



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

**lek. Aleksandra Kapuśniak**

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW  
ZE ZMIANAMI SKÓRNYMI ZLOKALIZOWANYMI  
NA TWARZY ORAZ SKÓRZE OWŁOSIONEJ GŁOWY  
PRZEBIEGAJĄCYMI Z BLIZNOWACENIEM

**ROZPRAWA DOKTORSKA**

**Promotor: prof. dr hab. Joanna Maj**

**Opole, 2021**

Materiały do pracy doktorskiej były zbierane na Klinicznym Oddziale Dermatologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, w Poradni Skórno-Wenerologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu oraz w Specjalistycznym Gabinetzie Dermatologicznym AKderm w Namysłowie.

Pragnę serdecznie podziękować  
prof. dr hab. Joannie Maj,  
Promotorowi mojej pracy,  
za cenne wskazówki merytoryczne,  
życzliwą i miłą atmosferę, która przyczyniła się  
do pomyślnego napisania mojej pracy doktorskiej,  
a nade wszystko za cierpliwość.

Pragnę wyrazić moją wdzięczność  
mojemu Mężowi,  
za niezachwianą wiarę we mnie  
oraz nieustanne wsparcie i zaufanie.

Pragnę podziękować również moim Siostrom,  
za wspieranie mnie w trudnych momentach  
i ich nieocenioną pomoc.

W tym miejscu dziękuję również  
dr n. med. Grażynie Wąsik,  
Ordynator Klinicznego Oddziału Dermatologii w Opolu,  
za inspirację, motywację do dalszej nauki i osiągnięcia wytyczonych celów.

Moim Rodzicom,  
za miłość do medycyny  
i pasję w wykonywaniu pracy lekarza.

# Spis treści

<b>1. WYKAZ UŻYTYCH W PRACY TABEL, RYSUNKÓW, WYKRESÓW I ZASTOSOWANYCH SKRÓTÓW</b> .....	7
<b>1.1. Wykaz tabel</b> .....	7
<b>1.2. Wykaz wykresów</b> .....	8
<b>1.3. Wykaz rysunków</b> .....	8
<b>1.4. Wykaz zastosowanych skrótów</b> .....	9
<b>2. WSTĘP</b> .....	11
<b>3. JAKOŚĆ ŻYCIA – DEFINICJA</b> .....	14
<b>4. JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBYMI PRZEWLEKŁYMI</b> .....	18
<b>5. CHOROBY SKÓRY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM</b> .....	22
<b>6. CHOROBY OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM</b> ...	26
<b>6.1. Łysienie bliznowaciejące pierwotne</b> .....	26
6.1.1. Łysienie bliznowaciejące pierwotne z naciekiem limfocytowym.....	26
6.1.2. Łysienie bliznowaciejące pierwotne z naciekiem neutrofilowym .....	30
6.1.3. Łysienie bliznowaciejące z naciekiem mieszanym .....	31
<b>6.2. Łysienie bliznowaciejące wywołane innymi chorobami</b> .....	31
<b>7. CHOROBY SKÓRY TWARZY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM</b> .....	33
<b>7.1. Toczeń rumieniowaty i jego odmiany (LE)</b> .....	33
<b>7.2. Twardzina ograniczona</b> .....	36
<b>7.3. Piodermia zgorzelinowa (PG)</b> .....	37
<b>7.4. Trądzik zwyczajny</b> .....	39
<b>7.5. Nowotwory skóry pochodzenia naskórkowego</b> .....	45
<b>8. TRĄDZIK RÓŻOWATY</b> .....	51
<b>8.1. Jakość życia pacjentów z trądzikiem różowatym</b> .....	51
<b>8.2. Etiologia i patogenez trądziku różowatego</b> .....	52
<b>8.3. Obraz kliniczny w trądziku różowatym</b> .....	55
<b>9. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY</b> .....	59
<b>10. MATERIAŁ I METODY</b> .....	61
<b>10.1. Metoda badań</b> .....	61
<b>10.2. Charakterystyka pacjentów</b> .....	64
<b>11. METODY STATYSTYCZNE</b> .....	66
<b>12. OBRAZ DERMATOSKOPOWY ZMIAN PRZEBIEGAJĄCYCH Z BLIZNOWACENIEM NA SKÓRZE TWARZY I SKÓRZE OWŁOSIONEJ GŁOWY</b> .....	70
<b>13. WYNIKI</b> .....	75

<b>14. OMÓWIENIE WYNIKÓW</b> .....	83
14.1.    Wiek, płeć, czas trwania choroby .....	83
14.2.    Miejsce zamieszkania.....	83
14.3.    Choroby współistniejące.....	83
14.4.    Lokalizacja zmian .....	84
14.5.    Podsumowanie wyników.....	84
<b>15. Dyskusja</b> .....	96
<b>16. Wnioski</b> .....	106
<b>17. Wzory wykorzystanych do badania kwestionariuszy</b> .....	107
17.1.    Autorska karta badania.....	107
17.2.    DLQI .....	108
17.3.    Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem .....	110
17.4.    Punktacja .....	112
<b>18. Dokumentacja fotograficzna</b> .....	114
18.1.    Liszaj płaski mieszkowy .....	114
18.2.    Łysienie czołowe bliznowaciejące .....	119
18.3.    Pseudopelade of Brocq.....	126
18.4.    Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych .....	128
18.5.    Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy.....	131
18.6.    Toczeń rumieniowaty na twarzy .....	138
18.7.    Trądzik zwyczajny .....	146
18.8.    Piodermia zgorzelinowa.....	156
18.9.    Twardzina ograniczona .....	160
18.10.   Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry .....	165
<b>19. Streszczenie</b> .....	175
<b>20. Abstract</b> .....	179
<b>21. Bibliografia</b> .....	182

# **1. WYKAZ UŻYTYCH W PRACY TABEL, RYSUNKÓW, WYKRESÓW I ZASTOSOWANYCH SKRÓTÓW**

## **1.1. Wykaz tabel**

1. Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa.
2. Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe zmiennych jakościowych.
3. Tabela 3. Macierz rotowanych składowych w kwestionariuszu jakości życia.
4. Tabela 4. Macierz rotowanych składowych w kwestionariuszu jakości życia z ograniczonymi punktami.
5. Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kolmogorowa-Smirnowa.
6. Tabela 6. Zróźnicowanie jakości życia u pacjentów w grupie kontrolnej i badanej.
7. Tabela 7. Analiza korelacji długości trwania choroby i jakości życia.
8. Tabela 8. Zróźnicowanie jakości życia u pacjentów z różnymi rozpoznaniemami.
9. Tabela 9. Testy post-hoc dla zróźnicowanie jakości życia u pacjentów z różnymi rozpoznaniemami.
10. Tabela 10. Analiza korelacji DLQI i JZ.
11. Tabela 11. Zróźnicowanie jakości życia u pacjentów z guzem lub z blizną.
12. Tabela 12. Analiza regresji pomiędzy wiekiem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej.
13. Tabela 13. Analiza regresji pomiędzy miejscem zamieszkania, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej.
14. Tabela 14. Analiza regresji pomiędzy płcią, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej.
15. Tabela 15. Analiza regresji pomiędzy wykształceniem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej.



## **1.2. Wykaz wykresów**

1. Wykres 1: Rozkład wyników DLQI dla poszczególnych rozpoznań.
2. Wykres 2: Rozkład wyników JZ akceptacja siebie dla poszczególnych rozpoznań.
3. Wykres 3: Rozkład wyników JZ kontakty społeczne dla poszczególnych rozpoznań.

## **1.3. Wykaz rysunków**

1. Rysunek 1. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem DLQI.
2. Rysunek 2. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem DLQI w grupie badanej i kontrolnej.
3. Rysunek 3. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem autorski.
4. Rysunek 4. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem autorskim w grupie badanej i kontrolnej.
5. Rysunek 5. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia w kwestii akceptacji siebie mierzony kwestionariuszem autorskim dla poszczególnych rozpoznań.
6. Rysunek 6. Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia w kwestii kontaktów społecznych mierzony kwestionariuszem autorskim dla poszczególnych rozpoznań.
7. Rysunek 7. Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby mierzony skalą PGA.
8. Rysunek 8. Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby w grupie badanej i kontrolnej mierzony skalą PGA.
9. Rysunek 9. Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby mierzony skalą PGA - ocena pacjenta.
10. Rysunek 10. Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby w grupie badanej i kontrolnej mierzony skalą PGA - ocena pacjenta.
11. Rysunek 11. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z nieczerniakowymi nowotworami skóry.

12. Rysunek 12. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym.
13. Rysunek 13. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z toczniem rumieniowatym.
14. Rysunek 14. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z łysieniem czołowym bliznowaciejącym.
15. Rysunek 15. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z trądzikiem zwyczajnym.
16. Rysunek 16. Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z trądzikiem różowatym.

#### **1.4. Wykaz zastosowanych skrótów**

AFA	Trądzik kobiet dojrzałych
BCC	Rak podstawnokomórkowy
CA	Łysienie bliznowaciejące
CACLE	Przewlekły skórny toczeń rumieniowaty
CGRP	Peptyd związany z genem kalcytoniny
DLE	Toczeń rumieniowaty krążkowy
DLQI	Dermatologiczny wskaźnik dotyczący jakości życia
ECDS	Twardzina linijna typu cięcia szablą
FFA	Łysienie czołowe bliznowaciejące
HPV	Wirus brodawczaka ludzkiego
JZ	Jakość życia
LE	Toczeń rumieniowaty

LPP	Liszaj płaski mieszkowy
NMSCI	Nieczerniakowe nowotwory skóry
OB	Odczyn Biernackiego
PACAP	Polipeptyd aktywujący przysadkową cyklazę adenylanową
PAPA	Zespół ropnego zapalenia stawów, piodermii zgorzelinowej i trądziku
PASH	Piodermia zgorzelinowa, trądzik, trądzik odwrócony
PFH	Postępujący zanik połowiczy twarzy
PG	Piodermia zgorzelinowa
PGA	Skala nasilenia zmian skórnych
ROS	Reaktywne formy tlenu
SAPHO	Zapalenie błony maziowej, trądzik, krostkowica dłoni i stóp, hiperostoza i zapalenie kości
SCC	Rak kolczystokomórkowy
SLE	Układowy toczeń rumieniowaty
TLR	Receptor Toll like
UVR	Promieniowanie ultrafioletowe
UVB	Promieniowanie ultrafioletowe typu B
VEGF	Czynnik wzrostu śródbłónka
VIP	Naczynioaktywny peptyd jelitowy
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

## 2. 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. Kondycja skóry nie tylko informuje o stanie zdrowia, lecz także wpływa na kształtowanie obrazu własnego ciała, samoocenę oraz poczucie własnej wartości, przez co odgrywa istotną rolę w procesie socjalizacji i zapewnia efektywne funkcjonowanie w otoczeniu społecznym. Skóra odgrywa istotną rolę w kontaktach międzyludzkich. Zdrowa skóra może wzbudzać wrażenie piękna, a skóra chora - niechęć i odrazę, a także skutkować odrzuceniem społecznym. Skóra jest narządem widocznym dla otoczenia i dlatego stanowi ważny element wpływający na obraz siebie, samoocenę, poczucie własnej wartości i jakość życia.

Zmiany skórne przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowanym 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. Od dawna wiadomo, że choroby dermatologiczne bardzo silnie wpływają na status fizyczny, emocjonalny i społeczny pacjentów, a największy wpływ na jakość życia mają choroby przewlekłe. Wynika to zarówno z samej naturalnej historii choroby, lecz także z uciążliwości terapii i jej efektów ubocznych. 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.

Choroby dermatologiczne, w tym trądzik różowaty, często prowadzą do zmian w wyglądzie człowieka i mogą się przyczyniać do ukształtowania negatywnego obrazu własnego ciała, czemu mogą towarzyszyć wstyd, lek, niepokój, bezradność, poczucie winy i stygmatyzacji. Zmienione ciało, przekonanie o nieatrakcyjności fizycznej, brak akceptacji i zrozumienia ze strony innych ludzi doświadczane przez pacjentów dermatologicznych powoduje obniżenie jakości ich życia. Zainteresowanie moje wpływem chorób skóry na jakość życia pacjentów wynika z faktu, iż nierzadko z powodu przewlekłości, widoczności i dokuczliwości objawów choroby skóry zalicza się do kategorii schorzeń rujnujących życie. Zwłaszcza zmiany skórne zlokalizowane w widocznych miejscach sprawiają, że chory może się spotkać z brakiem akceptacji ze strony otoczenia, jak również dokonać niekorzystnej modyfikacji obrazu własnego ciała. Pozytywny obraz własnego ciała i wizerunku wiąże się z adekwatną samooceną, pewnością siebie, poczuciem własnej wartości i osobistego szczęścia. Niezadowolenie z własnego ciała może zaburzać jego percepcję i prowadzić do negatywnych przekonań, prowadzących do zaniżonej samooceny. Odtrącenie ze strony otoczenia może pogłębiać negatywne stany psychiczne, które zwrótnie powodują zaostrzenie symptomów chorobowych. Wszystko to może sprawić, że pacjenci dermatologiczni w sposób szczególny odnoszą się do własnego wyglądu.

Mimo że schorzenia skóry w obrębie twarzy i skóry owłosionej głowy mają zwykle niewielki wpływ na ogólny stan zdrowia pacjenta, mogą mieć istotny wpływ na samoocenę, zwłaszcza ze względu na ich przewlekły charakter. Mimo że choroby dermatologiczne nie mają zwykle większego wpływu na zdrowie fizyczne, psychologiczny aspekt oszpecenia twarzy prawie zawsze prowadzi do obniżenia jakości życia pacjentów. Schorzenia dermatologiczne występujące w obrębie skóry odsłoniętej,

eksponowanej na uwagę otoczenia mogą znacząco wpłynąć na stan emocjonalny pacjenta i na jego życie społeczne, produktywność w pracy oraz na samoakceptację.

W związku z wszystkimi przytoczonymi powyżej argumentami, pojawiła się u mnie potrzeba zbadania wpływu chorób skóry na twarzy i skórze owłosionej głowy na jakość życia pacjentów. Taka wiedza o stopniu wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie człowieka może być pomocna przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

W moim badaniu chciałabym także dokonać porównania w jakim stopniu poszczególne choroby przebiegające z bliznowaceniem wpływają na jakość życia pacjenta, być może poprzez długotrwały przebieg niektórych z nich pacjent zaakceptuje swój wygląd. Nie dla każdego pacjenta ze zmianami skórnymi w miejscach eksponowanych i narażonych na obserwacje innych osób będą stanowiły problem.

### 3. JAKOŚĆ ŻYCIA – DEFINICJA

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, interdyscyplinarnym, łączącym wiele ważnych dziedzin życia. Badanie jakości życia łączy znaczenie kliniczne z psychologicznymi aspektami opieki medycznej. Jakość życia jest definiowana przez Światową Organizację Zdrowia jako „indywidualne postrzeganie pozycji życia w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyją i w odniesieniu do celów, oczekiwań i standardów”. Pojęcie jakości życia oparte jest na definicji zdrowia wg WHO, która definiowana jest jako „pełny dobrostan psychiczny i społeczny a nie jedynie brak choroby”. [1] Mimo że pojęcie jakości życia jest trudne do zdefiniowania, jest ono nieodzownym elementem funkcjonowania każdej jednostki. Składa się z wielu płaszczyzn, które wpływają na ogólne zadowolenie z życia, w tym zdrowia, właściwe dla warunków mieszkaniowych, zatrudnienia, bezpieczeństwa osobistego i rodzinnego, wzajemnych relacji międzyludzkich, edukacji oraz wypoczynku. W aspekcie związanym z ochroną zdrowia, jakość życia odpowiada tym zagadnieniom, które bezpośrednio dotyczą zdrowia jednostki. [2]

Pomimo trwającego od lat wzrastającego zainteresowania tematyką jakości życia badacze dotychczas nie opracowali na gruncie nauk społecznych, jak i też medycznych, jednej przyjmowanej przez wszystkich, definicji jakości życia. Nie powstała ponadto definicja, którą badacze mogliby wspólnie stosować zarówno w naukach społecznych jak i w medycynie. Istnieje więc wiele „jakości życia”, które są odmiennie interpretowane przez psychologów, pedagogów, socjologów oraz reprezentantów nauk medycznych. Przyjęcie wspólnej definicji jakości życia nie tylko w medycynie, ale także w naukach społecznych, oraz ujednolicenie i standaryzowanie metod badawczych umożliwiłoby porównywanie ze sobą uzyskanych danych w ujęciu interdyscyplinarnym. Uwzględnienie zaś tego, co wspólne dla wszystkich obszarów badawczych, pozwoliłoby oraz ułatwiło opracowanie wspólnej definicji i stanowiłoby podstawę, na której badacze mogliby tworzyć podstawy badawcze. [3]

Początek zainteresowania pojęciem jakości życia datować można na czasy starożytne. Już od czasów myślicieli takich jak Hipokrates czy Arystoteles, badacze filozofii oraz medycyny próbowali dociec co jest fundamentem, szczęśliwego, satysfakcjonującego życia. Dla Hipokratesa życie szczęśliwe interpretowane było poprzez stan wewnętrznej równowagi. Dla Arystotelesa natomiast najważniejszym celem

miało być dążenie do eudajmonii, a zatem możliwie najwyższego, osiągalnego dobra, które miało być gwarancją szczęścia. [4] Jak można zauważyć, myśliciele od czasów najdawniejszych, po pierwsze starali się określać najistotniejsze cele dla jednostki, których realizowanie prowadziło do satysfakcjonującego życia, po drugie zaś, próbowali odnaleźć rozwiązania, jak cel ten osiągnąć. Należy więc podkreślić, iż analizy badaczy wieków przeszłych koncentrowały się na tajnikach koncepcji, którą dziś określić można mianem wysokiej jakości życia.

Jakość życia człowieka to nie tylko byt w sensie fizycznym, ale także możliwości wzbogacenia ducha, umysłu, możliwość kształcenia, a także twórczość i kreatywność. Jakość życia człowieka to suma jego zmagania, starań, prób rozwiązywania problemów, walki toczonej często z samym sobą, to przede wszystkim umiejętność podejmowania decyzji, zarówno dobrych, jak i złych i przyjmowania ich konsekwencji z całą odpowiedzialnością. Jakość życia to kategoria filozoficzna, obejmuje ona wartości materialne, niematerialne i duchowe.

Jakość życia według R. Kolmana to „stopień zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych człowieka, stopień zaspokojenia wymagań określających poziom materialnego i duchowego bytu jednostek i całego społeczeństwa, stopień spełniania oczekiwań umownej normalności w działaniach i sytuacji codziennego życia jednostek i społeczeństw. [5]

Mówiąc o jakości życia należy mieć na uwadze jej główne uwarunkowania, tj. warunki obiektywne, na które składają się: warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo, relacje społeczne warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne, zdrowie, kontakty międzyludzkie i wiele innych. Nie mniejszy wpływ na jakość życia człowieka mają warunki subiektywne, które obserwowane są w sposób niepowtarzalny i indywidualny dla każdego człowieka, przejawiają się one w jego samopoczuciu, w tym ważna jest tu samoocena warunków życia, postrzegana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, lęków, obaw, nadziei, a także samotności tej realnej, która często tylko jemu samemu jest znana, a często nie pokazywana z obawy przed posądzeniem o inność, nieprzystosowanie społeczne, czy też z innych powodów np. choroby. [6]

O jakości życia decyduje zespół uwarunkowań, które wpływają na samopoczucie, zadowolenie i świadomość realizacji siebie poprzez spełnianie marzeń, zamierzeń, zadań stawianych sobie. Ważnym elementem jakości życia jest, również jakość życia



zawodowego. W miejscu pracy spędzamy, bowiem większą część naszego czasu. Na jakość życia zawodowego składa się wiele czynników indywidualnych, a także relacji zachodzących pomiędzy ludźmi w sytuacji pracy oraz systemu organizacyjnego. Jakość życia zawodowego pozostaje w związku z zaangażowaniem i przywiązaniem pracownika do swojego miejsca pracy, ma silny związek z wykonywanym zawodem, a także z realną możliwością stałego podwyższania swoich kwalifikacji. Do bardzo istotnych czynników, które wpływają na jakość życia zawodowego należy zaliczyć satysfakcję z wykonywanej pracy.

Jakość życia jest dla nas pojęciem fundamentalnym. Większą część, jeśli nie znakomitą większość naszych wysiłków, kierujemy na poprawę lub utrzymanie poziomu jakości życia naszego i naszych bliskich. [7]

Zainteresowanie problematyką jakości życia w medycynie wiąże się z holistyczną koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta, koncentrującą uwagi na uczynieniu życia chorego aktywnym i zbliżonym jakością do życia ludzi zdrowych. Badania jakości życia interpretują, w jaki sposób wystąpienie choroby i związane z nią ograniczenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Stanowią ważne źródło wiedzy o samopoczuciu chorego i jego problemach.

Na ocenę jakości życia przewlekle chorych wpływa zarówno choroba i jej przebieg, jak i wiele innych elementów, m.in. wiek, płeć, wykształcenie, pełnienie funkcji społecznych, osobnicze możliwości człowieka dotkniętego chorobą, potencjał jego możliwości adaptacyjnych i procesy radzenia sobie z chorobą oraz stopień niepełnosprawności, który wpływa na funkcjonowanie pacjenta w różnych płaszczyznach życia. [8]

Diagnoza choroby przewlekłej niesie ze sobą bardzo wiele zmian i wyzwań w życiu pacjenta, częstokroć modyfikując jego życie rodzinne, wymuszając zmieniany dotychczasowych relacji. Pojawienie się choroby w rodzinie powoduje koszty emocjonalne oraz materialne. Choroba może być przeszkodą w zdobyciu zawodu, kontynuowaniu nauki lub dotychczasowej pracy oraz w założeniu rodziny. Praca zawodowa z kolei jest elementem motywującym do aktywności, utrzymania sprawności i systematycznego leczenia. Jakość życia pacjentów z chorobami przewlekłymi zależy nie tylko od dynamiki procesu chorobowego, ale także od umiejętności radzenia sobie z problemami, jakie niesie choroba.

Bez względu na to jak definiujemy jakość życia, będzie to zawsze element odczuwany w kategoriach ocen subiektywnych, ponieważ jakość życia odnosi się do zaspokojenia potrzeb, niewątpliwie kluczowego pojęcia przy rozważaniu jakości życia. Potrzeba mianowicie, to obiektywny bądź subiektywny stan, którego celem jest dążenie do osiągnięcia i utrzymania równowagi.

Człowiek może dokonać oceny jakości własnego życia na podstawie informacji uzyskanych dzięki procesom poznawczym. Odnosi się to do świadomości refleksyjnej, która umożliwia dokonanie przemyśleń nad przebiegiem i obecnym stanem własnego życia. Dzięki niej jednostka może odnieść się i ocenić, punktowo lub całościowo, swoje życie, mieć poczucie kontroli oraz może ustosunkować się do samej siebie. Choroba jest czymś nowym, co pojawia się w życiu człowieka z reguły nagle, wzbudza więc potrzebę ustosunkowania się do niej. To właśnie dzięki świadomości refleksyjnej osoba chora może spojrzeć z dystansem na siebie i chorobę, ustosunkować się do niej i podjąć odpowiednie kroki do walki z nowym wyzwaniem jakim jest choroba. Choroba jest nowym doświadczeniem, wywołującym nierzadko ciężkie przeżycie, które nie zawsze da się racjonalnie przeanalizować za pomocą świadomości refleksyjnej. W czasie postępującej choroby pacjent boryka się z nowymi, trudnymi przeżyciami, emocjami, lękami, niepewnością dokonuje oceny tego co spotkało go w dotychczasowym w życiu. Tło emocjonalne stanowią przede wszystkim smutek, bezradność, beznadzieja, lęk, często rozpacz. Sposób przeżywania i odbierania choroby zmienia się przez cały czas jej trwania. A zatem koncepcję jakości życia możemy zrozumieć jako sumę efektu przeżywania i efektu poznawania. [9]

W holistycznym podejściu do problemów zdrowia „wartość sprawcza oceny stanu zdrowia” zostaje wzbogacona o subiektywne stany pacjenta, o których należy sądzić, że mogą mieć istotne znaczenie dla całej sytuacji życiowej chorego.

## **4. JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBYMI PRZEWLEKŁYMI**

Choroba przewlekła jest sama w sobie źródłem negatywnych napięć i emocji, i jako taka generuje niższą jakość życia. Konsekwencje chorób o chronicznym przebiegu są złożone, gdyż dotyczą różnych etapów funkcjonowania oraz stref organizacji życia jednostek i zbiorowości. Choroba przewlekła wnika we wszystkie obszary funkcjonowania człowieka. [10] W zależności od stopnia realizmu przyjętej koncepcji choroby pacjent uruchamia adekwatne mechanizmy kompensacyjne oraz mniej lub bardziej trafnie ocenia swoją sytuację życiową. Ponieważ wielu pacjentów przewlekle chorujących ujawnia większą niepełnosprawność niż wynika to z analizy ich obiektywnego stanu zdrowia, można przesądzać, że zaburzenia w sferze emocjonalnej nasilają poczucie dyskomfortu. [11]

Czułym miernikiem efektów stosowanych terapii oraz oczekiwań chorych w tym względzie, jest parametr „jakość życia”, coraz częściej poddawany subiektywnej ocenie chorych. Ocena jakości życia wprowadza element humanistyczny do opieki zdrowotnej, ponieważ opieka zdrowotna często pozostaje ukierunkowana na leczenie samej choroby, zmniejszenie jej dolegliwości jak objawów, zapominając o elemencie emocji i odczuwania psychicznego pacjenta. Należy podkreślić, że jakość życia jest pojęciem szerszym niż stan zdrowia, czy jakość życia związana ze stanem zdrowia. Jakość życia jest w szczególnie istotnym związku z decyzjami terapeutycznymi podejmowanymi w przypadku osób starszych wiekiem i wynikami klinicznymi pomiarów ich stanu zdrowia. [10] Zarówno choroby skóry zlokalizowane na skórze twarzy i skórze owłosionej głowy przebiegające z bliznowaceniem, jak i trądzik różowaty zaliczane są do przewlekłych chorób dermatologicznych.

Chory somatycznie jest człowiekiem cierpiącym, znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji, która zagraża ważnym osobniczym wartościom, poczuciu bezpieczeństwa, a czasem nawet życiu pacjenta. [11] Choroba wywołuje też potrzebę odniesienia się do niej, nakłaniając do refleksji nad jej znaczeniem dla własnego życia. [12] Traktowana jako wydarzenie stresogenne, wymusza na chorym zastosowanie strategii zaradczych.

Liczne badania potwierdzają istnienie związków pomiędzy wskaźnikami jakości życia a wskaźnikami stanu zdrowia, charakterem choroby, stosowanymi metodami leczenia, rehabilitacji i istniejącymi systemami wsparcia społecznego. [13]

Kowalik i wsp. [14] prezentują obowiązujący, jak się wydaje, sposób myślenia o jakości życia wywołanej chorobą. Choroba jest źródłem pogorszenia się jakości życia, przejawia się w gorszej sprawności w wymiarze behawioralnym, pogorszeniu się stanu psychicznego i doświadczeniu złych wrażeń w wymiarze emocjonalnym. Prawidłowy proces przebiegu leczenia, opieka medyczna, wsparcie bliskich oraz właściwe warunki bytowe mogą wpłynąć na poprawę jakości życia chorych. Cel taki można osiągnąć globalnie poprzez wprowadzenie optymalnych rozwiązań dotyczących leczenia i opieki nad chorymi. W dochodzeniu do tych rozwiązań potrzebne jest ciągle monitorowanie zmian w jakości życia pod wpływem zastosowanych innowacji. [14]

### **Jakość życia pacjentów z chorobami skóry**

Choroby skóry oddziałują na trzy obszary funkcjonowania człowieka: somatyczne (dyskomfort, pogorszenie funkcjonowania, zmniejszenie ogólnej oceny stanu zdrowia), psychologiczne (depresja, lęk, stres, poczucie bezsilności, wrogość, złość, zmiana obrazu siebie, wrażliwość społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne) oraz społeczne (satisfakcja z leczenia, relacja personel medyczny – pacjent, ograniczenia aktywności zawodowej, problemy w wypełnianiu ról społecznych, brak wsparcia społecznego) i w związku z tym wpływają na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. [15]

Według Clarka „skóra jest sposobem, w jaki ukazujemy siebie sobie samym i innym. Skóra jest narządem kosmetycznym”. [16] Choroby skóry z reguły nie wiążą się bezpośrednio z zagrożeniem życia. Można wnioskować, że stąd bierze się tendencja do bagatelizowania problemów pacjentów z chorobami skóry. Tymczasem wiele wyników dotyczących jakości życia wśród pacjentów z chorobami skóry wskazuje na istnienie problemu porównywalnego z innymi chorobami przewlekłymi. Każda choroba dermatologiczna, która w widoczny sposób wpływa na zmianę wyglądu skóry i jej przydatków, powoduje reakcję psychologiczną pacjenta. Reakcja ta ma znaczący wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Z jednej strony sama reakcja emocjonalna na zmieniony wygląd (zawstyżenie, smutek, zażenowanie, lęk, depresja) jest przykra dla pacjenta, a z drugiej strony zostaje wtórnie zaburzone funkcjonowanie

społeczne pacjenta, które ogranicza jego życie zawodowe, rodzinne, kontakty towarzyskie, wypoczynek czy aktywność seksualną.

Choroby skóry często mają łagodny przebieg, a ogólny stan pacjenta jest dobry. Ryzyko bezpośredniego zagrożenia życia zwykle występuje rzadziej niż w przypadku innych chorób. Jednak w aspekcie jakości życia choroby skóry stanowią istotny problem. Wiąże się to z towarzyszącymi, niejednokrotnie uciążliwymi, dolegliwościami, np.: świądem, który w istotny sposób zmniejsza jakość życia pacjentów. Często dodatkowo odczuwane są przez pacjenta objawy subiektywne jak pieczenie, suchość, podrażnienie, które również mają wpływ na jakość życia. Ponad to trudne do ukrycia umiejscowienie zmian chorobowych, wpływa na poczucie mniejszej wartości pacjenta. Stan skóry, włosów czy paznokci przyczynia się do sposobu postrzegania nas przez innych oraz na sposób samoakceptacji. Wiele przeprowadzonych badań wskazuje, że niektóre choroby skóry często mogą stanowić dla pacjenta poważniejszy problem niż inne choroby przewlekłe. [17] Wiele chorób dermatologicznych, wraz ze swoim przebiegiem, symptomatologią, metodami leczenia, uznawanych jest za choroby w znacznym stopniu obniżające jakość życia pacjentów. Wydaje się także, że nie bez znaczenia dla pacjentów pozostaje kwestia umiejscowienia oraz rozległości chorobowych zmian skórnych, niejednokrotnie wpływając na ich psychikę. Choroby przebiegające z bliznowaceniem wywołują zniekształcenie wyglądu ciała, obraz siebie ulega zmianie, czego konsekwencją może być depresja, lęk, fobia społeczna. Współwystępowanie objawów psychopatologicznych wśród pacjentów z chorobami skóry szacuje się na 30-60%.

Inny czynnik, który może mieć związek z funkcjonowaniem psychospołecznym chorych dermatologicznie, to doświadczenie stygmatyzacji. Wpływ stygmatyzacji na jakość życia i stan psychiczny pacjentów dermatologicznych był przedmiotem zainteresowań wielu badaczy których analizy stały się podstawą jednej z hipotez postawionych w niniejszej pracy. Subiektywnie odczuwana niechęć ze strony otoczenia przez osoby z chorobami skóry, często idzie w parze z pragnieniem zakrywania zmian skórnych. Zjawisko to może w konsekwencji wywoływać u chorych negatywne reakcje emocjonalne i behawioralne, które z kolei mogą prowadzić do odrzucenia, wykluczenia bądź innych przejawów dyskryminacji. Dystans odczuwany w kontekście zniekształcenia ciała może wynikać nie z choroby, a raczej z napięcia związanego z próbami maskowania zmian skórnych. [18]

Wygląd twarzy odgrywa ważną rolę w samoakceptacji oraz ma znaczny wpływ na postrzeganie przez otoczenie. Zmiany skórne w obrębie twarzy są stosunkowo częstą dolegliwością. Schorzenia skóry twarzy, bez względu na ich etiologię, mogą mieć znaczący wpływ na jakość życia pacjentów, skutkując obniżeniem poczucia własnej wartości i zaburzeniem wypełniania ról społecznych. [19]

## 5. CHOROBY SKÓRY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM

W dermatologii jest wiele jednostek chorobowych przebiegających z procesem bliznowacenia. Do najczęściej spotykanych w praktyce dermatologicznej chorób zlokalizowanych na skórze twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegających z bliznowaceniem należą: twardzina ograniczona z uwzględnieniem twardziny plackowatej, twardziny linijnej typu „en coup de sabre”, postępującego zaniku połowiczego twarzy. Do chorób tych należą również toczeń rumieniowaty, toczeń rumieniowaty krążkowy, pemfigoid błon śluzowych, trądzik pospolity, trądzik bliznowcowy oraz trądzik z wydrapania. Do częstych chorób dermatologicznych zlokalizowanych na skórze owłosionej głowy przebiegających z bliznowaceniem możemy również zaliczyć łysienie bliznowaciejące w przebiegu licznych schorzeń dermatologicznych m.in.: tocznia rumieniowatego, liszaja płaskiego, twardziny ograniczonej, pseudopalade, folliculitis decalvans, folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, centralne łysienie bliznowaciejące odśrodkowe oraz mucynozę mieszkową. Nowotwory złośliwe skóry, które w wyniku usunięcia chirurgicznego wtórnie pozostawiają bliznę oraz rzadziej występujące choroby takie jak: pyodermia gangrenosum, czyraki głębokie, owrzodzenia, nekrobioza kolagenu, niesztowice czy też głębokie grzybice również mogą skutkować ostatecznym bliznowaceniem. Przedmiotem mojej pracy będą choroby skóry przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowane w miejscach szczególnie widocznych, jakimi są głowa i twarz oraz najczęściej spotykane w praktyce dermatologicznej.

