

STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Wstęp

Według Clarka „skóra jest sposobem, w jaki ukazujemy siebie sobie samym i innym”. Skóra jest częścią ciała, przez którą postrzega nas otoczenie oraz przez którą sami kreujemy swój wizerunek. Zmiany skórne przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowane na częściach odsłoniętych przyczyniają się do negatywnego postrzegania własnego ciała. Negatywny obraz własnego ciała może wywołać i potęgować negatywne stany emocjonalne, co może prowadzić do pogorszenia jakości życia. Problemem, który chciałabym poruszyć w mojej pracy, jest temat wpływu chorób skóry zlokalizowanych na twarzy oraz skórze owłosionej głowy przebiegających z bliznowaceniem, na jakość życia tych osób. U wszystkich pacjentów poddanych analizie ostateczną manifestacją różnych chorób skóry jest bliznowacenie, a więc proces nieodwracalny, skutkujący ostatecznymi zmianami skórnymi. Nie bez znaczenia jest przewlekły i stały charakter zmian skórnych, bez możliwości uniknięcia bliznowacenia, który jest konsekwencją i ostateczną manifestacją wielu wymienionych przeze mnie poniżej chorób.

Założeniem mojej pracy jest ocena jakości życia pacjentów dermatologicznych oraz analiza wpływu różnych czynników na jakość życia tych pacjentów. Do chorób dermatologicznych mających znaczący wpływ na jakość życia pacjentów zaliczony jest również trądzik różowaty (rosacea). Trądzik różowaty należy do częstych schorzeń dermatologicznych. Rozpoznanie ustala się na podstawie objawów klinicznych. Najprawdopodobniej trądzik różowaty nie jest jednorodną jednostką chorobową, ale zależy od wielu czynników nakładających się na siebie i wzajemnie wzmacniających. Rosacea to jednostka dermatologiczna trudna do leczenia, przebiegająca przewlekłe oraz z dużą tendencją do nawrotów. Jest to choroba, której nie jesteśmy w stanie wyleczyć, możemy jedynie złagodzić objawy skórne. Niewłaściwie leczony bądź też nieleczony trądzik różowaty jest powodem frustracji, a nawet depresji pacjentów. Tak poważne potencjalne skutki przebiegu choroby spowodowały, że trądzik różowaty stał się istotnym zagadnieniem klinicznym w XXI wieku i dlatego pacjenci z rozpoznaniem trądzikiem różowatym również stali się grupą kontrolną w mojej pracy doktorskiej.

Cele i założenia pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza czynników wpływających na jakość życia pacjentów. Głównym celem mojej pracy jest określenie poziomu jakości życia pacjentów za pomocą kwestionariuszy ponieważ taką właśnie metodą można ocenić jakość życia. Pozwala to na uzyskanie ilościowego wyniku, który można porównać z badaniami wykonanymi na innych grupach pacjentów. Odpowiednia budowa kwestionariusza pozwala sprawdzić ocenę zadowolenia z życia w postaci mierzalnej, wyrażonej indeksem liczbowym.

Celem mojej pracy jest osiągnięcie efektu naukowo-poznawczego, a mianowicie poznanie, jakim obciążeniem dla pacjentów są zmiany skórne zlokalizowane na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem, poprzez ocenę jakości życia oraz analiza czynników mających wpływ na jakość życia badanych pacjentów, jak również poznanie struktur dermatoskopowych charakterystycznych dla danego rodzaju blizny. Efektem praktycznym ma być ustalenie i wyeliminowanie czynników mających negatywny wpływ na jakość życia pacjentów, ustalenie i propagowanie czynników mających pozytywny wpływ na jakość życia pacjentów oraz możliwość poszerzenia diagnostyki zmian skórnych na podstawie analizy wzorca dermoskopowego blizn.

Material i metody

Przebadano 177 pacjentów w wieku od 18 do 84 roku życia, w tym 115 kobiet oraz 62 mężczyzn. W grupie badanej znalazło się 82 kobiety oraz 45 mężczyzn. W grupie kontrolnej przebadano 33 kobiety oraz 17 mężczyzn.

