал ли сте важни професионални срещи поради заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	37	75,5%	37	67,3%	74	71,2%
понякога, често, изключително често	12	24,5%	18	32,7%	30	28,8%
<b>общо</b>	<b>49</b>	<b>100,0%</b>	<b>55</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>

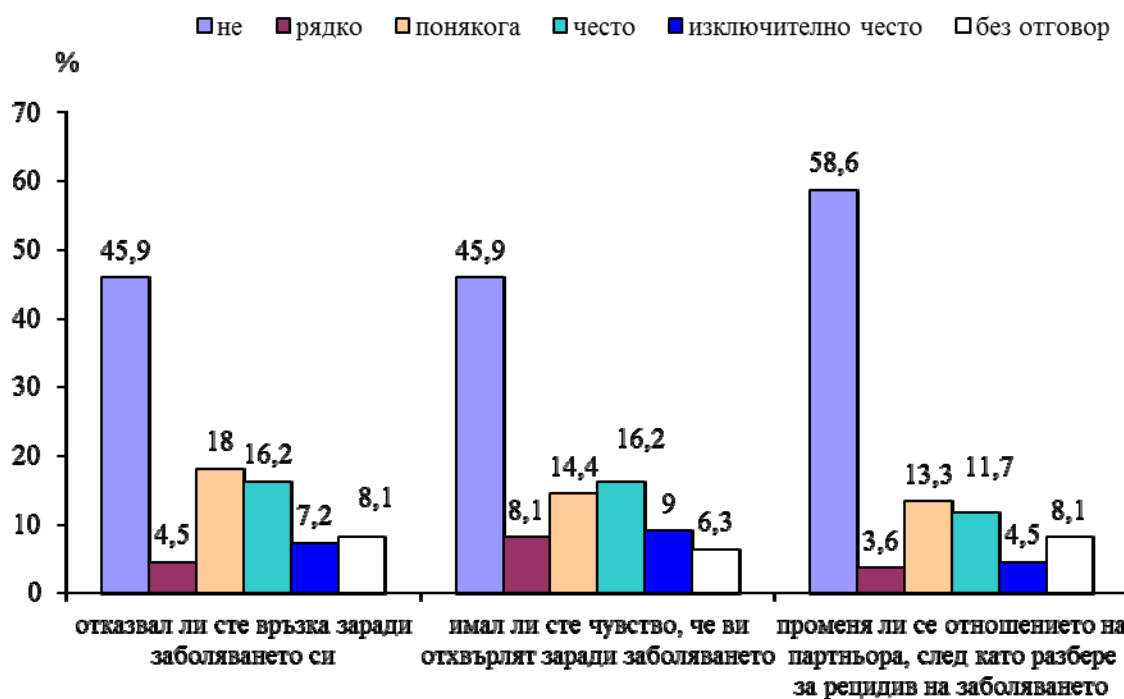
Въпреки, че разликите в отговорите на зададените въпросите не показва статистическа значимост, прави впечатление, че групата на респондентите с умерено изразени и тежки форми понася повече тежест и е с по-неблагоприятни показатели. Това са и болните, за които социалната подкрепа трябва да бъде по-сериозна. Пациентските организации също трябва да се включат активно в разяснителните кампании. Отказът от срещи се дължи повече на психологическото самовъзприятие и критичност, отколкото на действителната увреда на физическо ниво. Тук е мястото за привличане на психолози в програмите за обгрижване на пациентите.

### **3.3. Лични взаимоотношения**

Влиянието на псориазиса се разпростира далече извън рамките на индивида. Пациентите са с чувство, че са стигматизирани и това неизбежно оказва голямо влияние в сферата на личните взаимоотношения. Най-значимо е отражението при най-близките контакти. Нашата задача беше да се проучат тези взаимоотношения чрез изразеното субективно усещане на пациентите. Респондентите бях помолени да отговорят на три въпроса посредством самооценъчна скала, включваща 5-степенна скала с възможни отговори: „не“; „рядко“; „понякога“; „често“ и „изключително често“. Получените резултати са обобщени и представени на фиг. 21.

Първите два въпроса отразяват по-скоро себеусещането на пациентите – „отказвал ли сте връзка заради заболяването си?“ и „имал ли сте чувство, че ви отхвърлят заради заболяването?“. Третият въпрос „променя ли се отношението на партньора след като разбере за рецидив на заболяването?“ отразява реалната ситуация и обективното състояние на взаимоотношенията. В отговорите на първите въпроси се отчитат близки

резултати. С „често“ и „изключително често“ на първия въпрос отговарят 23,4%, а на втория – 25,2%. Ако добавим и отговор „понякога“ резултатите са още по-категорични и доближават две пети от респондентите – 41,4% и 39,6%. Когато отговарят на третия въпрос данните са много по ниски – „често“ и „изключително често“ се посочва от 16,2%, а с добавен отговор „понякога“ са 25,5%. Трябва да се отбележи, че част от възрастните пациенти не са дали отговори. Резултатите показват, че псориазисът се отразява по един значим начин на личните взаимоотношения на пациентите. В най-голяма степен страда самооценката, поради което болните съзнателно отказват връзки или се чувстват отхвърляни. Това стеснява възможностите за нови контакти и успешна социална реализация. Що се отнася до вече създадени и изградени взаимоотношения, ситуацията за пациентите е по-благоприятна. Респондентите отговарят, че отношението на партньора не се променя при 58,6% от тях, а 16,2% дават отговор „често“ и „изключително често“.



Фиг 21. Лични взаимоотношения

Разпределението на данните в зависимост от тежестта на заболяването е представено на Табл. 13 и Табл. 14. Анализът показва, че при тежките форми е двойно по-голям процентът на отговорилите с „понякога“, „често“ и „изключително често“, в сравнение с болните с леко изразен псориазис (съответно 58,2% и 28,6%) като резултатите са статистически значими ( $p = 0,003$ ).

**Табл. 13. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Отказвал ли сте връзка заради заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	35	71,4%	23	41,8%	58	55,8%
понякога, често, изключително често	14	28,6%	32	58,2%	46	44,2%
<b>общо</b>	<b>49</b>	<b>100,0%</b>	<b>55</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>

На въпроса „имал ли сте чувство, че ви отхвърлят заради заболяването?“ болните отговарят по сходен начин. Отговорилите с „понякога“, „често“ и „изключително често“ съставляват 30,6% от респондентите с лек псориазис, в сравнение с 50,9% от болните с умерено изразен и тежък псориазис. (статистическа значимост  $p = 0,048$ ).

**Табл. 14. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Имал ли сте чувство, че ви отхвърлят заради заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	34	69,4%	28	49,1%	62	58,5%
понякога, често, изключително често	15	30,6%	29	50,9%	44	41,5%
<b>общо</b>	<b>49</b>	<b>100,0%</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>106</b>	<b>100,0%</b>

На въпроса „променя ли се отношението на партньора след като разбере за рецидив на заболяването?“ отговорилите с „понякога“, „често“ и „изключително често“ в групата с лек псориазис са от 22,9% респондентите с лек псориазис и 39,3% от болните с умерено изразен и тежък псориазис (табл. 15). Резултатите не показват статистическа значимост ( $p = 0,092$ ).

**Табл. 15. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Променя ли се отношението на партньора при рецидив на заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	37	77,1%	34	60,7%	71	68,3%
понякога, често, изключително често	11	22,9%	22	39,3%	33	31,7%
<b>общо</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>

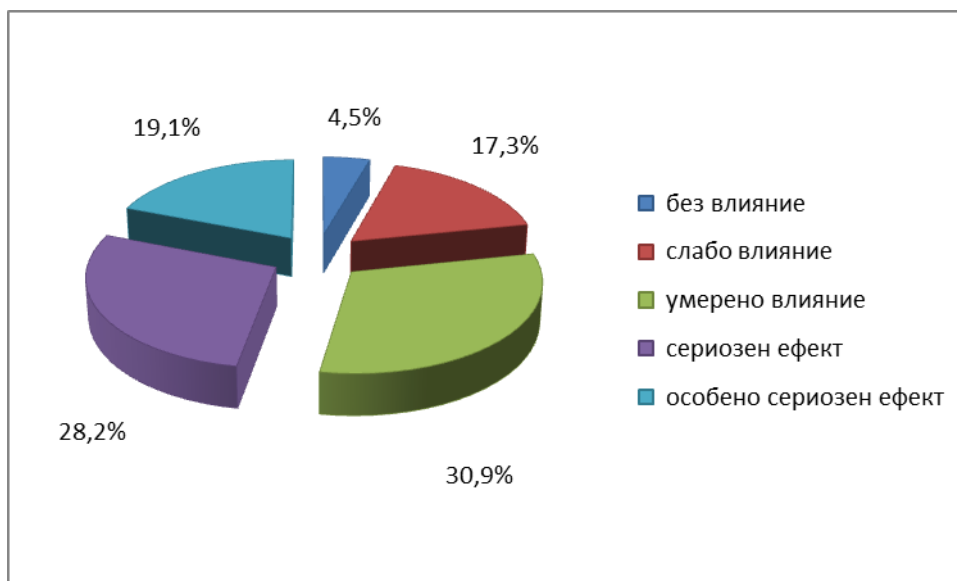
Внимателният анализ и интерпретация на получените от нас данни сочи интересна разлика между субективното усещане (отразено в първите два въпроса) и вероятно обективното състояние на отхвърляне (трети въпрос). Може да се приеме с висока степен на достоверност, че личното възприятие на пациентите отразява понижена самооценка с резултат в посока на избягване или отхвърляне на връзки. Нещо повече – субективното усещане агравира състоянието в по-голяма степен, отколкото отхвърлянето в действителност се случва. Следователно работа на психологическо ниво е абсолютно наложителна, за да се осигурят условия за пълноценна адаптация и реализация. Красноречивостта на данните говори сама по себе си за важността, която болните придават на тази сфера. Същевременно при консултативните прегледи подобни проблеми почти не се обсъждат. Липсата на време и деликатността на темата са пречка да се вникне по-дълбоко от чисто

физическото увреждане. Мерки в тази насока е наложително да се предприемат като се подпомогне обучението на медицинския персонал и се предвиди допълнително време. Всички тези обстоятелства налагат психологическата поддръжка да се осигури като част от рутинната грижа, при това – на възможно най-ранен етап от лечението [42, 64, 83, 91, 100, 107, 146, 176].

### **3.4. Качество на живот**

Данните за качеството на живот, изследвано посредством самооценъчен въпросник DLQI показват, че то не се променя само при 4,5% от респондентите (фиг. 22). Всички останали съобщават за повлияване в различна степен. При всеки пети пациент е отчетен особено сериозен ефект на псориазиса върху качеството на живот, а почти половината (47,3%) са със сериозен и особено сериозен ефект. Тези данни показват значителното влияние на псориазис върху всички ежедневни активности на болните. (Точният критерий на Фишер  $p = 0,000$ ). Факт, който трябва да се познава от близките и в още по-голяма степен от медицинския персонал, включително общопрактикуващи лекари и медицински сестри.

Разпределението на данните в зависимост от тежестта на заболяването е представено на табл. 16. Анализът показва, че за 62,7% от пациентите с лек и 91,5% от тези с тежък псориазис заболяването има умерен, сериозен и особено сериозен ефект върху ежедневните дейности на болните. Резултатите не показват статистическа значимост ( $p = 0,001$ ).

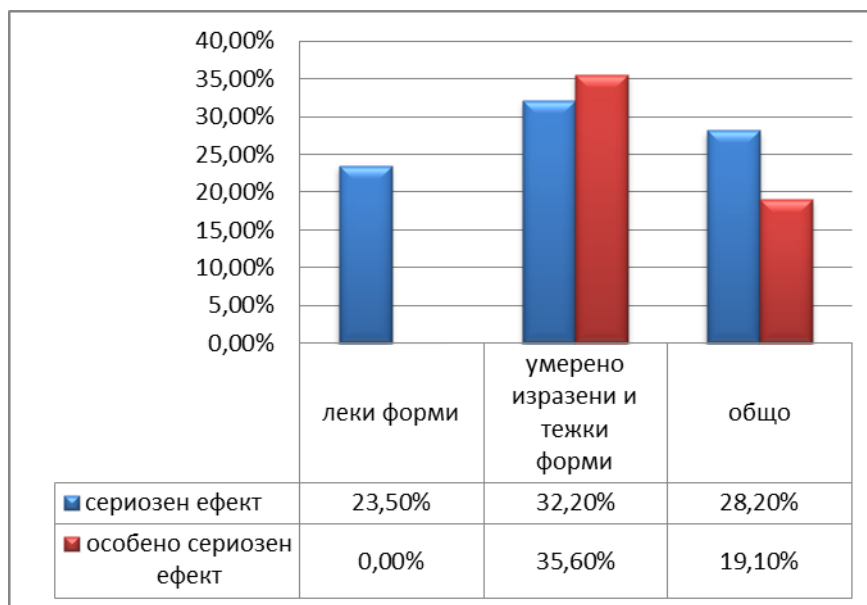


**Фиг. 22. Качество на живот – DLQI**

**Табл. 16. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява**

Качество на живот	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
без влияние	4	7,8%	1	1,7%	5	4,5%
слабо влияние	15	29,4%	4	6,8%	19	17,3%
умерен, сериозен и особено сериозен ефект	32	62,7%	54	91,5%	86	78,2%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

Нещо повече – прави впечатление, че докато в групата на леко изразения псориазис няма пациенти, при които да е отчетен особено сериозен ефект на заболяването върху качеството на живот. При тежко болните със сериозен и особено сериозен ефект са повече от две трети от респондентите (фиг. 23) ( $p = 0.000$ ).