### **Bliznowacenie. Blizny**

Wiele chorób dermatologicznych przebiega z towarzyszącym procesem bliznowacenia oraz w konsekwencji z tworzeniem blizn. Procesy naprawcze uszkodzonych tkanek należą do podstawowych procesów fizjologicznych zapewniających utrzymanie homeostazy organizmu. Zasadniczo proces tworzenia blizny przebiega z zachowaniem fazy zapalnej, proliferacyjnej oraz przebudowy. Poszczególne etapy gojenia zająają się, a ich przebieg zależy od populacji komórek, stanu ich aktywacji i charakteru ich interakcji z poszczególnymi częściami łożyska rany. [20] W praktyce klinicznej blizny najczęściej klasyfikuje się jako zanikowe lub przerostowe. Te pierwsze spotyka się jako zejście zmian

zapalnych w trądziku pospolitym. Z kolei blizny związane z przerostem (tj. przerostowe lub keloidy) są zwykle skutkiem urazu, zabiegu chirurgicznego, ale mogą także być wynikiem ustępowania trądziku, szczególnie gdy był on zlokalizowany na dekolcie lub plecach. [21] Blizną nazywa się tkankę łączną włóknistą, która zastępuje ubytki skóry właściwej. Charakteryzuje się ona ścięciem naskórka, zmniejszeniem sprężystości, brakiem przydatków, zanikiem charakterystycznego poletkowania skóry i wygładzeniem linii skórno-naskórkowej. Najczęściej proces gojenia i wytworzenia blizny przebiega prawidłowo, a powstające blizny określa się jako zanikowe. Czasem jednak dochodzi do powstania grubych, przerośniętych i twardych blizn, nazywanych przerosłymi lub guzów naciekających skórę o charakterze bliznowców, nazywanych keloidami. [22] Keloid, zwany bliznowcem, jest łagodnym nowotworem tkanki łącznej, przekraczającym granice urazu. Bliznowce mogą one również towarzyszyć innym jednostkom chorobowym, jak np.: progeria, sklerodermia, wrodzona łamliwość kości czy też zespół Ehlersa-Danlosa. [23] Blizny przerosłe oraz keloidy stanowią poważny problem w dermatologii. Często są również przyczyną dużego dyskomfortu psychicznego. Gojenie rany skóry definiuje się jako zamknięcie ubytku w procesie bliznowacenia. Poza wczesnym etapem życia płodowego skóra goi się zawsze z wytworzeniem blizny. Gojenie obejmuje złożone procesy zachodzące w ranie, które prowadzą do jej zamknięcia i wytworzenia blizny. Prawidłowy proces przebiega w kilku etapach. Początkowo mamy do czynienia z miejscową reakcją zapalną, podczas której dochodzi do przekrwienia czynnego wokół uszkodzonych tkanek, zwiększenia przepuszczalności naczyń włosowatych, napływu neutrofilów, limfocytów i monocytów. Następnie dochodzi do ograniczenia odczynu zapalnego i oczyszczenia rany, co jest związane z napływem makrofagów. Właściwa faza gojenia podczas której dochodzi do powstania blizny polega na wytworzeniu kolagenu przez fibroblasty. W końcowym etapie następuje faza przebudowy blizny. [24] Choroby skóry mogą zatem przebiegać z bliznowaceniem lub tworzeniem blizn nieprawidłowych. Blizna przerosła lub keloid mogą stanowić poważny problemem dla chorego. Powodują niezadowolenie pacjenta, często prowadzą do zaburzeń funkcjonalnych i defektów kosmetycznych, stresu oraz dyskomfortu psychicznego. [25]

Gojenie rany skóry określa się jako zamknięcie ubytku w procesie bliznowacenia. Koncentrując się na pochodzeniu blizny nie tylko mamy na uwadze rany powstałe w wyniku urazu, ale również po wykonaniu zabiegów leczniczych, chociażby



radykalnego usunięcia zmiany o charakterze nowotworu skóry. Analizując choroby przebiegające z procesem bliznowacenia w swojej pracy wzięłam również pod uwagę tworzenie się blizn w wyniku zastosowania działania leczniczego jakim jest zabieg chirurgicznego usunięcia zmiany, w tym przede wszystkim zmiany nowotworowej. Radykalne usunięcie zmiany nowotworowej skóry stanowi główny cel leczniczy, niejednokrotnie niesie ze sobą ryzyko powstania dużego ubytku skóry i w konsekwencji znacznej blizny. Zawsze jednak należałoby brać również pod uwagę efekt kosmetyczny, jaki uzyskuje się po wykonanym zabiegu. [26] Blizny powstałe w wyniku leczenia zmian nowotworowych zlokalizowanych na skórze twarzy bądź skórze owłosionej głowy stają się stałym elementem wyglądu pacjenta. Rany powierzchowne obejmujące zewnętrzną warstwę skóry goją się bez blizny na drodze naskórkowania. Uszkodzenie głębsze, dotyczące skóry właściwej goi się przez rychłozrost lub przez ziarninowanie, ale zawsze z wytworzeniem blizny. Prawidłowe gojenie i estetyczny wygląd blizny jest dążeniem każdego lekarza, szczególnie jeśli zabiegi przeprowadzane są w obrębie głowy (twarzy) i szyi, a więc w miejscach stale odsłoniętych. [25] Podczas prawidłowego procesu dojrzewania i przebudowy blizny dochodzi do jednoczesnej degradacji i produkcji kolagenu. Blizny przerosłe oraz keloidy są nierzadkim problemem. Chociaż stanowią głównie problem estetyczny, mogą dodatkowo powodować dolegliwości subiektywne takie jak: ból, pieczenie, swędzenie i uczucie wzmożonego napięcia powłok ciała. Prowadząc w konsekwencji do obniżenia jakości życia pacjentów. [26]

Blizna jest trwałą zmianą skórną powstającą w wyniku gojenia ubytków. Każdy uraz wiążący się z uszkodzeniem skóry pozostawia bliznę będącą wynikiem gojenia się rany. W zależności od lokalizacji, rodzaju urazu i zależności do skłonności osobniczych przebiegu procesu naprawy blizn ma różny kształt, szerokość i wygląd. Brakuje w jej budowie prawidłowego rysunku skórnego. Początkowo blizny są czerwone, ale po wielu latach mogą przybierać kolor skóry lub stać się zmianami odbarwionymi albo przebarwionymi. Blizny mogą być idealnie płaskie i gładkie (np. po w pełni udanej operacji chirurgicznej), ale zwykle są zapadnięte (blizny atroficzne, jak po zagojeniu np. owrzodzeń) lub uniesione (blizny hipertroficzne i keloidy). Blizny stanowią koniec procesu gojenia i na ogół mają mało cech pozwalających określić ich pochodzenie. [39] Blizny powstają w wyniku złożonego procesu naprawczego urazów skóry, obejmującego naskórkowanie, angiogenezę oraz syntezę włókien i macierzy zewnątrzkomórkowej w skórze właściwej. Blizna przerostowa jest nadmierną tkanką bliznowatą rozrastającą

się tylko w obrębie uszkodzonej wcześniej skóry i nierozrastająca się dookoła. Blizna taka jest gruba, zaczerwieniona i wystaje ponad powierzchnię skóry otaczającej. Jest słabo unaczyniona, z czasem blednie i jej chirurgiczne wycięcie daje w 45% przypadków dobry rezultat estetyczny. Po wycięciu nie ma tendencji do nawrotów. W przeciwieństwie bliznowców, blizny przerostowe wykazują tendencje regresji. [27] Blizna przerostowa jest to blizna pogrubiła, ale ograniczona do miejsca pierwotnego urazu. Natomiast keloid jest wynikiem nadmiernego, niekontrolowanego procesu naprawczego i wykracza poza granice pierwotnej zmiany. [28] Keloid to nieswoisty, łagodny rozrost włóknisty skóry, rozwijający się najczęściej w następstwie jej uszkodzenia, o dużych skłonnościach do nawracania. Jest to rodzaj patologicznego gojenia się skóry. Klinicznie jest to guzowata zmiana, włóknista o wzmożonej spoistości, gładkiej i lśniącej powierzchni, pokrytej skórą o barwie matowobiałej lub sinoczerwonej, o kształcie podłużnym lub nieregularnym, często z obecnością wypustek przechodzących poza pierwotny obszar uszkodzenia. [29] [30]

Tematyka zmian skórnych przebiegających na skórze owłosionej głowy oraz skórze twarzy z towarzyszącym bliznowaceniem stanowi istotny problem dermatologiczny. Wiele chorób dermatologicznych przebiega z procesem bliznowacenia oraz z pozostawieniem blizny. Jak można przypuszczać w konsekwencji pozostawia na pacjentach stałe piętno doprowadzając do zmiany ich wyglądu, a w konsekwencji powoduje zmianę samooceny.

## **6. CHOROBY OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM**

Wśród chorób dermatologicznych jest wiele jednostek przebiegających z zajęciem skóry owłosionej głowy i w konsekwencji prowadzących do bliznowacenia. Terminem łysienia bliznowaciejącego (CA) określa się grupę chorób, w których dochodzi do nieodwracalnej utraty włosów na skutek zastąpienia mieszków włosowych przez tkankę włóknistą i kolagen. Choroba ma charakter trwały. Łysienie może być wynikiem zajęcia mieszków włosowych (pierwotne łysienie bliznowaciejące) oraz wtórnego uszkodzenia mieszków włosowych w przebiegu procesów chorobowych toczących się w skórze właściwej. Pierwotne łysienie bliznowaciejące jest rzadkim zespołem chorobowym o przewlekłym przebiegu i często niepomyślnym rokowaniu. Cechuje się trwałym zniszczeniem mieszków włosowych. Współczesna klasyfikacja pierwotnego łysienia bliznowaciejącego opiera się na ocenie histopatologicznej typu nacieku komórkowego i wyróżnia łysienie z przeważającym naciekiem limfocytarnym, neutrofilowym, mieszanym oraz przypadki niedające się zakwalifikować do żadnej z tych grup. Obraz histopatologiczny często bywa niejednoznaczny, a ustalenie rozpoznania wymaga uwzględnienia obrazu klinicznego i histopatologicznego. Wczesne rozpoznanie choroby i agresywne leczenie aktywnej choroby są niezwykle istotne dla ograniczenia nieodwracalnej utraty włosów i zahamowania procesu bliznowacenia. [31] Każdy proces bliznowacenia może uszkadzać mieszków włosowy, doprowadzając do utraty włosów i w konsekwencji nieodwracalnego łysienia. Do głównych przyczyn choroby zalicza się nasilony stan zapalny, zakażenia, guzy i urazy. Wprawdzie blizna powstała w dowolnym miejscu na ciele może doprowadzić do wyłysienia, jednak pacjenci zazwyczaj uskarżają się tylko wtedy, gdy dzieje się to na głowie lub na twarzy. [28]

### **6.1. Łysienie bliznowaciejące pierwotne**

#### **6.1.1. Łysienie bliznowaciejące pierwotne z naciekiem limfocytowym**

##### **Toczeń rumieniowaty**

Toczeń rumieniowaty - LE jest częstą przyczyną łysienia bliznowaciejącego. Jest chorobą występującą u części pacjentów ujętych w moim badaniu i badanych przeze mnie. Toczeń rumieniowaty to choroba autoimmunizacyjna charakteryzująca się złożonymi

zaburzeniami immunologicznymi, dotyczącymi odpowiedzi humoralnej i komórkowej. [32] W obrazie klinicznym wyróżnia się postać skórą - DLE i postać układową - SLE, w której procesy chorobowe dotyczą także narządów wewnętrznych. Fundamentem klasyfikacji jest fakt, że SLE i DLE są formami tego samego schorzenia, u którego podłoża leży ten sam proces chorobowy. W przebiegu LE skóra może być jednym z zajętych organów jak w SLE bądź jedynym, jak w DLE. [33] U około jednej trzeciej pacjentów z przewlekłym ogniskowym toczniem rumieniowatym skórny zajęta bywa owłosiona skóra głowy. Typowy wykwit ma brzeg rumieniowy i zajętą część środkową. Mieszki włosowe mogą być zaczipowane łuskami skórnymi. Poszczególne zmiany skórne charakteryzują się triadą objawów: rumień, hiperkeratoza oraz atrofia skóry. Wczesne wykwity mają postać długo utrzymujących się naciekowych, rumieniowych grudek lub blaszek. Blaszkę szerzą się obwodowo przyjmując dyskoidalny kształt. Zmiany stopniowo ewoluują, często prowadząc do bliznowacenia ognisk. W toczniu układowym zmiany skórne mogą odpowiadać zmianom charakterystycznym dla rumieniowatego tocznia krążkowego. Nierzadko zajęta jest owłosiona skóra głowy. Łysienie jest często bardziej rozlane, prawdopodobnie łącząc w sobie elementy wypadania włosów telogenowych i rozlanego łysienia zanikowego bliznowaciejącego. [28] Układowy toczni rumieniowaty (SLE) jest przewlekłą, wielonarządową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym i nie w pełni poznanej etiologii. Choroba występuje znacznie częściej u młodych kobiet, przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. [34] SLE charakteryzuje się mnogością objawów klinicznych, co wiąże się z różnorodną lokalizacją zmian chorobowych. Dolegliwości występujące w przebiegu choroby w znaczący sposób wpływają na życie pacjentów, a co się z tym wiąże, w wieloraki sposób kształtują jego jakość. Ze względu na przewlekły charakter, zróżnicowany obraz kliniczny, niepewne rokowanie, częste występowanie u młodych kobiet oraz wpływ choroby na przebieg ciąży i ryzyko powikłań u dzieci, obecność zmian skórnych na częściach odsłoniętych ciała, SLE w istotny sposób kształtuje życie osobiste i zawodowe pacjentów. Wyszukanie i analizowanie najczęściej zgłaszanych problemów w aspekcie psychologicznym, stwarza możliwość podjęcia odpowiedniego postępowania terapeutycznego, które może przyczynić się nie tylko do podniesienia jakości życia chorych, ale także do poprawy wyników leczenia farmakologicznego. [17] [35]

### **Liszaj płaski mieszkowy**

Kolejną grupą pacjentów, u których może wystąpić bliznowacenie są pacjenci z rozpoznaniem liszajem płaskim mieszkowym. Liszaj płaski mieszkowy (LPP) jest rzadką chorobą polegającą na postępującej, nieodwracalnej utracie włosów, na skutek uszkodzenia mieszka włosowego przez autoreaktywne leukocyty. Jest mieszkową odmianą liszaja płaskiego. Wyróżnia się trzy warianty: postać klasyczną, zespół Grahama-Little'a oraz łysienie czołowe włókniejące. Warianty te mają podobny obraz kliniczny, histopatologiczny oraz immunopatologiczny. [31] Na ogół występują ogniska łysienia, lecz mogą być obecne jedynie pojedyncze grudki przymieszkowe lub hiperkeratotyczne kołnierze wokół mieszków. Wykwitem pierwotnym jest czerwona lub fioletowa grudka z towarzyszącą hiperkeratozą wokół mieszka włosowego. Na skórze głowy występuje okołomieszkowy rumień z nadmiernym rogowaceniem oraz fioletowo-czerwone zabarwienie skóry owłosionej głowy. Długotrwały stan zapalny prowadzi do łysienia bliznowaciejącego. W niektórych przypadkach nie stwierdza się stanu zapalnego i złuszczenia wokół mieszków. Jedynymi objawami są obszary łysienia bliznowaciejącego, tzw. ślady stóp na śniegu lub pseudopelade. [10] Choroba jest aktywna na granicy ognisk chorobowych i skóry pozornie niezmięnionej, co pomaga klinicznie różnicować LPP i przypadki tocznia rumieniowatego skórno, w którym aktywność choroby nasila się w centralnej części ognisk wyłysienia. Często grudkom towarzyszy świąd oraz uczucie napięcia i przeczulicy skóry owłosionej głowy. Dolegliwości subiektywne mogą się nasilać po ekspozycji na światło słoneczne, wysiłku fizycznym któremu towarzyszy potliwość, podrażnieniu i stresie. W późnych stadiach choroby przeważają porcelanowe, atroficzne ogniska bliznowacenia z całkowitym zajęciem ujęć mieszków włosowych. Choroba może mieć przebieg samoograniczający lub wolno postępujący. [31] [35] Zmiany na skórze owłosionej głowy mogą współistnieć z typowymi zmianami liszaja płaskiego zlokalizowanymi na skórze gładkiej.

### **Łysienie czołowe włókniejące (FFA)**

Jest odmianą liszaja płaskiego mieszkowego, które również przebiega z wystąpieniem bliznowacenia na skórze głowy. Dotyczy głównie kobiet w wieku pomenopauzalnym. Klinicznie widoczne są różowo-fioletowe grudki z hiperkeratozą mieszkową we wczesnych stadiach choroby, a w fazie końcowej jednolity, lśniący pas szerokości 1-8 cm na granicy skóry owłosionej głowy i skóry gładkiej czoła, bez widocznych ujęć mieszków włosowych, prowadzący do cofnięcia się naturalnej linii owłosienia.

W 25% przypadków dochodzi również do utraty włosów w obrębie brwi. [31] [37] [38] Większość pacjentów nie ma zmian typu liszaja płaskiego w innych miejscach, chociaż wielu ma przerzedzone brwi po stronie bocznej. Z czołowym łysieniem włókniejącym mogą współistnieć zarówno LPP jak i liszaj płaski jak i również FFA może współistnieć z zespołem Grahama-Little'a.

### **Zespół Grahama-Little'a**

Jest to rzadkie schorzenie występujące głównie w populacji osób dorosłych. Charakteryzuje się ogniskowym występowaniem łysienia bliznowaciejącego w obrębie głowy i łysieniem niebliznowaciejącym w okolicy pach, wzgórka łonowego. Z kolei na tułowiu i kończynach zaobserwować można kolczyste grudki przymieszkowe. Na skórze owłosionej głowy obserwuje się hiperkeratozę przymieszkową oraz ogniska rumieniowo-złuszczające. [31] Zespół Grahama-Little'a jest to głównie wariant liszaja płaskiego, jakkolwiek należy wziąć pod uwagę opinie sugerujące, iż jest on bliżej związany z rogowaceniem mieszkowym i innymi zespołami zaburzeń rogowacenia, związanymi z mieszkami włosowymi. [39]

### **Łysienie rzekomo bliznowaciejące Brocq'a**

Łysienie rzekomo bliznowaciejące Brocq'a zwane inaczej pseudopelade oraz określane jako „ślady stóp na śniegu” należy do łysienia pierwotnie bliznowaciejącego z dominującym naciekiem limfocytarnym. Charakteryzuje się wolno postępującym przebiegiem i przewlekłym charakterem. Aktualnie nie sprecyzowano czy choroba należy do odrębnej jednostki klinicznej czy też jest stanem zejściowym różnych procesów chorobowych w tym głównie LPP lub DLE. Podobnie jak w przypadku innych pierwotnych CA etiologia i patogenezą są nieznane. Postrzega się teorię autoimmunologiczną, udział infekcji *Borrelia burgdorferi* lub przedwczesnego starzenia się komórek pnia w wyniosłości. [31] Klinicznie wyróżnia się trzy warianty choroby: rozsiane, drobne ogniska bliznowacenia, duże ogniska wyłysienia oraz wariant mieszany. Zmiany skórne lokalizują się głównie w okolicy szczytu głowy. Pojedyncze ogniska są okrągłe lub owalne, o średnicy kilku milimetrów w kolorze perłowo białym, a u osób ciemnoskórych brązowe z zanikiem w części centralnej oraz hipopigmentacją. W obrazie klinicznym nie ma cech stanu zapalnego. Badanie histopatologiczne wykazuje występowanie pasm zwłókniastych zastępujących mieszki włosowe, bez cech stanu zapalnego. Naskórek jest prawidłowy, a badanie immunopatologiczne daje wynik

ujemny. [28]

### 6.1.2. Łysienie bliznowaciejące pierwotne z naciekiem neutrofilowym

#### **Zapalenie mieszków włosowych z łysieniem.**

Jest to ropne zapalenie mieszków włosowych prowadzące do ich zniszczenia. W etiopatogenezie schorzenia bierze się pod uwagę czynnik bakteryjny, a więc gronkowiec złocisty. Jest on często izolowany z treści ropnej pochodzącej z mieszków włosowych objętych procesem zapalnym. Wysłano hipotezę, że do rozwoju choroby dochodzi u osób predysponowanych do infekcji z powodu miejscowych lub ogółoustrojowych zaburzeń układu odpornościowego w odpowiedzi na produkcję superantygenów lub utrzymywanie się fragmentów komórek gronkowca złocistego w komórkach wielojądrzastych w wyniku fagocytozy. [31] Choroba przebiega głównie u osób dorosłych, zarówno kobiet jak i mężczyzn. Początkowo w obrazie klinicznym można zaobserwować zmiany w postaci grudek i krost przymieszkowych. Mogą występować pojedynczo lub w większych skupiskach. Często zmiany pokryte są strupem, czasem krwotocznym. Zmiany zapalne zlewają się, a naciek zapalny poszerza się w głąb i obwodowo. Na obwodzie pozostają krosty okołomieszkowe. Skóra staje się atroficzna. [28] W miarę postępowania choroby widoczne stają się odbarwione, lśniące, nieregularne ogniska bliznowacenia z różowo- białymi plamami wokół mieszków włosowych. Aktywny proces zapalny szerzy się obwodowo, na obrzeżach blizn. [31] Chory często odczuwa objawy subiektywne takie jak świąd, ból, pieczenie oraz uczucie napięcia skóry głowy. [28] [31] Czasami zmiany mogą dotyczyć innych obszarów ciała, mogą występować na twarzy, szyi, karku oraz w okolicy łonowej i pachowej. Schorzenie ma przebieg przewlekły i trudny do wyleczenia, lecz często ustępuje samoistnie. [40] [41]

#### **Rozwarstwiające zapalenie mieszków włosowych**

Jednostka chorobowa należy do grupy pierwotnego CA przebiegającego z naciekiem neutrofilowym. Charakteryzuje się występowaniem ropni i cyst oraz przetok. Końcowym etapem schorzenia jest bliznowacenie oraz tworzenie się keloidów. Zmiany najczęściej dotyczą szczytu głowy lub okolicy potylicznej. Tworzące się guzki mogą się zlewać w większe ogniska w konsekwencji doprowadzając do powstania wielokomorowych ognisk. Powstałe blizny mogą być przerosłe, atroficzne lub mogą się tworzyć keloidy.

Pacjenci nierzadko odczuwają objawy subiektywne pod postacią bólu, świądu, pieczenia lub tkliwości zajętego obszaru. Schorzenie może być częścią triady objawów, łącznie z trądzikiem skupionym i ropniami mnogimi pach. [31]

### 6.1.3. Łysienie bliznowaciejące z naciekiem mieszanym

Do tej grupy chorób możemy zaliczyć jednostki chorobowe występujące rzadko. Wymienić należałoby trądzik bliznowaciejący karku, trądzik martwiczy oraz nadżerkowe, krostkowe zapalenie owłosionej skóry głowy. Przebiegają one również z pozostawieniem blizn.

Pierwotne CA jest rzadkim schorzeniem. Charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem i niejednokrotnie złym rokowaniem. Wczesne rozpoznanie choroby i włączenie agresywnego leczenia na wczesnym etapie choroby, może przynieść dobre efekty i uchronić pacjenta przed nieodwracalną utratą włosów.

## **6.2. Łysienie bliznowaciejące wywołane innymi chorobami**

Poza łysieniem bliznowaciejącym pierwotnym przyczyn bliznowacenia skóry owłosionej głowy może być wiele. Czasem do łysienia ze skutkiem pod postacią bliznowacenia mogą prowadzić różne schorzenia dermatologiczne. Zazwyczaj rozpoznanie jest oczywiste biorąc pod uwagę wywiad, dodatkowe badania oraz obraz kliniczny zmian skórnych.

Do chorób przebiegających z bliznowaceniem na skórze owłosionej głowy należą również choroby wymienione poniżej.

Morphea, zwłaszcza w postaci en coup de sabre. Również utrata włosów może mieć miejsce w twardzinie układowej.

Przewlekła reakcja przeszczep przeciw gospodarzowi ma zarówno cechy sklerodermii i liszaja płaskiego, dlatego można zaobserwować dwa typy łysienia.

Sarkoidoza charakteryzuje się ogniskową utratą włosów. Bliznowacenie powstaje w wyniku niszczenia mieszków włosowych poprzez ziarniniaki.

Grzybica głowy. Jeżeli stan zapalny toczy się przewlekłe z dużą intensywnością, może w konsekwencji uszkodzić mieszki włosowe. Dodatkowo czynnikiem wpływającym na proces bliznowacenia jest patogen wywołujący infekcje, a mianowicie dermatofity zoofilne lub geofilne.



Rogowacenie mieszkowe, czasem współistniejące z rybia łuską mogą wywołać bliznowacenie mieszków.

Skóra owłosiona głowy jest również lokalizacją przerzutów, zwłaszcza raka piersi. Nacieki z komórek nowotworowych mogą uszkodzić mieszki włosowe i doprowadzić do bliznowacenia. Każde nowe ognisko łysienia na szczycie guzka należy poddać badaniu histopatologicznemu, aby wykluczyć bądź potwierdzić tę ewentualność [28]

Trichotilomania jest rzadkim schorzeniem psychiatrycznym, definiowanym jako uporczywy i niekontrolowany przymus wrywania sobie włosów. Trichotilomania może doprowadzić do mniej lub bardziej zaznaczonej depilacji określonych obszarów skóry owłosionej. [42] Przewlekłe wrywanie włosów doprowadza do zauważalnego wyłysienia lub przeredzenia włosów. W typowych przypadkach obserwuje się nieregularne ogniska wyłysienia bez tendencji do bliznowacenia, jednakże wprawdzie rzadko, ale może prowadzić do bliznowacenia. Skóra w miejscach depilacji z reguły nie jest zmieniona, nie stwierdza się też cech stanu zapalnego lub zaniku skóry. Ogniska wyłysienia zwykle obejmują okolicę czołowo-ciemieniową [43] Trichotilomania i jej konsekwencje wpływają na komfort życia, powodują cierpienie i negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne, szkolne oraz rodzinne. Zaburzenia emocjonalne w populacji obejmują również zaniżoną samoocenę, poczucie wstydu, lęk przed odrzuceniem. [44]

W mojej ocenie i badaniu ujęłam pacjentów z wieloma z różnymi jednostkami chorobowymi wymienionymi powyżej.

## **7. CHOROBY SKÓRY TWARZY PRZEBIEGAJĄCE Z BLIZNOWACENIEM**

Twarz jest obszarem występowania zmian skórnych które ma szczególne znaczenie dla pacjenta. Jest to element wpływający na wygląd pacjenta, oraz część ciała stale eksponowana na zewnątrz. Twarz jest najbardziej indywidualną częścią ciała oraz ważnym elementem tożsamości człowieka. Twarz jest wizytówką każdego z nas. Twarz jest źródłem licznych informacji, które u człowieka odgrywają ważną rolę w komunikacji społecznej. Jest częścią ciała stale odsłoniętą i ciągle narażoną na obserwacje ze strony innych. Dlatego też choroby skóry obejmujące tę część ciała mogą odgrywać znaczącą rolę w samopoczuciu i postrzeganiu siebie przez pacjenta. W mojej pracy postanowiłam skupić się na pacjentach, u których choroba lokalizuje się właśnie na twarzy. Mojej analizie zostali poddani właśnie Ci pacjenci. Starłam się skupić i analizować wpływ zmian zlokalizowanych na skórze twarzy na jakość życia badanych przeze mnie pacjentów.

### **7.1. Toczeń rumieniowaty i jego odmiany (LE)**

Spektrum objawów klinicznych toczenia rumieniowatego często obejmuje swoją lokalizacją skórę twarzy oraz skórę owłosioną głowy. Pacjenci z rozpoznany toczeniem rumieniowatym nierzadko odczuwają negatywne tego skutki. [45] [46] LE określa spektrum jednostek chorobowych, które łączy obecność typowych objawów klinicznych oraz charakterystycznych typów zaburzeń autoimmunologicznych. LE obejmuje spektrum postaci od zagrażającego życiu ostrego, układowego LE do ograniczonego wyłącznie do skóry przewlekłego skórno LE. Ponad 85% pacjentów z LE ma zmiany skórne, które mogą być klasyfikowane jako swoiste i nieswoiste dla LE. [47]

#### **Przewlekły skórny toczeń rumieniowaty**

Początek choroby zwykle przypada na 20-45 r.ż. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni. Schorzenie to, w większości przypadków, ograniczone jest do skóry bez zmian układowych. Objawy chorobowe mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy lub lat. DLE jest przewlekłą, często ograniczoną do twarzy postacią LE. DLE jest najczęstszą postacią CCLE. Przyczyna DLE nie jest znana. Sugeruje się, że choroba ma podłoże

autoimmunologiczne. Rozwija się u osób genetycznie predysponowanych, u których takie czynniki jak: promieniowanie UV, infekcje, zmiany temperatury, indukują procesy autoimmunologiczne. Zmiany w DLE lokalizują się głównie na twarzy, zajmując czoło, nos i policzki. Zajęte mogą być również powieki i małżowiny uszne. Charakteryzuje się obecnością ograniczonych, rumieniowych, hiperkeratocyticznych blaszek, które często goją się z pozostawieniem blizn. Zmiany skórne początkowo mają postać jasnoczerwonych grudek, rozwijających się w ostro odgraniczone tarczki z przylegającą łuską. Tarczki są okrągłe lub owalne, obrączkowate bądź policykliczne z nieregularnym brzegiem i powiększają się obwodowo z ustępowaniem w części centralnej, z pozostawieniem zaniku i bliznowacenia. Zmiany stopniowo ewoluują. Brzeg wykwitów jest zazwyczaj uniesiony i rumieniowy, natomiast środek powoli blednie i staje się wklęsły w wyniku atrofii. Zmiany nieaktywne mogą mieć postać jasnorożowych lub białych plam i blizn, ale mogą być również przebarwione. Poszczególne wykwitów charakteryzuje triada objawów pod postacią rumienia, hiperkeratozy i atrofii. Zmiany skórne mogą być ograniczone lub uogólnione, występują głównie na skórze twarzy i skórze owłosionej głowy, mogą również zajmować powierzchnie wyprostne przedramion, dłoni palców rąk i stóp, rzadziej tułów. W takich przypadkach istnieje większe ryzyko SCLE lub SLE. [28] [47]

### **Podostry skórny toczeń rumieniowaty**

SCLE stanowi pośrednią postać LE między DLE, a SLE. Początek choroby rozpoczyna się zazwyczaj między 30 a 40. r.ż. Dominuje u kobiet, jednakże nie z taką przewagą jak w SLE. Etiologia choroby również nie jest znana. Natomiast znanym czynnikiem inicjującym wystąpienie zmian skórnych jest promieniowanie słoneczne. Wykwitów występują najczęściej na częściach ciała eksponowanych na światło słoneczne, tj. barkach, wyprostnych powierzchniach ramion, grzbietowej powierzchni dłoni dekolcie i górnej części pleców, rzadziej zajmując twarz. Możemy rozróżnić dwa rodzaje zmian skórnych: łuszczycopodobne rumieniowo-złuszczające oraz obrączkowate. Zmiany łuszczycopodobne są ostroodgraniczone od otoczenia, z delikatnym złuszczeniem, powiększające się w jasnoczerwone zlewne tarczki owalne, łukowate lub policykliczne, jak w łuszczycy. Zmiany obrączkowate są jasnoczerwone z centralnym ustępowaniem i niewielkim złuszczeniem. W obu przypadkach mogą być widoczne teleangiektazje. Zmiany z reguły ustępują z niewielką atrofią, bez bliznowacenia i obecnym odbarwieniem. W obrębie skóry eksponowanej na słońce mogą pojawić się

zmiany dyskooidalne, bliznowaciejące, typu DLE. W przeciwieństwie do DLE, w SCLE często dochodzi do zajęcia narządów wewnętrznych, jednakże objawy układowe rzadko przebiegają tak dramatycznie jak w SLE. [28] [47]

### **Układowy toczeń rumieniowaty**

Układowy toczeń rumieniowaty to modelowa choroba autoimmunizacyjna o nieznanym etiopatogenezie i przewlekłym przebiegu, zaliczana jest do układowych chorób tkanki łącznej. [17] Jest poważną, wielonarządową chorobą autoimmunologiczną. Występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Początek choroby zwykle przypada na 30-40 r.ż. Najsilniejszym czynnikiem wyzwalającym jest ekspozycja na promieniowanie UV. SLE jest postacią LE, która zgodnie z nazwą, przebiega z zajęciem wielu różnych narządów wewnętrznych i często, ale nie zawsze, ze zmianami skórnymi. U około 75% pacjentów występują zmiany skórne. Najbardziej typowym objawem jest rumień na twarzy o typie „motyla” - rumieniowa, zlewna, symetryczna, ostro odgraniczona zmiana z niewielkim złuszczeniem na powierzchni w kształcie motyla, zmiany typu DLE, nadwrażliwość na światło oraz owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej. Zmiany na twarzy mogą mieć ciężki przebieg z ostrym stanem zapalnym. Mogą mieć również charakter przewlekły i zajmować niemal całą twarz. Wówczas zmiany występują pod postacią słabo odgraniczonych, nieregularnych, łuszczących się plam. W innych przypadkach mogą występować wykwity plamisto-grudkowe, łupieżopodobne lub zanikowe. U 60% chorych na SLE występuje rumień w kształcie motyla na twarzy, inne ostre zmiany skórne lub zapalenie naczyń. U 10-20% pacjentów występują ogniska DLE lub SCLE. U 10-20% pacjentów nie obserwuje się zmian skórnych, ale może wystąpić łysienie telogenowe oraz mogą być obecne teleangiektazje okołopaznokciowe z nadmiernym rogowaceniem wałów paznokciowych. [17] [28] [47] Ze względu na szeroką symptomatologię, SLE stanowi przedmiot zainteresowań dla wielu specjalistów, w tym reumatologów, nefrologów, hematologów, kardiologów, ginekologów, psychiatrów i oczywiście dermatologów. Dolegliwości występujące w przebiegu choroby w znaczący sposób wpływają na życie pacjentów, a co się z tym wiąże w odmienny sposób kształtują jego jakość. [17] Nasilenie zmian skórnych w znacznym stopniu zależy od czynników niezależnych od pacjenta, w tym również od czynników środowiskowych, na których wystąpienie pacjent nie ma wpływu, co dodatkowo wywołuje stres u pacjenta.