W celu przeprowadzenia badania klinicznego pacjenta utworzono autorską kartę badania. Badanie składało się z badania przedmiotowego i podmiotowego w oparciu o opracowaną autorską kartę badania. Zebrane informacje dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształceniu, chorób towarzyszących. W karcie badań znalazły się pytania o dotychczasowe leczenie dermatologiczne, czas trwania choroby, skuteczność dotychczasowego leczenia. Na podstawie nasilenia zmian skórnych została u każdego pacjenta określona skala PGA. Następnie pacjent samodzielnie wypełnił kwestionariusze. Wszyscy badani pacjenci ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem oraz wszyscy pacjenci należący do grupy kontrolnej wypełnili dwa kwestionariusze: DLQI (wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych) oraz kwestionariusz autorski utworzony w celu przeprowadzenia badania: Jakość

życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem.

Wyniki i wnioski

Jakość życia w grupie badanej i kontrolnej, mierzona kwestionariuszami DLQI (wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych) oraz kwestionariuszem autorskim: Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem jest na zbliżonym poziomie. Analiza statystyczna post hoc wykazała, że w każdym z analizowanych konstruktów jakości życia występują różnice pomiędzy niektórymi rozpoznaniem. Można zauważyć, że największe różnice w jakości życia występują pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem nieczerniakowym nowotworem skóry, a pozostałymi pacjentami z grupy kontrolnej i badanej. Pacjenci z nieczerniakowymi nowotworami skóry cechowali się w większości nieznacznie obniżoną jakością życia. Większy problem stanowił dla nich guz niż blizna. Ponadto również lokalizacja zmian u 30% pacjentów miała niewielkie znaczenie i wpływ na jakość ich życia. Analiza czynników mogących mieć wpływ na jakość życia pacjentów wykazała, że jedynym predyktorem jakości życia pacjentów było nasilenie zmian skórnych oceniane na podstawie skali PGA. Im większe było nasilenie zmian skórnych tym jakość życia tych pacjentów była niższa.

Każdy pacjent z grupy badanej biorący udział w moim badaniu został poddany badaniu dermatoskopowemu. Badaniu dermatoskopowemu nie zostali poddani pacjenci z grupy kontrolnej, ponieważ zmiany skórne w trądziku różowatym nie przebiegają z bliznowaceniem. Do badania użyto dermatoskopu dermlite dl 4 ze światłem spolaryzowanym i niespolaryzowanym. Badaniu dermatoskopowemu poddano zmiany przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowane na skórze owłosionej głowy oraz skórze twarzy. Obraz dermatoskopowy został zapisany i zarchiwizowany w postaci dokumentacji fotograficznej. Następnie poddano analizie dermatoskopowej zarówno obszary bliznowacenia, jak i skórę graniczącą z blizną.

Celem mojej pracy, poza oceną jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi przebiegającymi z bliznowaceniem, było również opracowanie analizy wzorca dermatoskopowego obszaru bliznowacenia w celu możliwości poszerzenia diagnostyki zmian skórnych.

Na podstawie analizy wzorca dermoskopowego obrazu obszarów bliznowacenia nie można postawić jednoznacznego rozpoznania klinicznego. Jednakże ocena obszarów bliznowacenia z równoczesną oceną skóry otaczającej wnosi nam wiele w procesie diagnostycznym i ułatwia postawienie właściwego rozpoznania. Ponadto w niektórych schorzeniach jest pomocnym narzędziem diagnostycznym w ocenie aktywności choroby.

ABSTRACT

Introduction

According to Clark “skin is the way in which we show ourselves to us and others”. Skin is a body part through which other people see us and through which we create our image. Skin changes with cicatrization located on exposed body parts contribute to a negative view of our own bodies. Negative image of our own bodies can cause and compound negative emotional states which can lead to a lower life quality. The problem, which I would like to discuss in my paper, is the topic of the influence of face and scalp skin diseases with cicatrization on the quality of patients’ lives. In all analyzed patients the final manifestation of different diseases is cicatrization, an irreversible process which leads to final skin changes. Not without import is the chronic and permanent character of skin changes, without the possibility of avoiding cicatrization, which is the consequence and final manifestation of many diseases listed by me below.