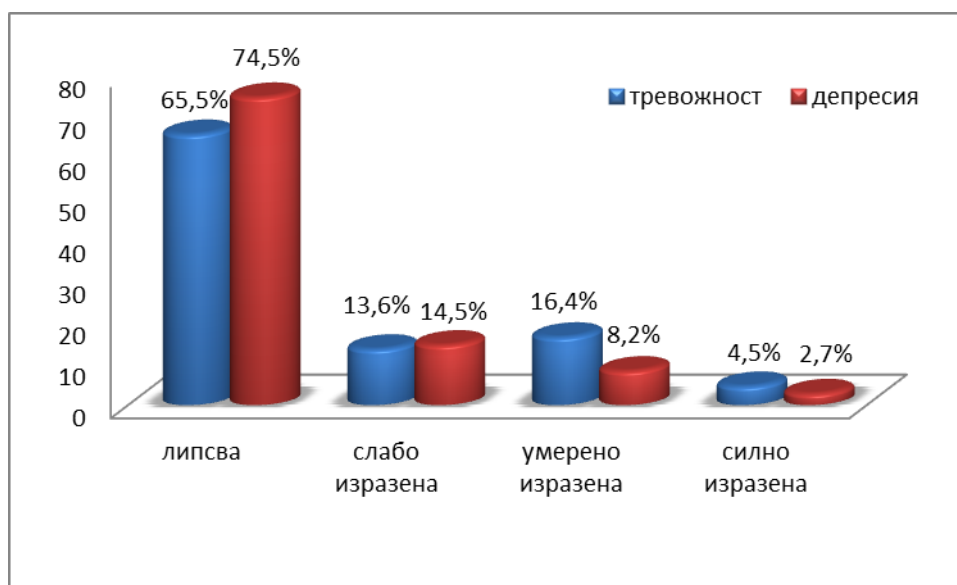
**Фиг. 23. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Проучването на качеството на живот посредством самооценъчния въпросник DLQI дава възможно най-широка представа за степента на повлияване поради това, че обследва субективните оплаквания и отражението върху всички сфери на ежедневието – грижите за дома, свободното време, спортни активности, работа или учение, взаимоотношения с приятели и партньори, сексуален живот и лечение [256]. Нашите данни са аналогични на получените от други автори [1, 25, 37, 55, 58, 59]. Те са в подкрепа на необходимостта пациентите да се разглеждат не само като медицински проблем, а като социални субекти, повлияни от болестта.

### **3.5. Тревожност и депресия**

Изследването на тревожност и депресия се налага, поради доказаното въздействие на псориазиса върху аспекти на психологическото състояние. Изявата им се възприема като елемент от увреждащия потенциал на заболяването. Но влиянието трябва да се разглеж-

да като двупосочно. Депресираните и тревожни пациенти са отчаяни и обезкуражени да полагат достатъчно грижи за лечението си. Данните за тревожност и депресия от нашето проучване са представени на фиг. 24.



**Фиг. 24. Тревожност и депресия**

Резултатите показват високи степени на тревожност и депресия. Тревожността превалява над депресията като една трета от изследваната група – 34,5% са с данни за тревожност, а всеки четвърти – 25,5% е с различна по тежест депресия. Умерено и силно изразени са състоянията при 20,9% за тревожност и 10,9% за депресия.

Разпределението на болните по признаците тревожност и депресия при различните по тежест клинични изяви на псориазиса показва, че с умерено и силно изразена тревожност са 28,8% от по-тежко болните пациенти и 11,8% при леките форми (табл. 17). За депресията това са съответно 13,6% и 7,8% (табл. 18).

**Табл. 17. Разпределение на болните с псориазис и тревожност по тежест на клинична изява**

Тревожност	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
липсва	37	72,5%	35	59,3%	72	65,5%
слабо изразена	8	15,7%	7	11,9%	15	13,6%
умерено изразена	5	9,8%	13	22,0%	18	16,4%
силно изразена	1	2,0%	4	6,8%	5	4,5%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

**Табл. 18. Разпределение на болните с псориазис и депресия по тежест на клинична изява**

Депресия	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
липсва	40	78,4%	42	71,2%	82	74,5%
слабо изразена	7	13,7%	9	15,3%	16	14,5%
умерено изразена	4	7,8%	5	8,5%	9	8,2%
силно изразена	0	0,0%	3	5,1%	3	2,7%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

При извършена статистическа обработка на резултатите за връзка на тревожността с демографски и медицински характеристики на пациентите ние установихме, че значими зависимости са налице единствено при съобразяване броя на рецидивите ( $p = 0,024$ ) и броя на придружаващите заболявания ( $p = 0,031$ ). Размерът на засегнатата площ, тежестта на засягане, образованието, семейното положение и трудова заетост също се отразяват на изпитваната тревожност, но разликите нямат статистическа значимост. Липсва съществена връзка между тревожност от една страна и пол, възраст, местоживеене, продължителност на заболяването и отделеното време – от друга.

Що се отнася до депресията точният критерий на Фишер показва, че няма статистически значима зависимост между нея и останалите изследвани демографски и медицински характеристики.

По брой включени пациенти изследваната от нас група е сходна с описаните в редица други проучвания [131, 134, 154, 198, 230, 251]. От-

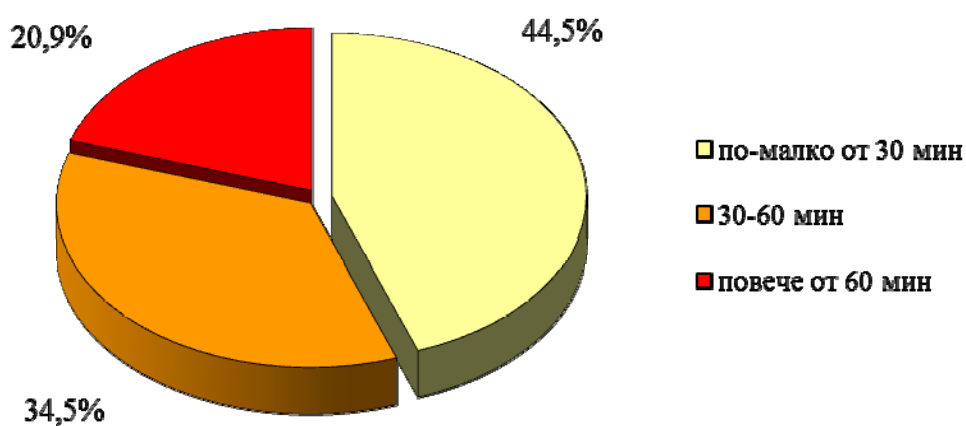
читат се значителни интернационални различия и за двата показателя [143]. Както и други автори ние установихме, че тревожността е по-изразена от депресията [143, 191, 198]. Честотата на тревожността варира в големи граници – от 17% [230] до 34% [251] от изследваните пациенти (34,5% при нашите респонденти), като може да достигне до 83,3% [236]. Нашите данни за депресията са най-близки до тези на Daudén и съавт. [79] Molina-Leuva и съавт. [162] и по-високи от тези на други автори [99, 143, 230] и значително по-ниски от докладваните от Tsintsadze [236]. Що се отнася до основните фактори, определящи степента на тревожност и депресия при прегледа на научната литература установихме липса на единодушие, като се посочват различни характеристики.

Обобщението на данните показва, че са необходими усилия за оказване на психологическа подкрепа на пациентите. В най-голяма степен те трябва да са насочени към болните с чести рецидиви и присъствие на повече придружаващи заболявания в анамнезата. Изясняването на тези обстоятелства от страна на лекуващия лекар изисква по-голяма настойчивост и внимание по време на прегледа. Добра колаборация за редуциране броя на рецидивите и проявите на придружаващите заболявания е от съществено значение за снижаване на степента на тревожност.

### **3.6. Времева тежест на псориазиса**

Всички пациенти, взели участие в проучването посочват, че са провеждали локална терапия, която е включвала най-вече кортикостероиди и емолиенти. Малка част посочват катрани, калципотриол, калцийневрин инхибитори. Локалното лечение на псориазис е напълно достатъчно при ограничено кожно засягане и при леките форми. Но дори и при системна терапия, локалното приложение на лечебни средства заема съществено място в обгрижването на пациентите. Третира-

нето на засегнатите кожни участъци, понякога – неколнократно дневно, освен всичко друго, е свързано и с необходимост да се отдели време. Данните от изследваните пациенти от нашата група са представени на фиг. 25. На въпроса „Колко време на ден отделяте за заболяването?“ 44,5% отговарят, че е достатъчно да отделят по-малко от 30 минути. Това кореспондира и с клиничния профил на респондентите – 46,4% са с лека и умерено тежка форма на заболяването. Пациентите с псориазис губят между 30 и 60 минути в 34,5%. За всеки пети пациент (20,9%) необходимото време е повече от час. Това време обикновено е за сметка на периодите на почивка или развлечение. Индиректно страда семейството поради намалена грижа и по-рядко това е за сметка на домакинските задължения. Всички тези обстоятелства резултират в значително влошаване качеството на живот.



**Фиг. 25. Колко време на ден отделяте на заболяването?**

Разглеждането на данните за двете групи, обособени в зависимост от клиничната тежест на заболяването показват, че под 30 минути на ден отделят половината болни с леки форми, докато това е валидно само за една трета от по-тежко болните, сред които 28,8% губят повече от час при само 11,8% в първата група (табл. 19).

**Табл. 19. Разпределение на болните с псориазис по тежест на клинична изява. Отговорили пациенти, приравнени към 100%**

Колко време на ден отделяте на заболяването?	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
под 30 мин	28	54,9%	21	35,6%	49	44,5%
30 – 60 мин	17	33,3%	21	35,6%	38	34,5%
над 60 мин	6	11,8%	17	28,8%	23	20,9%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

При лечението на псориазис с локални средства има две страни. Лекарите трябва да се съсредоточат върху подобряване и поддържане на добро качеството на живот на пациентите, което дава известно спокойствие и допълнително допринася за придържане към указанията за увеличаване на ефикасността на лечението [93]. От друга страна пациентите трябва да проявят разбиране за това, че те сами са отговорни за изпълняване на терапевтичните процедури. Липса на възможност да се отдели необходимото време, особено при обширно кожно засягане води до пропуснати апликации на медикамента, не нанасяне на необходимото количество, самоволно опитване на нови средства и крие големи рискове [80, 93, 253].

### **3.7. Финансова тежест на псориазис за пациента и семейството**

За да се внесе яснота по въпроса за относителната финансова тежест пациентите бяха помолени да попълнят собственоръчно анкетна форма, включваща въпроси, свързани най-вече с това дали в процеса на набавяне на лечебни средства се налага да подлагат на лишения близките си или себе си. Данните са обобщени и представени в табл. 20 и табл. 21. На въпроса „Лишавате ли близките си от нещо, за да си купувате лекарства?“ половината от респондентите съобщават, че това не се налага, като

за групата на по-тежките форми това са 44,1%, докато при леките форми те достигат 56,9%. Останалите болни в една или друга степен са принудени да подлагат близките си на лишения. Сумарно всеки пети (24,6%) „често“ или „изключително често“ е принуден да го прави, като при леките форми това са 13,7%, но при умерено изразените и тежки форми те вече са 33,8%. Това би означавало, че всеки трети изпитва затруднения да си осигури лечение без това да се отрази на най-близките му и вероятно ще проявява склонност да прави компромиси с терапията си.