## 7.2. Twardzina ograniczona

Kolejną jednostką chorobową zajmującą w swojej lokalizacji twarz i skórę owłosioną głowy jest twardzina ograniczona. Jest ona rzadką chorobą częściej występującą u kobiet, o początku występowania u młodych osób dorosłych. Etiologia choroby nie jest znana. Postuluje się, że czynnikiem prowokującym wystąpienie zmian skórnych może być uraz. Około 15% chorych stanowią dzieci poniżej 10 r.ż. Dla początku w wieku dziecięcym charakterystyczne jest postać linijna oraz okaleczająca. [28] [47] Twardzina ograniczona jest chorobą tkanki łącznej, która manifestuje się zajęciem skóry, tkanki podskórnej oraz tkanek leżących poniżej powięzi, mięśni i kości. Choroba występuje najczęściej u płci żeńskiej, ze szczytem zachorowania między 20. a 40. r.ż. Etiopatogeneza twardziny ograniczonej nie została w pełni poznana. Jej istotą jest nadprodukcja oraz odkładanie się kolagenu i białek macierzy pozakomórkowej w skórze, tkance podskórnej, rzadziej w powięziach, mięśniach czy kościach. W patogenezie bierze się pod uwagę, że decydujące znaczenie mają czynniki genetyczne i środowiskowe, a także zaburzenia naczyniowe i immunologiczne. [48] W twardzinie ograniczonej początkowo występuje faza zapalna, po której następuje proces włóknienia skóry, prowadząc do jej pogrubienia i stwardnienia. Z reguły twardzina ograniczona nie przebiega z bliznowaceniem, aczkolwiek w niektórych postaciach możemy zaobserwować bliznowacenie. Pierwszym objawem twardziny jest plama rumieniowa, szerząca się obwodowo z centralnym ustępowaniem. W miejscu ustępowania rumienia pojawia się woskowożółta, wolno rosnąca, twarda blaszka, mocno związana z tkankami leżącymi poniżej. Obszar stwardnień jest w kolorze kości słoniowej i otoczony jest sinoczerwoną lub fioletową obwódką zapalną. Stwardnienia nie mają tendencji do ustępowania, mogą z czasem być atroficzne, pozbawione włosów i przydatków skórnych, być odbarwione, bądź hiperpigmentowane. Do postaci przebiegających z bliznowaceniem możemy zaliczyć twardzinę linijną typu *en coup de sabre* oraz postępujący zanik połowiczy twarzy. [49]

Twardzina linijna typu cięcia szabłą (ECDS) ma postać linijnej zmiany, przebiegającej w linii pośrodkowej ciała od wysokości brwi do owłosionej skóry głowy. Z czasem prowadzi do łysienia bliznowaciejącego oraz bliznowacenia występującego na twarzy i głowie w okolicy czołowo-ciemieniowej. Wizerunkowo przypomina bliznę po cięciu szabłą. [28] [47] Twardzina linijna typu cięcia szabłą charakteryzuje się obecnością linijnej atrofii w obrębie owłosionej skóry głowy i czoła z nasilonymi zmianami w obrębie naskórka. Charakterystycznymi cechami jej są stwardnienia skóry,

przebarwienia oraz łysienie bliznowaciejące. [50] [51]

Postępujący zanik połowiczy twarzy - zespół Parry-Romberga (PFH) charakteryzuje się zniekształceniem połowy twarzy z bliznowaceniem obejmującym skórę, podskórną tkankę tłuszczową i kości. [28] Dochodzi w tym zespole do atrofii tkanek twarzoczaszki w obrębie jednego lub kilku obszarów unerwienia nerwu trójdzielnego, przy minimalnym zajęciu naskórka. W klasycznej postaci PFH zajęciu ulega połowa twarzy, nie obserwuje się stwardnień skóry i przebarwień ani łysienia bliznowaciejącego, które są charakterystyczne dla twardziny ECDS. Aktualnie uważa się, że twardzina ECDS poprzedza wystąpienie obrazu klinicznego PFH, na tej podstawie wnioskuje się, że PFH stanowi wariant twardziny ECDS obejmujący głębsze warstwy tkanek. [50]

Twardzina ograniczona charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem z okresami remisji i zaostrzeń. Jej przebieg jest trudny do przewidzenia, ale zmiany skórne wykazują tendencje do ustępowania. Typowe blaszki morphea utrzymują się około 2-4 lat, natomiast postaci linijne dłużej. Zmiany wtórne, jak zaburzenia pigmentacji, bliznowacenie, zniekształcenia twarzy w postaci en coupe de sabre są trwałe. Ze względu na trwały charakter i występowanie na częściach odsłoniętych, mogą wpływać i modyfikować jakość życia pacjentów. [52] [53]

### **7.3. Piodermia zgorzelinowa (PG)**

Kolejną chorobą przebiegającą z bliznowaceniem występującą w grupie badanych przede wszystkim pacjentów jest piodermia zgorzelinowa. Jest to rzadka choroba, nie spotykana często w praktyce dermatologicznej, jednakże niosąca ze sobą skutki istotne dla pacjenta.

Piodermia zgorzelinowa jest rzadką chorobą występującą z częstotliwością 1/100 000 rocznie w krajach Europy Zachodniej. Choroba jest obserwowana we wszystkich grupach wiekowych, ze szczytem zachorowania między 40. a 60.r.ż. Odnotowuje się nieznaczną przewagę u kobiet. Choroba może również dotyczyć dzieci. Etiologia choroby jest nieznana. PG zaliczana jest do dermatoz neutrofilowych ze względu na rozległe nacieki neutrofilowe w obrębie skóry i w związku z tym prowadząca do wtórnych uszkodzeń naczyń. Chociaż w piodermii zgorzelinowej stwierdza się nacieki neutrofilowe w tkankach, infekcje bakteryjne nie odgrywają bezpośredniej roli w patogenezie. Posiewy bakteryjne ze zmian skórnych oraz z krwi są zawsze ujemne, a antybiotykoterapia nie ma wpływu na przebieg schorzenia. [28] [53] [54] [55] [56]

PG występuje samoistnie jako tzw. postać idiopatyczna lub pierwotna bądź też towarzyszy chorobom ogólnoustrojowym. W przypadku współistnienia z inną chorobą PG może poprzedzać, przebiegać równolegle lub następować po danej chorobie. PG często towarzyszy wielu różnym jednostkom chorobowym, tj.: chorobom zapalnym jelit i przewodu pokarmowego, zaburzeniom hematologicznym, schorzeniom reumatologicznym lub innym chorobom układowym, tj. cukrzycy, przewlekłemu aktywnemu zapaleniu wątroby, przewlekłej marskości żółciowej, chorobie Takayasu, ziarniniakowi Wegenera, toczniowi rumieniowatemu układowemu, autoimmunologicznemu zapaleniu tarczycy czy też zespołowi Sweeta lub sarkoidozie. Odnotowuje się również występowanie PG u osób z obniżoną odpornością. [55] [57] PG może przebiegać jako jedna z manifestacji monogenowych zespołów autozapalnych, jak: PAPA (zespół ropnego zapalenia stawów, piodermii zgorzelinowej i trądziku), SAPHO (zapalenie błony maziowej, trądzik, krostkowica dłoni i stóp, hiperostoza i zapalenie kości) czy PASH (piodermia zgorzelinowa, trądzik, trądzik odwrócony). PG przebiega początkowo pod postacią małej zmiany imitującej czyraka lub pęcherz, drobnej krosty, ulegającej martwicy i ewoluującej szybko w duże owrzodzenie. Zmiana ulega owrzodzeniu i szybko szerzy się obwodowo, wytwarzając rozległe, ale stosunkowo powierzchowne owrzodzenie o obrzękniętym martwiczym dnie i wyniosłych ciemnoczerwonych brzegach. Brzegi te są zazwyczaj podminowane, sino-rumieniowe lub fioletowe, nieregularne, wyniosłe z obecnością przetok. Dno owrzodzenia wypełnione jest krwotoczno-ropną wydzieliną, częściowo pokryte przez martwiczy strup, z obecnością lub też nie ziarniny. Krosty obecne są zarówno w aktywnym brzegu, jak i dnie owrzodzenia.[28] [53] [57] [58] Owrzodzenia niekiedy poprzedzone są zapalnym naciekiem lub odczynem pęcherzowym. [54] Zmiany skórne ustępują z pozostawieniem blizn, blizny powstałe pod wpływem gojenia się zmian określane są jako sitowe albo przypominające sito z licznymi, drobnymi wgłębieniami i otworkami. [28] [53] Przebieg choroby może być piorunująco szybki i w przypadkach nieleczonych może prowadzić do zajęcia głębiej położonych tkanek, tj. mięśni, naczyń, nerwów, powięzi oraz kości. W konsekwencji doprowadzając do masywnego bliznowacenia. W przebiegu PG pacjentom mogą towarzyszyć objawy ogólne. Pacjenci zgłaszają gorączkę, złe samopoczucie oraz psychologicznego ze względu na przebieg choroby oraz ostateczny obraz zmian skórnych pod postacią blizn. PG ze względu na nie do końca poznana etiologię i patogenezę, różny obraz kliniczny oraz brak jednoznacznych testów diagnostycznych do dzisiaj pozostaje wyzwaniem

dla współczesnej medycyny oraz wymaga spojrzenia interdyscyplinarnego. Owrzodzenia są niezmiennie bolesne. Nie istnieje jednoznaczny test diagnostyczny sugerujący rozpoznanie PG. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego. PG jest chorobą przewlekłą. W przypadku postaci idiopatycznej przebieg choroby jest przewlekły, wieloletni z okresami zaostrzeń i remisji. W przypadku PG współistniejącej z innymi chorobami jej przebieg zależy od rokowania choroby podstawowej. Jeśli choroba zasadnicza jest uleczalna, rokowanie jest dobre, jeżeli nie, wyleczalność choroby jest znacznie gorsza. Pacjenta z PG należy otoczyć odpowiednią opieką i wykonać badania niezbędne w diagnostyce różnicowej. Rozpoznanie PG głównie należy do dermatologów, jednakże w poszukiwaniu ewentualnych chorób współistniejących z reguły są zaangażowani lekarze różnych specjalności. Nierzadko pacjenci wymagają również wsparcia psychologicznego ze względu na proces chorobowy zawsze zakończony rozległymi bliznami.

#### **7.4. Trądzik zwyczajny**

Trądzik zwyczajny jest jedną z najczęstszych chorób skóry, która dotyczy wszystkich grup wiekowych. Średnia częstość występowania trądziku w grupie wiekowej 15-24 lata w Europie wynosi 58%, a w Polsce 42%. [59] Trądzik zwyczajny należy z reguły do łagodnych chorób dermatologicznych, dotyczących jedynie skóry, nie mających wpływu na inne narządy, nie powodujących objawów subiektywnych, jednakże, pomimo to, jest jedną z najczęstszych i traumatyzujących chorób skóry. Trądzik jest choroba charakteryzująca się częstym występowaniem trwałych zmian skórnych, a więc blizn. Trądzik dotyczy niemalże 80-100% osób między 11. a 30. r.ż. W tym u 85% pacjentów przebieg jest łagodny, natomiast u 15% pacjentów występują ciężkie postacie zapalne pozostawiające po sobie często ślady w postaci blizn i przebarwień. Ze względu na lokalizację zmian skórnych głównie na twarzy oraz występowanie zmian w populacji osób młodych choroba ma znaczący wpływ na jakość życia pacjentów i dlatego postanowiłam również część swojej pracy poświęcić tym pacjentom i zwrócić uwagę na jej wpływ na jakość ich życia. W ostatniej dekadzie znacząco zwiększył się średni wiek pacjentów zgłaszających się do dermatologa z powodu trądziku z 20,5 do 26,5 roku. Ma to niewątpliwie związek z utrzymywaniem się zmian trądzikowych w wieku dorosłym, co może dotyczyć nawet do 50% chorych. [60] U około 15% chorych przebieg trądziku jest ciężki i może się wiązać z występowaniem późnych powikłań, takich jak



blizny i przebarwienia. Trądzik zwyczajny ma znaczący wpływ na sferę emocjonalną i może wyraźnie obniżyć jakość życia pacjentów. [61] [62] Występuje głównie w populacji osób młodych, dla których wygląd wiąże się często z akceptacją środowiska rówieśniczego, co wskazuje na konieczność odpowiednio wyrażonej relacji lekarza z pacjentem i właściwego podejścia terapeutycznego. [63] Etiopatogeneza trądziku zwyczajnego jest złożona. Bierze się pod uwagę czynniki zapalne, immunologiczne, genetyczne, hormonalne oraz środowiskowe, w tym kosmetyki, leki oraz tzw. dietę zachodnią. Trądzik należy do grupy chorób łojotokowych, a najczęstszą lokalizacją jest skóra twarzy. W mechanizmie powstawania zmian skórnych odgrywają rolę cztery podstawowe czynniki, nadmierne rogowacenie ujść mieszków włosowych, zwiększona produkcja łoju, kolonizacja jednostki włosowo-łojowej przez bakterie *Cutibacterium Acne* oraz rozwój stanu zapalnego. [59] [64] [65] [66] Trądzik zwyczajny jest chorobą uwarunkowaną wieloma czynnikami. Zwykle pojawia się u chorych w okresie pokwitania, zależna jest od androgenów i charakteryzuje się nadmiernym łojotokiem oraz powstawaniem zaskórników, grudek i krost w miejscach bogatych w gruczoły łojowe. [28] Podstawową rolę w patogenezie schorzenia odgrywa: zwiększona produkcja łoju, zaburzenia rogowacenia ujść jednostek włosowo-łojowych, kolonizacja gruczołów łojowych przez *Cutibacterium acnes* i rozwoju stanu zapalnego. [26] [60] [67] [68] [69] Wymienione powyżej procesy są końcowym procesem wielu zjawisk tworzących sieć powiązań niż w sekwencję zdarzeń. Wskazanie na pierwszeństwo procesów zapalnych lub immunologicznych przed zaburzeniami rogowacenia w procesie powstawania zaskórników zmieniło wcześniej rozpowszechnioną koncepcję patogenezy. [60] Trądzik pospolity jest jedną z częstszych chorób skóry. W okresie pokwitania prawie każdy człowiek ma mniej lub bardziej nasilony trądzik. Z reguły trądzik u większości pacjentów może ustępować samoistnie we wczesnym życiu dorosłym. U niektórych natomiast choroba trwa do 3-4 dekad życia lub nawet całe życie. Im wcześniej pojawia się trądzik, tym większe jest prawdopodobieństwo ciężkiego i długotrwałego przebiegu. [28] Zarówno delikatne grudki, jak i zmiany guzkowe, mogą prowadzić do trwałych zmian bliznowatych u pacjentów ze skłonnością do bliznowacenia. Blizny pozapalne, stwierdzone u niektórych pacjentów z trądzikiem, stanowią ogromny problem dla pacjenta jak i terapeutyczny dla lekarza. [26]

Wykwity przeważnie są zlokalizowane na twarzy (99%), często występują również na skórze pleców (60%) oraz dekoltu (15%). Możemy wyróżnić następujące postacie

trądziku: zaskórnikowy, grudkowo-krostkowy, ropowiczy z odczynem zapalnym (obejmujący trądzik piorunujący, trądzik skupiony, bliznowcowy). Ponad to możemy wyodrębnić rzadsze postacie trądziku takie jak: trądzik ropowiczy z odczynem ogólnym oraz trądzik z wydrapania. Jak również istnieje dodatkowy podział trądziku: łagodny – obejmujący trądzik zaskórnikowy i łagodne postacie trądziku grudkowo-krostkowego, średnio nasilony – obejmujący cięższe postacie trądziku grudkowo-krostkowego i łagodniejsze (z obecnością pojedynczych wykwitów) postacie trądziku ropowiczego, oraz ciężki - nasilony trądzik ropowiczy. [26] [60] [70] W trądziku zwyczajnym możemy wyróżnić pierwotne zmiany niezapalne oraz wtórne zmiany zapalne. Przede wszystkim nasilone zmiany zapalne mogą prowadzić do powstania blizn. Powstałe blizny najczęściej są zanikowe, zagłębione lub przerosłe pod postacią keloidów. [26] [28] Zmiany pozapalne powstają w konsekwencji przebiegu trądziku pospolitego ze stanem zapalnym, przebiegającym ciężko. Należą do nich: zaskórniki z przetokami, torbiele oraz blizny. Powstawanie blizn trądzikowych jest największym zmartwieniem pacjentów. [28] W przypadku trądziku ciężko przebiegającego z nasilonymi zmianami zapalnymi Trądzik ropowiczy obejmujący acne phlegmonosa, nodulo-cystica i conglobata charakteryzuje się obecnością zmian typowych dla trądziku z tworzeniem się torbieli ropnych, których gojenie odbywa się przez wciągnięte i nierówne bliznowacenie. W przebiegu trądziku skupionego występują głębokie torbiele i nacieki ropne. Powstawaniu większych skupisk zmian towarzyszą liczne zaskórniki, a gojenie następuje poprzez powstawanie blizn, zwanych keloidami. W trądziku bliznowcowym wszystkie zmiany trądzikowe ustępują z pozostawieniem blizn. [71] Blizny potrądzikowe można podzielić na trzy główne kategorie w zależności od utraty lub zwiększenia ilości kolagenu: atroficzne (zanikowe), hipertroficzne (przerostowe) i keloidy (bliznowce). Spośród wymienionych aż u 80-90% osób z bliznami potrądzikowymi stwierdza się blizny atroficzne, jednak warto zauważyć, że różne ich typy mogą występować u tego samego pacjenta. W zmianach atroficznych wyróżnia się blizny typu icepick, rolling oraz boxcar, z których najczęstsze są blizny typu icepick, stanowiące 60-70%. Są to blizny wąskie (do 2 mm) szerokości, o ostrym kształcie przypominającym szpikulec do lodu, sięgające aż do skóry właściwej lub nawet do tkanki podskórnej. Dla porównania blizny typu boxcar są szersze (do 4 mm) szerokości, o pionowych brzegach, płysze, zagłębiające się do 0,5 mm w skórę właściwą, z kolei blizny typu rolling charakteryzują się włóknistym zakotwiczeniem skóry właściwej do tkanki podskórnej, są nieregularnego kształtu, pofałdowane, a ich szerokość może przekraczać 4 mm. Występujące rzadziej blizny hipertroficzne cechują

się przerostem tkanki łącznej, w wyniku czego blizna wyrasta ponad powierzchnię skóry i pozostaje tego samego rozmiaru co znajdująca się w tym samym miejscu zmiana trądzikowa. Keloidy, budową będą przypominać blizny przerostowe, jednak ich zasięg obejmie także skórę niezmienną wcześniej chorobowo, a makroskopowo będą widoczne jako małe, czerwono-fioletowe guzki. [72] Typowe blizny mogą być zanikowe (punktowe), wypukłe przymieszkowe, mogą to być małe guzki albo duże keloidy oraz blizny cienkie jak bibułka, po wygojeniu ropni i zmian barwnikowych. [28] A więc obraz kliniczny blizn potrądzikowych może być zróżnicowany. [73] [74] [75]

Trądzik skupiony jest najcięższą postacią trądziku pospolitego. Występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Przebieg jest przewlekły i może przebiegać z rzutami nasilenia zmian skórnych. Występują zmiany zaskórnikowo-grudkowe, jak i ropnie, przetoki, zaskórniki z przetokami i blizny zarówno zanikowe jak i przerosłe. Zajęte są zarówno twarz, jak i plecy, i klatka piersiowa, choroba może szerzyć się na ramiona, pośladki, brzuch a nawet na owłosioną skórę głowy. Chorzy mogą mieć objawy ogólne podmiotowe i przedmiotowe, a zmiany są bolesne. [28] [53]

Trądzik piorunujący jest ciężką postacią trądziku zwyczajnego, niekiedy o dramatycznym przebiegu. Występuje najczęściej u młodych, nastoletnich chłopców, w okresie okołopokwitaniowym, ze średnio 2-letnim wywiadem trądziku zwykłego. Przyczyna choroby nie jest znana, przypuszcza się, że dochodzi do nadmiernej odpowiedzi immunologicznej na antygeny *Cutibacterium acnes*. Prawdopodobnym czynnikiem wywołującym schorzenie mogą być również zaburzenia hormonalne oraz predyspozycje genetyczne. [76] Charakteryzuje się nagłym tworzeniem się zlewających się ropni, prowadzącym do martwicy krwotocznej. Czasami na powierzchni zmian skórnych obecna jest galaretowata masa. Często występują odczynowe zmiany naczyniowe, przypominające ropne naczyniaki. Charakterystycznym obrazem choroby jest obecność nacieków, guzków i guzów zapalnych z tendencją do rozpadu oraz tworzeniem krwotocznych owrzodzeń. Gojenie przebiega najczęściej z wytworzeniem rozległych, przerosłych blizn. [76] [77] Zmiany lokalizują się najczęściej na twarzy, szyi i plecach. Jednocześnie pacjent odczuwa nasilone objawy ogólne, takie m.in. jak: gorączka, uczucie osłabienia, utrata masy ciała, którym towarzyszą dolegliwości bólowe i obrzęki stawów. Może dojść do rozwoju jałowego zapalenia szpiku kostnego z zajęciem stawu mostkowo-obojczykowego. Czasami może współtowarzyszyć rumień guzowaty, zapalenie wielostawowe, powiększenie wątroby i śledziony. W badaniach

laboratoryjnych zwykle stwierdza się zwiększenie parametrów ostrej fazy, leukocytozę, przyspieszone OB, niedokrwistość, niekiedy podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych oraz białkomocz. Trądzik piorunujący może być jednym z objawów zespołu SAPHO. W zespole tym występuje również zapalenie błony maziowej, zapalenie krostkowe dłoni i stóp, trądzik odwrócony, nadmierne rogowacenie i zapalenie kości. [28] Bodybuilding acne jest również odmianą trądziku piorunującego, spowodowaną stosowaniem preparatów hormonalnych w celu zwiększenia masy mięśniowej i poprawy kondycji. Zwiększa się liczba pacjentów płci męskiej, intensywnie trenujących oraz zażywających preparaty anaboliczne przyspieszające rozwój masy mięśniowej, ale również prowadzące do rozwoju trądziku. [77]

Trądzik z wydrapania występuje najczęściej u młodych kobiet, związany jest z rozległymi przeczosami i bliznowaceniem spowodowanymi problemami emocjonalnymi lub psychologicznymi (zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi). [28] W konsekwencji manualnych czynności dochodzi do powstawania krwawiących nadżerek pokrytych strupem lub nawet powierzchownych owrzodzeń. Takie zmiany zawsze goją się pozostawiając blizny i odbarwienia albo przebarwienia. Głównym ich umiejscowieniem są czoło, policzki, klatka piersiowa, linia graniczna owłosionej skóry głowy. W leczeniu choroby znaczenie ma współpraca dermatologa oraz psychologa i psychiatry, gdyż nie tylko sam przebieg trądziku prowadzi do bliznowacenia, ale w szczególności postępowanie samej pacjentki. [28] Trądzik z wydrapania jest szczególną postacią zadrapań obsesyjno-kompulsyjnych, w której osoba cierpiąca z powodu trądziku o niewielkim nasileniu, odczuwa konieczność ciągłego wyciskania, drapania i opróżniania wykwitów trądzikowych. Czynności te doprowadzają do znacznych samouszkodzeń gojących się z pozostawieniem blizn. Powstałe zmiany przybierają formę nadżerek, a nawet płytkich owrzodzeń, które zaczynają przeważać nad dyskretnymi zmianami trądzikowymi, zazwyczaj o charakterze zaskórników. Często wykwity trądzikowe goją się, a ślady samouszkodzeń pozostają. Częstą pozostałością są szpecące blizny i przebarwienia pozapalne. [42]

Konsekwencją wieloletniego przebiegu trądziku u większości pacjentów jest powstanie zmian po trądzikowych. Zarówno przebarwień, które mogą z czasem ustąpić, jak i blizn, które przyjmują formę ostateczną. Blizną nazywa się tkankę łączną, włóknistą, która zastępuje ubytki skóry właściwej. Charakteryzuje się ona ścięciem naskórka, zmniejszeniem sprężystości, brakiem przydadków, zanikiem charakterystycznego

poletkowania skóry i wygładzeniem granicy skórno-naskórkowej. Gdy proces gojenia przebiega prawidłowo, wytworzone blizny określa się jako zanikowe. To właśnie blizny zanikowe najczęściej powstają w przebiegu trądziku zwyczajnego. Czasem dochodzi do powstania grubych, przerośniętych i twardych blizn, nazywanych przerosłymi lub o charakterze bliznowców. Keloidy mogą powstać w każdym wieku, u obu płci, ale ryzyko jest większe u dzieci, młodzieży i osób młodszych. Rzadko są spotykane u osób starszych, ze względu na zmniejszenie proliferacji fibroblastów w skórze. Czynnikiem predysponującym do powstawania blizn przerosłych i keloidów jest m.in. trądzik bliznowcowy. [71]

Trądzik zwyczajny, ze względu na występowanie głównie wśród ludzi młodych, ma przewlekły, wieloletni charakter, a jego występowanie przede wszystkim na skórze twarzy odgrywa znaczącą rolę w życiu pacjentów, wpływając na ich samopoczucie, samoocenę oraz akceptację ze strony otoczenia.

W ostatnich latach zauważalne jest, że coraz więcej kobiet trafia do dermatologa z powodu trądziku i dlatego nie można go już uważać za chorobę tylko okresu dojrzewania. Z uwagi na zajęcie widocznych miejsc anatomicznych, takich jak twarz i górna część tułowia, trądzik wywiera olbrzymi wpływ na psychikę pacjentki, nie rzadko prowadząc nie tylko do niskiej samooceny, lecz również depresji, psychosomatyzacji i zahamowania społecznego. [78] Niekorzystny wpływ trądziku na jakość życia u dorosłych kobiet jest istotnie większy niż w okresie dojrzewania. [79] Trądzik kobiet dorosłych (AFA) definiuje się jako trądzik występujący po 25. r.ż., który może być przedłużeniem opornego na leczenie trądziku z okresu dojrzewania lub pojawić się de novo w wieku dorosłym. Za osobną kategorię uważa się trądzik okołomenopauzalny, pojawiający się najczęściej około 45. r.ż. Zarówno obraz kliniczny, jak i patogeneza AFA są nieco odmienne niż w przypadku trądziku młodzieńczego, co powinno wiązać się z innym podejściem do leczenia, a także nawyków pielęgnacyjnych i nierzadko stylu życia. Leczenie jest prawie zawsze długotrwałe, a choroba charakteryzuje się częstymi nawrotami. Taka sytuacja nierzadko wywołuje frustracje u pacjentki, niestosowanie się do zaleceń lub samoistną modyfikację leczenia. Trądzik dorosłych zwykle ujawnia się stopniowo ma nasilenie od łagodnego do umiarkowanego. Postać zapalna AFA najczęściej lokalizuje się w dolnej jednej trzeciej części twarzy. Zmiany zapalne mogą być łagodne i powierzchowne, ale znacznie częściej przybierają formę długotrwałych, głęboko osadzonych guzków i cyst typowo zajmujących linię żuchwy i szyję. Zmiany

prawie zawsze pozostawiają szpecące przebarwienia i blizny. [80]

## **7.5. Nowotwory skóry pochodzenia naskórkowego**

Pacjenci z rozpoznanymi nowotworami skóry stali się przedmiotem mojej analizy dotyczącej ich jakości życia. W XXI wieku znacznie wzrosła liczba pacjentów ze zdiagnozowanymi nowotworami skóry. Pacjenci Ci stanowią znaczny procent chorych zgłaszających się do poradni dermatologicznych. Nowotwory złośliwe pochodzenia naskórkowego (nieczerniakowe nowotwory złośliwe skóry NMSCI) wywodzą się najczęściej z proliferujących keratynocytów lub przydatków skóry. Do najczęściej występujących należą rak podstawnokomórkowy - BCC oraz rak kolczystokomórkowy - SCC. [28] Raki skóry są najczęstszymi nowotworami złośliwymi na świecie. U osób rasy kaukaskiej ryzyko zachorowania na raka skóry przekracza 20% i wzrasta wraz z wiekiem. Rak podstawnokomórkowy i rak kolczystokomórkowy stanowią łącznie 99% wszystkich NMSC, ale BCC jest diagnozowany 3-5 razy częściej niż SCC. W ostatnich latach znacznie wzrósł współczynnik zapadalności na NMSC. [81]

Do najczęstszych czynników etiologicznych NMSC u osób z jasną karnacją należy światło słoneczne, promieniowanie ultrafioletowe – UVR oraz wirus brodawczaka ludzkiego. Duże znaczenie w etiologii NMSC ma immunosupresja, głównie u pacjentów po przeszczepie narządów. Znacznie rzadziej NMSC może być spowodowane promieniowaniem jonizującym, czynnikami genetycznymi, przewlekłym stanem zapalnym, węglowodorami i przewlekłym spożywaniem nieorganicznego arsenu oraz ekspozycją na substancje chemiczne. NMSC powstają również na podłożu długotrwałych blizn, niegojących się przetok, owrzodzeń, oparzeń i przewlekle drażnionej, zapalnie zmienionej skóry. [28] [81] [83] [84] Nowotwory skóry same w sobie nie przebiegają z procesem bliznowacenia, jednakże konsekwencją ich leczenia i działań terapeutycznych, najczęściej chirurgicznych, jest powstanie blizny. Ze względu na najczęstszą lokalizację tych zmian na skórze odsłoniętej, twarz i głowa stały się lokalizacjami najczęściej występującymi.

### **Rak podstawnokomórkowy**

Etiologia rozwoju BCC jest złożona. Najważniejszym czynnikiem etiologicznym jest nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV. Zapadalność na BCC jest uzależniona od szerokości geograficznej oraz typowej lokalizacji zmian w okolicy ciała

eksponowanych na promieniowanie słoneczne, w tym okolicy twarzy. Wzrost zachorowalności na BCC w ostatnich latach jest uzależniony od zmiany stylu życia, nadmiernego i nieprawidłowego opalania lamp, zmianą sposobu ubierania, stosowaniem lamp emitujących promieniowanie UV. Cechy fenotypowe, do których należą: jasna skóra, blond lub rude włosy, jasny kolor oczu, są również niezależnymi czynnikami ryzyka. Uznaje się, że fenotypy I i II wg skali Fitzpatricka bardziej predysponują do rozwoju BCC niż pozostałe. [81] [85]

Ogromna większość przypadków raka podstawnkomórkowego lokalizuje się na twarzy. U około 80% chorych zmiana lokalizuje się powyżej linii łączącej kąćki ust z płatkiem usznym, w tym około 30% zajmuje nos. Zdecydowanie rzadziej lokalizuje się w dolnej części twarzy, na owłosionej skórze głowy oraz w górnej części tułowia. [85]

Zmiany skórne w rozwijającym się BCC mogą być początkowo bardzo dyskretne pod postacią drobnej nadżerki lub krwawienia w wyniku niewielkiego urazu. [28] Raki podstawnkomórkowe we wczesnej fazie rozwoju mogą manifestować się w sposób bardzo dyskretny. Często są to niewielkie zgrubienia z pojedynczymi teleangiektazjami. Pacjent często zauważa nieogojącą się drobna zmianę, krwawiącą w skutek niewielkiego urazu, jak np. pocieranie. [85] Wykwitem podstawowym raka podstawnkomórkowego jest guzek o błyszczącej i gładkiej powierzchni, barwy kości słoniowej. [83] Typowy obraz kliniczny BCC charakteryzuje się występowaniem blaszki lub grudki lub guzka o różowym zabarwieniu, z uniesionym, perełkowanym brzegiem lub opalizującą, przezroczystą powierzchnią w przypadku guza. Z czasem powierzchnia raka pokrywa się niewielkimi nadżerkami, strupami lub pojawia się owrzodzenie.