The premise of my paper is assessing dermatological patients’ life quality and analyzing the influence of different factors on the life quality of those patients. Rosacea is also included in the dermatological diseases which have major influence on patients’ life quality. Rosacea is a common dermatological condition. Diagnosis is based on clinical symptoms. It is very probable that rosacea is not a homogeneous disease entity but it is caused by many factors which overlap and strengthen each other. Rosacea is a dermatological entity which is hard to treat, chronic and has a strong tendency to regress. It is a disease which we do not know how to cure; we can only mitigate the skin symptoms. Improperly treated or untreated rosacea is a cause of frustration or even depression among patients. Such serious effects of the disease course made rosacea a major clinical problem of the 21st century, and that is why patients with rosacea have become a control group in my PhD dissertation.

Paper’s aims and premise

The aim of this paper is the analysis of the factors influencing patients’ life quality. The main aim of my paper is determining patients’ life quality through questionnaires because this method allows for determining patients’ life quality. It enables a person to get a quantitative result which can be compared with research conducted on other groups of patients. Properly written questionnaire allows one to check the life enjoyment assessment in a quantifiable form expressed in a numerical index.

The aim of my paper is reaching a scientific and cognitive effect that is learning what burden for the patients are skin changes located on face and scalp with cicatrization through assessing life quality and analyzing factors which influence the patients' life quality. As well as learning dermatoscopic structures characteristic for a given type of scar. Postulated practical effect is finding and eliminating factors which have negative influence on patients' life quality; finding and propagating factors which have positive influence on patients' life quality; and the possibility of expanding skin changes diagnostics on the basis of an analysis of the dermatoscopic patterns of scars.

Materials and methods

177 patients, age 18 to 84, were examined; this group included 115 women and 62 men. The examined group included 82 women and 45 men. In the control group 33 women and 17 men were examined.

In order to conduct clinical examination of a patient an authorial questionnaire was prepared. The examination consisted of an interview and physical examination based on the examination sheet. Gathered information included sex, age, place of residence, education, coexisting diseases. The examination sheet included questions about previous dermatological treatments, disease's duration, treatment effectiveness. PGA scale of each patient was assessed on the basis of skin changes severity. Next, patients filled in the questionnaires on their own. All patients with skin changes on face and scalp with cicatrization and all patients from the control group filled in two questionnaires: DLQI and an authorial questionnaire written for the purpose of this research: Life quality of patients with skin changes on face or scalp with cicatrization.

Results and conclusions

Life quality in the control and examined group measured with DLQI and authorial questionnaire: Life quality of patients with skin changes on face or scalp with cicatrization is on a similar level. Post hoc statistical analysis showed that in every analyzed life quality constructs there are differences between some diagnoses. One can observe that the biggest differences in life quality occur between patients with diagnosed non-melanoma skin cancer and the rest of the patients from the examined and control groups. Patients with non-melanoma skin cancer were characterized with slightly lowered life quality. Bigger problem for them were the cancer than the scars itself. Patients are bothered more by a tumor than a scar. Moreover, the localization of changes in 30% of patients had little meaning and influence on their life quality. Analyzing factors which could have influenced patients' life quality showed that

the only predictor of life quality was exacerbation of skin changes assessed with PGA scale. The more exacerbated skin changes, the lower patients' life quality. Moreover, in the control and examined groups alike the localization of skin changes mattered.

Every patient from the examined group in this research underwent a dermatoscopic examination. Patients from the control group did not undergo this examination, because skin changes in rosacea do not cause cicatrization. The examination was conducted with a dermlite dl 4 dermatoscope with polarized and unpolarized light. Dermatoscopic examination was conducted on skin changes with cicatrization on scalp and face. Dermatoscopic image was saved and archived in the form of photographic documentation. Next, the area of cicatrization and bordering skin was dermatoscopically analyzed.

The aim of my paper, besides the assessment of life quality of patients with skin changes with cicatrization, was also creating an analysis of dermatoscopic pattern of the cicatrization area in order to possibly broaden the diagnostics of skin changes.

It is impossible to unequivocally clinically diagnose on the basis of an analysis of a dermatoscopic patten image of cicatrization areas. However, assessment of cicatrization area simultaneously with the bordering skin helps a lot with the diagnostics process and facilitates a correct diagnosis. Moreover, in some diseases it is a helpful diagnostic tool for disease activity assessment.