**Табл. 20. Разпределение на болните с псориазис според тежест на клинична изява**

Лишавате ли близките си от нещо, за да си купувате лекарства	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не	29	56,9%	26	44,1%	55	50,0%
рядко, понякога,	15	29,4%	13	22,1%	28	25,4%
често, изключително често	7	13,7%	20	33,8%	27	24,6%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

На въпроса „Случва ли се да не си купувате лекарства, за да останат средства за семейството?“ респондентите дават отговори, представени на табл. 21.

**Табл. 21. Разпределение на болните с псориазис според тежест на клинична изява**

Случва ли се да не си купувате лекарства, за да останат средства за семейството	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не	25	49,0%	24	40,7%	49	44,5%
рядко, понякога,	18	35,3%	17	28,8%	25	31,8%
често, изключително често	8	15,7%	18	30,1%	26	23,6%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

В групата на тежките форми на псориазиса двойно повече пациенти (30,1%) отговарят че „често“ или „изключително често“, се налага да лишават себе си от лекарства, отколкото това се случва в групата с лек псориазис – (15,7%).

Това неминуемо води до забавяне на постигането на клинични ремисии, предполага продължаване сроковете на лечение, натрупване на нови средства, изискуеми за терапията, създава рискове за влошаване на състоянието и не на последно място обезценяват труда и усилията на медицинските специалисти. Псориазисът е заболяване на отделния индивид, но то неизбежно оказва влияние и на близките му. Последните често трябва да съпреживяват емоционалните травми, да приемат външния вид и да понасят лишения от различно естество. Анализът на нашите данни показва, че освен чисто медицинските проблеми на лечението съществуват и значителни финансови дефицити, които затрудняват овладяването на рецидивите и връщане на болните към нормален социален живот.

За България липсват статистически данни колко средства годишно се изразходват за лечението на болен с псориазис. Може само да се предполага, че сумата не е малка и вероятно е съпоставима с тази в други страни. Подобни проучвания за Европа сочат суми от 2077 до 13 132 US \$ [65], като само разходите за локално лечение възлизат на 567,70€ [186]. Други автори установяват, че 79.5% от болните са получили рецепции на средна стойност 135€ за година [40].

В условията на здравеопазването в България пациентите с псориазис не са подпомагани финансово. Единствените изключения са времето за престой в болница, както и лечение с Циклоспорин и биологични средства в извънболнична среда. При всички останали случаи болните заделят значителен собствен финансов ресурс за продължителен период от време. Резултатни действия за преодоляване на дефицитите биха подпомогнали не само пациентите, финансовото състояние на техните близ-

ки и семейства, тъй като само половината съобщават, че не лишават близките си от нещо, за да се снабдят с необходимите им лекарства.

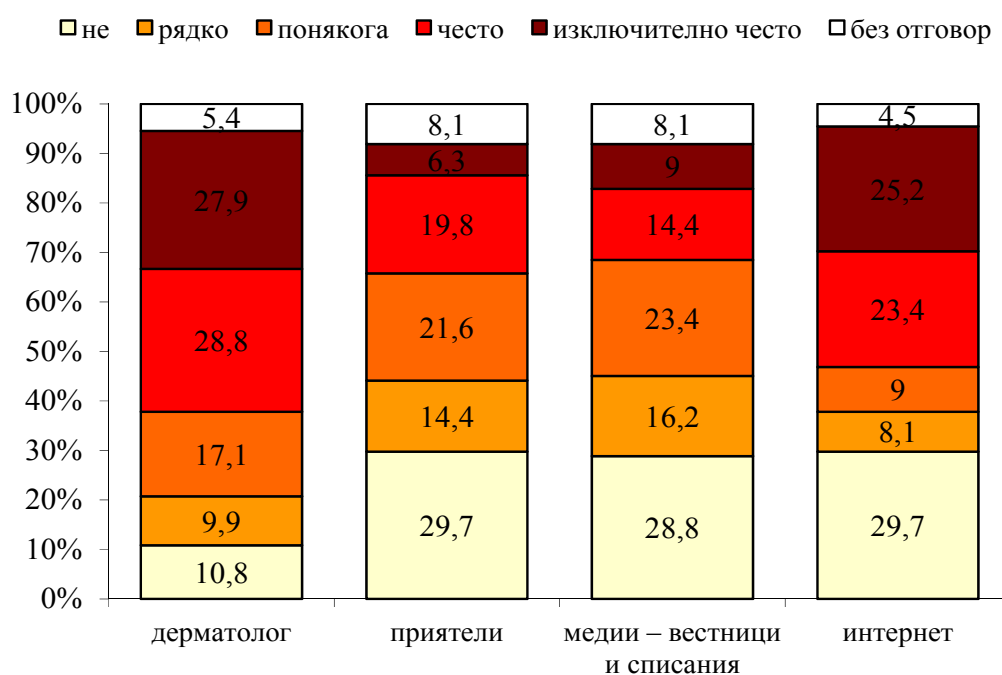
## **4. Елементи от управление на болестта в условията на съвременната здравна система**

### **4.1. Информираност на пациентите – източници**

Пациентите с псориазис се нуждаят от информация относно естеството на заболяването, рисковите фактори, еволюцията и лечението. Необходимо е да имат знания за еволюцията му, но и за поведението, което трябва самите те да имат, за да минимализират неблагоприятните последици. Тази информация трябва да бъде подготвена от специалисти, да представя достатъчно детайли по разбираем и достъпен за разнородната група пациенти начин. В съвременните условия на широко достъпни комуникации е важно да се знае от какви източници и в каква степен пациентите черпят необходимата им информация. Това би помогнало на заинтересованите лица да насочат усилията си към ефективни и надеждни пътища за информиране на пациентите. По този начин може да се постигне промяна на рисковите поведенчески модели и да се ускори оздравителния процес.

Ние се поинтересувахме до каква степен пациентите черпят информация от специалист-дерматолог, приятели, вестници и списания и интернет. Резултатите от анализа са представени на фиг. 26. Прави впечатление, че за болните основен източник на информация е специалистът дерматолог. Само 10,8% съобщават, че не получават информация от него, в сравнение с почти 30%, които не се интересуват от мнението на приятелите, материалите, публикувани в медиите или разпространявани чрез интернет. Това показва, че въпреки големите

промени в здравеопазването като система и опитите за принизяване авторитета на лекарите и лекарската професия, а също и огромния свободно достъпен поток от информация, специалистите остават най-надеждния източник. Това би следвало да насочи здравните власти към създаване на условия за непрекъснато повишаване на квалификацията на медицинския персонал. Необходимо е да се осигури достатъчно време за пълноценно общуване с пациентите, както и да се помисли за изграждане на добри комуникационни умения.



**Фиг. 26. Източници на информация за пациентите**

Половината пациенти – 48,6%, отговарят, че „често“ и „изключително често“ черпят информация от интернет. Този процент вероятно ще продължи да нараства в бъдеще с улесняване на достъпа до съвременни технологии и увеличаване броя на лицата, които се ползват от тях. От това следва, че е от изключителна важност да се държи сметка за вида и най-вече за достоверността на информация-

та, която се появява там. Почти равнопоставени са приятелите и медиите (вестници и списания) що се касае до използването им като източник на информация. Незначителен превес се отчита при приятелите – 26,1% срещу 23,4% от отговорилите с „често“ и „изключително често“.

Анализ на данните, съобразен с тежестта на заболяването показва, че болните с по-тежко проявен псориазис са по-склонни да имат дерматолог за източник на информация, отколкото пациентите с леки форми (табл. 22). Резултатите показват статистическа значимост  $p = 0,048$ .

**Табл. 22. Разпределение на болните с псориазис според тежест на клинична изява**

Дерматолог като източник на информация	Леки форми		Умерено изразени и тежки форми		Общо	
	N	%	N	%	N	%
не, рядко	15	29,4%	8	13,6%	23	20,9%
понякога, често, изключително често	36	70,6%	51	86,4%	87	79,1%
<b>общо</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>

При всички случаи написаното трябва да се възприема с необходимата доза критичност, особено ако не е с авторство на квалифицирани в областта специалисти. Същевременно авторите трябва да осъзнават отговорността си при представяне на материалите си в мрежата. Важен факт е, че в интернет и в останалите медии информацията касае медицински въпроси по принцип, но не и конкретния пациент с неговите индивидуални особености. Единствено личният лекар и специалистът са лицата, които познават цялостното състояние на болните и могат да предложат индивидуализиран подход.

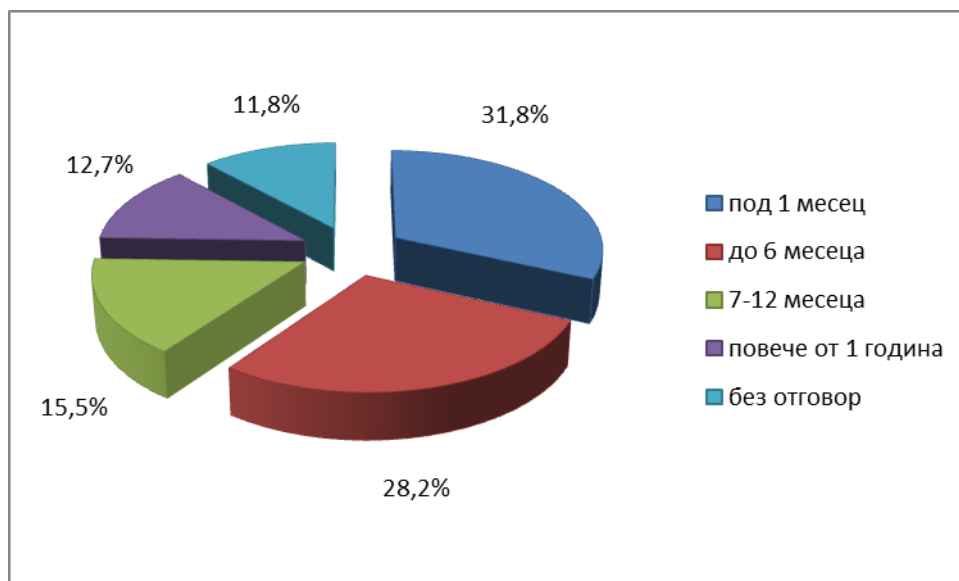
Съчетанието на добра информираност на пациентите, обучението на лекарите и изграждането на доверителна връзката между тях е от най-съществено значение за оптимизиране и индивидуализиране на терапията [133].

#### **4.2. Взаимоотношения лекар-пациент по отношение на ангажираността на двете страни с лечебно-диагностичния процес и дългосрочното наблюдение в извънболнични условия**

Съдбата на пациентите с псориазис до голяма степен се определя от начина на функциониране на здравната система. Това включва обезпечаването с персонал, внимание, информация, лечебни средства, възможности за контрол на терапевтичния процес. За изясняване на необходимите детайли помолихме пациентите да дадат отговор на следните въпроси:

1. Имало ли е забавяне при поставянето на диагнозата.
2. Колко време е отделено за първи преглед.
3. В каква степен на пациента е предоставена необходимата му информация за заболяването и изисквания към поведението.
4. Колко често са осъществявани контролни прегледи.
5. Имало ли е проблеми за осъществяване на консултация със специалист дерматолог.

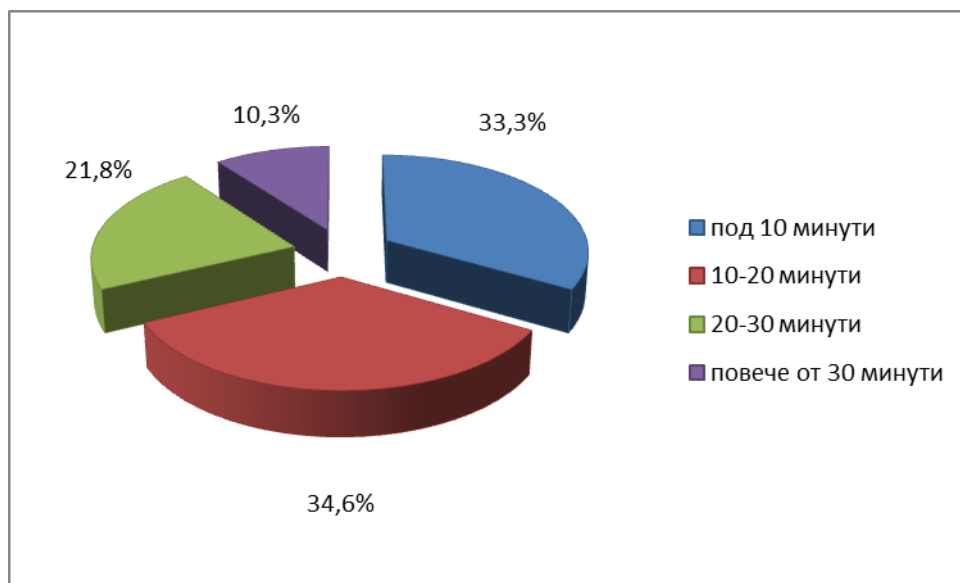
Поставянето на диагнозата псориазис е отнело по-малко от месец за около 1/3 от пациентите (фиг. 27). Още около една 1/3 са с ясна диагноза до половин година от началото на заболяването, без разлика от тежестта на изява.