Występuje kilka odmian klinicznych raka podstawnkomórkowego: guzkowa, twardzinopodobna, barwnikowa, wrzodziejąca i powierzchowna. Postać wrzodziejąca jest najbardziej destrukcyjna dla otaczających tkanek. [81] Guzy, ten na skórze twarzy lub owłosionej skórze głowy, charakteryzują się tendencją do owrzodzeń oraz destruktywnego wzrostu. Destrukcji mogą ulegać nie tylko tkanki miękkie, ale również kości i chrząstki. Czasami zmiany skórne mogą osiągać znaczne rozmiary i powodować powstanie poważnego okaleczenia. Taki rodzaj powstałego owrzodzenia określa się jako wrzód drążący lub świdrujący. Takie zmiany najczęściej lokalizują się w obrębie fałdów nosowo-wargowych, w kącie oka oraz okolicy uszu. [85]

Postać twardzinopodobna raka podstawnocomórkowego przebiega pod postacią blizny zanikowej z nielicznymi teleangiektazjami, lokalizuje się głównie na twarzy. Zmiany nowotworowe przyjmują dość znaczne rozmiary, natomiast nie spotyka się tutaj owrzodzenia. Zmiany mogą być uniesione powyżej powierzchni skóry, przez co mogą przypominać bliznowiec. Przebieg tej postaci raka podstawnocomórkowego jest znacznie bardziej agresywny, często również obejmuje położone głębiej struktury. Każdą stwardniałą lub zbliznowaciałą zmianę, umiejscowioną na twarzy, o niejasnym wywiadzie, trzeba diagnozować w kierunku postaci twardzinopodobnej BCC. [28] [85]

Należałoby zwrócić uwagę na Zespół Gorlina-Goltza, w którego przebiegu obserwujemy obecność mnogich BCC. [86]

Zabieg chirurgiczny jest złotym standardem leczenia raka podstawnocomórkowego niezależnie od ryzyka ewentualnego nawrotu. W przypadku BCC o niskim ryzyku wznowy zaleca się wykonanie standardowego wycięcia z zachowaniem 4-milimetrowego marginesu zdrowych tkanek. W przypadku możliwych ubytków kosmetycznych, można wykonać wycięcie z mniejszym marginesem, jednakże zachowując brzeg wolny od komórek nowotworowych. Jest to szczególnie ważne dla osób pragnących uzyskać jak najmniejszą bliznę pooperacyjną oraz jak najlepszy efekt kosmetyczny. W przypadku raka o wysokim ryzyku nawrotu zaleca się, jeżeli jest to możliwe, śródoperacyjną analizę doszczędności zabiegu - mikrochirurgię Mohsa. Jest to metoda polegająca na etapowym, chirurgicznym wycięciu nowotworu z następczą śródoperacyjną histologiczną analizą marginesów pod kątem radykalności. Metoda ta zapewnia najwyższe wskaźniki wyleczalności, przy jednocześnie największym możliwym zaoszczędzeniu zdrowych tkanek, wskutek czego pozwala zachować walory estetyczne skóry pacjentów. Należy jednak zwrócić również uwagę, że BCC występujące u osób poniżej 35. roku życia, mają nierzadko agresywny przebieg kliniczny i niezależnie od preferencji pacjenta i argumentów estetycznych, najważniejsza powinna być dla nas radykalność zabiegu i w pierwszej kolejności powinniśmy rozważyć wycięcie chirurgiczne, niezależnie od rozległości wycięcia, z powodu dużego ryzyka wznowy. [81]

### **Rak kolczystokomórkowy**

Rak kolczystokomórkowy jest złośliwym guzem powstającym z nabłonka. Jego biologia jest odmienna od raka podstawnocomórkowego. Najistotniejszą różnicą jest fakt, że SCC zwykle powstaje na podłożu tzw. stanów przedrakowych, czyli wcześniej już obecnej



zmianie na skórze. Najczęściej spotykanym stanem przedrakowym lub wręcz nowotworem in situ jest rogowacenie słoneczne. Zmiany te występują głównie u osób jasnej karnacji, często ekspozowanych na promieniowanie słoneczne. Występuje z taką samą częstotliwością zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Złożona interakcja pomiędzy promieniowaniem słonecznym a skórą ostatecznie prowadzi do rozwoju zmian o typie rogowacenia słonecznego i następnie raków kolczystokomórkowych. Tak długo, jak zmiany występują powyżej strefy błony podstawnej naskórka, zmiana patologiczna jest rakiem kolczystokomórkowym in situ. [85] Dysplazja keratynocytów w naskórku i komórek nabłonka płaskiego w błonie śluzowej może dotyczyć dolnych warstw lub całej grubości. Do czynników etiologicznych, poza promieniowaniem UV, należą infekcja HPV - wirusami onkogennymi, promieniowanie jonizujące, przewlekły stan zapalny, chemiczne czynniki karcinogenne, działanie miejscowe wysokiej temperatury, przewlekłe spożywanie nieorganicznego arsenu oraz immunosupresja. [28] [85]

Rogowacenie słoneczne ma postać ostro odgraniczonych, łuszczących się lub hiperkeratotycznych plam, grudek lub tarczek. Wczesne zmiany są najlepiej rozpoznawane badaniem palpacyjnym, a nie oglądaniem. Wyczuwalne są jako niewielkie, szorstkie plamki. Następnie obecne są różowe lub czerwone tarczki, pokryte łuską. Zmiany skórne najczęściej lokalizują się na skórze twarzy głównie w obszarze czoła, nosa, szczytowej powierzchni małżowiny usznej, policzków oraz wargi dolnej. Mogą być również obecne na skórze głowy pozbawionej owłosienia. Broda oraz warga górna są znacznie rzadziej zajęte. [26] [28] [85]

### **Inwazyjny rak kolczystokomórkowy**

Większość raków kolczystokomórkowych wywodzi się ze zmian przedrakowych, co ma znaczący wpływ na obraz kliniczny. SCC jest złośliwym nowotworem skóry wywodzącym się z keratynocytów naskórka. W zależności od etiologii i stopnia zróżnicowania wykazuje różny poziom złośliwości. [28] Rak kolczystokomórkowy skóry charakteryzuje się powolnym wzrostem, zdolnością do tworzenia przerzutów, a późno zdiagnozowany może prowadzić do destrukcji otaczających tkanek i powstania poważnych defektów estetycznych. [82] W niektórych przypadkach zmiana nowotworowa powstaje na podłożu długo nie gojącej się rany. [84] SCC najczęściej występuje pod postacią twardego, spoistego, egzofitycznego, guzka, który jest niebolesny. [85] Wyróżniamy dwa typy raka kolczystokomórkowego, tj. wysoce zróżnicowany SCC oraz nisko zróżnicowany SCC.

Wysoce zróżnicowany SCC wykazuje cechy keratynizacji w obrębie guza lub na jego powierzchni.

Nisko zróżnicowany SCC nie wykazuje cech keratynizacji, klinicznie ma wygląd mięsisty oraz ziarniniakowaty i w konsekwencji palpacyjnie jest miękki. Często występuje owrzodzenie z martwiczym dnem i miękkim, mięsistym brzegiem. Może być pokryty nawarstwionym strupem. [28] [85]

W przypadku raka kolczystokomórkowego może wystąpić dodatkowy problem dotyczący zastosowania w leczeniu inhibitorów receptora naskórkowego czynnika wzrostu - EGFR, które mogą doprowadzić do rozległego łysienia bliznowaciejącego, jako rzadkie działanie niepożądane. Dokładny mechanizm powstawania charakterystycznych zmian skórnych w trakcie leczenia nie jest do końca poznany. Skórne działania niepożądane EGFR występują bardzo rzadko, mogą jednak znacznie pogorszyć jakość życia pacjentów oraz być powodem przerwania terapii. [87]

Raki skóry określane jako „niebarwnikowe nowotwory skóry” – NMSC – należą do najczęściej występujących raków skóry. Szacuje się, że BCC i SCC stanowią łącznie nawet 99% wszystkich raków skóry (non-melanoma skin cancers – NMSC), będących najliczniejszą grupą nowotworów złośliwych pochodzenia nabłonkowego, występujących u osób rasy kaukaskiej. [82] Jest to niejednorodna grupa nowotworów, której głównymi i najczęstszymi przedstawicielami są: raki podstawnkomórkowe i kolczystokomórkowe. BCC występują kilkakrotnie częściej niż SCC. Liczne badania populacyjne wykazują, że liczba nowych przypadków zachorowania na SCC wzrasta dynamicznie. Według niektórych danych w ostatnich latach wzrost liczby zachorowań na SCC następuje szybciej niż na BCC, co wpływa na zmniejszenie różnicy w częstości występowania tych dwóch raków skóry. [82]

Wybór przedstawionych przeze mnie raków skóry wynika z częstości ich występowania, a co się z tym wiąże, obecnością blizn pooperacyjnych, po usunięciu wyżej wymienionych nowotworów u pacjentów biorących udział w moim badaniu. Narastająca liczba zachorowań na raki skóry powoduje nie tylko problemy zdrowotne i związane z terapią estetyczne ubytki, ale również ma odzwierciedlenie w jakości życia pacjentów. [84]

Radykalne usunięcie zmiany o charakterze raka skóry stanowi główny cel lekarza. Doszczętne usunięcie tkanek nowotworowych z zachowaniem jak najlepszego efektu

estetycznego oraz funkcji zajętego narządu jest nadrzędnym celem postępowania terapeutycznego u pacjentów z rozpoznaniem raków skóry. [82] Zawsze jednak należy również brać pod uwagę efekt kosmetyczny, jaki uzyskuje się po wykonanym zabiegu. Jeżeli nie ma ryzyka zmniejszenia skuteczności i radykalności leczenia, powinno się brać pod uwagę przebieg linii cięcia podczas zabiegu. Istnieje wiele zasad, jak powinno się je prowadzić, żeby efekt estetyczny był najkorzystniejszy dla pacjenta. Linie Langerera to umowne linie na skórze zmniejszające jej napięcie. Linie te przebiegają prostopadle do leżących pod skórą mięśni. Wykonanie cięcia wzdłuż przebiegu tych linii daje największą szansę na uzyskanie estetycznej blizny, a także na ukrycie jej w naturalnych fałdach skóry. Linie te najbardziej są widoczne na twarzy, gdzie pokrywają się ze zmarszczkami powstającymi na skutek ruchów mimicznych twarzy. Znanych jest również wiele innych teorii dotyczących linii stosowanych w chirurgii plastycznej, np. linie Borgesa, linie Kraissla. Techniki cięcia i zakładania szwów istotnie wpływają na końcowy efekt i tworzenie estetycznej blizny i zadowolenia u pacjenta. [26] Ostateczny wybór konkretnej metody leczenia raków skóry powinien przeprowadzić lekarz w porozumieniu z pacjentem przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności, takich jak stan ogólny chorego, choroby współistniejące, lokalizacja zmiany, a także przewidywaną skuteczność terapii oraz profil jej bezpieczeństwa. Czasami ze względu na schorzenia współistniejące podejmuje się wybór opcji terapeutycznej cechującej się niższym wskaźnikiem długoterminowego wyleczenia, ale w konkretnej sytuacji klinicznej danego pacjenta najbardziej odpowiedniej w odniesieniu do zachowania jakości życia chorego. [82]

## **8. TRĄDZIK RÓŻOWATY**

### **8.1. Jakość życia pacjentów z trądzikiem różowatym**

Poddając analizie jakość życia pacjentów z bliznowaceniem zlokalizowanym na skórze twarzy oraz skórze owłosionej głowy grupę kontrolną stanowili pacjenci z rozpoznaniem trądzikiem różowatym. Trądzik różowaty ze względu na zajmowaną lokalizację na skórze twarzy przyczynia się w znacznym stopniu do obniżenia jakości życia pacjentów cierpiących na tą chorobę oraz zmagających się z jej skutkami.

Trądzik różowaty jest częstą chorobą skóry charakteryzującą się obecnością rumienia na twarzy oraz zmian zapalnych. Schorzenie to może często prowadzić do stygmatyzacji społecznej i może znacząco wpłynąć na obniżenie jakości życia pacjentów. Psychologiczny wpływ trądziku różowatego może być znaczący i wyniszczający, aczkolwiek jest wciąż niedoceniony. W przeszłości pacjenci z trądzikiem różowatym byli traktowani jak osoby z współistniejącym uzależnieniem alkoholowym lub chorobami psychiatrycznymi, takie zaszufładowanie pacjentów wyjaśnia dlaczego pacjenci ci nadal są stygmatyzowani przez społeczeństwo. [88]

Trądzik różowaty jest schorzeniem przewlekłym i charakteryzuje się trudnym do przewidzenia przebiegiem. Aktualnie stosowane terapie terapeutyczne mają na celu bardziej kontrolę przebiegu choroby, łagodzenia jej objawów i opóźnienie rozwoju zaawansowanych form niż całkowite wyleczenie chorych. Bardzo istotne jest żeby pamiętać, że trądzik różowaty nie jest tylko schorzeniem somatycznym, ale również wywiera ogromny wpływ na psychikę pacjentów. [89]

Zgodnie z danymi National Rosacea Society prawie 75% pacjentów ma obniżoną samoocenę, 70% odczuwa zażenowanie, a 69% pacjentów jest sfrustrowanych. Pacjenci z rozpoznaniem trądzikiem różowatym odczuwają wpływ zmian skórnych na ich życie osobiste i zawodowe, relacje społeczne, nierzadko doświadczając depresji oraz znacznego obniżenia jakości ich życia. [88] [90] [91] Wygląd twarzy może odgrywać ogromną rolę w postrzeganiu siebie, w samoocenie oraz w kontaktach interpersonalnych. Stres, niepokój, strach przed oceną społeczną nasilają występowanie objawów skórnych, co niewątpliwie prowadzi do błędnego koła terapeutycznego. Ponadto potwierdza się znaczenie rozważania nie tylko na temat prezentacji klinicznej, ale również stanu psychicznego pacjentów z trądzikiem różowatym. [88]

Według danych literaturowych 30% pacjentów z trądzikiem różowatym odczuwa stygmatyzację ze strony środowiska społecznego. Nadal funkcjonuje nieprawidłowy osąd, zaliczający pacjentów z trądzikiem różowatym do grupy osób z uzależnieniem alkoholowym, do niższej klasy społecznej, osób z wybuchowym temperamentem, co miałyby zdradzać rumień na ich twarzach. [88]

Trądzik różowaty wykazuje szeroki zakres negatywnych skutków na postrzeganie siebie przez pacjentów. Podejmując opcje terapeutyczne u pacjentów z trądzikiem różowatym należy podjąć wysiłek równoczesnego leczenia psychologicznego bądź psychiatrycznego, aby osiągnąć znaczące wyniki terapeutyczne. [92] Terapie poznawczo-behawioralne mogą mieć ogromne znaczenie z radzeniem sobie z lękiem społecznym. Jakkolwiek opcje terapeutyczne leczenia trądziku różowatego są wciąż ograniczone, gdzie spodziewany efekt leczniczy może być niezadowolający, więc wsparcie psychologiczne i odpowiednie spojrzenie pacjenta na siebie może przynieść znaczącą poprawę jakości życia pacjentów z trądzikiem różowatym. [88] [92] [93] [94]

## **8.2. Etiologia i patogeneza trądziku różowatego**

Trądzik różowaty jest powszechną, przewlekłą dermatozą zapalną twarzy, która występuje najczęściej u kobiet, jednakże nasilone przypadki pod postacią rhinophyma spotyka się głównie u mężczyzn. Trądzik różowaty jest chorobą częstą, zwykle rozpoczyna się około 30. r.ż, ze szczytem zachorowalności między 40. a 50. r.ż. Trądzik różowaty dominuje u pacjentów o jasnej karnacji z fototypem I i II wg Fitzpatricka. Dotyczy około 10% osób o jasnej karnacji. [28] [60] [90] [95] [96] [97]

Trądzik różowaty jest chorobą obejmującą pierwotnie środkową część twarzy, w której zmiany zapalne pod postacią krost i grudek rozwijają się na przekrwionym, rumieniowym podłożu z teleangiektazjami. Chorobie mogą towarzyszyć zmiany w obrębie gruczołów łojowych. Może występować powiększenie i zwłóknienie gruczołów łojowych, czasem kończące się ograniczonym przerostem skóry. [28]

Patomechanizm choroby jest złożony i wieloczynnikowy. [98] Przez wiele lat za czynniki etiopatogenetyczne uznawano czynniki środowiskowe, mając na względzie nadużywanie alkoholu, ekspozycje na promienie UV, mikroflorę jelitową oraz mikroby powierzchni skóry. Pod uwagę są również brane czynniki psychogenne, pokarmowe, atmosferyczne,

nieodpowiednia pielęgnacja skóry, promieniowanie elektromagnetyczne oraz czynniki indywidualne. Znaczną rolę w patogenezie schorzenia odgrywa nieprawidłowe ukrwienie twarzy. Pod wpływem wielu czynników środowiskowych naczynia ulegają poszerzeniu, doprowadzając do zastoju krwi i w konsekwencji do wystąpienia rumienia trwałego. Rumień, może na wiele lat wyprzedzać powstanie innych objawów. W powstawaniu zmian skórnych zarówno ma znaczenie podłoże genetyczne, jak i podłoże naczyniowe, hormonalne, infekcje miejscowe i ogólne oraz podłoże łojotokowe. [28] [36] [90] [99]

Obecnie w patofizjologii podkreśla się przede wszystkim rolę receptora Toll-like 2 (TLR) i peptydów przeciwdrobnoustrojowych. [90] Białka przeciwdrobnoustrojowe odgrywają istotną rolę w patogenezie trądziku różowatego. Do białek tych zaliczamy katelicydyny oraz b - defensyny. Wśród komórek rozpoznających patogeny za pomocą receptorów TLR wyróżnia się komórki układu immunologicznego, komórki nabłonkowe, komórki śródbłonna, kardiomiocyty i adipocyty. Pobudzenie receptorów TLR powoduje wzmożoną syntezę czynników przeciwbakteryjnych i cytokin prozapalnych oraz dojrzewanie komórek dendrytycznych. Wykazano, że u osób z rozpoznaną postacią grudkowo-krostkową trądziku różowatego występuje zwiększona aktywacja TLR2. [89] [90]

Zmiany naczyniowe oraz zaburzenia funkcji naczyń krwionośnych, w tym głównie włosowatych stanowią istotną przyczynę tworzenia i nasilenia zmian skórnych w przebiegu trądziku różowatego. Czynnikiem wzrostu śródbłonna (VEGF) jest istotnym czynnikiem w trądziku różowatym ponieważ wpływa on zarówno na angiogenezę, ale także na powstanie teleangiektazji, zwiększenie przepuszczalności naczyń i w związku z tym nasileniem procesów zapalnych. O zaburzeniach naczyniowych świadczy przede wszystkim przebieg kliniczny choroby. Rumień występujący w przebiegu trądziku różowatego jest prawdopodobnie spowodowany przez zwiększenie przepływu krwi w powierzchownych naczyniach krwionośnych. Wiele czynników osobniczych i środowiskowych może doprowadzić do poszerzenia naczyń krwionośnych, wystąpienia rumienia oraz nadreaktywności skóry. Doprowadzając do przegrzania tkanek wskutek wazodylatacji. [60] [90] Do głównych wazoregulatorów należą: polipeptyd aktywujący przysadkową cyklazę adenylanową - PACAP, naczynioaktywny peptyd jelitowy - VIP i peptyd związany z genem kalcytoniny - CGRP. Długotrwałą wazodylatację powodują także metabolity lipidów i alkoholu. Do innych czynników powodujących poszerzenie naczyń zaliczamy proteazy i reaktywne formy tlenu.

W patogenezie trądziku różowatego istotne znaczenie ma obecność i działanie reaktywnych form tlenu - ROS, do których zaliczamy aniony nadtlenkowe, rodniki hydroksylowe, tlen cząsteczkowy i nadtlenek wodoru. Powstają one jako efekt wydzielania przez granulocyty wielojądrzaste, jak również w skutek działania promieni słonecznych, co w konsekwencji prowadzi do uszkodzenia tkanek. [89] [90] Reaktywne formy tlenu są niewątpliwie bardziej aktywne w skórze u pacjentów z trądzikiem różowatym niż w skórze ludzi zdrowych. One również mogą aktywować wszystkie czynniki nasilające następnie proces zapalny.

Rola czynników infekcyjnych w patogenezie trądziku różowatego nabiera na znaczeniu w ostatnim czasie. Do patogenów mogących przyczyniać się do rozwoju trądziku różowatego oraz do wystąpienia odpowiedzi immunologicznej zaliczamy: *Demodex folliculorum*, *Bacillus oleronius*, *Helicobacter pylori*, *Staphylococcus epidermidis* i *Chlamydia pneumoniae*. Wiele z wymienionych drobnoustrojów należy do flory fizjologicznej człowieka, dlatego trudno jednoznacznie udowodnić ich znaczenie dla rozwoju choroby. Na skórze człowieka znajdują się mikroorganizmy, które ściśle współdziałają z układem immunologicznym i zarazem chronią przed inwazją czynników infekcyjnych. Skład mikrobiomu jest ściśle uzależniony od warunków środowiska skóry, jej temperatury, pH, wilgotności i składu lipidowego. Na jego skład ma wpływ płeć, wiek pacjenta oraz jego choroby współistniejące. Duże znaczenie ma również odpowiednia pielęgnacja skóry. Mikrobiom fizjologiczny skóry wykazuje obecność ligandów dla receptorów znajdujących się na keratynocytach. Receptory TLR2 i NALP3 indukują kaskadę zapalną. Aktywacja keratynocytów prowadzi do uwolnienia chemokin i cytokin zapalnych, uruchomienia kaskady procesów zapalnych oraz pobudzenia angiogenezy. Obecny na skórze stan zapalny i zmiana warunków środowiskowych na skórze powodują zmiany jakościowe i ilościowe mikrobiomu pacjenta. Charakterystyczne warunki panujące na skórze sprzyjają namnażaniu się nużeńca ludzkiego i gronkowców koagulazoujemnych. Nowe patogeny zasiedlające skórę stymulują układ immunologiczny, co doprowadza do poszerzenia naczyń krwionośnych, nasilenia chemotaksji i procesów zapalnych, co w konsekwencji prowadzi do przejścia fazy rumieniowej trądziku różowatego do fazy grudkowo-krostkowej. Antygeny drobnoustrojów stymulują odpowiedź zapalną organizmu, co doprowadza do pogorszenia stanu skóry i progresji choroby. [90] [100] [101] [102] [103]

Do czynników zaostrzających przebieg choroby możemy zaliczyć jak wcześniej wspomniałam promieniowanie ultrafioletowe. Odgrywa ono zarówno rolę w prowokacji, jak i zaostrzeniu trądziku różowatego. Znaczącą rolę odgrywa promieniowanie UVB, ponieważ zarówno indukuje ono rumień spowodowany poszerzeniem naczyń krwionośnych oraz przyczynia się do uwalniania wielu czynników proangiogennych. Promieniowanie UV odpowiada za zmiany zarówno naczyniowe, jak i zapalne w rozwoju trądziku różowatego. [90] Promieniowanie UV wpływa również na funkcjonowanie naczyń limfatycznych, przygotowując je na dalsze uszkodzenia. Nowo utworzone naczynia krwionośne i limfatyczne ułatwiają napływ do skóry komórek zapalnych. Trądzik różowaty zwykle rozpoczyna się jako „actinic lymphatic vasculopathy”. Identyczne zmiany w naczyniach limfatycznych obserwuje się w okolicy raków podstawnokomórkowych i kolczystokomórkowych u pacjentów bez wywiadu w kierunku trądziku różowatego. Możliwe, że elastoza posłoneczna i zmiany w naczyniach limfatycznych są konsekwencją działania promieniowania UV i nie są charakterystyczne dla samego trądziku różowatego. [100]

Jak wynika z przedstawionych powyżej czynników wpływających na rozwój choroby i nasilenie zmian skórnych, można skłonić się do sformułowania, że choroba, ze względu na swoją złożoną patogenezę i etiologię oraz liczne czynniki stymulujące, jest trudna w ujęciu terapeutycznym i związana z nią jest satysfakcja pacjenta.

### **8.3. Obraz kliniczny w trądziku różowatym**

Trądzik różowaty można podzielić na cztery podtypy: rumieniowo-teleangiektatyczny, grudkowo-krostkowy, przerostowy i oczny. Aktualnie obowiązuje również kwalifikacja oparta na fenotypach. Możemy do nich zaliczyć fenotypy: przemijający i utrwalony rumień, teleangiektazje, zapalne grudki lub krosty oraz przerost i zwłóknienie gruczołów łojowych. Podejście oparte na fenotypach opisuje indywidualne cechy kliniczne trądziku różowatego i dzieli je na cechy/fenotypy diagnostyczne, główne i wtórne, co znacznie ułatwia postępowanie z pacjentem. Obraz kliniczny trądziku różowatego jest z reguły wystarczający do postawienia rozpoznania. Diagnozę można postawić na podstawie oceny fenotypów diagnostycznych, głównych i wtórnych. Rozpoznanie możemy postawić na podstawie co najmniej 1 fenotypu diagnostycznego lub 2 fenotypów głównych [104] [105] [106]



Postać rumieniowa. Postać rumieniowa trądziku różowatego rozpoczyna się występowaniem rumienia napadowego - prerosacea. Przez wielu autorów objaw ten jest określany jako skóra wrażliwa, reagująca rumieniem, uczuciem pieczenia, ściągania, mrowienia, uderzenia gorąca w konsekwencji zadziałania czynników zewnętrznych. Prerosacea - to często występowanie rumienia, zaczerwienienia, bądź też wystąpienie epizodycznego rumienia. Następna postać rumieniowa z licznymi teleangiektazjami charakteryzuje się utrwalonym rumieniem na policzkach, nosie, czole i brodzie z mniej lub bardziej nasilonymi teleangiektazjami. Postać grudkowo-krostkowa cechuje się obecnością grudek i krost bez zaskórników na skórze całej twarzy, szczególnie zajmując partie centralne. Jej odmiana, tzw. tuberculid Lewandowskiego, obejmuje głównie obwodowe części twarzy. Postać przerostowo-guzowata charakteryzuje się odmiennym nazewnictwem w zależności od lokalizacji zmian skórnych na twarzy: czoło - mentophyma, podbródek - gnathophyma, uszy - otophyma, powieki - blepharophyma. Najczęstszą postacią jest odmiana dotycząca nosa- rhinophyma.

U pacjentów z rozpoznaniem trądzikiem różowatym w około 60% towarzyszą zmiany oczne. Do objawów okulistycznych możemy zaliczyć: zapalenie powiek, spojówek, tęczówki lub tęczówki i ciała rzęskowego, wysięk ropny w komorze przedniej lub zapalenie rogówki. Powyższym objawom może towarzyszyć światłowstręt i uczucie obecności ciała obcego. [90] [100] [104] [107]

Do końca nie jest wiadome, czy podtypy trądziku różowatego przechodzą w sposób progresywny, czy też występują jako niezależny wariant. Pacjenci często uskarżają się, że objawy trądziku różowatego zaczynają się przemijającym rumieniem, który następnie przechodzi w rumień przetrwały. Rumień na twarzy jest opisywany jako pierwotna stała cecha wszystkich podtypów trądziku różowatego. Jednakże nie zawsze obserwuje się progresję od pierwszego stopnia do następnego. Objawy w trądziku różowatym mogą się nakładać. Trądzik różowaty jest chorobą środkowej części twarzy, przechodzącą charakterystyczne cechy ewolucji. Zmiany wczesne mają charakter rumienia, drobnych grudek i krost. Krosty często są małe około 1 mm i na szczycie grudki, zaskórники są nieobecne. W zmianach późnych, trwających dłużej, rumień ma charakter stały, występują ciemnoczerwone grudki i guzki, obecne są liczne teleangiektazje, zmianom może towarzyszyć przerost gruczołów łojowych i obrzęk limfatyczny. Zmiany skórne wtórnie mogą doprowadzić do zniekształcenia nosa, czoła, powiek, małżowin usznych i brody. Pacjentom z rozpoznaniem trądzikiem różowatym często towarzysza obawy

o wygląd estetyczny. Biorąc pod uwagę, że choroba ma charakter przewlekły, często wieloletni pacjenci stale muszą się borykać z problemami dotyczącymi twarzy oraz współistniejącymi subiektywnymi objawami klinicznymi. Czasami po kilku latach choroba może samoistnie ustąpić, jednak najczęściej trwa przez całe życie i ma charakter postępujący oraz towarzyszą jej częste nawroty i progresja. [47]

Do najcięższej odmiany trądziku różowatego należy postać: *Rozacea fulminans*. Choroba ta pojawia się nagle, obejmując środkową część twarzy. Najczęściej występuje u młodych kobiet zażywających hormonalną terapię antykoncepcyjną lub u ciężarnych. U pacjentów nagle rozwijają się chełboczące, rumieniowe ogniska z grudkami i licznymi krostami, ale bez zaskórników i innych objawów trądziku. Po upływie dłuższego czasu pacjenci rozwijają typowe objawy trądziku różowatego. [28]

Lity obrzęk twarzy w trądziku jest kolejną odmianą trądziku różowatego. Istotą patogenezy tej choroby jest współistnienie obrzęku i włóknienia. Obrzęk ma charakter trwały, czasami mogą towarzyszyć mu inne objawy związane z trądzikiem różowatym. Niestety czynnik prowokujący chorobę pozostaje wciąż nieznan.

U pacjentów, na twarzy, obserwujemy obrzęk czoła, policzków, powiek górnych, fałdów nosowo-wargowych oraz grzbietu nosa. Obrzęk doprowadza do zmiany wyglądu pacjenta, nieraz zmiana jest bardzo subtelna, prawie niezauważalna dla otoczenia, jednakże zauważalna dla samego pacjenta. Skóra w miejscach występującego obrzęku nie jest zmieniona, nie ma rumienia, złuszczenia ani przebarwień. Choroba przebiega również bez bliznowacenia. [53]

W przypadku trądziku różowatego trudno jest osiągnąć całkowite wyleczenie zmian skórnych. Stosując odpowiednie leczenie preparatami miejscowymi, lekami doustnymi oraz wykonując odpowiednio dobrane zabiegi chirurgiczne i laserowe można zminimalizować postęp choroby. [108] [109] Trądzik różowaty należy leczyć systematycznie, jednakże nie ma preparatów, które wyleczą chorobę. Celem terapii jest zmniejszenie i usunięcie istniejących objawów, a następnie zapobieganie pojawieniu się nowych zmian. Trądzik różowaty występuje u osób z predyspozycją genetyczną oraz u osób ze skłonnością osobniczą do tego typu zmian skórnych. Pacjenci Ci powinni prawidłowo pielęgnować skórę, unikać czynników środowiskowych mogących nasilić przebieg choroby oraz w miarę możliwości redukować sytuacje stresowe. Zważywszy na to, że czynniki nasilające i stymulujące wystąpienie zmian skórnych są powszechnie

obecne i ich unikanie czasami jest wręcz niemożliwe, pacjenci Ci są stale narażeni na nasilenie przebiegu choroby i stale borykają się z częstymi zaostrzeniami zmian skórnych. Mając z kolei na uwadze, że zmiany skórne lokalizują się z zajęciem części środkowej twarzy, pacjenci z trądzikiem różowatym stale narażeni są na uwagę i obserwację ze strony innych ludzi, co nierzadko doprowadza do obniżenia ich jakości życia. Ciężar psychologiczny choroby jest u tych pacjentów ogromny. Każdy z nich odbiera swoje zmiany skórne w sposób absolutnie indywidualny. Co więcej samopoczucie związane z występowaniem zmian skórnych niejednokrotnie nie koreluje z ciężkością trądziku. W przypadku trądziku różowatego najczęściej dermatolodzy na podstawie swojej praktyki dermatologicznej mają do czynienia z dojrzałymi i wymagającymi pacjentkami. Wymagającymi uwagi i oczekujące rzeczywiście szybkich i skutecznych rozwiązań. Większość pacjentów zgłaszających się do lekarza pragnie otrzymać specyficzną dla siebie terapię. Niestety kolejnym problemem, na który napotykają chorzy z trądzikiem różowatym jest koszt terapii, niestety nierzadko rodzaj leczenia zależy od statusu ekonomicznego pacjenta. Pomimo pewnego postępu w rozumieniu etiologii tej dermatozy, leczenie pacjentów nadal pozostaje wyzwaniem, a u wielu pacjentów udaje się osiągnąć jedynie częściową kontrolę objawów.

## 9. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Badanie jakości życia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, łączącym znaczenie kliniczne z psychologicznymi aspektami opieki medycznej. Dlatego realizacja jedynie celów terapeutycznych nie jest jedynym z celów leczenia. Powodem tego jest realizacja tzw. celów pozamedycznych, a więc poprawę samopoczucia chorego wpływającego na jego funkcjonowanie w społeczeństwie. Ma to istotne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych lub nieuleczalnych, w których niezupełnie jest możliwe osiągnięcie celów medycznych. Wówczas znaczenia nabierają cele służące poprawie komfortu życia pacjenta. [2] Skóra odgrywa istotną rolę w kontaktach między ludzkich. Jest też częścią ciała, przez którą postrzega nas otoczenie oraz przez którą sami kreujemy swój wizerunek. Dlatego przewlekłe choroby skóry, szczególnie dotyczące części odsłoniętych, w szczególny sposób obniżają jakość życia. [110] Szczególnie istotne znaczenie ma ocena jakości życia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Zwykle są to choroby nieuleczalne i pacjent nierzadko musi zmagać się z chorobą i leczeniem do końca życia. Choroba przewlekła niesie ze sobą negatywne konsekwencje wpływające na różne wymiary życia chorego, które mogą mieć charakter tymczasowy lub stały. [111]

Jakość życia to kategoria filozoficzna określająca stopień w jakim życie dostarcza człowiekowi zadowolenia. Każdy człowiek jest zdolny do oceny jakości życia. Dokonuje tego według przyjętych przez siebie kryteriów, posługując się wybranymi miernikami i sposobami pomiaru. Każda osoba jakość życia pojmuje i postrzega w inny sposób wartości, które jej zdaniem wpływają na poziom (jej) jakości życia.

Zagadnieniem istotnym i mającym znaczenie w ocenie jakości życia pacjentów są stosowane odpowiednia narzędzia służące dokonaniu właściwych pomiarów. W mojej pracy skupiłam się na dokonaniu pomiaru jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi przebiegającymi z bliznowaceniem zlokalizowanymi na skórze twarzy lub skórze owłosionej głowy. Badaniem objęci są również pacjenci z trądzikiem różowatym i stanowią oni grupę kontrolną.

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

pozwała sprawdzić ocenę zadowolenia z życia w postaci mierzalnej, wyrażonej indeksem liczbowym.

Silny wpływ ma postrzeganie choroby przez pacjenta, na które składają się: postrzeganie i ocena objawów choroby, rozpoznanie sposobów radzenia sobie z ich następstwami psychicznymi, fizycznymi i społecznymi, ocena możliwości normalnego funkcjonowania czy rozpoznanie metod umożliwiających uzyskanie kontroli nad chorobą. [111]

Cele pracy:

#### 1. Efekt naukowo-poznawczy

Ocena czy zmiany skórne zlokalizowane na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegające z bliznowaceniem są przyczyną obniżenia jakości życia pacjentów.