**Фиг. 27. След колко време от началото на заболяването е поставена диагнозата?**

Общоприето е схващането, че диагнозата псориазис е клинична диагноза и поставянето ѝ не е трудно. Нашите данни, обаче показват, че нередко тя се забавя до година и повече и това се случва на всеки пети или шести пациент без съществена разлика от клиничната форма. Изясняване на конкретните причини за такова забавяне е наложително, за да не се отдалечава моментът на започване на лечение. Те могат да се търсят както в сферата на медицината – особености на клиничната картина, затрудняващи диференциалната диагноза, така също и да са организационни – закъсняло търсене и получаване на специализирана помощ.

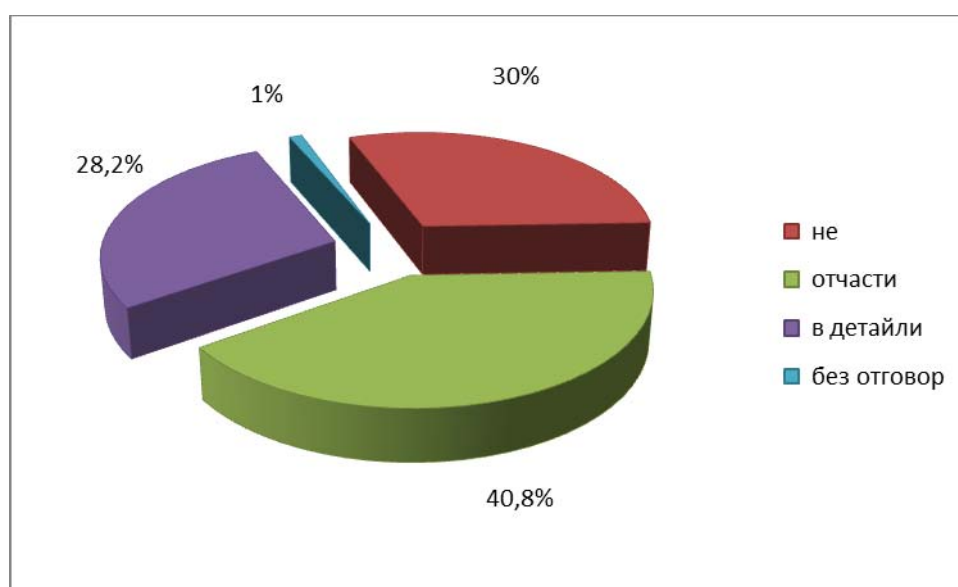
Данните от отговор на въпроса „Колко време е отделено за първи преглед?“ са представени на фиг. 28.



**Фиг. 28. Колко време е отделено за първи преглед**

Съществуват редица условности на отговора, включително – отдалеченост във времето и несигурен спомен. Все пак у пациентите остава усещането, че „обърнаха ми много малко внимание – под 10 минути“, „да, около 15-20 минути“, или „да, обърнаха ми много внимание – към половин час“. Затруднени да отговорят са голям брой пациенти – 28,2% от респондентите. Останалите са приравнени към 100%. При 1/3 (33,3%) прегледът е отнел по-малко от 10 минути. Не се установяват различия при болните с различна тежест на заболяването. Ежедневната клинична практика показва, че толкова време е недостатъчно, дори и за по-леките случаи. В тези рамки трябва да се извърши регистрацията на болния, получаване на информация за анамнестични данни, снемане на цялостен дерматологичен статус, назначаване на лечение и обяснения как то да се прилага. Смятаме, че за спокойна и прецизна работа с пациента са необходими поне 20 минути, което ще бъде и крачка към изграждане на взаимно доверие. За 32,1% от пациентите е отделено повече време и това следва да бъде тенденцията при работа с тях.

Псориазисът е хронично-рецидивиращо кожно заболяване. Неговото протичане е трудно предсказуемо и се влияе от въздействието на множество фактори от вътрешно и външно естество. Благоприятен и устойчив ефект от започнато лечение може лесно да бъде компрометиран. И най-добрата терапия е недостатъчно резултатна, ако пациентът не е активна страна на своето лечение. Това изисква да му бъде предоставена достатъчно информация на достъпен език. Необходимо е да бъде обсъдено естеството на заболяването, как протича лечението, какви са очакванията в краткосрочен и дългосрочен план. Данните от нашето проучване сочат, че 30% не са получили разясняваща информация (фиг. 29).



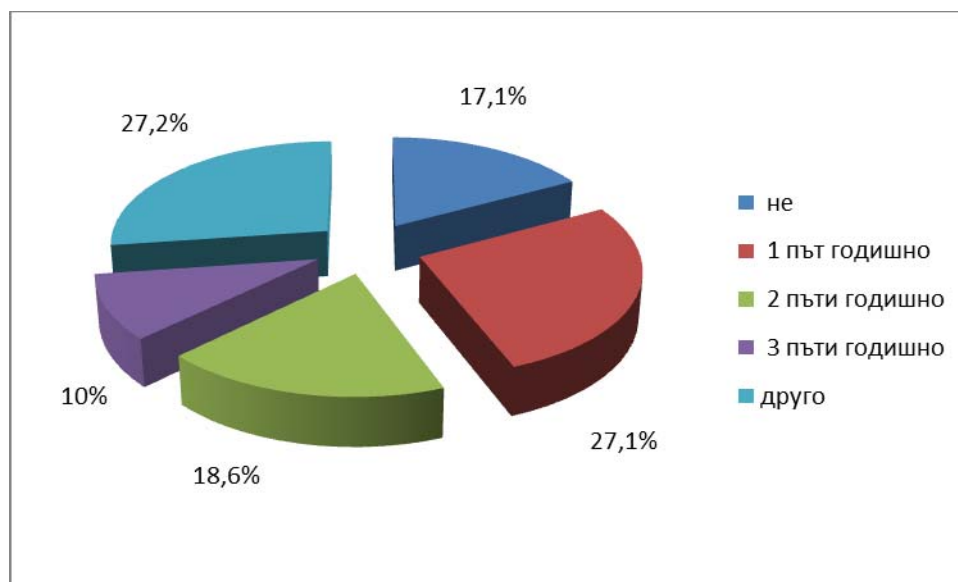
**Фиг. 29. Обсъждани ли са детайли за заболяването и изисквания към поведението на пациентите**

Процентът кореспондира напълно с продължителността на прегледа (под 10 минути) и показва, че на пациента трябва да се отдели доста повече време. Други 41% са получили частична информация и само за 28% тя е била представена в детайли. Това са пациентите, които са доволни от своите лекари, имат по-голямо доверие в тях и след-

ват съветите им. Не се установяват различия при болните с различна тежест на заболяването.

Хроничното протичане на псориазиса предполага поддържащо лечение и регулярен контрол на състоянието. В нашата група пациенти 36,4% се затрудняват да отговорят колко често са осъществявали контролни прегледи. За останалите респонденти данните са приравнени към 100%.

Въпреки че такава възможност им е предоставена 17% от болните не са посетили лекаря си за контролен преглед. Този процент е твърде висок и неприемлив, поради увеличаване на рисковете в дългосрочен план. При други 56% се е наложило да се осъществят 1 (27,1%), 2 (18,6%), дори 3 (10%) и повече контролни прегледа годишно. Не се установяват различия при болните с различна тежест на заболяването.



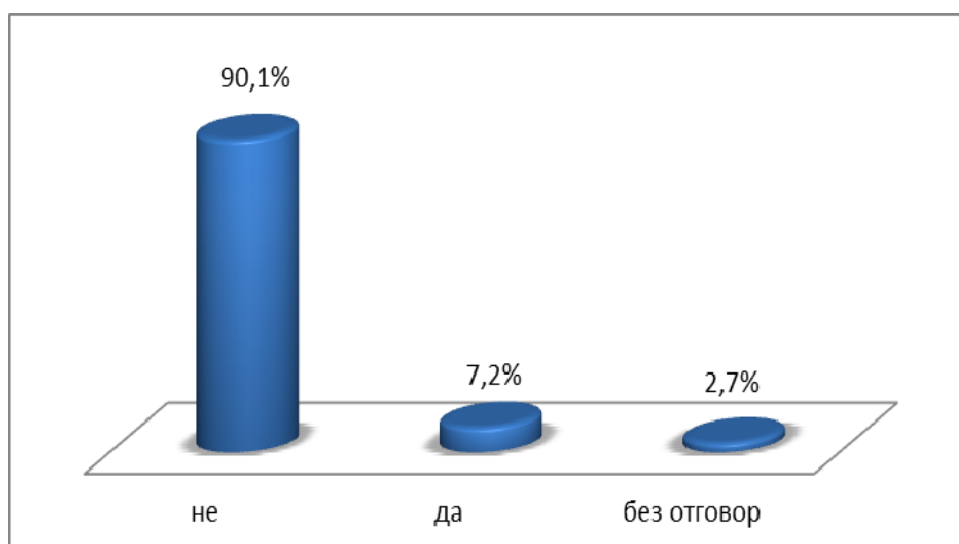
**Фиг. 30. Колко често са осъществявани контролни прегледи?**

Според американски дерматолози най-предпочитаното време за оценка на повлияването на пациента след започване на нови терапии е

било на 3 месеца, като за периода на поддържане, оценка на всеки 6 месеца е най-предпочитан интервал за наблюдение.

В НРД, като освен първоначалния (първичен) преглед, по преценка на лекаря – специалист, пациента може да бъде извикан на толкова вторични прегледи, колкото състоянието му изисква. Доколко това се осъществява в практиката не може да се прецени поради липсата на всякакъв контрол.

Най-еднородни са отговорите на въпроса дали е имало проблеми за осъществяване на консултация с дерматолог (фиг. 31).



**Фиг. 31. Имало ли е проблеми при осъществяване на консултация с дерматолог?**

Само 7% отговарят с „да“, докато 91% не са изпитвали никакви затруднения да се видят със своя специалист. Това показва относително добро функционирането на здравната система за осигуряване на достъп до специалист в доболнични условия. Макар и нисък, броят на болните, които съобщават за проблеми изисква проучване на причините и действия по тяхното отстраняване.

## 5. Обобщение на резултатите

1. Сравнителен демографския и социален профил на пациентите с леки форми на заболяването и тези – с умерено изразени и тежки форми установява:

- възрастови различия – съотношението леки към тежки форми се отнася като 1:2 за възрастта до 40 години и се променя до 1:6 при възраст над 41 години (при тежките форми над 41 години са 84,7% от пациентите)
- липсват различия по пол
- с основно образование при тежките форми са три пъти повече пациенти, отколкото при леките
- семейно положение и местоживеене – при умерено изразените и тежки форми на болестта е по-голям е броят на болните живеещи сами и по-малък на тези, живеещи с партньор или в семейство, както и на живеещите на село или в малък град.

2. Сравнителен медицински профил на пациентите с леки форми на заболяването и тези – с умерено изразени и тежки форми установява:

- с увеличение на продължителността на заболяването се увеличава вероятността за прехода му към по-тежка клинична изява
- рецидивите са по-чести при тежките форми. Почти една четвърт от пациентите с лек псориазис и една трета от тези с тежък съобщават за липса на пълна ремисия
- наследственост – при леките форми е посочена от 19,6% от респондентите, докато при умерено изразените и тежки случаи за тя достига до 42,4%

- почти половината от болните имат едно придружаващо страдание, а всеки четвърти – две или повече, като най-често това са хипертония и диабет, а честотата им е по-висока при по-тежките клинични форми
- за най-чест провокиращ фактор е посочен стресът без разлика от клиничната форма
- присъствието на вредни навици като тютюнопушене и консумация на алкохол се установява при почти половината от респондентите като пушачите са повече при леките форми, докато редовните консуматори на алкохол са двойно повече при тежките форми, в сравнение с леките
- лечение – при системната терапия на псориазис не се използват в достатъчна степен възможностите на съвременната медицина, а приложението на кортикостероиди е съпоставимо с това на цитостатичните средства. Половината пациенти са склонни да прибегват до самолечение без разлика от клиничната форма, а при избор на лечебно средство водещи са лесният достъп, удобството на приложение и продължителността на ефекта.