Analiza czynników mających wpływ na jakość życia badanych pacjentów.

Ocena struktur dermatoskopowych charakterystycznych dla danego rodzaju blizny.

#### 2. Efekt praktyczny

Ustalenie i wyeliminowanie czynników mających negatywny wpływ na jakość życia pacjentów.

Ustalenie i propagowanie czynników mających pozytywny wpływ na jakość życia pacjentów.

Możliwość poszerzenia diagnostyki zmian skórnych na podstawie analizy wzorca dermoskopowego blizn.

## **10. MATERIAŁ I METODY**

### **10.1. Metoda badań**

Przedstawiane badania uzyskały zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, opinia Komisji Bioetycznej Nr KB-232/2019 z dnia 18.03.2019 r. na przeprowadzenie badań pacjentów w celu dokonania pracy doktorskiej.

Badania pacjentów zostały przeprowadzone w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu na Oddziale Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej oraz w Poradni Skórno-Wenerologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu oraz w specjalistycznym gabinecie dermatologicznym AKDERM w Namysłowie. Badanie przeprowadzono po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu.

#### **Grupa badanych**

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.

Do kryteriów włączenia do grupy badanej należało:

1. wiek powyżej 18 r.ż.
2. rozpoznana choroba przebiegająca ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowacieniem.

Do kryteriów włączenia do grupy kontrolnej należało:

1. wiek powyżej 18 r.ż.
2. rozpoznany trądzik różowaty.

W celu przeprowadzenia badania klinicznego pacjenta utworzono autorską kartę badania. Badanie składało się z badania przedmiotowego i podmiotowego w oparciu o opracowaną kartę badania. Zebrane informacje dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, 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.

## **Kwestionariusze wykorzystywane w badaniu**

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

Pomiaru jakości życia dokonano techniką z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego. W badaniu zostały użyte dwa kwestionariusze. Kwestionariusze miały na celu ocenę badań ilościowych.

Pierwszym z nich jest kwestionariusz opracowany przez Finlaya i Khana – DLQI. Został on wprowadzony w celu oceny stopnia niesprawności, przyczyną której są choroby dermatologiczne- Dermatology Life Quality Index (DLQI). Jest on szybkim i prostym kwestionariuszem składającym się z 10 pytań. Autorem polskiej adaptacji kwestionariusza jest Szepietowski i wsp. [108] Celem kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na życie pacjenta w ciągu minionego tygodnia. W kwestionariuszu przyjęto zasadę, że odpowiedzi udzielane są z perspektywy ostatniego tygodnia, czyli kolejne dziedziny pytań poprzedzone są zdaniem wprowadzającym: „W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia...”. Każde pytanie oceniono w skali 0-3. Im więcej uzyskano punktów, tym gorsza była jakość życia pacjenta. Wynik interpretowano w zależności od liczby uzyskanych punktów: 0-1 jako brak wpływu choroby na jakość życia pacjenta, 2-5 - mały wpływ, 6-10 - umiarkowany wpływ, 11-20 - bardzo duży wpływ i 21-30 - skrajnie duży wpływ. [109] Kwestionariusz DLQI jest uniwersalny, można go stosować w różnych krajach i kulturach, spełnia wysokie standardy metodologiczne, jest krótki, łatwy w użyciu, posiada prosty system oceny wyników.

Na potrzeby przeprowadzonego przeze mnie badania jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem, został skonstruowany specyficzny kwestionariusz ankietowy. Ustalono, jakie obszary powinny być podejmowane w badaniach ilościowych

z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego. Następnie zbudowano kwestionariusz, który uwzględnił wszystkie aspekty wpływające na jakość życia pacjentów, które poddano analizie. Kwestionariusz ankietowy został podzielony na kilka wątków dotyczących: wyglądu pacjenta, samopoczucia, edukacji i pracy oraz życia codziennego - w przestrzeni publicznej i w domu. Następnie przy pomocy metod statystycznych został ustalony wpływ czynników takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, nasilenie choroby oraz lokalizacja zmian skórnych na jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi na twarzy i skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem. Zainteresowanie moje wzbudziło również określenie wpływu zmian skórnych na życie osobiste i towarzyskie, wykonywaną pracę, oraz zależności pomiędzy jakością życia pacjentów a koniecznością odbycia konsultacji dermatologicznych oraz psychologicznych pacjentów. Ocen jakości życia uzyskana dzięki kwestionariuszom ukazuje subiektywne postrzeganie sytuacji życiowej uwarunkowanej stanem zdrowia, z punktu widzenia pacjenta. Minimalna ilość punktów wynosi 0, maksymalna ilość punktów wynosi 64. Każde pytanie oceniono w skali 0-4. Im wyższa uzyskana punktacja tym gorsza była jakość życia pacjentów. Wynik interpretowano w zależności od ilości uzyskanych punktów:

- 0-16 normalna jakość życia,
- 17-33 nieznacznie obniżona jakość życia,
- 34-44 umiarkowanie obniżona jakość życia,
- 45-55 mocno obniżona jakość życia i
- 56-64 bardzo mocno obniżona jakość życia.

Kwestionariusz autorski dotyczący jakości życia został następnie poddany analizie czynnikowej. Sprawdzone z jakich konstruktów zbudowany jest kwestionariusz. W tym celu zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową, w analizie zastosowano metodę głównych składowych z rotacją Varimax. Bazując na wynikach analizy czynnikowej kwestionariusz podzielono na cztery podskale. Rzetelność dwóch podskal była zadowalająca i wynosiła odpowiednio 0,906 i 0,796. Trzy pytania jako nie tworzące spójnych czynników zostały wyeliminowane z kwestionariusza. Po wprowadzeniu zmian, wykres osypiska wskazuje na 2 czynniki, wyjaśniające 62% zmienności wyników. Każde pytanie oceniono w skali 0-4. Im wyższa uzyskana punktacja tym gorsza była jakość życia pacjentów. Wynik interpretowano w zależności od ilości uzyskanych punktów:



0-13	normalna jakość życia,
14-24	nieznacznie obniżona jakość życia,
25-35	umiarkowanie obniżona jakość życia,
36-45	mocno obniżona jakość życia i
46-52	bardzo mocno obniżona jakość życia.

W podskali dotyczącej akceptacji siebie maksymalna ilość punktów wynosiła 36, natomiast w podskali dotyczącej kontaktów społecznych maksymalna ilość punktów wynosiła 16.

20 pacjentów z blizną po usunięciu zmiany nowotworowej odpowiedziało na dodatkowe pytanie, co bardziej im przeszkadzało: guz czy blizna. Wśród tych pacjentów było 15, którzy bardziej byli niezadowoleni z obecności guza oraz 5, którym bardziej przeszkadzają blizny.

Jakość życia można określić za pomocą mierników subiektywnych. Informują one jak stan rzeczywisty rzeczy jest przez poszczególne osoby postrzegany i oceniany. Z danych literaturowych wynika, że obiektywne warunki poziomu życia nie są wystarczające do jednoznacznej oceny jakości życia. Wynika to z faktu, że w życiu bywa różnie, inne wartości są nadrzędne dla poszczególnych osób. Pewne sytuacje życiowe, które mają miejsce mogą mieć znaczący wpływ w danym momencie na samopoczucie pacjenta i wybór przez niego ankietowanych odpowiedzi. Ważne jest aby zminimalizować błędy pomiarowe dla subiektywnej oceny. [112]

## **10.2. Charakterystyka pacjentów**

Przebadano 177 pacjentów w wieku od 18 do 84 roku życia, w tym 115 kobiet oraz 62 mężczyzn. Grupę badaną stanowiło 127 pacjentów, a grupę kontrolną 50 pacjentów. W grupie badanej znalazły się 82 kobiety oraz 45 mężczyzn. W grupie kontrolnej przebadano 33 kobiety oraz 17 mężczyzn. Grupę kontrolną stanowiło 50 pacjentów z rozpoznaniem trądzikiem różowatym. Do grupy badanej zostało włączonych 26 pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym, 25 pacjentów z toczniem rumieniowatym, 22 z łysieniem czołowym bliznowaciejącym, 22 z trądzikiem zwyczajnym, 20 z nieczerniakowym nowotworem skóry. Pozostałych 12 pacjentów

stanowiła grupa z twardziną ograniczoną , samouszkodzeniami, pseudopelade Brocq, zapaleniem mieszków włosowych oraz z chłoniakiem t- komórkowym.

103 pacjentów deklarowało występowanie chorób współistniejących, 74 pacjentów nie miało schorzeń współistniejących.

Ze względu na wykształcenie pacjenci wykazali następujące statystyki: podstawowe wykształcenie miało 6 pacjentów, średnie 64 pacjentów, zawodowe 32 pacjentów a wyższe 75 pacjentów.

Ze względu na miejsce zamieszkania pacjenci dzielili się na pochodzących z miasta: 118 pacjentów oraz pochodzących ze wsi: 59 pacjentów.

# 11. METODY STATYSTYCZNE

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 26. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa, eksploracyjną analizę czynnikową, analizę rzetelności i analizę korelacji. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano  $\alpha = 0,05$ .

## Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa--Smirnowa

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa, badającym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 1 i 2.

**Tabela 1.** Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
DLQI	5,70	4	5,58	1,24	1,01	0	24	0,16	<0,001
JZ	28,71	28,50	9,19	0,55	0,51	12	57	0,10	0,015

**Tabela 2.** Podstawowe statystyki opisowe zmiennych jakościowych

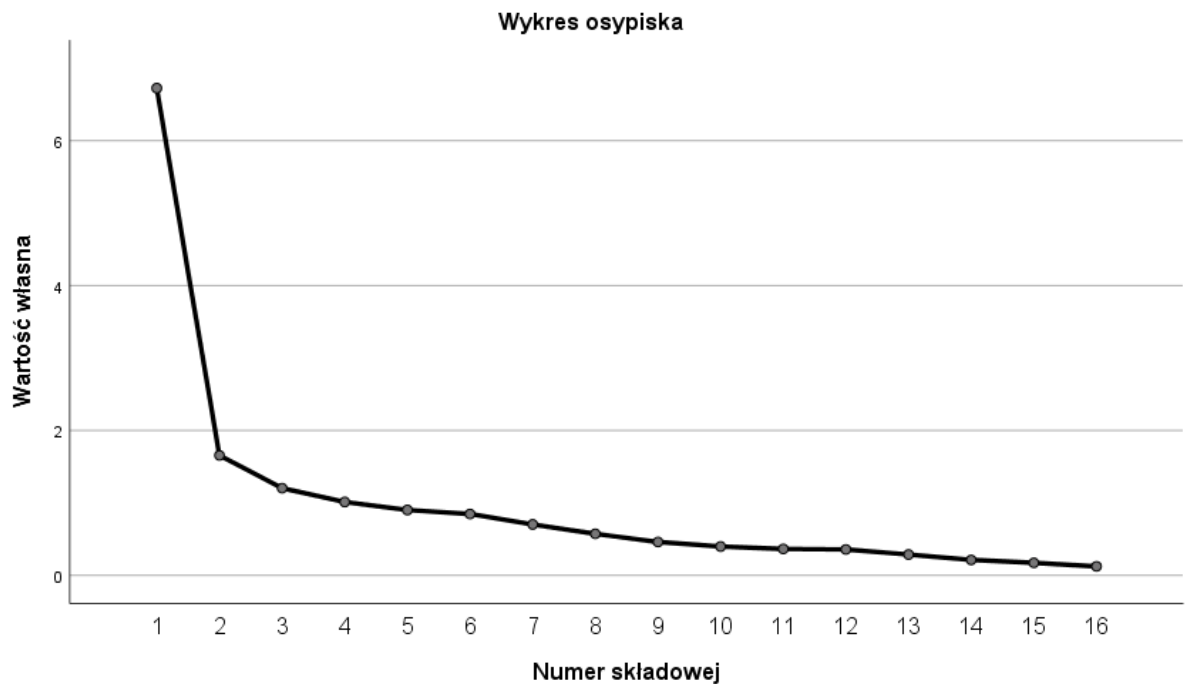
Zmienna	Kategorie	Częstość	Procent
Płeć	Kobieta	115	65
	Mężczyzna	62	35
Wykształcenie	Podstawowe	6	3
	Średnie	64	36
	Wyższe	75	42
	Zawodowe	32	18
Miejsce zamieszkania	Miasto	118	67
	Wieś	59	33
Rozpoznanie	Chłoniak T-komórkowy	1	1
	Liszaj płaski mieszkowy	26	15
	Łysienie czołowe bliznowaciejące	22	12
	Piodermia zgorzelinowa	3	2
	Pseudopelade Brocq	1	1
	Rak kolczystokomórkowy	2	1
	Rak podstawnokomórkowy	18	10
	Samouszkodzenia	3	2
	Toczeń rumieniowaty układowy	25	14
	Trądzik różowaty	50	28
	Trądzik zwyczajny	21	12
	Twardzina ograniczona	3	2
	Zapalenie mieszków włosowych	1	1
Choroby współistniejące	Tak	103	58
	Nie	74	42

Wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa w przypadku wszystkich zmiennych okazał się istotny statystycznie, co oznacza, że rozkład istotnie odbiega od rozkładu normalnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że skośność rozkładu wszystkich zmiennych, nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 1,5, co oznacza, że ich rozkład jest asymetryczny w nieznacznym stopniu.

### **Analiza czynnikowa dla kwestionariusza jakości życia**

W następnym kroku sprawdzono z jakich konstruktów zbudowany jest kwestionariusz jakości życia. W tym celu zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową, w analizie zastosowano metodę głównych składowych z rotacją Varimax. Test osypiska ujawnił 4 czynniki wyjaśniające 66% zmienności wyników. Szczegółowe dane przedstawia tabela 3 i 4, a także wykres 1 i 2.

**Wykres 1.** *Wykres osypiska dla kwestionariusza jakości życia*



**Tabela 3.** *Macierz rotowanych składowych w kwestionariuszu jakości życia*

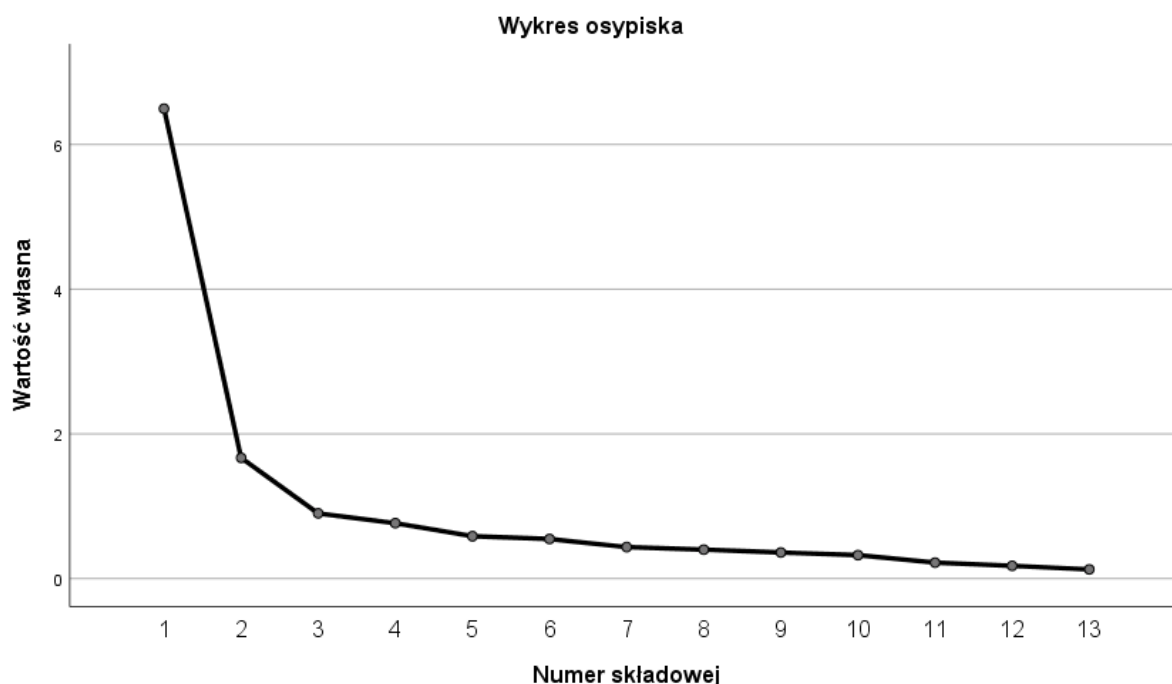
Nr czynnika Nr pytania	1	2	3	4
1				0,820
2	0,737			
3	0,652	0,400		
4	0,518	0,433	0,386	
5	0,759			
6	0,758			
7	0,553	0,444	0,448	
8	0,447	0,415	0,453	
9	0,624	0,350		
10	0,810			
11		0,920		
12		0,887		
13			0,904	
14	0,746			
15	0,805			
16	0,404			-0,442

Bazując na wynikach analizy czynnikowej kwestionariusz składa się z czterech podskal, do której dopasowane są poniższe pytania:

- pierwsza: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 14, 15 (akceptacja siebie)
- druga: 7, 8, 11, 12 (kontakty społeczne)
- trzecia: 13 (kontakt z lekarzem)
- czwarta: 1, 16 (dyskomfort psychiczny).

Rzetelność 1 i 2 podskali była zadowalająca i wynosi odpowiednio 0,906 i 0,796. Pytania 1, 13, 16 jako nie tworzące spójnych czynników zostały wyeliminowane z kwestionariusza. Po wprowadzonych zmianach, wykres osypiska wskazuje na 2 czynniki, wyjaśniające 62% zmienności wyników.

**Wykres 2.** Wykres osypiska dla kwestionariusza jakości życia z ograniczonymi punktami



**Tabela 4.** Macierz rotowanych składowych w kwestionariuszu jakości życia z ograniczonymi punktami

Nr czynnika	1	2
Nr pytania		
2	0,724	
3	0,661	0,456
4	0,554	0,514
5	0,745	
6	0,740	
7	0,597	0,543
8	0,492	0,513
9	0,635	0,400
10	0,805	
11		0,894
12		0,884
14	0,756	
15	0,813	

Bazując na wynikach ponownej analizy czynnikowej kwestionariusz składa się z dwóch podskal, do której dopasowane są poniższe pytania:

- pierwsza: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 14, 15 (akceptacja siebie)
- druga: 7, 8, 11, 12 (kontakty społeczne).

Obie podskale istotnie korelują ze skalą DLQI, pierwsza na poziomie  $r = 0,69$ ,  $p < 0,001$ , druga na poziomie  $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ . Oznacza to, że obie podskale dobrze odzwierciedlają konstrukt jakości życia dla pacjentów z chorobami dermatologicznymi.

## **12. OBRAZ DERMATOSKOPOWY ZMIAN PRZEBIEGAJĄCYCH Z BLIZNOWACENIEM NA SKÓRZE TWARZY I SKÓRZE OWŁOSIONEJ GŁOWY**

Dermatoskopia jako metoda diagnostyczna chorób przebiegających z bliznowaceniem zlokalizowanych na skórze twarzy i skórze owłosionej głowy.

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.

Dermatoskopia to metoda oceny in vivo struktur w obrębie naskórka i skóry właściwej. Jest ona prostą i sprawdzoną metodą diagnostyczną, polegającą na oglądaniu zmian skórnych w powiększeniu. Dermatoskopia jest metodą pośrednią między oceną kliniczną a badaniem histopatologicznym.

Dermatoskopia jest metodą diagnostyczną wykorzystywaną w diagnostyce wielu chorób dermatologicznych. Dermatoskopia nie ogranicza się do badania barwnikowych i bezbarwnikowych wykwitów nowotworowych. Ocenie dermatoskopowej można poddać zarówno zmiany skórne występujące na skórze gładkiej jak i na skórze owłosionej głowy. Dermatoskopia ułatwia rozpoznanie objawów związanych z aktywnością choroby

oraz pozwala na diagnostykę różnicową. Wiele chorób skóry podlega ocenie dermatoskopowej i ma charakterystyczne wzorce. Obszar bliznowacenia i blizny które zostały poddane przeze mnie analizie dermatoskopowej należały do obrazu klinicznego różnych jednostek chorobowych. Oceniałam zarówno blizny zlokalizowane na skórze owłosionej głowy, jak i występujące na twarzy.

### **Zmiany przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowane na twarzy**

Nieczerniakowe nowotwory skóry. Wzorce dermatoskopowe blizn powstałych po usunięciu raka podstawnokomórkowego i kolczystokomórkowego miały podobny wzorec. Widoczny był homogenny, jednorodny obszar koloru biało-różowego. W pojedynczych zmianach obecne były drobne, siateczkowate naczynia. W pojedynczej bliźnie po usunięciu raka podstawnokomórkowego było widoczne naczynie o wzorcu drzewkowatym , co świadczyło o wznowie nowotworu w bliźnie.

Trądzik zwyczajny. Oceniając dermatoskopowo blizny potrądzikowe większość miało charakter blizn atroficznych. Gdy proces gojenia zmian trądzikowych przebiega prawidłowo wytworzone blizny określane są jako zanikowe. Dermatoskopia blizn zanikowych ujawniła obecność struktur homogennych barwy różowo-białej. W obrębie blizn widoczne były nieliczne, drobne, linijne naczynia. W przypadku blizn przerosłych obraz dermatoskopowy nieco różni się od wzorca dermatoskopowego blizn zanikowych. W obrazie dermoskopowym obecny był również homogenny obszar różowo-biały lub różowy oraz obecne były polimorficzne naczynia. Naczynia ,miały charakter liniorny, drzewkowaty oraz typu przecinka .W literaturze obecne są prace oceniające obraz dermatoskopowy blizn przerosłych oraz keloidów. [113]

Toczeń rumieniowaty. Oceniając wzorec dermatoskopowy zmian przebiegających z bliznowaceniem w przebiegu toczenia rumieniowatego zaobserwowano występowanie obszarów homogennych o zabarwieniu różowo- białym, porcelanowo- białym, różowym. W obrębie obszarów bliznowacenia obecne były liczne, drobne naczynia. Naczynia w większości przypadków miały wzorec liniorny, drzewkowaty oraz polimorficzny. U niektórych pacjentów można było zaobserwować niewielkie złuszczenie na granicy bliznowacenia. Można było również zobaczyć czopy keratynowe w mieszkach włosowych, które w dermoskopii wyglądały jak małe, białe i żółte grudki. Struktury te były widoczne na granicy bliznowacenia. Charakterystycznym wzorcem



dermatoskopowym obserwowanym w ogniskach tocznia rumieniowatego są duże, żółte kropki, cienkie, rozgałęzione i drzewkowate naczynia oraz ciemnobrązowe przebarwienia wokół mieszków włosowych. W obrazie dermoskopowym można również zaobserwować białe halo wokół mieszków włosowych. W zmianach przebiegających z bliznowaceniem obecne były bezstrukturalne obszary o zabarwieniu mleczno-czerwonym oraz brak ujść mieszków włosowych. [114] [115] [116] [117]

Piodermia zgorzelinowa. Wzorec dermatoskopowy blizn w przebiegu piodermii zgorzelinowej występował pod postacią obszarów homogennych o różowo-białym zabarwieniu z obecnością cienkich, rozgałęzionych naczyń. W literaturze niestety nie ma wielu doniesień opisujących struktury dermatoskopowe zmian skórnych przebiegających w piodermii zgorzelinowej.

Twardzina ograniczona. Obraz dermatoskopowy blizn związanych z twardziną ograniczoną występował pod postacią homogennych obszarów o zabarwieniu biało-porcelanowym, obszary te wykazywały ostre odgraniczenie. W strukturach występujących w ogniskach stwardnień obecne były zwłókniałe struktury beleczkowate, obszary białego zamglenia, struktury krystaliczne. Na obwodzie obszarów zwóknienia widoczne były różowe obszary bezstrukturalne, oraz polimorficzne naczynia, najczęściej obserwowanymi były naczynia linijne rozgałęzione oraz linijne nieregularne. W literaturze można znaleźć prace opisujące struktury dermatoskopowe obecne w ogniskach twardziny. Wielu autorów prac potwierdza obecność wyżej wymienionych struktur, zwracając uwagę na zwłókniałe struktury beleczkowate oraz białe obszary bezstrukturalne jako najczęściej obserwowane struktury dermatoskopowe. [118] [119] [120] [121] [122] W przypadku twardziny ograniczonej zajmującej skórę owłosioną głowy obraz dermatoskopowy różni się od obrazu zmian zlokalizowanych na skórze gładkiej. W obrazie dermatoskopowym można zaobserwować homogenne obszary o zabarwieniu porcelanowo-białym, linijne rozgałęzione naczynia oraz grube, poszerzone naczynia. W zaawansowanym włóknieniu brak mieszków włosowych. [123]

### **Zmiany przebiegające z bliznowaceniem zlokalizowane na skórze owłosionej głowy**

Obraz dermatoskopowy zmian zlokalizowanych na skórze głowy różni się od obrazu dermatoskopowego zmian zlokalizowanych na twarzy ze względu na obecność włosów. Choroby dermatologiczne takie jak liszaj płaski mieszkowy, łysienie czołowe

bliznowaciejące, toczeń rumieniowaty, łysienie rzekomobliznowaciejące czy też neutrofilowe zapalenie mieszków włosowych mają charakterystyczny obraz w badaniu dermoskopowym co ułatwia postawienie właściwego rozpoznania. Oceniając zmiany przebiegające z bliznowacieniem zlokalizowane na skórze owłosionej głowy należy poddać badaniu dermatoskopowemu zarówno obszary bliznowacenia, jak i obszary zmian skórnych graniczące z bliznowacieniem. Wzorec dermatoskopowy obszarów bliznowacenia charakteryzuje się podobną morfologią. W każdym rozpoznaniu widzimy obszary bezstrukturalne, homogenne o zabarwieniu od różowego, poprzez różowo-biały do porcelanowo-białego.

Liszaj płaski mieszkowy i łysienie czołowe bliznowaciejące. W obu jednostkach chorobowych występują podobne cechy dermatoskopowe.

Charakterystycznymi cechami dermatoskopowymi występującymi w obrazie liszaja płaskiego mieszkowego są: rumień okołomieszkowy, złuszczenie okołomieszkowe, białe kropki, mlecznoczerwone obszary, białe bezstrukturalne obszary oraz brak ujść mieszków włosowych. Obraz dermatoskopowy zależy od aktywności choroby oraz od zaawansowania procesu włóknienia. W procesie bliznowacenia struktury okołomieszkowe są nieobecne ze względu na występujący proces włóknienia. W dermatoskopii stwierdza się brak jednostek włosowych, co potwierdza włóknienie i okołomieszkowy stan zapalny. Zarówno w łysieniu czołowym bliznowaciejącym, jak i w liszaju płaskim mieszkowym obserwuje się obszary bezstrukturalne, homogenne o zróżnicowanym zabarwieniu.

W liszaju płaskim mieszkowym na granicy z obszarami włóknienia można zaobserwować srebrnobiałe tubularne struktury. Rumień okołomieszkowy uznawany jest za jedną z najbardziej charakterystycznych cech dermatoskopowych liszaja płaskiego mieszkowego, ale nie jest obrazem patognomicznym dla tej jednostki chorobowej. We wczesnym włóknieniu w klasycznej odmianie liszaja płaskiego mieszkowego obecne są mlecznoczerwone obszary (o odcieniu lodów truskawkowych) pozbawione są one ujść mieszków włosowych. U pacjentów z łysieniem czołowym bliznowaciejącym podłoże ma zawsze barwę kremowobiałą, a obszary o mlecznoczerwonej barwie nie są obecne.

Podsumowując do najczęstszych obserwowanych objawów dermatoskopowych klasycznej postaci liszaja płaskiego mieszkowego należą: brak ujść mieszków

włosowych, złuszczenie okołomieszkowe oraz białe, bezstrukturalne obszary. Inne powszechnie występujące cechy dermatoskopowe tego schorzenia obejmują: rumień okołomieszkowy, mlecznoczerwone obszary oraz klasyczne białe i niebieskoszare kropki. Z kolei w przebiegu łysienia czołowego bliznowaciejącego najczęściej obserwowano: złuszczenie okołomieszkowe, brak ujść mieszków włosowych oraz rumień okołomieszkowy. W łysieniu czołowym bliznowaciejącym za markery aktywności choroby uznaje się rumień okołomieszkowy i złuszczenie okołomieszkowe. Z kolei obecność rumienia okołomieszkowego i białych obszarów bezstrukturalnych wykazuje korelację z nasileniem choroby. [114] [115] [124] [125] [126] [127]

Toczeń rumieniowaty. W przypadku tocznia rumieniowatego zlokalizowanego na skórze owłosionej głowy najczęściej obserwowanymi strukturami charakterystycznymi są białe bezstrukturalne obszary, drzewkowate, poszerzone naczynia, biała łuska, obecność czopów keratynowych, brak mieszków włosowych, złuszczenie okołomieszkowe różowo-białe obszary, brązowa pigmentacja podłoża oraz zwłókniałe, białe kropki. [128] [129] [130]

Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych. W obrazie dermoskopowym wyłysiającego zapalenia mieszków włosowych widoczne było okołomieszkowe złuszczenie się naskórka z tworzeniem tubularnych struktur otaczających łodygi włosów. Komponenta ropna nadaje strukturom tubularnym żółtawy odcień. Obserwowano obecność homogennych białoczerwonych obszarów bezstrukturalnych oraz brak ujść mieszków włosowych. [114] [116]

Pseudopelade Brock. W obrazie dermoskopowym obecne były obszary homogenne, bezstrukturalne o zabarwieniu mlecznobiałym. Obraz dermoskopowy nie jest charakterystyczny a rozpoznanie stawiane jest na podstawie wykluczenia klinicznego i dermatoskopowego. [114]

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.

## 13. WYNIKI

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 26. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Kolmogorowa-Smirnowa, analizę *U* Manna-Whitneya, *H* Kruskala-Wallisa, analizę korelacji *r* Pearsona oraz analizę regresji. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano  $\alpha = 0,05$ .

### Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kolmogorowa-Smirnowa

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kolmogorowa-Smirnowa badającym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 5.

**Tabela 5.** Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kolmogorowa-Smirnowa

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
DLQI	6,46	5	6,37	0,95	-0,03	0	25	0,16	<0,001
JZ akceptacja siebie	20,19	19	6,96	0,33	-0,61	6	36	0,10	<0,001
JZ kontakty społeczne	5,17	4	3,07	1,15	1,08	0	16	0,19	<0,001

Wyniki testów Kolmogorowa-Smirnowa w przypadku większości zmiennych okazały się istotne statystycznie, co oznacza, że rozkład tej zmiennej istotnie odbiega od rozkładu normalnego. Kolejnym wskaźnikiem jest skośność, która nie przekracza umownej bezwzględnej wartości 1,5 można przeprowadzić analizy w oparciu o testy parametryczne, o ile pozostałe założenia zostaną spełnione.

### Analiza różnic jakości życia między grupą kontrolną i badaną

W następnym kroku zostało przeprowadzone porównanie osób z grupy kontrolnej i badanej. Analiza, ze względu na nierównoliczność grup zostanie wykonana za pomocą testu *U* Manna-Whitneya. Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 6.

**Tabela 6. Zróznicowanie jakości życia u pacjentów w grupie kontrolnej i badanej**

Zmienna	Kontrolna (n = 50)			Badana (n = 127)			Z	p	$\eta^2$
	<i>Średnia ranga</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>	<i>Średnia ranga</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>			
DLQI	87,72	1,75	7,50	89,50	1,00	11,00	3111,00	0,834	0,09
JZ akceptacja siebie	85,87	15,00	8,25	90,23	15,00	11,00	3018,50	0,610	0,05
JZ kontakty społeczne	84,49	3,00	3,00	90,78	4,00	4,00	2949,50	0,457	0,06

Powyższe wyniki nie są istotne statystycznie, co oznacza, że jakość życia u grupy kontrolnej i badanej, mierzona powyższymi kwestionariuszami jest na zbliżonym poziomie.

### Związek między czasem trwania choroby a jakością życia

W kolejnym kroku w celu sprawdzenia związku między czasem trwania choroby a jakością życia w grupie badanej i kontrolnej, wykonano analizę korelacji r Pearsona. Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 3.

**Tabela 7. Analiza korelacji długości trwania choroby i jakości życia**

		<i>r</i>	<i>p</i>
Grupa kontrolna	DLQI	0,02	0,893
	JZ akceptacja siebie	-0,01	0,921
	JZ kontakty społeczne	-0,04	0,775
Grupa badana	DLQI	-0,12	0,190
	JZ akceptacja siebie	-0,11	0,227
	JZ kontakty społeczne	-0,11	0,219

Powyższa analiza nie wykazała istotnych związków między długością trwania choroby a jakością życia w obu grupach.

### Analiza różnic jakości życia w zależności od rodzaju choroby

W następnym kroku zostało przeprowadzone porównanie osób o różnych rozpoznaniach pod kątem jakości życia. Analiza, ze względu na nierównoliczność grup została wykonana za pomocą testu *H* Kruskala-Wallisa. Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 8.

**Tabela 8. Zróźnicowanie jakości życia u pacjentów z różnymi rozpoznaniem**

	Liszaj płaski mieszkowy				Łysienie czołowe bliznowaciejące				Rak			Toczeń rumieniowaty			Trądzik różowaty			Trądzik zwyczajny			H	p	$\eta^2$				
	Średnia ranga	Percentyle			Średnia ranga	Percentyle			Średnia ranga	Percentyle		Średnia ranga	Percentyle		Średnia ranga	Percentyle											
		25	50	75		25	50	75		25	50	75		25	50	75		25	50	75		25	50	75			
DLQI	86,21	1,00	5,50	13,00	100,27	3,25	7,50	14,25	48,88	0,00	1,00	2,75	91,58	1,00	7,00	13,00	82,33	1,75	4,00	9,25	84,73	0,75	4,00	12,25	14,17	0,015	0,29
JZ akceptacja siebie	86,73	14,00	19,00	27,25	104,45	18,00	21,50	28,50	39,20	9,00	14,00	17,75	87,80	14,00	22,00	25,00	80,95	15,00	19,00	23,25	96,16	16,50	21,50	27,25	23,49	<0,001	0,29
JZ kontakty społeczne	95,29	4,00	4,00	7,50	89,25	2,75	6,00	8,25	37,28	2,00	2,00	3,75	94,38	4,00	5,00	7,00	78,94	3,00	4,00	6,00	100,09	4,00	5,00	8,00	25,68	<0,001	0,30

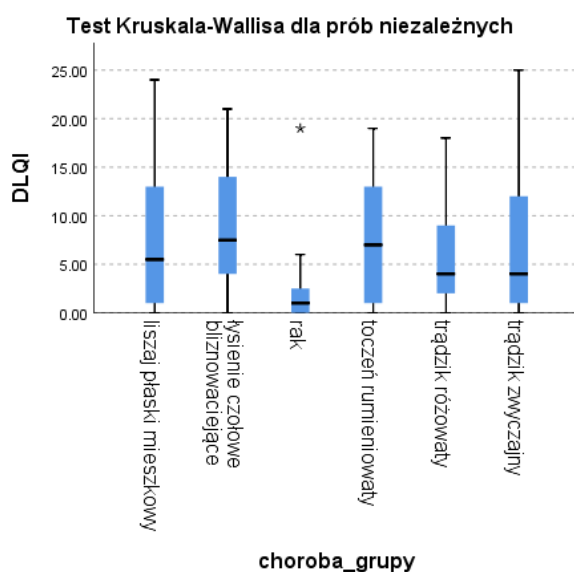
Powyższe wyniki wskazują na istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie jakości życia, siła efektu jest niska. W celu odpowiedzenia na pytanie które podgrupy różnią się między sobą istotnie przeprowadzono testy post hoc. Szczegółowe dane zawierające istotne wyniki przedstawione są w tabeli 9 oraz na wykresach 3, 4 i 5.

**Tabela 9.** Testy post-hoc dla zróżnicowanie jakości życia u pacjentów z różnymi rozpoznaniemami

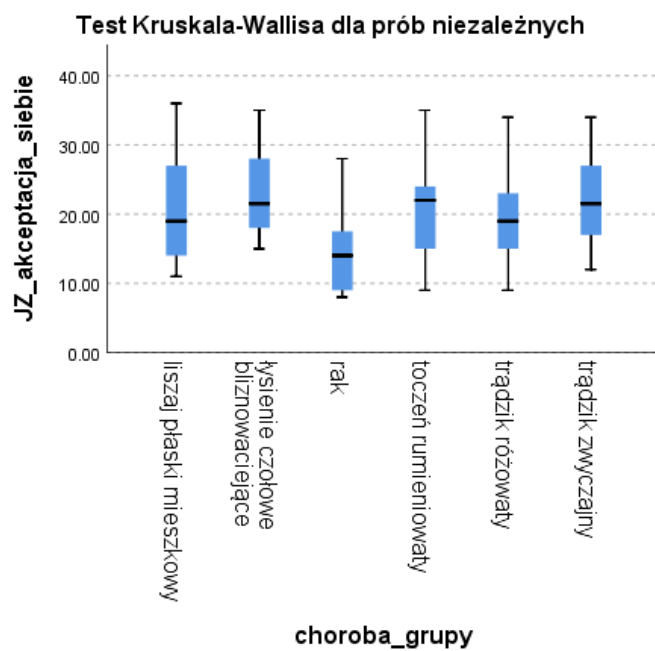
	Grupy	Test Dunna	p
DLQI	rak-toczeń rumieniowaty	-42,71	0,041
	rak-łysienie czołowe bliznowaciejące	51,40	0,007
JZ akceptacja siebie	rak-trądzik różowaty	-41,75	0,014
	rak-liszaj płaski mieszkowy	47,53	0,012
	rak-toczeń rumieniowaty	-48,60	0,010
	rak-trądzik zwyczajny	-56,96	0,002
	rak-łysienie czołowe bliznowaciejące	65,25	<0,001
JZ kontakty społeczne	rak-trądzik różowaty	-41,67	0,013
	rak-łysienie czołowe bliznowaciejące	51,98	0,005
	rak-toczeń rumieniowaty	-57,11	0,001
	rak-liszaj płaski mieszkowy	58,01	0,001
	rak-trądzik zwyczajny	-62,82	<0,001

Powyższe wyniki wskazują, że w każdym z analizowanych konstruktów jakości życia występują różnice pomiędzy niektórymi rozpoznaniemami. Można zauważyć, że grupą, która najczęściej charakteryzuje się najmniej obniżoną jakością życia, są osoby chorujące na raka.

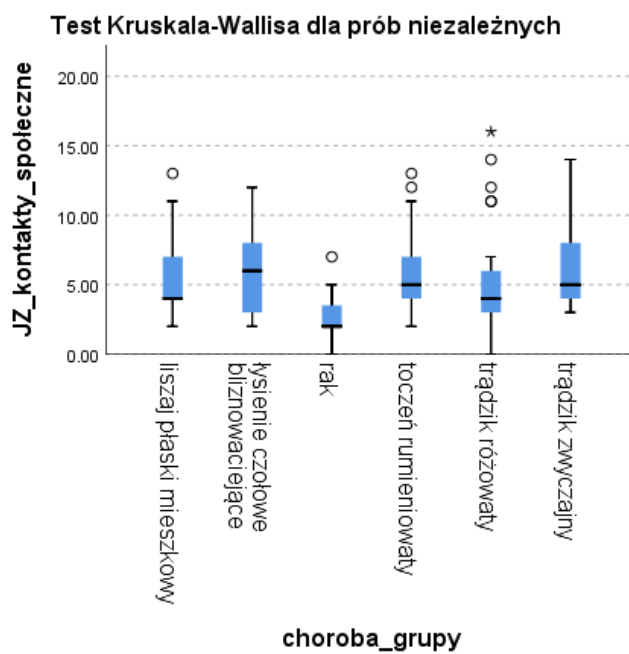
**Wykres 3.** Rozkład wyników DLQI dla poszczególnych rozpoznań



Wykres 4. Rozkład wyników JZ akceptacja siebie dla poszczególnych rozpoznań



Wykres 5. Rozkład wyników JZ kontakty społeczne dla poszczególnych rozpoznań





### **Analiza związku akceptacji siebie i kontaktów społecznych z jakością życia DLQI**

Następnie została przeprowadzona analiza korelacji kwestionariusza JZ i DLQI za pomocą korelacji  $r$  Pearsona. Szczegółowe dane zawiera tabela 10.

**Tabela 10.** Analiza korelacji DLQI i JZ

	DLQI	
	$r$	$p$
JZ akceptacja siebie	0,81	<0,001
JZ kontakty społeczne	0,70	<0,001

Obie podskale jakości życia korelują istotnie i silnie ze skalą DLQI.

### **Jakość życia u pacjentów z guzem lub blizną po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry.**

W następnym kroku zostało przeprowadzone porównanie osób, które wybrały odpowiedź guz lub blizna. Analiza, ze względu na nierównoliczność grup, została wykonana za pomocą testu  $U$  Manna-Whitneya. Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 11.

**Tabela 11.** Zróźnicowanie jakości życia u pacjentów z guzem lub z blizną

Zmienna	Blizna ( $n = 5$ )			Guz ( $n = 15$ )			$Z$	$p$	$\eta^2$
	<i>Średnia ranga</i>	$Me$	$IQR$	<i>Średnia ranga</i>	$Me$	$IQR$			
DLQI	15,50	3	9,50	8,83	1	1,00	12,50	0,025	0,27

Powyższe wyniki są istotne statystycznie, w grupie z guzem jakość życia jest niższa niż w grupie z blizną, siła efektu jest niska. Do wyników należy podchodzić z ostrożnością, ze względu na małą liczbę obserwacji.

### **Analiza zależności pomiędzy wiekiem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej**

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę zależności pomiędzy wiekiem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej. W tym celu została przeprowadzona analiza regresji, szczegółowe dane są widoczne w tabeli 12.

**Tabela 12.** Analiza regresji pomiędzy wiekiem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej

	Zmienna	B	$\beta$	t	p	Zmiana R <sup>2</sup>	F	p
Grupa kontrolna	(Stała)	5,65		1,90	0,064			
	PGA	-0,06	-0,18	-1,32	0,194	0,07	2,88	0,066
	Wiek	1,20	0,27	1,95	0,057			
Grupa badana	(Stała)	0,40		0,20	0,841			
	PGA	-0,10	-0,25	-3,62	<0,001	0,40	42,70	<0,001
	Wiek	4,32	0,58	8,47	<0,001			

Powyższa analiza wykazała istotne relacje tylko dla grupy badanej. Model wyjaśnia 40% zmienności wyników jakości życia, oba predyktory są istotne. Wiek jest dodatnim i silniejszym predyktorem, im wyższy wiek, tym większa jakość życia. PGA jest ujemnym predyktorem, im niższy wynik PGA, tym wyższa jakość życia.

### **Analiza zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej**

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej. W tym celu została przeprowadzona analiza regresji, szczegółowe dane są widoczne w tabeli 13.

**Tabela 13.** Analiza regresji pomiędzy miejscem zamieszkania, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej

	Zmienna	B	$\beta$	t	p	Zmiana R <sup>2</sup>	F	p
Grupa kontrolna	(Stała)	1,58		0,90	0,375			
	PGA	1,40	0,31	2,27	0,028	0,13	3,46	0,040
	Miejsce zamieszkania	1,19	0,23	1,67	0,101			
Grupa badana	(Stała)	-5,02		-3,35	0,001			
	PGA	4,35	0,59	8,21	<0,001	0,36	34,94	<0,001
	Miejsce zamieszkania	0,89	0,12	1,72	0,088			

Powyższa analiza wykazała istotne relacje dla obu grup. Model wyjaśnia 13% zmienności wyników jakości życia dla grupy kontrolnej i 36% dla grupy badanej. Jedynym istotnym predyktorem jest PGA, co oznacza, że miejsce zamieszkania nie różnicuje wyników w zakresie jakości życia.

### **Analiza zależności pomiędzy płcią, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej**

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę zależności pomiędzy płcią, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej.

W tym celu została przeprowadzona analiza regresji, szczegółowe dane są widoczne w tabeli 14.

**Tabela 14.** *Analiza regresji pomiędzy płcią, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej*

	Zmienna	B	$\beta$	t	p	Zmiana R <sup>2</sup>	F	p
Grupa kontrolna	(Stała)	2,57		1,48	0,145	0,05	2,24	0,118
	PGA	1,24	0,28	2,00	0,052			
	Płeć	0,53	0,10	0,74	0,462			
Grupa badana	(Stała)	-4,32		-2,84	0,005	0,36	34,12	<0,001
	PGA	4,11	0,56	7,39	<0,001			
	Płeć	-0,74	-0,10	-1,37	0,172			

Powyższa analiza wykazała istotne relacje tylko dla grupy badanej. Model wyjaśnia 36% zmienności wyników dla grupy badanej. Jedynym istotnym predyktorem jest PGA, co oznacza, że płeć nie różnicuje wyników w zakresie jakości życia.

**Analiza zależności pomiędzy wykształceniem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej**

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę zależności pomiędzy wykształceniem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej. W tym celu została przeprowadzona analiza regresji, szczegółowe dane są widoczne w tabeli 15.

**Tabela 15.** *Analiza regresji pomiędzy wykształceniem, stopniem nasilenia zmian skórnych, a jakością życia pacjentów w grupie badanej i kontrolnej*

	Zmienna	B	$\beta$	t	p	Zmiana R <sup>2</sup>	F	p
Grupa kontrolna	(Stała)	3,12		1,70	0,095	0,16	2,11	0,095
	PGA	1,30	0,29	2,08	0,044			
	Podstawowe	2,67	0,08	0,55	0,585			
	Zawodowe	-3,74	-0,28	-1,93	0,060			
	Wyższe	-0,87	-0,09	-0,60	0,554			
Grupa badana	(Stała)	-5,73		-3,47	0,001	0,37	18,21	<0,001
	PGA	4,27	0,58	8,05	<0,001			
	Podstawowe	-1,33	-0,04	-0,51	0,613			
	Zawodowe	1,08	0,06	0,76	0,448			
	Wyższe	2,38	0,17	2,11	0,037			

Powyższa analiza wykazała istotne relacje tylko dla grupy badanej. Model wyjaśnia 37% zmienności wyników dla grupy badanej. Istotnym predyktorem jest PGA i wykształcenie wyższe.

## **14. OMÓWIENIE WYNIKÓW**

### **14.1. Wiek, płeć, czas trwania choroby**

W badaniu wzięło udział 177 pacjentów. Kobiet było 115, co stanowiło 65%, mężczyzn było 62, co stanowiło 35% pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 60 r.ż., było ich 37%.

W grupie badanej były 82 kobiety oraz 45 mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku powyżej 60 r.ż., co stanowiło 27%. Najmłodszy pacjent miał 18 lat, najstarszy 84 lata.

W grupie kontrolnej było 33 kobiety oraz 17 mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku między 41 a 60 r.ż., co stanowiło 11%. Najmłodszy pacjent miał 24 lata, najstarszy 82 lata.

Ze względu na czas trwania choroby pacjenci zostali podzieleni na 4 grupy. Najliczniejszą grupę tworzyli pacjenci, u których choroba trwała od 13 do 60 miesięcy, stanowili oni 52% badanych. Najkrótszy zanotowany czas trwania choroby w grupie badanej to 1 miesiąc, a najdłuższy to 600 miesięcy. W grupie kontrolnej najkrótszy czas trwania choroby to 2 miesiące, a najdłuższy to 396 miesięcy.

### **14.2. Miejsce zamieszkania**

W badaniu wzięło udział 177 pacjentów. Pacjentów mieszkających w mieście było 118, co stanowiło 67% badanych oraz 59 pacjentów mieszkających we wsi, co stanowiło 33% wszystkich pacjentów.

### **14.3. Choroby współistniejące**

W badaniu wzięło udział 103 pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 74 pacjentów bez chorób towarzyszących. W grupie badanej i kontrolnej w wywiadzie dotyczącym chorób współistniejących najczęściej występowało nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz cukrzyca.

## 14.4. Lokalizacja zmian

Pacjenci w grupie kontrolnej mieli zmiany zlokalizowane jedynie na skórze twarzy natomiast pacjenci z grupy badanej mieli zmiany skórne zlokalizowane zarówno na skórze twarzy, jak i skórze owłosionej głowy.

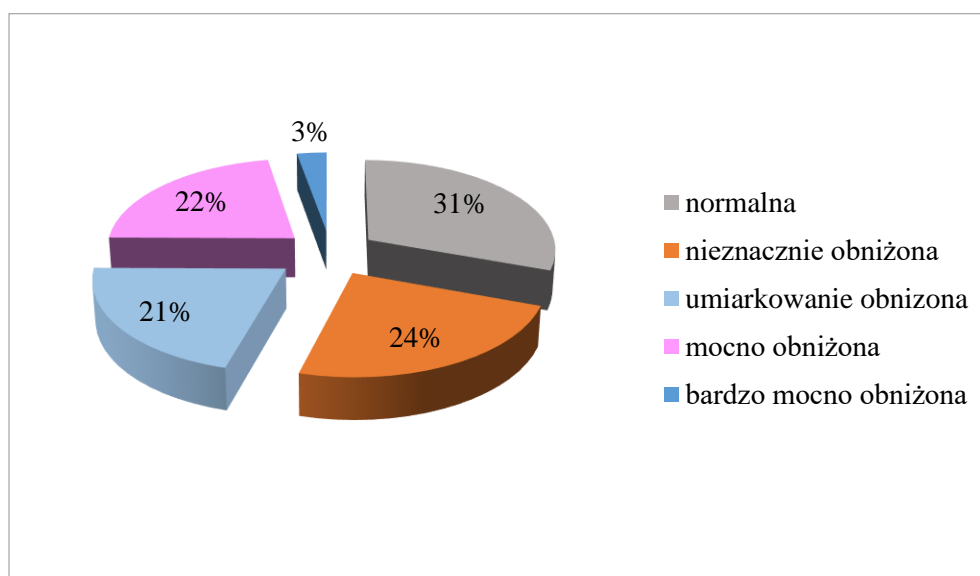
## 14.5. Podsumowanie wyników

W odniesieniu do otrzymanych wyników badań można wyciągnąć wnioski dotyczące jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem, iż:

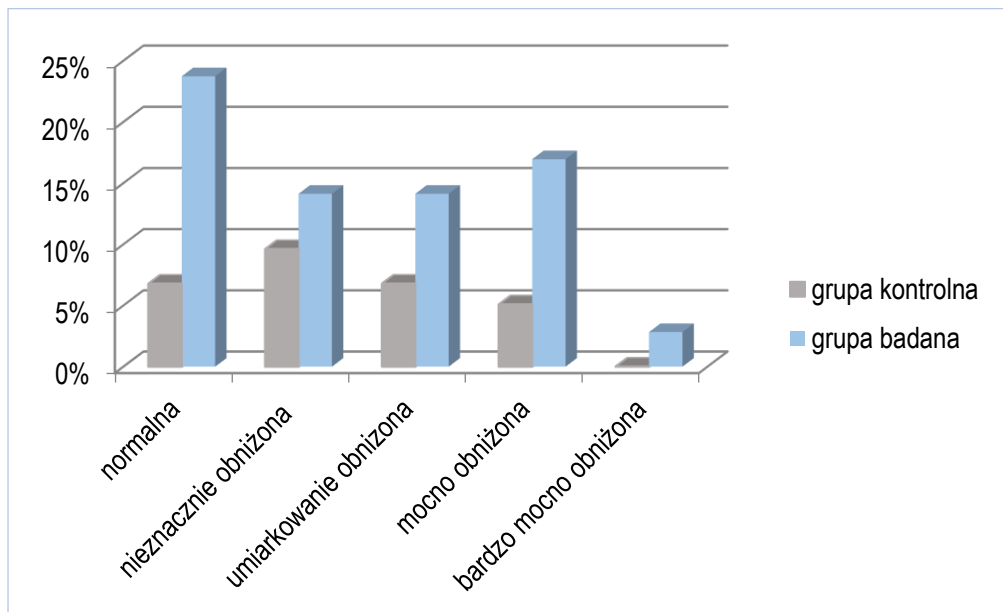
1. Jakość życia w grupie badanej i kontrolnej, mierzona kwestionariuszami DLQI (wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych) oraz kwestionariuszem autorskim utworzonym w celu oceny jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem - Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem jest na zbliżonym poziomie. Występowała istotna i silna korelacja pomiędzy podskalami autorskiej skali jakości życia a skalą DLQI. W analizie szczegółowej można zaobserwować pewne różnice, dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych. Biorąc pod uwagę wszystkich pacjentów biorących udział w moim badaniu, 31% pacjentów określiło swoją jakość życia jako normalną, 24% pacjentów wykazało, że jakość ich życia jest nieznacznie obniżona, 21% przedstawiło umiarkowanie obniżoną jakość życia, 22% mocno obniżoną jakość życia, natomiast bardzo mocno obniżoną jakość życia miało 3% wszystkich pacjentów. W grupie badanej na podstawie kwestionariusza DLQI 24% pacjentów wykazało normalną jakość życia, zarówno nieznacznie obniżoną i umiarkowanie obniżoną odnotowano u 14% badanych pacjentów, 3% pacjentów z grupy badanej wykazało bardzo mocno obniżoną jakość życia, w przypadku 17% jakość życia była mocno obniżona. W grupie kontrolnej jakość życia kształtowała się w podobnym odsetku pacjentów – około 10% na wszystkich poziomach, poza bardzo mocno obniżoną jakością życia, gdzie żaden pacjent jej nie zgłaszał. Jakość życia oceniana na podstawie kwestionariusza autorskiego przedstawiała się następująco. W grupie badanej 29% pacjentów deklarowało nieznacznie obniżoną jakość życia, 24% pacjentów oceniło

swoją jakość życia na poziomie umiarkowanie obniżonym, natomiast normalną jakość życia, mocno obniżoną oraz bardzo mocno obniżoną jakość życia odnotowano u około 10% pacjentów. Natomiast według odpowiedzi z kwestionariusza DLQI w grupie kontrolnej 7% pacjentów odpowiedziało, że ma normalną oraz umiarkowanie obniżoną jakość życia, 10% pacjentów miało nieznacznie obniżoną jakość życia, 5% mocno obniżoną, natomiast żaden pacjent nie miał bardzo mocno obniżonej jakości życia. Zgodnie z odpowiedziami z kwestionariusza autorskiego najwięcej, bo 15% pacjentów, miało nieznacznie obniżoną jakość życia, 8% pacjentów zanotowało umiarkowanie obniżoną jakość życia, 2% miało normalną i mocno obniżoną jakość życia, natomiast 1% pacjentów określił swoją jakość życia jako bardzo mocno obniżoną.

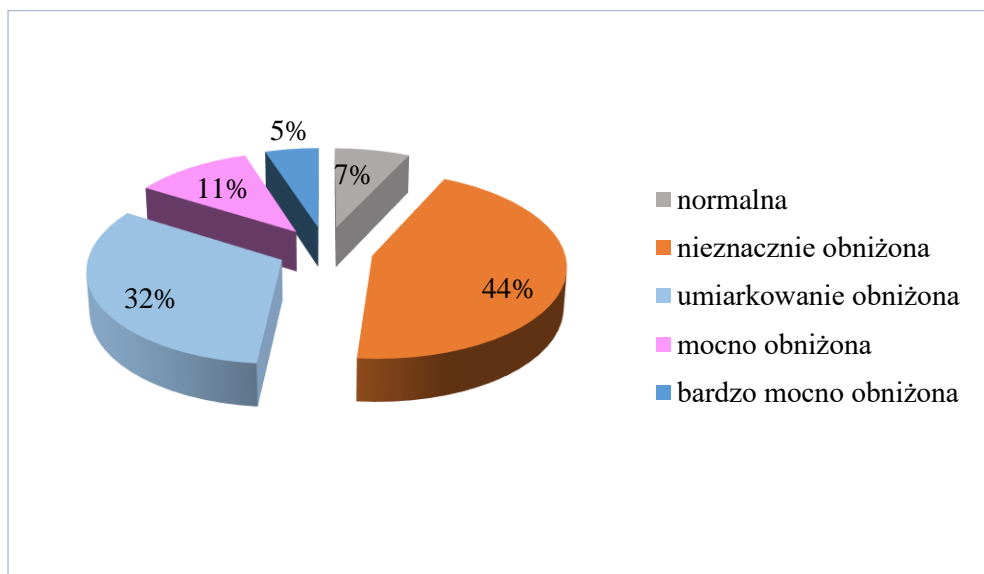
**Rysunek 1.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem DLQI



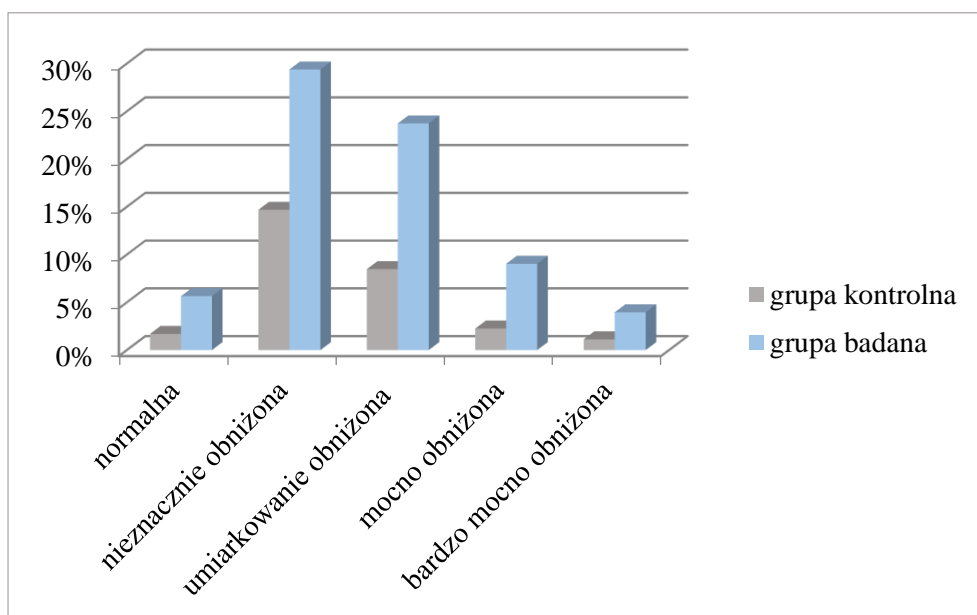
**Rysunek 2.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem DLQI w grupie badanej i kontrolnej



**Rysunek 3.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem autorski



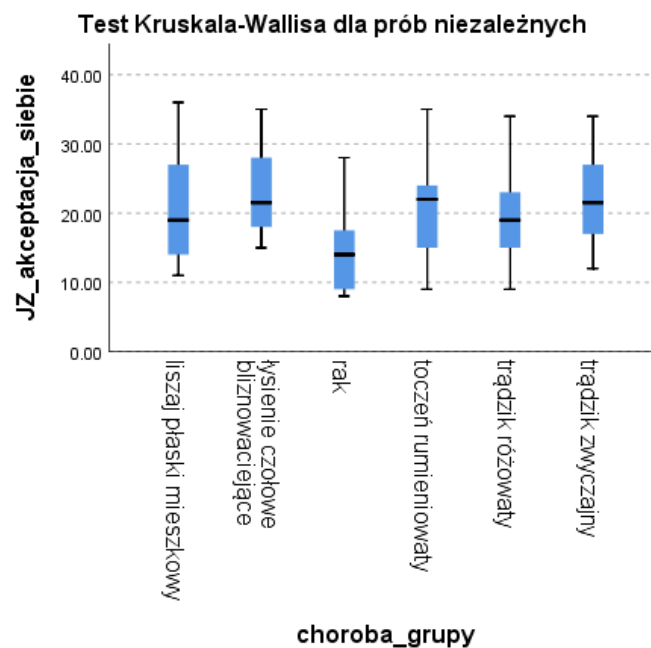
**Rysunek 4.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia mierzony kwestionariuszem autorskim w grupie badanej i kontrolnej



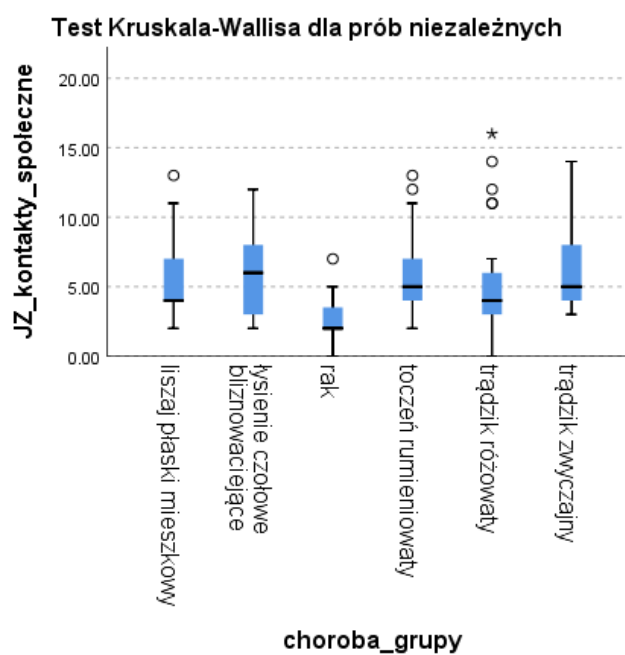
2. Zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej nie występowały istotne związki między czasem trwania choroby a jakością życia pacjentów.
3. Analiza statystyczna post hoc wykazała, że w każdym z analizowanych konstruktów jakości życia występują różnice pomiędzy niektórymi rozpoznaniem. Można zauważyć, że 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. Pacjentom bardziej przeszkadzał guz niż blizna. Pacjenci bardziej zaniepokojeni byli zmianą nowotworową, niż blizną, choć niejednokrotnie blizna była bardziej rozległa i widoczna niż guz. Ponadto również lokalizacja zmian u 30% pacjentów miała niewielkie znaczenie i wpływ na jakość ich życia.



**Rysunek 5.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia w kwestii akceptacji siebie mierzony kwestionariuszem autorskim dla poszczególnych rozpoznań

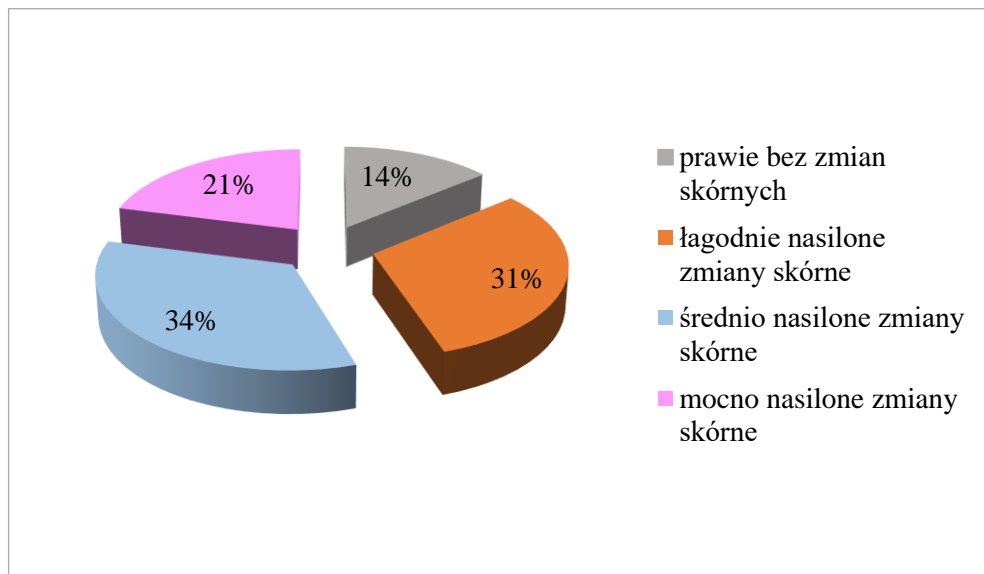


**Rysunek 6.** Rozkład procentowy w zależności od oceny jakości życia w kwestii kontaktów społecznych mierzony kwestionariuszem autorskim dla poszczególnych rozpoznań

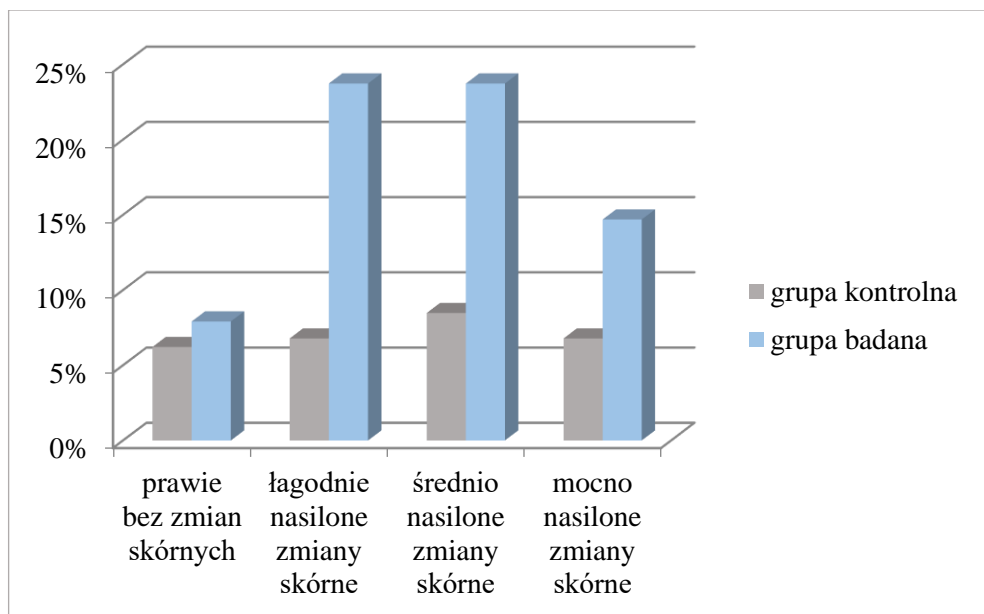


4. Analiza czynników mogących mieć wpływ na jakość życia pacjentów wykazała, że jedynym predyktorem jakości życia pacjentów było nasilenie zmian skórnych oceniane na podstawie skali PGA. Im większe było nasilenie zmian skórnych tym jakość życia tych pacjentów była niższa. Zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, płcią oraz wykształceniem a stopniem nasilenia zmian skórnych oraz jakością życia wykazała istotne relacje dla grupy badanej i kontrolnej. Jedynym istotnym predyktorem było nasilenie zmian skórnych mierzone na podstawie skali PGA, co oznacza, że miejsce zamieszkania, płeć oraz wykształcenie nie różnicuje wyników w zakresie jakości życia. Im wyższe nasilenie zmian skórnych w skali PGA, tym jakość życia mierzona w kwestionariuszu DLQI była niższa, natomiast im wyższe nasilenie zmian skórnych w skali PGA, tym jakość życia mierzona w kwestionariuszu autorskim Jakość Życia była niższa, dotyczyło to zarówno akceptacji siebie, jak i kontaktów społecznych. Ocena stopnia nasilenia zmian skórnych wykonana podczas badania klinicznego pacjentów oraz ocena nasilenia zmian skórnych przez samego pacjenta była na zbliżonym poziomie i w około 30-40% pacjentów kształtowała się na poziomie łagodnie i średnio nasilonym w grupie badanej i kontrolnej. 34% wszystkich pacjentów biorących udział w badaniu miało średnio nasilone zmiany skórne, 31% pacjentów miało łagodnie nasilone zmiany skórne, 21% wykazywało mocno nasilone zmiany skórne, 14% pacjentów było prawie bez zmian skórnych według oceny klinicznej przeprowadzonej przez lekarza. Ocena nasilenia zmian skórnych według ankietowanych pacjentów wyglądała następująco: 40% pacjentów oceniło swoje zmiany skórne jako łagodnie nasilone, 35% pacjentów podało, że ma średnio nasilone zmiany skórne, około 10% pacjentów podało, że ma mocno nasilone zmiany skórne oraz około 10% pacjentów stwierdziło, że jest prawie bez zmian skórnych.