### 3. Социални и психологически аспекти

- Трудова заетост и професионални взаимоотношения – работещите са повече при леките форми на псориазис, докато при по-тежките почти половината са безработни и пенсионери, като за тях е по-вероятно да загубят работа и да откажат важни професионални срещи
- Лични взаимоотношения – почти половината пациенти отказват връзка или са имали чувство, че ги отхвърлят поради заболяването, като разликите между леките и по-тежки клинични форми са съществени. Всеки трети съобщава за промяна на отношението на партньора при рецидив на псориазиса

- Качество на живот – отчита се неблагоприятно повлияване при почти всички пациенти, като най-засегнати са болните с по-тежки форми
- Тревожност и депресия често се установяват, особено при тежките форми, като преобладава чувството на тревожност, свързано най-вече с броя на рецидивите и броя на придружаващите заболявания
- Времева и финансова тежест са значителни. Болните с по-тежки форми отделят значителна част от личното си време за да поддържат състоянието на кожата си и в по-голяма степен лишават себе си или семействата си от средства, за да си набавят лекарства.

#### 4. Елементи от управление на болестта в условията на съвременната здравна система

- първи клиничен преглед – при две/трети от пациентите е отделено оптимално време, но при една трета не са обсъждани детайли за заболяването и поведението, а това е правено само отчасти при други 40% от болните
- поставянето на диагнозата псориазис е без голямо забавяне, като само при 17% е отнело повече от година без разлика от тежестта на изява
- проследяване на болестта – установява се липса на затруднения при осъществяване на контролните прегледи, но същевременно не се извършва реално диспансерно наблюдение, а 17,1% не са осъществявали никакви контролни прегледи
- информация за заболяването пациентите получават в най-голяма степен от специалист-дерматолог и на второ място от интернет.

## Глава четвърта: ИЗВОДИ

1. Най-уязвими и респективно – нуждаещи се от по-голямо внимание са пациентите на възраст над 41 години, с основно образование, живеещи сами в малък град или на село.

2. Съществуват определени особености при пациентите с умерено изразен и тежък псориазис в сравнение с леките форми. Те са с по-голяма продължителност на заболяването, по-чести рецидиви до липса на пълна ремисия, по-висок процент на придружаващи заболявания, наследственост и консумация на алкохол.

3. Възможностите на системното лечение не се използват пълноценно, особено на иновативните биологични средства, като същевременно е висок процентът на лекуваните с кортикостероиди при повишен риск от т.нар. “rebound” феномен, което отчасти обяснява високия брой болни, прибягващи до самолечение.

4. Сферата на професионални и лични взаимоотношения е повлияна от псориазис в значителна степен, като най-сериозно е отражението при умерено изразените и тежки форми на заболяването.

5. Псориазисът значително повлиява всички аспекти на качеството на живот, води до повишаване на тревожността и чувството на депресия, като е налице положителна корелация с клиничната тежест.

6. Псориазисът увеличава времевата и финансова тежест за пациентите и техните семейства, като корелира с тежестта на заболяването.

7. Проучване на организацията на извънболничната помощ по отношение на пациентите с псориазис показва, че няма голямо забавяне в поставянето на диагнозата. Същевременно повечето болни са получили само частична или изобщо не са получили информация за заболяването и за изискванията към лечението и поведението си. Освен от лекаря пациентите придават голямо значение на информацията, която получават от интернет.

8. Системата за диспансерно наблюдение по отношение на пациентите с псориазис практически не функционира. Въпреки, че не изпитват трудности при осъществяването на контролни прегледи пациентите посещават лекаря си само при неотложна необходимост и не получават комплексна оценка на цялостното състояние в динамика.

## Глава пета: ПРИНОСИ

### Приноси с оригинален характер

1. За първи път в българска група изследвани пациенти е осъществено комплексно проучване на медицински, социални и психологически аспекти на заболяването псориазис, които са анализирани и при съобразяване на клиничната тежест на протичане.

2. За първи път в България е приложена самооценъчна скала (HADS) за установяване степента на тревожност и депресия при псориазис и анализирани величините при различна тежест на заболяването.

3. За първи път в група български пациенти с псориазис са проучени професионални и лични взаимоотношения чрез специално формулиран самооценъчен въпросник.

4. За първи в група български пациенти е проучена гледната точка на пациента за времевата и финансова тежест на псориазиса.

5. За първи път в България се изучават елементи на организацията и извършването на извънболничната помощ за пациенти с псориазис и предпочитаните източници на информация.

### Приноси с потвърдителен характер

1. Потвърдена е ролята на придружаващите заболявания и значимостта на тяхното установяване при преценка на терапевтичните подходи.

2. Потвърдена е ролята на наследствеността в клиничната изява на псориазиса.

3. Потвърдена е ролята на провокиращите фактори и вредните навици в еволюцията на псориазиса.

4. Потвърдени са данните от изследване на Качеството на живот посредством самооценъчен въпросник DLQI.

## **Глава шеста: ПРЕПОРЪКИ**

### **Препоръки към осигуряващите методични указания медицински специалисти и организации:**

1. Да се създаде програма за обучение на лекарите за новостите във възприемането на псориазис като системно страдание с кожна изява, което разбираше да ги мотивира в активно търсене на наследственост, придружаващи заболявания и вредни навици.

2. Да се регламентира използването на допълнителен инструментариум като скали и самооценъчни въпросници, както и интердисциплинарни консултации, включително и с психолог, които да осигурят възможност за оценка на цялостното увреждане от болестта и създаване на адекватен холистичен подход.

3. Да се изработят и предложат качествени информационни материали за пациентите и техните семейства, които на достъпен език да ги ориентират за важните елементи от поведението за поддържане на клинично здраве.

### **Препоръки към управленските и регулаторни органи, както и звената за социални дейности:**

1. Да се осигури лесен достъп до специалист дерматолог за съкращаване периода до поставяне на диагнозата и максимално бързо започване на адекватно лечение

2. Да се предложат мерки за улесняване на достъпа до специализирана медицинска помощ и адекватно лечение на пациенти от малки и отдалечени населени места.

3. Да се регламентира необходимостта от интердисциплинарни консултации, осигуряващи комплексна оценка на състоянието на болните

4. Да се предвиди консултация с психолог, подпомагаща изясняване на цялостното увреждане от болестта с цел по-адекватна социализация на пациентите и разширяване на възможностите за включването им в трудовия пазар

5. Да се вземат мерки по действително реализиране на диспансерното наблюдение чрез контрол върху дейността на отговорните лица.

6. Да се изработят съвместно с медицински специалисти предложения за мерки, насочени към социална подкрепа на уязвимите групи пациенти.

#### **Препоръки към пациентски организации:**

1. Да се включат активно в изготвянето и разпространението на информационни материали, отнасящи се до рисково поведение и необходимостта от близка връзка с наблюдаващия специалист.

2. Да се ангажират с активна работа с институциите и предложат мерки за психологическа подкрепа.

3. Да ползват компетентността на водещи специалисти, за да се осигури адекватна работа с обществеността.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Богданов И, Гроздев И, Кирчева К, Цанков Н. Комбинирано климатолечение на пациенти с псориазис в Специализирана болница за рехабилитация – Тузлата. Дерматол Венерол, 2012;2:48-53.
2. Богданов И. Качество на живот при пациентите с псориазис. В: Николай Цанков (редактор). Псориазисът като системно заболяване. С., Space Vision. 2013;157-162.
3. Богданов И. Комбиниран климатолечебен метод в терапията на псориазис. Дис., д.м., С., 2013.
4. Ботев-Златков Н. Псориазис. Мед. и физк. С. 1984.
5. Ботев Н, Ботев И. Псориазис. АРСО. 2006.
6. Василева С, Дреновска К. Локална терапия на псориазиса – комплайанс и придържане към лечението. GP News. 2014;12:30-32.
7. Грозева Д. Локално лечение на псориазис – гледната точка на пациента. GP News. 2014;11:34-35.
8. Грозева Д, Чавдаровски П. Псориазис, метаболитен синдром и локална терапия. GP News. 2016;1:35-36.
9. Златков Н, Серафимова Д, Попов Я. Сравнителни проучвания на кожната патология в Института по дерматология – София и дерматологичните заведения в България за 1989 г. – Дерматол. и венерол. 1991;30,(3):33-38.
10. Господинов Д, Тишева С. Коморбидност при псориазис. Дерматол и венерол. 2012;50(2):3-10.
11. Господинов Д. Псориазисна болест – клиничко-епидемиологичен анализ, коморбидност и качество на живот. Дис., д.м.н., Плевен, 2012.
12. Господинов Д, Господинова К. Коморбидност при псориазис – клиничко-епидемиологичен анализ на хоспитализирани пациенти. Дерматол и венерол. 2014;52(2):28-37.
13. Господинов Д, Гинчева В. Диагностичен алгоритъм при пациенти с псориазис. GP News. 2015;11:34-35.
14. Гроздев И, Богданов И, Василева С, и сътр. Консенсус за лечение на псориазис. Дерматол и венерол. 2013;51(1):3-14.
15. Гроздев И. Терапевтични подходи при болни с псориазис. Дис., д.м., С., 2008.
16. Гроздев И, Попов Я, Етугов Д, Цанков Н. Локална терапия с калципотриол при пациенти с псориазис, провеждащи селективна фототерапия (СУТ) и таласотерапия. Сравнително проучване. Дерматол и венерол. 2005;44(1):31-35.
17. Дъскарев Л. Проучвания върху връзката на псориазиса със захарната болест и затлъстяването. Дерматол и венерол. 1980;19:90-94.
18. Дюлгерова С, Димитрова Е, Курдов Т. Влияние на сестринските грижи върху качеството на живот на пациенти с псориазис. Здравни грижи. 2013;4:33-36.
19. Кадурина М. Биологични продукти при лечение на Psoriasis vulgaris. Терапевтични, хистологични и имунохистохимични аспекти. Дис., д.м.н., С., 2013.

20. Кирякова Н. Серумни липиди и липопротеини в болни от Psoriasis vulgaris. Дис., д.м., С., 1983.
21. Климатотерапия на кожните болести. п/р Н. Ботев-Златков. Мед. и физк. С. 1989.
22. Маринов Л, Савова А, Николова И, Петрова Г. Литературно проучване на фармакотерапията и разходите за лечение на псориазис и псориаатичен артрит. Мед. преглед. 2013;(49):39-44.
23. Национален рамков договор за 2017 г. Държавен вестник, брой: 34, 20.4.2018 г.
24. Попов Л. Учебник по кожни и венерически болести, Том 1, С., 1947.
25. Попов Я. Псориазисът – психосоматична дерматоза. Психосомат. мед. 2007;2:111-121.
26. Попова И, Камушева М, Боденска Хр, Митева Л, Петрова Г. Социалноикономическа тежест на псориазиса и съпътстващите го заболявания. Обща мед. 2017;19(1):56-68.
27. Праматаров К. При лечение на псориазис целта е контрол и продължителна ремисия. GP News. 2013;11:28.
28. Праматаров К. Сравнително разглеждане на локалните лекарствени средства за лечение на псориазис. GP News. 2014;4:25-26.
29. Христатиева Е, Попзахариева В. Псориазис вулгарис – предразполагащи, отключващи и влошаващи заболяването фактори. Лекарска практика. 2004;2:24-29.
30. Цанков Н. Медикаментозна терапия при болни с Psoriasis vulgaris – рискови и перспективни тенденции. Дис., д.м.н., София, 1995.
31. Цанков Н, Камарашев Ж. Съвременни аспекти в етиологията и патогенезата на псориазиса, Дерматол и венерол. 1993;32(2):5-14.
32. Цанков Н, Гроздев И, Антонов Д, Казанджиева Ж. Лекарствени средства и псориазис – българският опит. Медицинска мисъл. Сборник научни трудове. 2004;Том1:183-197.
33. Al Sawah S, Foster SA, Goldblum OM, et al. Healthcare costs in psoriasis and psoriasis sub-groups over time following psoriasis diagnosis. J Med Econ. 2017;11:1-9.
34. Altobelli E, Petrocelli R, Marziliano C, et al. Family history of psoriasis and age at disease onset in Italian patients with psoriasis. Br J Dermatol. 2007;156:1400-1401.
35. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2004;43:1731-1737.
36. Armstrong AW, Armstrong EJ, Fuller EN, et al. Smoking and pathogenesis of psoriasis. Br J Dermatol. 2011;165:1162-1168.
37. Armstrong AW, Follansbee MR, Harskamp CT, Schupp CW. Psoriasis and sexual behavior in U.S. women: an epidemiologic analysis using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). J Sex Med. 2013;10(2):326-32.
38. Ashcroft DM, Wan Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. Br J Dermatol. 1999;141(2):185-91.
39. Atwan A, Piguet V, Finlay AY, et al. Dermatology Life Quality Index (DLQI) as a psoriasis referral triage tool. Br J Dermatol. 2017;177(4):e136-e137.