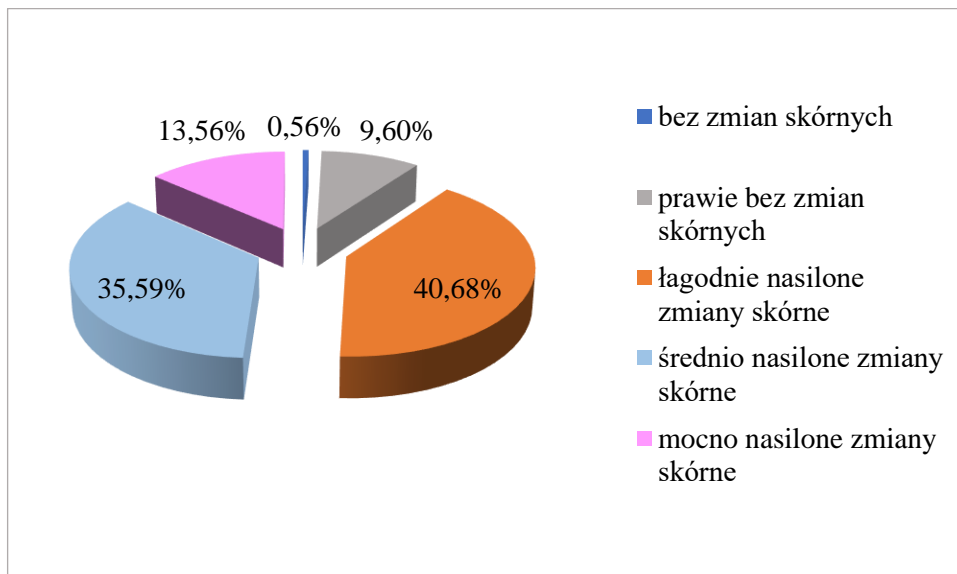
**Rysunek 7.** Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby mierzony skalą PGA



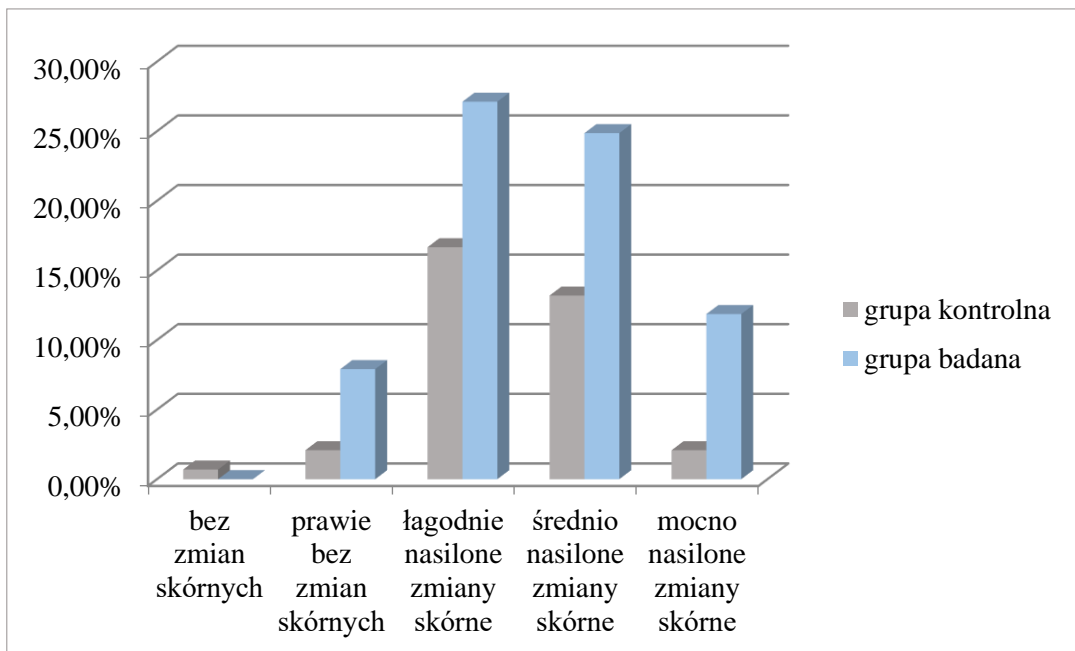
**Rysunek 8.** Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby w grupie badanej i kontrolnej mierzony skalą PGA



**Rysunek 9.** Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby mierzony skalą PGA-ocena pacjenta

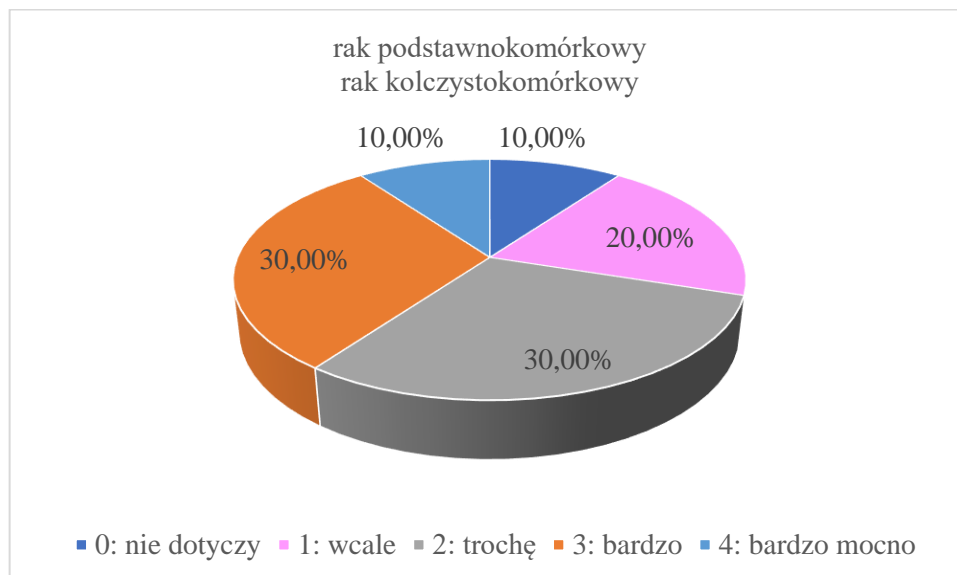


**Rysunek 10.** Rozkład procentowy w zależności od nasilenia choroby w grupie badanej i kontrolnej mierzony skalą PGA-ocena pacjenta

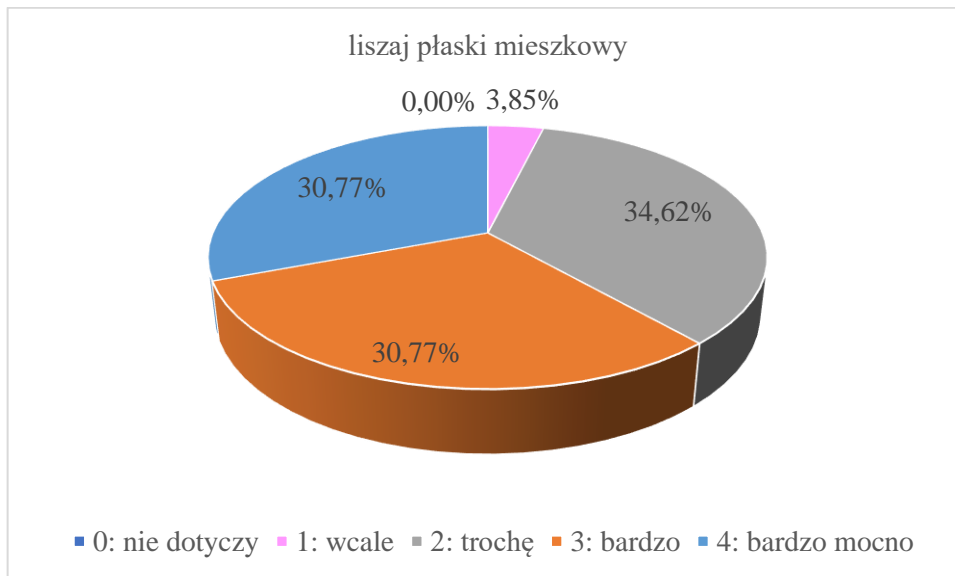


5. Wyniki analizy znaczenia lokalizacji zmian skórnych dla jakości życia pacjentów wykazały, że w grupie badanej z rozpoznaniem łysieniem czołowym bliznowaciejącym lokalizacja zmian dla pacjenta miała największe znaczenie. Ponad 70% pacjentów z tym rozpoznaniem odpowiedziało, że lokalizacja zmian skórnych ma dla nich znaczenie w bardzo i bardzo mocnym stopniu. Wszyscy pacjenci z łysieniem czołowym bliznowaciejącym odpowiedzieli, że lokalizacja zmian skórnych ma wpływ na ich jakość życia. Pacjenci z rozpoznaniem toczniem rumieniowatym i trądzikiem zwyczajnym wykazali w ponad 60 % przypadków, że lokalizacja zmian skórnych bardzo i bardzo mocno wpływa na jakość ich życia. W grupie pacjentów z rozpoznaniem nieczerniakowym nowotworem skóry, 40% odpowiedziało, że lokalizacja zmian bardzo i bardzo mocno wpływa na ich jakość życia. Również 40% pacjentów z grupy kontrolnej określiło, że lokalizacja zmian bardzo i bardzo mocno wpływa na jakość ich życia.

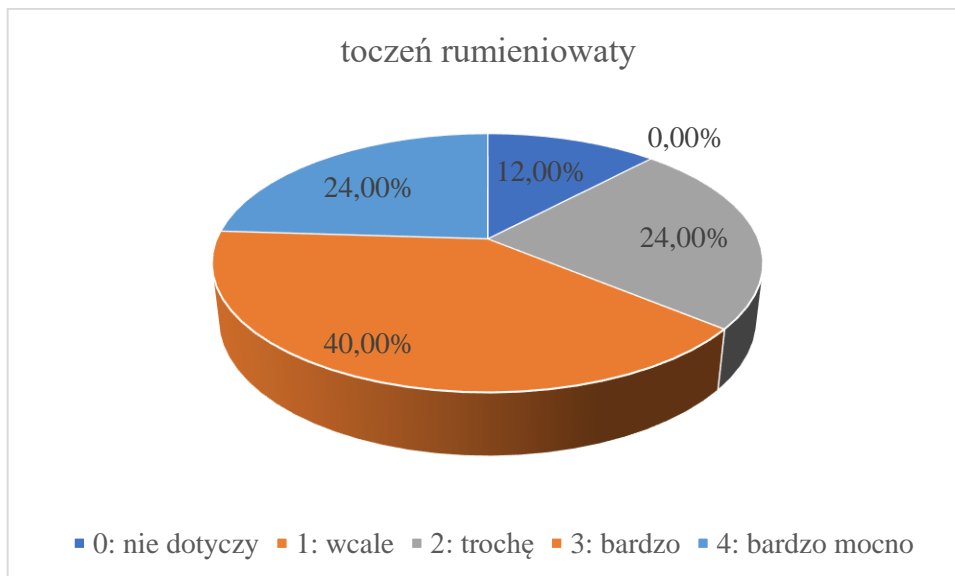
**Rysunek 11.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z nieczerniakowymi nowotworami skóry



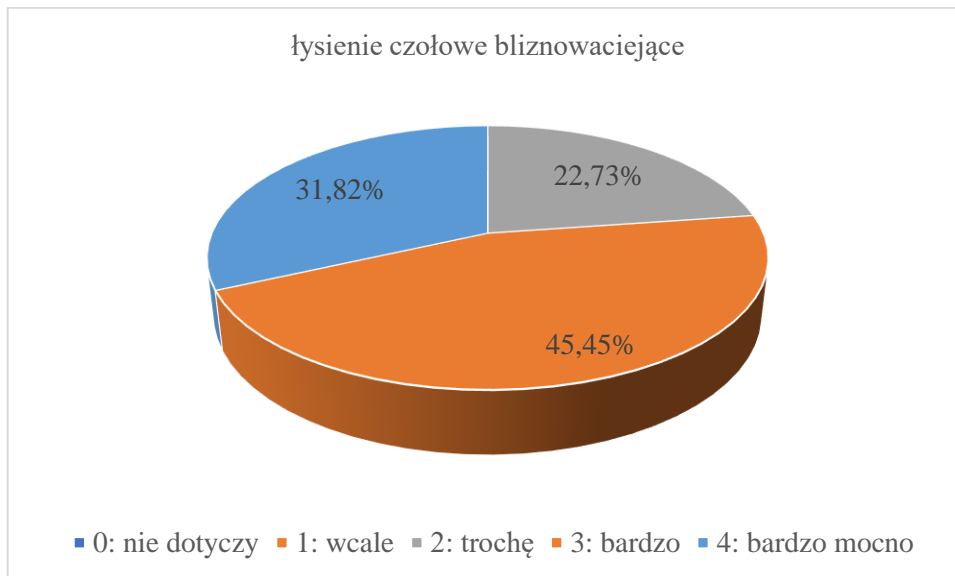
**Rysunek 12.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym



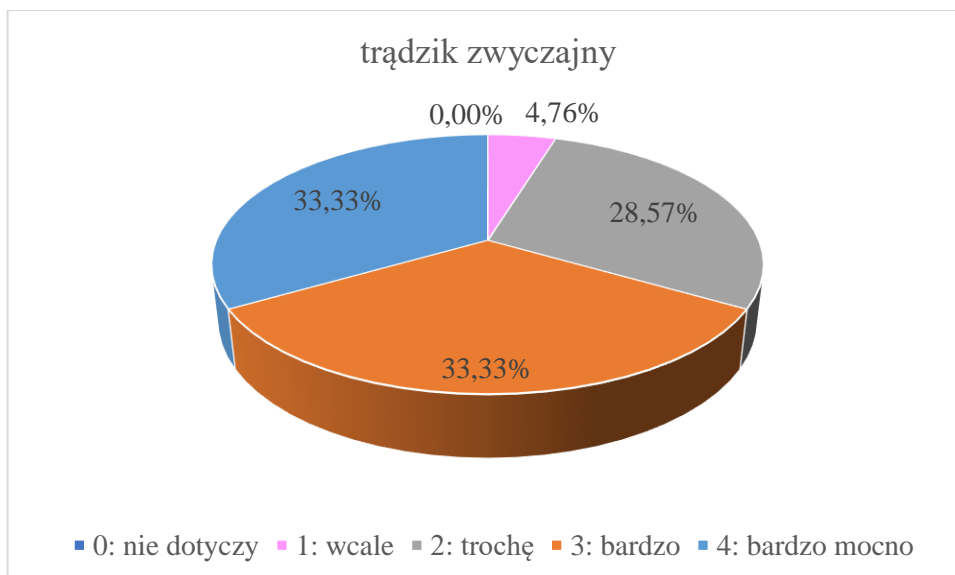
**Rysunek 13.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z toczniem rumieniowatym



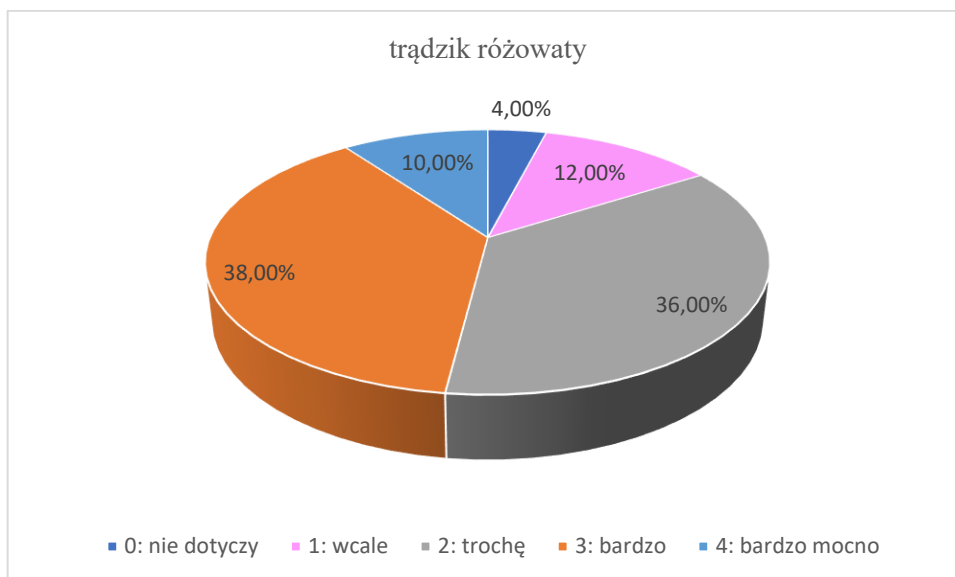
**Rysunek 14.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z łysieniem czołowym bliznowaciejącym



**Rysunek 15.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z trądzikiem zwyczajnym



**Rysunek 16.** Rozkład procentowy w zależności od wpływu lokalizacji zmian skórnych na jakość życia mierzony kwestionariuszem autorskim u pacjentów z trądzikiem różowatym





## 15. DYSKUSJA

W ostatnich latach znacznie wzrosło zainteresowanie problemem jakości życia chorych, w tym pacjentów z chorobami dermatologicznymi. Zainteresowanie problematyką jakości życia w medycynie wiąże się z holistyczną koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta. Wiadomo, że szereg chorób dermatologicznych, z którymi zmagają się coraz większa część populacji, stanowi nie tylko problem lekarski, lecz także psychologiczny. Dlatego schorzenia określane mianem psychosomatycznych stanowią obecnie duże wyzwanie dla medycyny. Skóra jest narządem widocznym dla otoczenia i dlatego stanowi ważny element wpływający na obraz siebie, akceptację siebie, stosunki społeczne oraz na jakość naszego życia. Choroby dermatologiczne często prowadzą do zmian w wyglądzie człowieka i mogą się przyczyniać do zmiany jakości życia. Zmiany skórne mogą przyczyniać się do negatywnego postrzegania własnego ciała. Skóra odgrywa istotną rolę w kontaktach międzyludzkich. Jest częścią ciała, przez którą postrzega nas otoczenie oraz przez którą sami kreujemy swój wizerunek. Zmiana wizerunku własnego ciała wywołuje i potęguje negatywne stany emocjonalne, co może powodować zaostrzenie objawów chorobowych i pogorszenie jakości życia. Zmiany skórne zlokalizowane na twarzy oraz skórze owłosionej głowy są trudne do zamaskowania i ukrycia.

Jakość życia jest cechą subiektywną, do pomiaru jakości życia powinno się wykorzystywać subiektywne wskaźniki społeczne. Wskaźniki subiektywne ilustrują jakość życia, tzn. odzwierciedlają zadowolenie ludzi z ich życia jako całości lub jego poszczególnych dziedzin. W celu pomiaru jakości życia należy stosować możliwie szerokie spektrum wskaźników społecznych. Pozwoli to na ocenę możliwie wielu aspektów życia. [156]

W mojej pracy opierałam się na ocenie ogólnej jakości życia wykorzystując kwestionariusz DLQI oraz kwestionariusz autorski, w którym zostały wyodrębnione dwa konstrukty dotyczące jakości życia pacjentów związanej z akceptacją siebie oraz kontaktów społecznych.

Wyniki analizy statystycznej dotyczące jakości życia wykazały, że jakość życia w grupie kontrolnej i badanej, mierzona kwestionariuszami DLQI i kwestionariuszem autorskim dotyczącym jakości życia, jest na zbliżonym poziomie.

Zarówno w grupie kontrolnej, jak i badanej, jedynym predyktorem wpływającym na obniżenie jakości życia okazało się nasilenie zmian skórnych. Zarówno w grupie pacjentów stanowiących grupę badaną, jak i w grupie obejmujących badanych pacjentów, jakość życia obniżała się wraz z nasileniem zmian skórnych. Nasilenie zmian skórnych oceniane było na podstawie skali PGA. PGA - Physician Global Assessment for Dermatology zawiera punktację od 0 do 4, gdzie:

- 0            oznacza brak zmian skórnych,
- 1            prawie bez zmian skórnych,
- 2            łagodne nasilenie zmian skórnych,
- 3            umiarkowane nasilenie zmian skórnych,
- 4            ciężkie nasilenie zmian skórnych.

Nawiązując do wyników przeprowadzonego przeze mnie badania, średnia jakość życia mierzona kwestionariuszem DLQI wynosiła 6,46, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 6,37, co oznaczało umiarkowanie obniżoną jakość życia u badanej populacji. Średnia jakość życia mierzona kwestionariuszem autorskim dotyczącym akceptacji siebie wynosiła 20,19, przy odchyleniu standardowym 6,96, co oznaczało umiarkowanie obniżoną jakość życia związaną z akceptacją siebie. Natomiast średnia jakość życia mierzona kwestionariuszem autorskim dotyczącą kontaktów społecznych wynosiła 5,17, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 3,07, co oznaczało nieznacznie obniżoną jakość życia. Z Analizy wynika, że średnia jakość życia u pacjentów mierzona kwestionariuszem DLQI oraz kwestionariuszem autorskim dotyczącym akceptacji siebie określała jakość życia jako umiarkowanie obniżoną. Średnia jakość życia mierzona kwestionariuszem autorskim dotyczącym kontaktów społecznych określała jakość życia jako nieznacznie obniżoną. Interpretując średnią wartość ogólnego wskaźnika jakości życia można stwierdzić, że pacjenci dermatologiczni ujawniają obniżony poziom poczucia jakości własnego życia. Uzyskana wartość odchylenia standardowego dowodzi także, że grupa badanych pacjentów nie była homogeniczna pod względem oceny jakości własnego życia. W grupie znajdowały się osoby, które ujawniały zarówno wysokie poczucie jakości własnego życia, jak i takie, które jakość własnego życia oceniały bardzo nisko. Choroba w większym stopniu zaburza funkcjonowanie w aspekcie samoakceptacji i zadowolenia z siebie niż realizacji

zainteresowań, wypełniania ról społecznych i zawodowych oraz podtrzymywania kontaktów interpersonalnych.

Poddając analizie jakość życia pacjentów z bliznowaceniem zlokalizowanym na skórze twarzy oraz skórze owłosionej głowy grupę kontrolną stanowili pacjenci z rozpoznaniem trądzikiem różowatym. Trądzik różowaty ze względu na zajmowaną lokalizację na skórze twarzy przyczynia się w znacznym stopniu do obniżenia jakości życia pacjentów cierpiących na tę chorobę oraz zmagających się z jej skutkami. Trądzik różowaty jest częstą chorobą skóry charakteryzującą się obecnością rumienia na twarzy oraz zmian zapalnych. Schorzenie to może często prowadzić do stygmatyzacji społecznej i może znacząco wpłynąć na obniżenie jakości życia pacjentów.

Pacjenci z rozpoznaniem trądzikiem różowatym wielokrotnie stanowili przedmiot analiz i badań oceniających ich jakość życia. Zgodnie z danymi literaturowymi w badaniach przeprowadzonych przez Aksoy i Bohm i wsp. wykazano związek obniżenia jakości życia u pacjentów z trądzikiem różowatym w zależności od stopnia nasilenia zmian skórnych. Obniżenie jakości życia pacjentów korelowało ze wzrostem nasilenia zmian skórnych. Według ww. autorów prac jakość życia pacjentów z trądzikiem różowatym jest obniżona w stopniu nieznacznym do umiarkowanego. Średnia wartość DLQI w grupie badanych 308 pacjentów wynosiła 6,93 z odchyleniem standardowym wynoszącym 5,18. [131] Wartości były zatem zbliżone do wyników moich badań. Badania przeprowadzone na przestrzeni kilkunastu lat wskazują, iż jakość życia pacjentów z rozpoznaniem trądzikiem różowatym kształtuje się w granicach 6,3-7,8 wg DLQI. [132] Trądzik różowaty w stopniu umiarkowanym wpływa na obniżenie jakości życia chorych. Wg danych z badania Askoy i wsp., prace Baldwina i wsp. również określiły związek obniżonej jakości życia z nasileniem zmian skórnych. W badaniu tym zwrócono głównie uwagę na rumień, którego obecność miała istotne znaczenie przy obniżeniu jakości życia. Wg Baldwina i wsp. jakość życia pacjentów z trądzikiem różowatym była obniżona w stopniu nieznacznym i umiarkowanym. Średnia jakość życia pacjentów z trądzikiem różowatym wynosiła 5,2 mierzona kwestionariuszem DLQI. [92] W pracy Webster i wsp. wykazano również związek między nasileniem zmian skórnych a obniżeniem jakości życia. Średnia wartość DLQI kształtowała się na poziomie 6,1. [133] Wartość ta była zatem zbliżona do wartości uzyskanej w moim badaniu. Aksoy i Bohm i wsp. wykazali również związek obniżonej jakości życia pacjentów z rozpoznaniem trądzikiem

różowatym w zależności od wieku pacjentów. Młodszy pacjenci mieli znacznie obniżoną jakość życia w stosunku do osób starszych. [134] Zgodnie z danymi literaturowymi, w badaniu przeprowadzonym przez Aksoy i wsp. na grupie 308 pacjentów z trądzikiem różowatym, wykazano związek jakości życia pacjentów z płcią, wiekiem, początkiem rozpoczęcia choroby oraz zastosowanym leczeniem. Spostrzeżenia te nie zostały potwierdzone w mojej pracy, gdyż nie został wykazany związek między obniżeniem jakości życia a czynnikami socjo-demograficznymi. Natomiast istniał związek pomiędzy nasileniem zmian skórnych a jakością życia. Badania przeprowadzone przez Yanyu i wsp. również nie potwierdziły związku wieku i płci pacjentów z wpływem na jakość życia. [135] Z uzyskanych danych statystycznych wynika, że nie istnieje związek czynników socjo-demograficznych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z trądzikiem różowatym oraz pacjentów z grupy badanej. Nie wykazano związku między płcią pacjentów, ich wiekiem, wykształceniem oraz miejscem zamieszkania a jakością ich życia.

Analiza statystyczna nie wykazała również istotnych związków między długością trwania choroby a jakością życia w obu grupach.

Zgodnie z analizą w grupie badanej i kontrolnej jedynym predyktorem jest nasilenie zmian skórnych mierzone za pomocą skali PGA. PGA jest ujemnym predyktorem, co oznacza, że im niższy wynik PGA, tym wyższa jakość życia. Wyniki analizy wskazują również na istotne różnice w zakresie jakości życia pomiędzy grupami pacjentów w grupie badanej. Testy post-hoc wykazały, że w każdym z analizowanych konstruktów jakości życia występują różnice pomiędzy niektórymi jednostkami chorobowymi. Można zauważyć, że grupą, która najczęściej charakteryzuje się najmniej obniżoną jakością życia, są osoby z rozpoznaniem nieczerniakowym nowotworem skóry. Średnia wartość DLQI u tych pacjentów wynosiła 1,0, co wskazuje na ich normalną jakość życia. W odniesieniu do akceptacji siebie średnia wartość wyniku wynosiła 14,0, co oznacza nieznacznie obniżoną jakość życia. Natomiast wyniki dotyczące kontaktów społecznych osiągają średnią wartość 2,0, co oznacza normalną jakość życia. Pacjenci z bliznami po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie: co im bardziej przeszkadza blizna czy obecność guza przed jego usunięciem. Wyniki analizy okazały się istotne statystycznie. W grupie z guzem jakość życia była niższa niż w grupie z blizną. Do wyniku należy jednak podchodzić z ostrożnością

ze względu na małą liczbę obserwacji. Pacjenci większe nasilenie zmian skórnych określali ze względu na obecność guza niż blizny. Pomimo blizny, która nierzadko była znacznie rozleglejsza niż guz, pacjenci bardziej zaniepokojeni byli zmianą nowotworową.

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie problemem jakości życia chorych, w tym również pacjentów ze zmianami skórnymi przebiegającymi z bliznowaceniem zlokalizowanymi na skórze twarzy oraz skórze owłosionej głowy.

Problemem, który poruszyłam 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 dermatologicznych jest bliznowacenie, proces nieodwracalny, skutkujący ostatecznymi zmianami skórnymi, a więc zmianami nie dającymi się wyleczyć. Od dawna wiadomo, że choroby skóry bardzo silnie wpływają na status fizyczny, emocjonalny i społeczny pacjentów, a największy wpływ na jakość życia mają choroby przewlekłe. Wynika to zarówno z samej naturalnej historii choroby, lecz także z uciążliwości terapii i jej efektów ubocznych. 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.

W niniejszej dyskusji odwołuję się do wyników mojej analizy dotyczącej jakości życia pacjentów z grupy badanej. Jak wykazały analizy jakości życia w grupie kontrolnej i badanej mierzona kwestionariuszami DLQI i kwestionariuszem autorskim jest na zbliżonym poziomie.

W prezentowanym badaniu uzyskano istotne różnice pomiędzy grupami pacjentów w grupie badanej w zakresie jakości życia. W wyniku przeprowadzonych testów post hoc wykazano istotne różnice porównując jakość życia pacjentów po usunięciu nowotworze skóry z pozostałymi pacjentami w grupie badanej. Średnia jakość życia mierzona w zakresie DLQI u pacjentów z bliznami po usunięciu nowotworu skóry wynosiła 1, a więc grupa ta nie wykazywała obniżonej jakości życia. Średnia jakość życia w zakresie DLQI u pacjentów z trądzikiem pospolitym była taka sama jak u pacjentów z trądzikiem różowatym i wynosiła 4. Największą obniżoną średnią jakość życia mieli pacjenci

z łysieniem czołowym bliznowaciejącym i wynosiła ona 7,5, co oznaczało umiarkowanie obniżoną jakość życia. Średnia jakość życia pacjentów z liszajem płaskim wykazała nieznacznie obniżoną jakość życia. Analizując wyniki badań przeprowadzonych przez Chiang i wsp. oraz przez Cartwright i wsp., którzy to analizowali jakość życia pacjentów z pierwotnym łysieniem bliznowaciejącym, doszli do wniosków, iż nasilenie zmian skórnych koreluje z obniżoną jakością życia oraz że zmiany w przebiegu łysienia bliznowaciejącego mają umiarkowany wpływ na obniżenie jakości życia, średnia jakość życia mierzona DLQI wynosi 6,6. Należy również wspomnieć, że w ww. badaniu 19% badanych pacjentów miało wynik DLQI powyżej 11, co świadczyło o mocno obniżonej jakości życia u tych pacjentów. Autorzy ci również wykazali korelację między wiekiem a jakością życia. [136] Inne badania z wykorzystaniem kwestionariusza DLQI przeprowadzone przez Saceda-Corralo i wsp. na grupie 82 pacjentek z łysieniem czołowym bliznowaciejącym wykazały średni wynik DLQI wynoszący 2. Świadczy to o tym, że średnia jakość życia była nieznacznie obniżona w badanej grupie. Powyżej 80% pacjentek określało swoją jakość życia jako normalną lub nieznacznie obniżoną. [137] Jakość życia w aspekcie dotyczącym akceptacji siebie najbardziej obniżona była w grupie pacjentów z łysieniem czołowym bliznowaciejącym oraz z trądzikiem zwyczajnym. Istotne obniżenie jakości życia w aspekcie akceptacji siebie dotyczyło również pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym, które kształtowało się na podobnym poziomie wśród pacjentów z trądzikiem różowatym i oznaczało umiarkowanie obniżoną jakość życia.