40. Augustin M, Glaeske G, Schäfer I, et al. Processes of psoriasis health care in Germany-long-term analysis of data from the statutory health insurances. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2012;10(9):648-655.
41. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology.* 2011;222(4):363-374.
42. Bahmer JA, Petermann F, Kuhl J. Psychosocial factors in psoriasis. A pilot study. *Hautarzt.* 2007;58(11):959-965.
43. Baker CS, Foley PA, Braue A. Psoriasis uncovered--measuring burden of disease impact in a survey of Australians with psoriasis. *Australas J Dermatol.* 2013;54 Suppl 1:1-6.
44. Balak DM, Hajdarbegovic E. Drug-induced psoriasis: clinical perspectives. *Psoriasis (Auckl).* 2017 Dec 7; 7:87-94.
45. Balato N, Megna M, Di Costanzo L, et al. Educational and motivational support service: a pilot study for mobile-phone-based interventions in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):201-205.
46. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, et al. Guide for therapeutic education program in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2011;138(4):337-353.
47. Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, et al. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors. *Hautarzt.* 2014;65(12):1056-1061.
48. Barker J, Bos J, Christophers E, et al. Inflammatory dermatoses. In: Fritsch P, editor. *White book Dermatology in Europe.* Bern, Switzerland. *European Dermatology Forum (EDF),* 2001:27-30.
49. Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:323-325.
50. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist.* 2000;55(11):1247-1263.
51. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, et al. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: A comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol.* 2008;159:997-1035.
52. Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Smoking and psoriasis. *Skinmed.* 2005;4(3):174-6.
53. Bennet RM. Psoriatic arthritis. In: McCarty DJ, editor. *Arthritis and related conditions.* Philadelphia: Lea & Febiger; 1979. p. 645.
54. Bens G, Maccari F, Estève E. Psoriasis: a systemic disease. *Presse Med.* 2012;41(4):338-348.
55. Bhutani T, Patel T, Koo B, et al. A prospective, interventional assessment of psoriasis quality of life using a nonskin-specific validated instrument that allows comparison with other major medical conditions. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(2):e79-88.
56. Binus AM, Han J, Qamar AA, et al. Associated comorbidities in psoriasis and inflammatory bowel disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26:644-650.
57. Bishnoi P, Kumari R, Thappa DM. Monitoring methotrexate hepatotoxicity in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77(5):545-548.

58. Bogdanov I, Kircheva K, Miteva L, Tsankov N. Quality of life in patients undergoing combined climatotherapy and phototherapy. *Rev Med Rom.* 2012;14:251-254.
59. Bogdanov I. Quality of life in patients with psoriasis. In: *Psoriasis as a systemic disease.* Tsankov N. (ed.) Lambert Academic Publishing, Saarbrücken. 2016:141-148.
60. Bowes J, Ashcroft J, Dand N, et al. Cross-phenotype association mapping of the MHC identifies genetic variants that differentiate psoriatic arthritis from psoriasis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(10):1774-1779.
61. Božek A, Reich A. The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. *Adv Clin Exp Med.* 2017;26(5):851-856.
62. Brandrup F, Holm N, Grunnet N, et al. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol.* 1982;62(3):229-36.
63. Brezinski EA, Dhillon JS, Armstrong AW. Economic Burden of Psoriasis in the United States: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 2015;151(6):651-658.
64. Bundy C, Borthwick M, McAteer H, et al. Psoriasis: snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being. *Br J Dermatol.* 2014;171(4):825-831.
65. Burgos-Pol R, Martínez-Sesmero JM, Ventura-Cerdá JM, et al. The Cost of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in 5 European Countries: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(7):577-590.
66. Čabrijan L, Kehler T. Association of psoriasis with other diseases. *Acta Med Croatica.* 2015;69(1):59-63.
67. Cameron JB, Van Voorhees AS. History of Psoriasis. In: *Advances in Psoriasis. A Multisystemic Guide.* Ed. Jeffrey M. Wlinberg, Mark Lebwohl. Springer. Verlag London. 2014; p. 1-7.
68. Chandran V. The genetics of psoriasis and psoriatic arthritis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2013;44:149-56.
69. Chen H, Poon A, Yeung C, et al. A genetic risk score combining ten psoriasis risk loci improves disease prediction. *PLoS One.* 2011; 6:e19454.
70. Chern E, Yau D, Ho JC, et al. Positive effect of modified Goeckerman regimen on quality of life and psychosocial distress in moderate and severe psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(4):447-451.
71. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:529-534.
72. Christophers E. Psoriasis: epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:314-320.
73. Christophers E. Psoriasis: Heterogeneity and Comorbidities. *Expert. Rev. Dermatol.* 2012;7:195-202
74. Chularojanamontri L, Kulthanan K, Suthipinittharm P, et al. Clinical differences between early- and late-onset psoriasis in Thai patients. *Int J Dermatol.* 2015;54:290-294.
75. Cowden A, Van Voorhees AS. Introduction: History of psoriasis and therapy. In: *Treatment of Psoriasis. Milestones in Drug Therapy.* Ed. Jeffrey M. Weinberg. Springer Science & Business Media, 2008; p. 1-9.

76. Cribier B. Adherence of local (and general) treatments in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2012;139 Suppl 1:S13-17.
77. Darlenski R. Psoriasis and depression. In: *Psoriasis as a systemic disease.* Tsankov N. (ed.) LAP Lambert Academic Publishing, Saarbrücken. 2016:137-140.
78. Darlenski R. Psoriasis and stress. In: *Psoriasis as a systemic disease.* Tsankov N. (ed.) Lambert Academic Publishing, Saarbrücken. 2016:132-136.
79. Daudén E, Griffiths CE, Ortonne JP, et al. Improvements in patient-reported outcomes in moderate-to-severe psoriasis patients receiving continuous or paused etanercept treatment over 54 weeks: the CRYSTEL study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(12):1374-1382.
80. Devaux S, Castela A, Archier E, et al. Adherence to topical treatment in psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26 Suppl 3:61-67.
81. Di Lernia V, Ficarelli E, Lallas A, Ricci C. Familial aggregation of moderate to severe plaque psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(7):801-805.
82. Dika E, Varotti C, Bardazzi F, Maibach HI. Drug-induced psoriasis: an evidence-based overview and the introduction of psoriatic drug eruption probability score. *Cutan Ocul Toxicol.* 2006;25(1):1-11.
83. Edwards G. Improving awareness of the impact of psoriasis on lifestyle. *Nurs Times.* 2004 May 18;100(20):30-1.
84. Egeberg A, Bruun LE, Mallbris L, et al. Family history predicts major adverse cardiovascular events (MACE) in young adults with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(2):340-346.
85. Eghlileb AM, Davies EE, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol.* 2007;156(6):1245-1250.
86. Emre S, Demirseren DD, Alisik M, et al. Dynamic thiol/disulfide homeostasis and effects of smoking on homeostasis parameters in patients with psoriasis. *Cutan Ocul Toxicol.* 2017;36(4):393-396.
87. Eskin M, Savk E, Uslu M, Küçükaydoğan N. Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(11):1553-1559.
88. Espinoza LR, Cuellar ML. Psoriatic arthritis and spondylitis: a clinical approach. In: Calin A, Taurog JD, editors. *Spondylarthritides.* Oxford: Oxford University Press; 1998. pp. 97-111.
89. Farley E, Masrour S, McKey J, Menter A. Palmoplantar psoriasis: a phenotypical and clinical review with introduction of a new quality-of-life assessment tool. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(6):1024-1031.
90. Feldman S, Goffe B, Rice G, et al. The Challenge of Managing Psoriasis: Unmet Medical Needs and Stakeholder Perspectives. *Am Health Drug Benefits.* 2016;9(9):504-513.
91. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatol Online J.* 2014 Aug 17; 20(8).
92. Feldman SR. Approaching psoriasis differently: patient-physician relationships, patient education and choosing the right topical vehicle. *J Drugs Dermatol.* 2010;9(8):908-911.

93. Feldman SR. Disease burden and treatment adherence in psoriasis patients. *Cutis*. 2013;92(5):258-263.
94. Filer CE, Ho P, Bruce IN, et al. Investigation of association of genes NAT9, SLC9A3R1 and RAPTOR on chromosome 17q25 with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(2):292-293.
95. Finlay A. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol*. 2005;152(5):861-867.
96. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216.
97. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, et al. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psycho*. 2002;41(2):157-174.
98. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*. 1978;157(4):238-44.
99. Freire M, Rodríguez J, Möller I, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatol Clin*. 2011;7(1):20-26.
100. Gaikwad R, Deshpande S, Raje S, et al. Evaluation of functional impairment in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72(1):37-40.
101. Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1493-1499.
102. Gezer O, Batmaz İ, Sariyildiz MA, et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2017;20(9):1212-1218.
103. Ginsburg IH. Coping with psoriasis: a guide for counseling patients. *Cutis*. 1996;57(5):323-325.
104. Gincheva V, Variaah G, Gospodinova K, Gospodinov D, Grozeva D. Quality of life in patients with psoriasis in Bulgaria, Program and Abstracts of 16th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry (PL29). *Acta Dermatovenereologica*. 2015;95:16-17.
105. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64:ii14-ii17.
106. Gniadecki R, Robertson D, Molta CT, et al. Self-reported health outcomes in patients with psoriasis and psoriatic arthritis randomized to two etanercept regimens. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(11):1436-1443.
107. Gonzalez-de Paz L, Ribera M, Gratacós-Masmitjà J, et al. Social Impact of Psoriasis In Spain: A Rasch Analysis From A Survey. *Value Health*. 2015;18(7):A426.
108. Goulding JM, Price CL, Defty CL, et al. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol*. 2011;164:103-109.
109. Griffiths CE, Dubertret L, Ellis CN, et al. Cyclosporine in psoriasis clinical practice: an international consensus statement. *Br J Dermatol*. 2004;150 (Suppl 67):11-23.

110. Grozdev I, Korman N, Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2014;32(3):343-350.
111. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2008;159:2-9.
112. Gupta AK, Sibbald RG, Knowles SR, et al. Terbinafine therapy may be associated with the development of psoriasis de novo or its exacerbation: four case reports and a review of drug-induced psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(5 Pt 2):858-862.
113. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998;139:846-850.
114. Hägg D, Sundström A, Eriksson M, Schmitt-Egenolf M. Severity of Psoriasis Differs Between Men and Women: A Study of the Clinical Outcome Measure Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 5438 Swedish Register Patients. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):583-590.
115. Halioua B, Sid-Mohand D, Roussel ME, et al. Extent of misconceptions, negative prejudices and discriminatory behaviour to psoriasis patients in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(4):650-654.
116. Hawkes JE, Chan TC, Krueger JG. Psoriasis pathogenesis and the development of novel targeted immune therapies. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(3):645-653.
117. Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J, et al. Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis. *Przegl Lek.* 2007;64(9):568-571.
118. Hawro T, Zalewska A, Hawro M, et al. Impact of psoriasis severity on family income and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(3):438-443.
119. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:982-986.
120. Henseler T. The genetics of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37(2 Pt 3):S1-11.
121. James SM, Hill DE, Feldman SR. Costs of Common Psoriasis Medications, 2010-2014. *J Drugs Dermatol.* 2016;15(3):305-308.
122. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Baranowska A, et al. The importance of the health education in life quality improvement in patients with psoriasis. *Rocz Akad Med Bialymst.* 2005;50 Suppl 1:145-147.
123. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Van Damme-Ostapowicz K, et al. The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatol Nurs.* 2004;16(5):439-444.
124. Jin Y, Zhang F, Yang S, et al. Combined effects of HLA-Cw6, body mass index and waist-hip ratio on psoriasis vulgaris in Chinese Han population. *J Dermatol Sci.* 2008;52:123-129.
125. Kálmán LJ, Gonda X, Kemény L, et al. Psychological and biological background of the correlation between psoriasis and stress. *Orv Hetil.* 2014 Jun 15;155(24):939-48.
126. Kamalpour L, Perry A, Hill N. Body surface area as a measure of psoriasis-associated cardiovascular disease risk. *J Amer Acad Dermatol.* 2010;62(3), Suppl 1:AB68.

127. Karababa F., Yesilova Y., Turan E, et al. Impact of depressive symptoms on oxidative stress in patients with psoriasis. *Redox Rep.* 2013;18(2):51-55.
128. Katugampola RP, Lewis VJ, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index: assessing the efficacy of biological therapies for psoriasis. *Br J Dermatol.* 2007;156:945-950.
129. Kim GE, Seidler E, Kimball AB. The relative impact of psoriasis and obesity on socioeconomic and medical outcomes in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(2):216-221.
130. Kimball AB, Gieler U, Linder D, et al. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(9):989-1004.
131. Kirby B, Richards HL, Woo P, et al. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(1):72-76.
132. Kitchen H, Cordingley L, Young H, et al. Patient-reported outcome measures in psoriasis: the good, the bad and the missing! *Br J Dermatol.* 2015;172(5):1210-1221.
133. Kivelevitch DN, Tahhan PV, Bourren P, et al. Self-medication and adherence to treatment in psoriasis. *Int J Dermatol.* 2012;51(4):416-419.
134. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry.* 2014;13(1):38.
135. Kouris A, Christodoulou C, Efstathiou V, et al. Comparative study of quality of life and psychosocial characteristics in patients with psoriasis and leg ulcers. *Wound Repair Regen.* 2016;24(2):443-446.
136. Kouris A, Christodoulou C, Stefanaki C, et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2015;90(6):841-845.
137. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, et al. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patientmembership survey. *Arch Dermatol.* 2001;137:280-284.
138. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol.* 2012;132:556-562.
139. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(4):563-9.
140. Larsen MH, Hagen KB, Krogstad AL, et al. Limited evidence of the effects of patient education and self-management interventions in psoriasis patients: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2014;94(2):158-169.
141. Lee E, Koo J, Berger T. UVB phototherapy and skin cancer risk: a review of the literature. *Int J Dermatol.* 2005;44(5):355-360.
142. Leino M, Mustonen A, Mattila K, et al. Perceived impact of psoriasis on leisure-time activities. *Eur J Dermatol.* 2014;24(2):224-228.
143. Lesner K, Reich A, Szepietowski JC, et al. Determinants of Psychosocial Health in Psoriatic Patients: A Multi-national Study. *Acta Derm Venereol.* 2017;15:97(10):1182-1188.

144. Leung DY, Travers JB, Giorno R, et al. Evidence for a streptococcal superantigen-driven process in acute guttate psoriasis. *J Clin Invest.* 1995;96(5):2106-12.
145. Leung DY, Walsh P, Giorno R, Norris DA. A potential role for superantigens in the pathogenesis of psoriasis. *J Invest Dermatol.* 1993;100(3):225-228.
146. Linder D, Dall'olio E, Gisondi P, et al. Perception of disease and doctor-patient relationship experienced by patients with psoriasis: a questionnaire-based study. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(5):325-330.
147. Lønnberg AS, Skov L, Skytthe A, et al. Smoking and risk for psoriasis: a population-based twin study. *Int J Dermatol.* 2016;55(2):e72-78.
148. López-Estebarez JL, Sánchez-Carazo JL, Sulleiro S. Effect of a family history of psoriasis and age on comorbidities and quality of life in patients with moderate to severe psoriasis: Results from the ARIZONA study. *J Dermatol.* 2016;43(4):395-401.
149. Lubrano E, Helliwell P, Parsons W, et al. Patient education in psoriatic arthritis: a cross sectional study on knowledge by a validated self-administered questionnaire. *J Rheumatol.* 1998;25(8):1560-1565.
150. Maes, M., Song, C., Lin, A. et al. The effects of psychological stress on humans: Increased production of pro-inflammatory cytokines and a Th1-like response in stress-induced anxiety. *Cytokine.* 1998;10:313-318.
151. Mahler R, Jackson C, Ijacu H. The burden of psoriasis and barriers to satisfactory care: results from a Canadian patient survey. *J Cutan Med Surg.* 2009;13(6):283-93.
152. Mahyooden NG, Crowther NJ, Tikly M. Double trouble: psoriasis and cardiometabolic disorders. *Cardiovasc J Afr.* 2017 Dec 13;28:1-6.
153. Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, et al. Psoriasis phenotype at disease onset: clinical characterization of 400 adult cases. *J Invest Dermatol.* 2005;124(3):499-504.
154. Martínez-García E, Arias-Santiago S, Valenzuela-Salas I, et al. Quality of life in persons living with psoriasis patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(2):302-307.
155. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Cumulative life course impairment: evidence for psoriasis. *Curr Probl Dermatol.* 2013;44:82-90.
156. Matthews D, Fry L, Powles A, et al. Evidence that a locus for familial psoriasis maps to chromosome 4q. *Nat Genet.* 1996;14:231-233.
157. McFadden JP, Baker BS, Powles AV, Fry L. Psoriasis and streptococci: the natural selection of psoriasis revisited. *Br J Dermatol.* 2009;160(5):929-937.
158. McHugh NJ, McKenna KE, Reynolds NJ, Ormerod AD. "British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis" 2009. *Br J Dermatol.* 2009;16:987-1019.
159. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, et al. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. *Eur Heart J.* 2010;31:1000-1006.
160. Miller, A.H. Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatr Clin North Am.* 1998;21:443-463.
161. Modalsli EH, Åsvold BO, Snekvik I, et al. The association between the clinical diversity of psoriasis and depressive symptoms: The HUNT Study, Norway. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;29. doi:10.1111/jdv.14449. [Epub ahead of print].

162. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JCR, et al. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2015;90(3):338-345.
163. Mosteller RD. Simplified calculation of body-surface area. *N Engl J Med*. 1987;317:1098.
164. Mrowietz U, Chouela EN, Stefanidis D, et al. Pruritus and quality of life in moderate-to-severe plaque psoriasis: post hoc explorative analysis from the PRISTINE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015;29(6):1114-1120.
165. Mrowietz U, Domm S. Systemic steroids in the treatment of psoriasis: what is fact, what is fiction? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(8):1022-1025.
166. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol*. 2005;125:61-67.
167. Naldi L, Mercuri SR. Smoking and psoriasis: from epidemiology to pathomechanisms. *J Invest Dermatol*. 2009;129:2741-2743.
168. Naldi L, Mercury SR. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatol Ther*. 2010;23:114-118.
169. Naldi L, Peli L, Parazzini F, et al. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(3):433-438.
170. Naldi L, Svensson A, Diepgen T, et al. Randomized clinical trials for psoriasis 1977-2000: The EDEN survey. *J Invest Dermatol*. 2003;120:738-741.
171. Naldi L. Lifestyle intervention should be an essential component of medical care for skin disease: a challenging task. *Br J Dermatol*. 2014;171(5):934-935.
172. Naldi L. Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis (Auckl)*. 2016;6:65-71.
173. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, et al. German S3-guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (short version). *Arch Dermatol Res*. 2012;304(2):87-113.
174. Nelson PA, Kane K, Pearce CJ, et al. 'New to me' – changing patient understanding of psoriasis and identifying mechanisms of change: The Pso Well® patient materials mixed methods feasibility study. *Br J Dermatol*. 2017;177(3):758-770.
175. Nelson PA, Keyworth C, Chisholm A, et al. Identification and Management of Psoriasis-Associated Co-morbidity (IMPACT) Team. 'In someone's clinic but not in mine' – clinicians' views of supporting lifestyle behaviour change in patients with psoriasis: a qualitative interview study. *Br J Dermatol*. 2014;171(5):1116-1122.
176. Nelson PA, Barker Z, Griffiths CE, et al. 'On the surface': a qualitative study of GPs' and patients' perspectives on psoriasis. *BMC Fam Pract*. 2013 Oct 20;14:158.
177. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, et al. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:383-392.
178. Ockenfels HM. Trigger factors for psoriasis. *Hautarzt*. 2003;54(3):215-223.
179. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol*. 2015;90(1):9-20.
180. Orfanos CE, Pullmann H, Runne U, et al. Treatment of psoriasis using vitamin A, vitamin A acid and oral retinoids. *Hautarzt*. 1979;30(3):124-33.

181. Palijan TZ, Kovacevic D, Koic E, et al. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol.* 2011;35:81-85.
182. Papp K, Gulliver W, Lynde C, et al. Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis: overview. *J Cutan Med Surg.* 2011;15(4):210-219.
183. Patel RV, Clark LN, Lebwohl M, Weinberg JM. Treatments for psoriasis and the risk of malignancy. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(6):1001-1017.
184. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23 Suppl 2:1-70.
185. Pearce DJ, Singh S, Balkrishnan R, et al. The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat.* 2006;17(1):24-28.
186. Perrone V, Sangiorg D, Buda S, et al. Topical medication utilization and health resources consumption in adult patients affected by psoriasis: findings from the analysis of administrative databases of local health units. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2017;9:181-188.
187. Piaserico S, Conti A, Lo Console F, et al. Efficacy and safety of systemic treatments for psoriasis in elderly patients. *Acta Derm Venereol.* 2014;94(3):293-297.
188. Poór AK, Brodszky V, Péntek M, et al. Is the DLQI appropriate for medical decision-making in psoriasis patients? *Arch Dermatol Res.* 2018;310(1):47-55.
189. Popov J, Kirjakova N, Dencheva R, Kazandjieva J, Fercheva A, Tsankov N. Some psychosomatic aspects of patients with psoriasis vulgaris treated at the Bulgarian seaside. *CEEDVA.* 2002;4:29-31.
190. Potthoff A, Rasokat H, Brockmeyer NH. HIV infection. *Hautarzt.* 2012;63(1):10-15.
191. Pujol RM, Puig L, Daudén E, et al. Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP Study) *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(10):897-903.
192. Puzenat E, Bronsard V, Prey S, et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24 Suppl 2:10-16.
193. Radtke MA, Langenbruch AK, Schäfer I, et al. Nail psoriasis as a severity indicator: results from the PsoReal study. *Patient Relat Outcome Meas.* 2011;2:1-6.
194. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-407.
195. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26 Suppl 2:3-11.
196. Reynolds OD. Erectile dysfunction in etretinate treatment. *Arch Dermatol.* 1991;127:425-426.
197. Richards CS, O'Hara MW. *The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity.* Oxford University Press. 2014; p. 254.
198. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res.* 2001;50(1):11-15.
199. Riley PA. Vitamin A and the skin. *Br Med J.* 1969;3(5662):117.

200. Roenigk HH Jr, Callen JP, Guzzo CA, et al. Effects of acitretin on the liver. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:584-588.
201. Roenigk HH Jr, Maibach HI, Weinstein GD. Use of methotrexate in psoriasis. *Arch Dermatol.* 1972;105(3):363-365.
202. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative life course impairment: the imprint of psoriasis on the patient's life. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(2):128-134.
203. Rossi M, Pellegrino M. Acitretin-associated erectile dysfunction: a case report. *Cases J.* 2009;2:210.
204. Ruderman EM, Tambar S. Psoriatic arthritis: prevalence, diagnosis, and review of therapy for the dermatologist. *Dermatol Clin.* 2004;22:477-486.
205. Šahmatova L, Sügis E, Šunina M, et al. Signs of innate immune activation and premature immunosenescence in psoriasis patients. *Sci Rep.* 2017 Aug 8;7(1):7553.
206. Saint-Mezard P, Chavagnac C, Bosset S, et al. Psychological stress exerts an adjuvant effect on skin dendritic cell functions in vivo. *J Immunol.* 2003;171:4073-4080.
207. Salek S, Roberts A, Finlay AY. The practical reality of using a patient-reported outcome measure in a routine dermatology clinic. *Dermatology.* 2007;215:315-319.
208. Samarasekera E, Sawyer L, Parnham J, Smith CH. Assessment and management of psoriasis: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2012;345:e6712.
209. Samarasekera EJ, Neilson JM, Warren RB, et al. Incidence of cardiovascular disease in individuals with psoriasis: A systematic review and meta-analysis. *J Investig Dermatol.* 2013;133:2340-2346.
210. Sampogna F, Finlay AY, Salek SS, et al. Measuring the impact of dermatological conditions on family and caregivers: a review of dermatology-specific instruments. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(9):1429-1439.
211. Sarkar R, Chugh S, Garg VK. Acitretin in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:759-771.
212. Schlaak JF, Buslau M, Jochum W, et al. T cells involved in psoriasis vulgaris belong to the Th1 subset. *J Invest Dermatol.* 1994;102:145-149.
213. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology.* 2005;210(3):194-9.
214. Schneider G, Heuft G, Hockmann J. Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(3):383-386.
215. Secrest AM, Matinrazm A, Ferris LK. Efficacy, Safety, and Out-of-pocket Costs are the Most Important Factors to Patients in Choosing a Psoriasis Therapy. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014;7(12):30-33.
216. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: W.W. Norton & Company, 2001.
217. Sherman BS. The effect of vitamin A on epithelial mitosis in vitro and in vivo. *J Invest Derm.* 1961;37:469-480.
218. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973;22:255-262.

219. Sigurdardottir SL, Thorleifsdottir RH, Valdimarsson H, Johnston A. The role of the palatine tonsils in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;168(2):237-42.
220. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl J Med.* 1999;341:1329-1335.
221. Slobodin G, Rosner I, Rozenbaum M, Boulman N, Kessel A, Toubi E. Psoriatic arthropathy: where now? *Isr Med Assoc J.* 2009;11:430-434.
222. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:29.
223. Song HJ, Park CJ, Kim TY, et al. The Clinical Profile of Patients with Psoriasis in Korea: A Nationwide Cross-Sectional Study (EPI-PSODE). *Ann Dermatol.* 2017;29(4):462-470.
224. Souliotis K, Golna C, Kani C, Litsa P. Reducing patient copayment levels for topical and systemic treatments in plaque psoriasis as a case for evidence-based, sustainable pharmaceutical policy change in Greece. *J Med Econ.* 2016;19(11):1021-1026.
225. Steinke SI, Peitsch WK, Ludwig A, Goebeler M. Cost-of-illness in psoriasis: comparing inpatient and outpatient therapy. *PLoS One.* 2013 Oct 23;8(10):e78152.
226. Strober BE. Methotrexate and cyclosporine in psoriasis revisited. *Semin Cutan Med Surg.* 2014;33(2 Suppl 2):S27-30.
227. Tablazon IL, Al-Dabagh A, Davis SA, Feldman SR. Risk of cardiovascular disorders in psoriasis patients: current and future. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14:1-7.
228. Tan J, Stacey D, Barankin B, et al. Support needed to involve psoriasis patients in treatment decisions: survey of dermatologists. *J Cutan Med Surg.* 2011;15(4):192-200.
229. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
230. Tee SI, Lim ZV, Theng CT, et al. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(7):1159-1164.
231. Tejada CS, Mendoza-Sassi RA, Almeida HL, et al. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol.* 2011;86:1113-1121.
232. Thorleifsdottir RH, Sigurdardottir SL, Sigurgeirsson B, et al. Improvement of psoriasis after tonsillectomy is associated with a decrease in the frequency of circulating T cells that recognize streptococcal determinants and homologous skin determinants. *J Immunol.* 2012 May 15;188(10):5160-5165.
233. Tsankov N, Angelova I, Kazandjieva J. Drug-induced psoriasis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1(3):159-165.
234. Tsankov N, Botev-Zlatkov N, Lazarova A, Kostova M, Popova L, Tonev S. Psoriasis and drugs: Influence of tetracyclines on the course of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1988;19(4):629-632.
235. Tsankov N, Kazandjieva J, Drenovska K. Drugs in exacerbation and provocation of psoriasis. *Clin Dermatol.* 1998;16(3):333-351.
236. Tsintsadze N, Beridze L, Tsintsadze N, et al. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. *Georgian Med News,* 2015;(243):70-75.

237. van Cranenburgh OD, de Korte J, Sprangers MA, et al. Satisfaction with treatment among patients with psoriasis: a web-based survey study. *Br J Dermatol.* 2013;169(2):398-405.
238. van de Kerkhof PC, de Hoop D, de Korte J, et al. Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. *Dermatology.* 2000;200(4):292-298.
239. Van Dorssen IE, Boom BW, Hengeveld MW. Experience of sexuality in patients with psoriasis and constitutional eczema. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1992;136:2175-2178.
240. Van Scott EJ, Ekel TM. Kinetics of hyperplasia in psoriasis. *Arch Dermatol.* 1963;88:373-381.
241. Vanderpuye-Orgle J, Zhao Y, Lu J, et al. Evaluating the economic burden of psoriasis in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(6):961-967.
242. Veal CD, Capon F, Allen MH, et al. Family-based analysis using a dense single-nucleotide polymorphism-based map defines genetic variation at PSORS1, the major psoriasis-susceptibility locus. *Am J Hum Genet.* 2002;71:554-564.
243. Weinstein GD, Van Scott EJ. Turnover time of human normal and psoriatic epidermis by autoradiographic analysis. *J Invest Dermatol.* 1966;45:561-567.
244. Weischer M, Blum A, Eberhard F, et al. No evidence for increased skin cancer risk in psoriasis patients treated with broadband or narrowband UVB phototherapy: a first retrospective study. *Acta Derm Venereol.* 2004;84(5):370-374.
245. White S, Vender R, Thaçi D, et al. Use of calcipotriene cream (Dovonex cream) following acute treatment of psoriasis vulgaris with the calcipotriene/betamethasone dipropionate two-compound product (Taclonex): a randomized, parallel-group clinical trial. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7(3):177-184.
246. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol.* 2008;47:903-910.
247. Windfuhr JP. Evidence-based Indications for Tonsillectomy. *Laryngorhinootologie.* 2016; 95 Suppl 1:S38-87.
248. World Health Organization. Global report on psoriasis. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf). Accessed May 31, 2016.
249. Wright V, Moll JMH. Seronegative Polyarthritis. North Holland Publishing Co. Amsterdam. 1976:169-235.
250. Wylie G, Evans CD, Gupta G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e234.
251. Yang Y, Koh D, Khoo L, et al. The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. *Int J Dermatol.* 2005;44(11):925-929.
252. Zachariae H. Methotrexate side-effects. *Br J Dermatol.* 1990;122 Suppl 36:127-133.
253. Zaghoul SS, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol.* 2004;140(4):408-414.
254. Zeichner JA, Lebwohl MG, Menter A, et al. Psoriasis Process of Care Consensus Panel. Optimizing topical therapies for treating psoriasis: a consensus conference. *Cutis.* 2010;86(3 Suppl):5-31.

255. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-370.
256. <http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/>
257. <https://fbpf.org/пациенти/псориазис/асоциация-на-хората-с-псориазис-и-псор>
258. <https://psoralek.com/>
259. [pasi.corti.li/](http://pasi.corti.li/)
260. [www.arce-nw.com/.../didskincreamkillegypt'squeenhatshepsut](http://www.arce-nw.com/.../didskincreamkillegypt'squeenhatshepsut)
261. [www.bg-pso.org/?page\\_id=1274](http://www.bg-pso.org/?page_id=1274)
262. [www.pasitraining.com/](http://www.pasitraining.com/)
263. [www.pasitraining.com/calculator/step\\_1.php](http://www.pasitraining.com/calculator/step_1.php)
264. [www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/](http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/)

## НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Серафимова, Д., Т. Черкезов, Л. Стоянова-Митева. Качество жизни у больных с псориазом. Вестник Восточно-Сибирской открытой академии. Электронный научный журнал. 2018;29. С IF.

2. Serafimova, D., T. Cherkeзов, L. Stoyanova-Miteva. Study of psychological determinants of anxiety and depression in patients with psoriasis. IX Международной научно-практической интернет – конференции: „Состояние здоровья: медицинские, психолого-педагогические и социальные аспекты“ 23-29.04.2018. Сборник.

3. Серафимова, Д., Г. Пехливанов, С. Василева, Т. Черкезов, Л. Митева. Ролята на семейното финансово състояние при лечението на псориазис. Здравна политика и мениджмънт. 2017;17 N 3:9-13.

4. Серафимова, Д. Тревожност и депресия – приложимост на въпросник за самооценка – болничната скала за тревожност и депресия (БСТД) при пациенти с псориазис и обзор на литературата. Дерматол. и венерол. 2018;LVII,(1):3-9.

## **УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА**

1. Ръткова, М., М. Михов, К. Дреновска, В. Броцилова, М. Симеонова, Д. Серафимова, Й. Пожарашка, С. Марина, Л. Митева, С. Василева. Токсични кожни реакции от methotrexate. Научна конференция – Софийски дерматологични дни. София, 29.10.-01.11.2015.

2. Серафимова, Д., Г. Пехливанов, С. Василева. Някои аспекти при обгрижването на пациенти с псориазис в извънболнични условия. XI Пролетни варненски дерматологични дни. Варна, 20-23.04.2017.

3. Серафимова, Д. Предизвикателствата на системното лечение на псориазис. Конференция Псориазис и биологични. София. 11.03.2017.

4. Серафимова, Д., Г. Пехливанов, Т. Черкезов Тревожност и депресия – екстракутанно проявление на псориазис. XII Пролетни варненски дерматологични дни. Варна, 12-14.04.2018.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1. Индивидуална анкетна карта на болен с псориазис

### ИНДИВИДУАЛНА АНКЕТНА КАРТА

на болен с хронично протичащо кожно заболяване

#### I. Паспортни данни:

Възраст \_\_\_\_\_ Пол – м ж

Образование – основно, средно, висше

Семейно положение (живея) – сам/а, с партньор/ка, в семейство

Трудова заетост – работя, безработен, пенсионер.

#### II. Настоящо заболяване:

Давност \_\_\_\_\_ Честота на рецидивите (годишно) \_\_\_\_\_

Провокиращи (отключващи) фактори \_\_\_\_\_

Засегнати участъци (площ на засягане) \_\_\_\_\_

Тежест на засягане \_\_\_\_\_

Провеждано лечение:

системно – антихистамини, кортикостероиди, цитостатици, ретиноиди,

биологични средства, други \_\_\_\_\_

локално – \_\_\_\_\_

Придружаващи заболявания \_\_\_\_\_

Фамилност \_\_\_\_\_

Вредни навици:

– тютюнопушене \_\_\_\_\_

– алкохолна консумация \_\_\_\_\_

– психотропни средства \_\_\_\_\_

#### III. Взаимоотношения:

##### С дерматолог:

Колко време от началото на заболяването е било необходимо за поставяне

на диагнозата \_\_\_\_\_

Колко време е отделено за първи преглед \_\_\_\_\_

Обсъждани ли са детайли за заболяването и изисквания към поведението на пациентите: –

**не; – отчасти; – в детайли.**

Колко често са осъществявани контролни прегледи \_\_\_\_\_

Имали ли сте проблеми да осъществите консултация с дерматолог: – **да; – не.**

**В семейството:**

Колко време на ден отделяте за заболяването си: < 30 мин; 30-60 мин; > 60 мин.

Отбележете: 1 – не; 2 – рядко; 3 – понякога; 4 – често; 5 – изключително често.

**Взаимоотношения със сексуалните партньори**

Отказвал ли сте връзка заради болестта си	1	2	3	4	5
Имал ли сте чувство, че ви отхвърлят заради заболяването	1	2	3	4	5
Променя ли се отношението на партньора след като разбере за заболяването ви	1	2	3	4	5

**Професионална реализация**

Губил ли сте работа заради заболяването	1	2	3	4	5
Отказвал ли сте важни професионални срещи заради заболяването си	1	2	3	4	5

**III. Източници на информация**

Дерматолог	1	2	3	4	5
Приятели	1	2	3	4	5
Медии – вестници и списания	1	2	3	4	5
Интернет	1	2	3	4	5

**IV. Лечение**

Прибягвам до самолечение	1	2	3	4	5
Избирам лекарства с бърз ефект	1	2	3	4	5
Избирам лекарства с продължителен ефект	1	2	3	4	5
Избирам лекарства с удобно приложение	1	2	3	4	5
Избирам лекарства с лесен достъп	1	2	3	4	5
Избирам лекарства с ниска цена	1	2	3	4	5

Благодаря

## Приложение 2. Самооценъчен тест Dermatology Quality of Life Index (DLQI)

### ДЕРМАТОЛОГИЧЕН ИНДЕКС ЗА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

Диагноза: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Резултат: \_\_\_\_\_

Моля, отговорете с отметка **само в едно квадратче** за всеки въпрос. Имайте предвид **изминалата седмица**.

Въпроси	Много	Доста	Малко	Въобщо не	Не се отнася до мен
1. До каква степен усещахте сърбеж, дразнене, болка или парене на кожата?					
2. До каква степен бяхте смутен или притеснен поради състоянието на кожата?					
3. До каква степен състоянието на кожата ви попречи да пазарувате или да се грижите за дома или градината?					
4. До каква степен състоянието на кожата ви повлия на избора на дрехите, които носихте?					
5. До каква степен състоянието на кожата ви се отрази на социалните ви контакти и на начина, по който прекарахте свободното си време?					
6. До каква степен състоянието на кожата ви създаде трудности при спортуване?					
7. До каква степен състоянието на кожата ви пречеше да работите или учите?					
8. До каква степен състоянието на кожата ви създаваше проблеми с вашия партньор или с близки приятели или роднини?					
9. До каква степен състоянието на кожата ви причини затруднения в сексуалния ви живот?					
10. До каква степен лечението на кожата ви създаваше проблеми /отнело е много време или домът ви е бил разхвърлян?					

Благодаря.