Według badania Alirezaei i wsp. dotyczących jakości życia pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym, charakteryzowali się oni obniżoną jakością życia. Ze względu na wykorzystaną przez badaczy skalę SF-36 oceniającą jakość życia, nie ma możliwości porównania wyników. [138]

Na podstawie badań własnych mogę stwierdzić, że pacjenci z rozpoznanym trądzikiem zwyczajnym należeli do grupy o najbardziej zróżnicowanych odpowiedziach w kwestionariuszu DLQI. Średnia wyniku kształtowała się na poziomie 4 pkt. Dominowali więc pacjenci z nieznacznie obniżoną jakością życia. Większość pacjentów wykazywała umiarkowane obniżenie jakości życia związane z akceptacją siebie oraz nieznacznie obniżoną jakość życia związaną z kontaktami społecznymi. Odnotowano również znaczną liczbę pacjentów z umiarkowanie i mocno obniżoną

jakością życia. Jak opisują Rakowska-Waluch i wsp., trądzik pospolity ze względu na swój przewlekły mechanizm działania przyczynia się do występowania zaburzeń psychologiczno-społecznych, chociażby depresji, lęku, czy wycofania społecznego. Podobnie Vilar i wsp. podają, że schorzenie to oddziałuje na aspekt psychologiczny chorego. [139] Zgodnie z danymi badania przeprowadzonego przez Baronowską i wsp. średnia jakość życia DLQI pacjentów z trądzikiem zwyczajnym wynosiła dla wszystkich chorych 3,5. W tym badaniu kobiety charakteryzowały się gorszą jakością niż mężczyźni. Nie wykazano istotnego statystycznie związku między miejscem zamieszkania i wiekiem a nasileniem zmian u chorych. Jakość życia osób z trądzikiem była nieznacznie obniżona. Ocena jakości zależała od płci i do pewnego stopnia od nasilenia zmian chorobowych oraz wieku. [140] Odwołując się do innych danych literaturowych: Chuh i Chan również używając kwestionariusza DLQI ocenili jakość życia pacjentów z trądzikiem zwyczajnym na średnią wartość 6,86. [141] W polskich badaniach przeprowadzonych przez Szepioetowskiego i wsp. średni wynik DLQI wynosił 5,0. [142] Lasek i Chren podkreślają z kolei, że trądzik zwyczajny znacząco wpływa na jakość życia pacjentów, zwłaszcza starszych dorosłych. Większość spośród ankietowanych przez tych autorów osób potwierdziła fakt, że trądzik stanowi dla nich poważny problem natury psychicznej i utrudnia funkcjonowanie w społeczeństwie. [79] Odwołując się do danych literaturowych, istnieje wiele badań określających jakość życia pacjentów z trądzikiem zwyczajnym, w których używano kwestionariusza DLQI. Zarówno badania Richter i wsp. oraz Dreno i wsp. podkreślały związek obniżenia jakości życia z nasileniem zmian skórnych. [143] [144] Również badania Basra i wsp. potwierdziły te spostrzeżenia. [145] Potwierdziło się to również w moim badaniu. W pracy pogładowej Gieler i wsp. wskazali na wyraźny ujemny wpływ trądziku na jakość życia. Zasugerowali, że szczególnie u dorosłych pacjentów aspekt psychologiczny powinien zawsze towarzyszyć leczeniu dermatologicznemu, gdyż to znacznie poprawia końcowy efekt terapeutyczny. [146] W większości dostępnych doniesień literaturowych średnia jakość życia pacjentów mierzona kwestionariuszem DLQI kształtuje się między 2 a 5 pkt, co świadczy o nieznacznie obniżonej jakości życia pacjentów z trądzikiem zwyczajnym. [147] [148]

Kolejną grupę pacjentów, którzy wzięli udział w moim badaniu, byli pacjenci z rozpoznaniem toczniem rumieniowatym. Wśród badanych pacjentów byli zarówno pacjenci z toczniem rumieniowatym układowym oraz z toczniem rumieniowatym skórny. Wg danych literaturowych jakość życia pacjentów z toczniem rumieniowatym

jest obniżona. Wg badania przeprowadzonego przez Martins i wsp. średnia jakość życia pacjentów z toczniem rumieniowatym skórny jest niższa niż średnia jakość życia pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym i wynosi 12,42, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 6,24, natomiast u pacjentów z toczniem układowym wynosi 6,5, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 6,02. Jak wynika z przytoczonego badania jakość życia pacjentów z odmianą skórną tocznia była mocno obniżona wg DLQI. [149] Nie potwierdza tego natomiast inne badanie przeprowadzone przez Castellana-Rioja i wsp., w którym jakość życia pacjentów z układową odmianą tocznia rumieniowatego jest znacznie obniżona niż u pacjentów z odmianą skórną. [150] Zgodnie z danymi statystycznymi przeprowadzonymi na grupie badanych przez mnie pacjentów z toczniem rumieniowatym. Średnia jakość życia pacjentów wynosiła 7,00 i była umiarkowanie obniżona. Jakość życia związana z akceptacją siebie również była obniżona w stopniu umiarkowanym, natomiast w stopniu nieznacznym w kontekście kontaktów społecznych.

Zgodnie z wynikami moich badań grupą, która charakteryzowała się najmniej obniżoną jakością życia była grupa pacjentów po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry. Średnia jakość życia mierzona w zakresie DLQI u pacjentów z bliznami po usunięciu nowotworu skóry wynosiła w moim badaniu 1. Według badania Abedini i wsp. średnia wartość DLQI wynosiła 4. Badacze Ci również przedstawili wpływ lokalizacji zmian skórnych w miejscach ekspozycji na jakość życia tych pacjentów. [151] Według badania Tubanur i wsp. średnia jakość życia pacjentów z NMSC wynosiła 6. Natomiast jakość życia u tych pacjentów oceniona trzy miesiące po zabiegu usunięcia nowotworu wynosiła średnio 4. Na jakość życia tych pacjentów miała przede wszystkim wpływ lokalizacja zmian skórnych. [152] W grupie badanych przez mnie pacjentów pomimo zdiagnozowanego raka mieli oni w większości nieznacznie obniżoną jakość życia. Pacjentom bardziej przeszkadzał guz niż blizna. Pacjenci bardziej zaniepokojeni byli zmianą nowotworową niż blizną choć niejednokrotnie blizna była bardziej rozległa niż sam guz. Wyniki te zgadzały się z analizą dokonaną przez Tubanur i wsp. W badaniu przeprowadzonym przez Barazzetti i wsp. średnia jakość życia pacjentów z rozpoznaniem SCC wynosiła 4. Nie przeprowadzili oni badania na pacjentach z rozpoznaniem BCC. [153] W większości przedstawionych badań średnia jakość życia była nieznacznie obniżona.



Podsumowując analizę danych statystycznych związanych z oceną jakości życia pacjentów ze zmianami skórnymi przebiegającymi z bliznowaceniem zlokalizowanymi na skórze twarzy lub skórze owłosionej głowy jak i pacjentów z trądzikiem różowatym możemy stwierdzić, że jakość ich życia była obniżona.

Stosowanie oceny jakości życia usprawnia komunikację między lekarzem i pacjentem oraz poprawia przebieg leczenia i opiekę medyczną. Niestety w codziennej praktyce klinicznej, jakość życia przewlekle chorych zazwyczaj nie jest oceniana, często ogranicza się jedynie do zadania kilku pytań na temat samopoczucia i radzenia sobie z chorobą. Pytania te na ogół nie są szczegółowe i nie uwzględniają wielu aspektów, które potencjalnie mogą być zaburzone. [154] Lekarze często obawiają się, że ocena jakości życia znacznie wydłuży przebieg wizyty. Nie jest to uzasadnione, gdyż w czterech badaniach analizujących czas trwania konsultacji wykazano, że w trzech z nich czas wizyty nie uległ zmianie, a w jednym był dłuższy tylko o 0,5-2,7 minuty. [155] Innym problemem, który może się pojawić przy okazji oceny jakości życia chorego, jest brak wytycznych co do dalszego postępowania z pacjentem u którego zdiagnozujemy obniżoną jakość życia. Stworzenie zespołów interdyscyplinarnych oraz określenie standardów postępowania w przypadku wystąpienia zaburzeń spoza zakresu możliwości leczenia choroby podstawowej pozwoliłoby na znaczną poprawę kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem przewlekle chorym. Nie ma wątpliwości, że ocena jakości życia ma ogromne znaczenie w optymalnej, ukierunkowanej terapii indywidualnie na pacjenta, problemem natomiast pozostaje rozpowszechnienie tego rodzaju podejścia wśród lekarzy, a w konsekwencji dobór odpowiedniego sposobu pomiaru i interpretacji uzyskanych informacji. Terapia chorób dermatologicznych poza leczeniem objawowego zmian skórnych, powinna uwzględniać również działania skierowane na poprawę jakości życia pacjenta, tym bardziej, że stopień nasilenia zmian skórnych koreluje z jakością życia pacjentów.

Pojęcie jakości życia najtrafniej opisali Gill i Feinstein. Określili ją jako sposób, w którym człowiek zarówno odczuwa, jaki i reaguje na stan własnego zdrowia oraz pozostałe elementy życia spoza medycyny. Jak się okazuje, na termin jakości życia nie składają się jedynie parametry zdrowotne związane z emocjami, prawidłowym funkcjonowaniem czy dobrym samopoczuciem fizycznym, ale także relacje międzyludzkie, rodzina czy praca zawodowa. [139]

Celem podniesienia poziomu jakości życia chorych dermatologicznie należy wyznaczyć czynniki mające na nią wpływ, które mogą być modyfikowane w opiece nad pacjentem. We współczesnych doniesieniach zwraca się uwagę na to, iż leczenie chorób somatycznych, w tym dermatologicznych, powinno uwzględniać aspekty psychologiczne związane ze specyfiką danej choroby i leczenia oraz indywidualny sposób doświadczania przez pacjenta jego choroby. [149] Połączenie oceny klinicznej wraz z wynikami oceny jakości życia może w pełni zdiagnozować pacjenta i jego podejście do choroby. Podobnie pomoc takiemu choremu powinna opierać się na tak rozumianej diagnozie i oprócz samego leczenia kłaść nacisk na psychospołeczne obszary funkcjonowania najbardziej zaburzone. Należy pamiętać, że to nasze leczenie skutkujące obniżeniem nasilenia zmian skórnych ma najistotniejszy wpływ na jakość życia badanych pacjentów.

## 16. WNIOSKI

1. Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem mierzona kwestionariuszem DLQI jest na zbliżonym poziomie.
2. Oceniając jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi przebiegającymi z bliznowaceniem zlokalizowanymi na skórze twarzy lub skórze owłosionej głowy jak i pacjentów z trądzikiem różowatym stwierdzono, że jakość ich życia była obniżona.
3. Najbardziej obniżoną średnią jakość życia wśród badanych mieli pacjenci z łysieniem czołowym bliznowaciejącym.
4. Zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej, nie występowały istotne związki między długością trwania choroby a jakością życia pacjentów.
5. Pacjenci z rozpoznanymi nieczerniakowymi nowotworami skóry cechowali się w większości nieznacznie obniżoną jakością życia.
6. U pacjentów z rozpoznanymi nieczerniakowymi nowotworami skóry, większy problem stanowił guz niż obecność blizny. choć niejednokrotnie blizna była bardziej rozległa i widoczna niż guz.
7. U 30% badanych pacjentów lokalizacja zmian skórnych miała niewielkie znaczenie i wpływ na jakość ich życia.
8. Jedynym predyktorem jakości życia pacjentów było nasilenie zmian skórnych oceniane na podstawie skali PGA.
9. Na podstawie analizy wzorca dermoskopowego obrazu obszarów bliznowacenia nie można postawić jednoznacznego rozpoznania klinicznego. Jednakże ocena obszarów bliznowacenia z równoczesną oceną skóry otaczającej może być przydatna w procesie diagnostycznym.
10. Porównując poszczególne stany chorobowe: najmniej obniżona była jakość życia u pacjentów z bliznami po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry.

# **17. WZORY WYKORZYSTANYCH DO BADANIA KWESTIONARIUSZY**

## **17.1. Autorska karta badania**

Data badania:

Imię i Nazwisko :

Wiek :

Płeć:

Wykształcenie:

Miejsce zamieszkania:

Choroby współistniejące:

Czas trwania choroby:

Dotychczasowe leczenie dermatologiczne:

Uwagi:

Rozpoznanie:

Ocena nasilenia zmian skórnych- PGA:



9.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał <b>współżycie seksualne</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
10	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia <b>leczenie</b> dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>

### Punktacja DLQI:

0-1 pkt. - normalna jakość życia (no effect on patient QoL)

2-5 pkt. - nieznacznie obniżona jakość życia (small effect)

6-10 pkt. - umiarkowanie obniżona jakość życia (moderate effect)

11-20 pkt. - mocno obniżona jakość życia (very large effect)

21-30 pkt. - bardzo mocno obniżona jakość życia (extremely large effect)

### Skala:

Bardzo mocno – 3 pkt.

Bardzo – 2 pkt.

Trochę – 1 pkt.

Wcale – 0 pkt.

.....  
.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego

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

<i>Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem.</i>				
<i>Inicjały</i>				
<i>Wiek</i>				
<i>Wykształcenie</i>				
<i>Płeć</i>		Kobieta		Mężczyzna
<i>Od kiedy trwa choroba</i>				

<i>Lp</i>	<i>Pytanie</i>	<i>Właściwą odpowiedź należy oznaczyć „X”</i>				
		<i>Punktacja</i>				
		<i>Nie dotyczy</i>	<i>Wcale</i>	<i>Trochę</i>	<i>Bardzo</i>	<i>Bardzo mocno</i>
		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	W jakim stopniu akceptuje Pani/Pan swój wygląd?					
2.	W jakim stopniu zmiany na skórze wywołują u Pani/Pana dyskomfort?					
3.	W jakim stopniu z powodu zmian skórnych zmieniło się Pani/Pana życie?					
4.	W jakim stopniu uważa Pani/ Pan, że zmiany skórne wpływają na ocenę Pani/Pana przez innych?					
5.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia była/był Pani/Pan zakłopotana/y, zażenowana/y stanem swojej skóry?					
6.	W jakim stopniu stara się Pani/ Pan ukryć, zamaskować swoje zmiany skórne?					
7.	W jakim stopniu zmiany skórne wpływają na Pani/Pana życie towarzyskie?					
8.	W jakim stopniu zmiany skórne wpływają na Pani/Pana relacje z bliskimi, przyjaciółmi?					
9.	W jakim stopniu w ostatnim tygodniu zmiany skórne utrudniały Pani/Panu codzienne funkcjonowanie wynikające z problemów emocjonalnych?					
10.	W jakim stopniu zmiany na skórze zajmują Pani/Pana myśli w ciągu dnia?					
11.	W jakim stopniu zmiany skórne wpływają na wybór przez Panią/Pana szkoły, studiów, zawodu, pracy?					
12.	W jakim stopniu zmiany skórne utrudniają Pani/Panu osiągnięcie celu zawodowego?					
13.	W jakim stopniu w ciągu roku korzysta Pani/ Pan z wizyt					

	u specjalisty dermatologa?					
14.	<p>Czy uważa Pani/Pan, że lokalizacja występowania zmian skórnych ma dla Pani/Pana znaczenie?</p> <p>Jeśli nie zaznaczyła/zaznaczył Pani/Pan odpowiedzi „Nie dotyczy”, to w jakim stopniu zmiany zlokalizowane na częściach odsłoniętych skóry mają wpływ na Pani/Pana samopoczucie?</p>					
15.	W jakim stopniu ocenia Pani/Pan stopień nasilenia (rozległość) zmian skórnych?					
16.	W jakim stopniu odczuwa Pani/Pan potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej?					



## 17.4. Punktacja

### DLQI

Ilość punktów	Opis
0 - 1	normalna jakość życia
2 - 5	nieznacznie obniżona jakość życia
6 - 10	umiarkowanie obniżona jakość życia
11 - 20	mocno obniżona jakość życia
21 - 30	bardzo mocno obniżona jakość życia

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

Ilość punktów	Opis
0 - 13	normalna jakość życia
14 - 24	nieznacznie obniżona jakość życia
25 - 35	umiarkowanie obniżona jakość życia
36 - 45	mocno obniżona jakość życia
46 - 52	bardzo mocno obniżona jakość życia

### JZ. Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem, podskala dotycząca akceptacji siebie

Ilość punktów	Opis
0 - 9	normalna jakość życia
10 - 15	nieznacznie obniżona jakość życia
16 - 25	umiarkowanie obniżona jakość życia
26 - 30	mocno obniżona jakość życia
31 - 36	bardzo mocno obniżona jakość życia

**JZ. Jakość życia pacjentów ze zmianami skórnymi zlokalizowanymi na twarzy lub skórze owłosionej głowy przebiegającymi z bliznowaceniem, podskala dotycząca kontaktów społecznych**

<b>Ilość punktów</b>	<b>Opis</b>
0 - 4	normalna jakość życia
5 - 8	nieznacznie obniżona jakość życia
9 - 11	umiarkowanie obniżona jakość życia
12 -14	mocno obniżona jakość życia
15 - 16	bardzo mocno obniżona jakość życia

**PGA: Physician Global Assessment for Dermatology**

<b>Ilość punktów</b>	<b>Opis</b>
0	bez zmian skórnych
1	prawie bez zmian skórnych
2	nieznacznie nasilone zmiany skórne
3	umiarkowanie nasilone zmiany skórne
4	ciężko nasilone zmiany skórne

## **18. DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA**

### **18.1. Liszaj płaski mieszkowy**

Liszaj płaski mieszkowy: fotografie 1 i 2



Liszaj płaski mieszkowy: fotografie 3 i 4



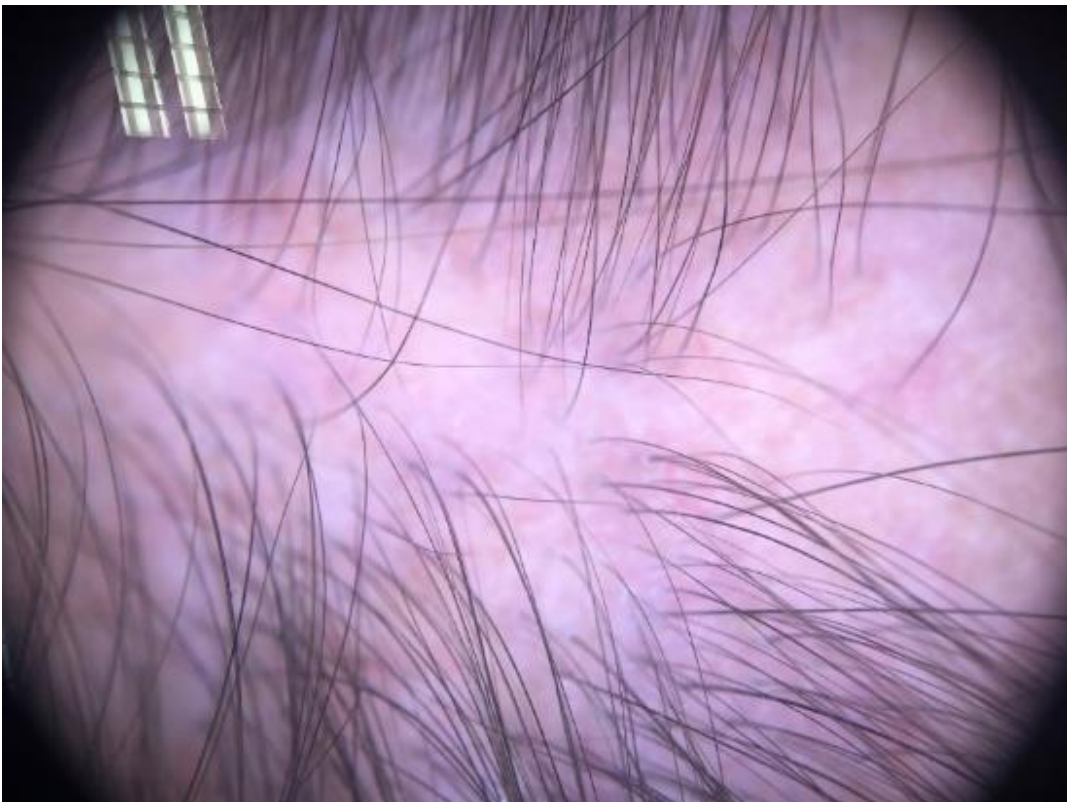
Liszaj płaski mieszkowy: fotografie 5 i 6



Liszaj płaski mieszkowy: fotografie 7 i 8

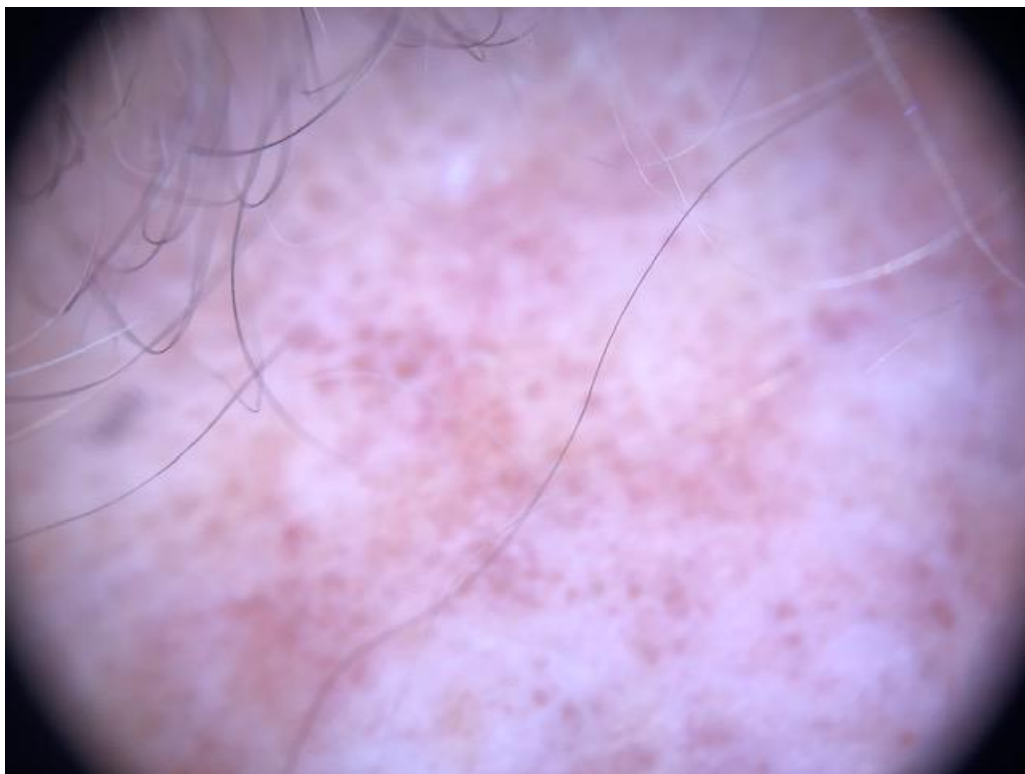
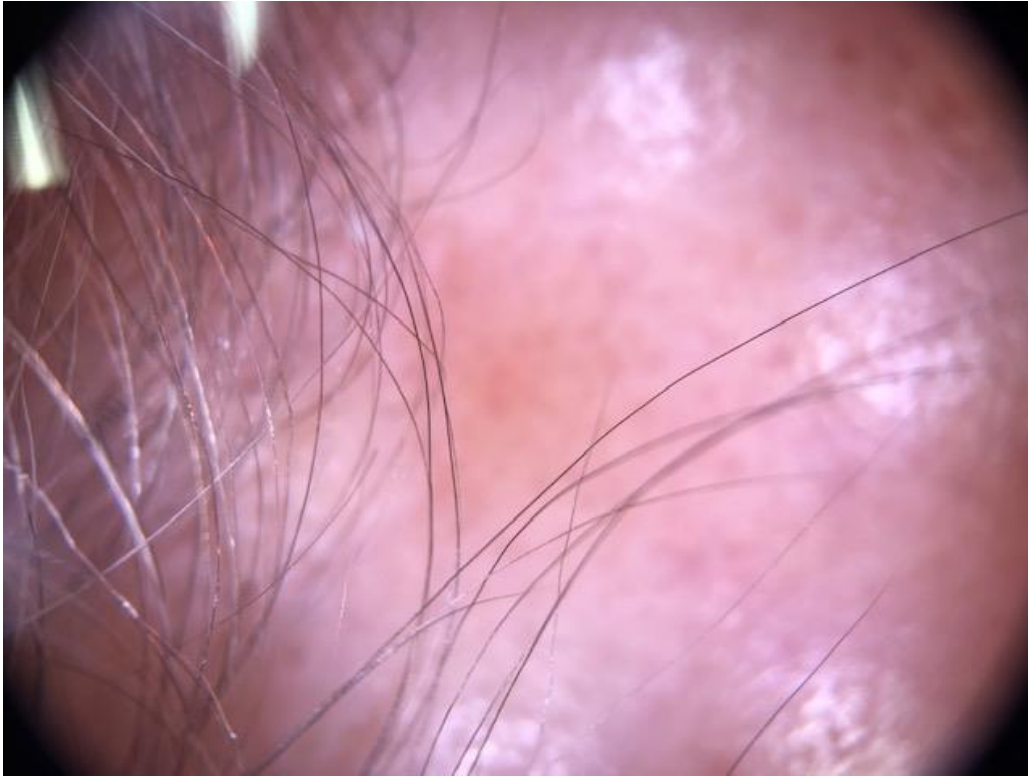


Liszaj płaski mieszkowy: fotografie 9 i 10



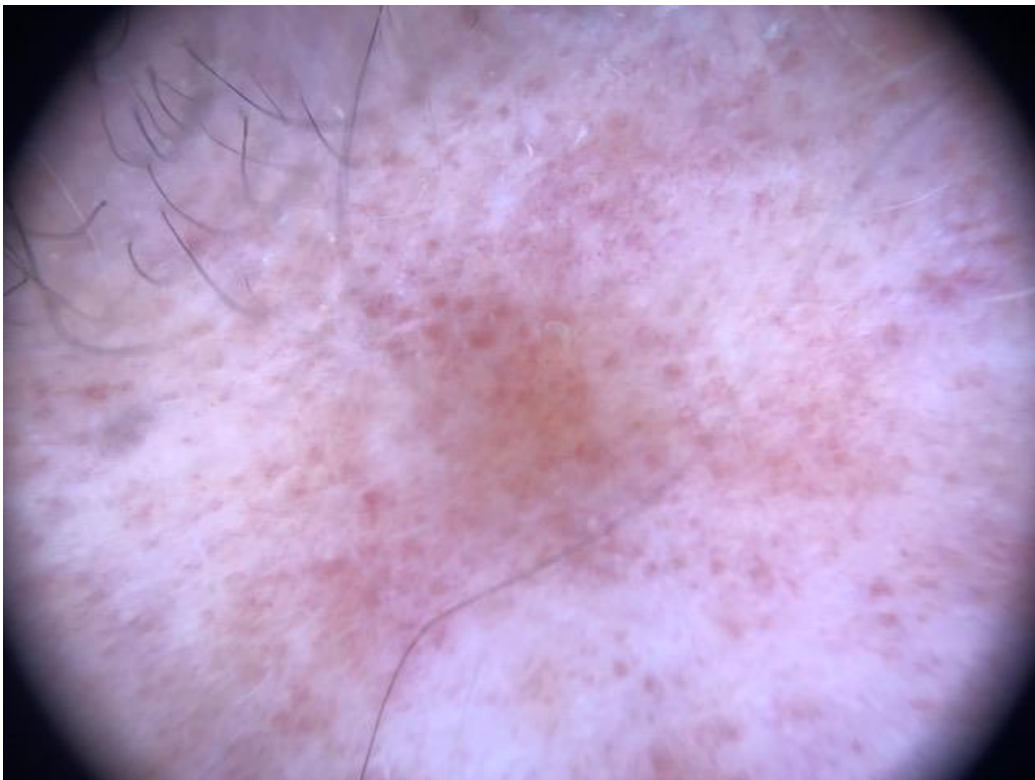
## 18.2. Łysienie czołowe bliznowaciejące

Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 1 i 2

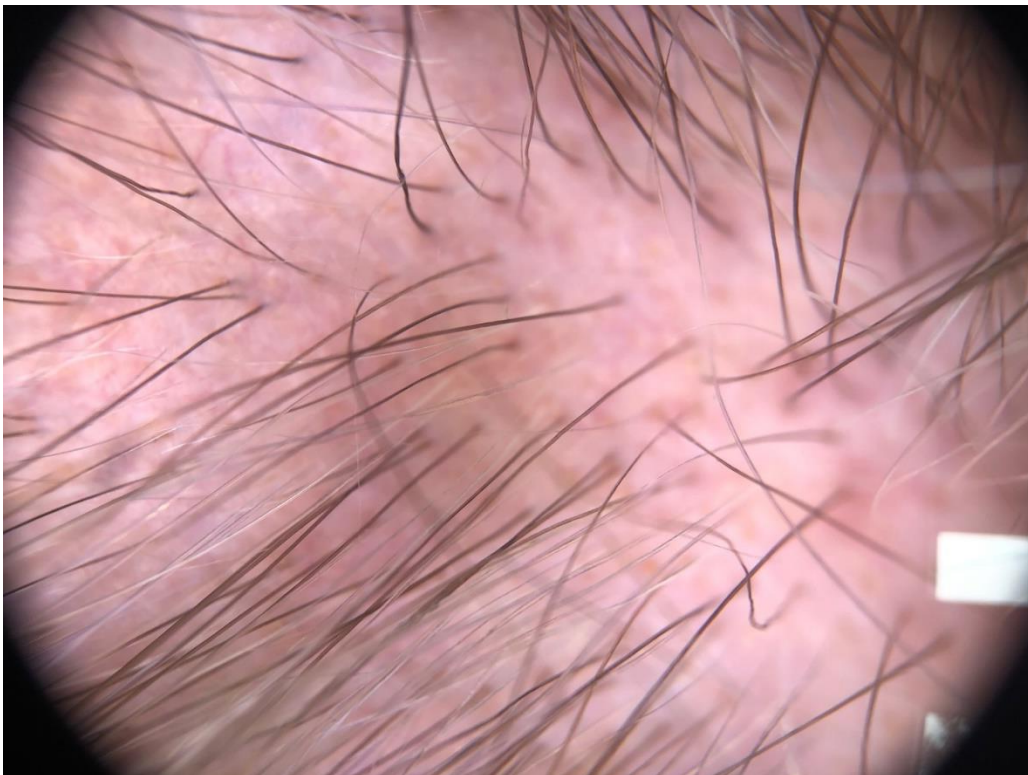




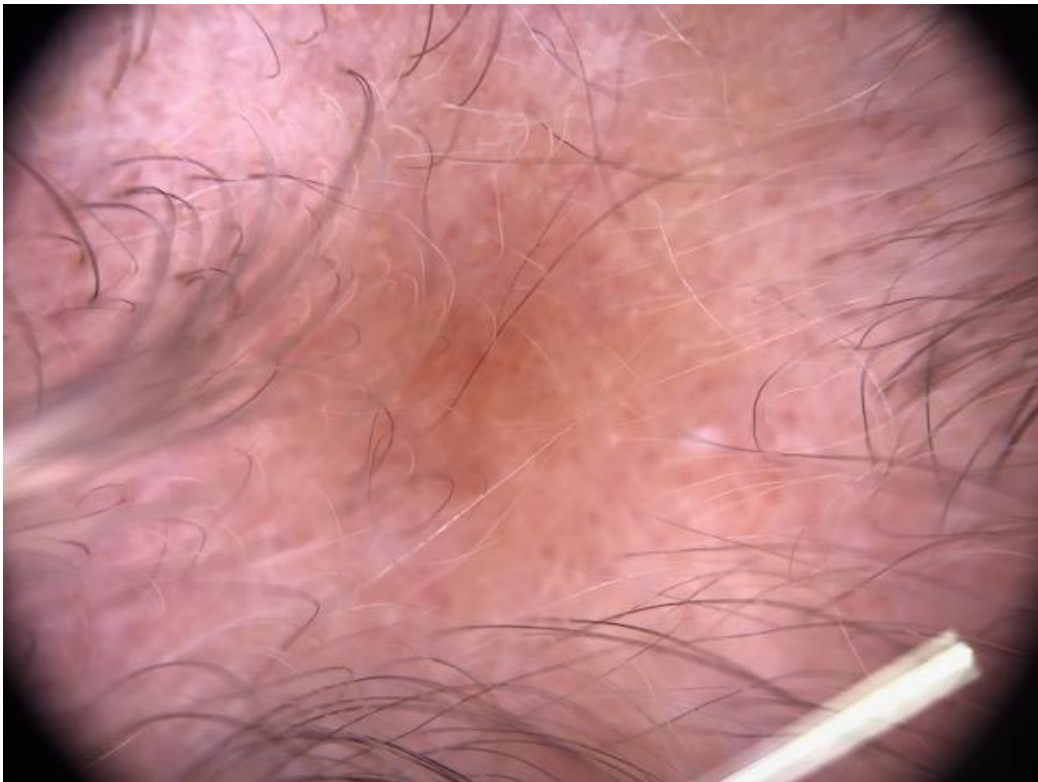
Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 3 i 4



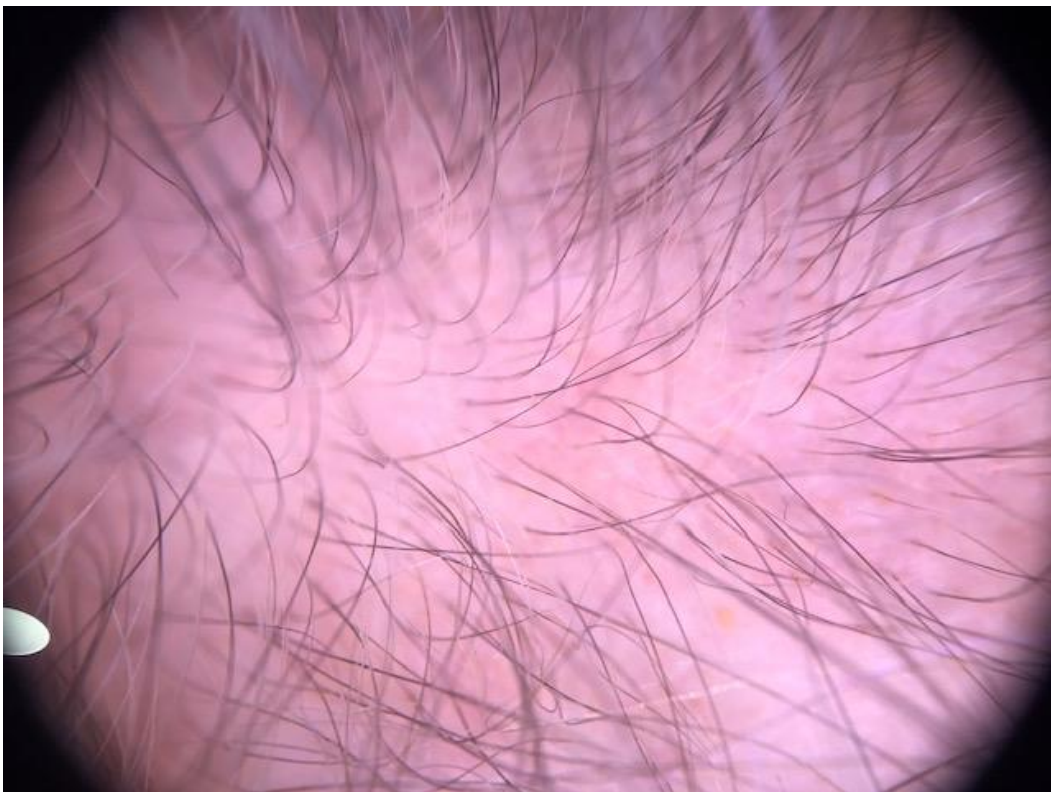
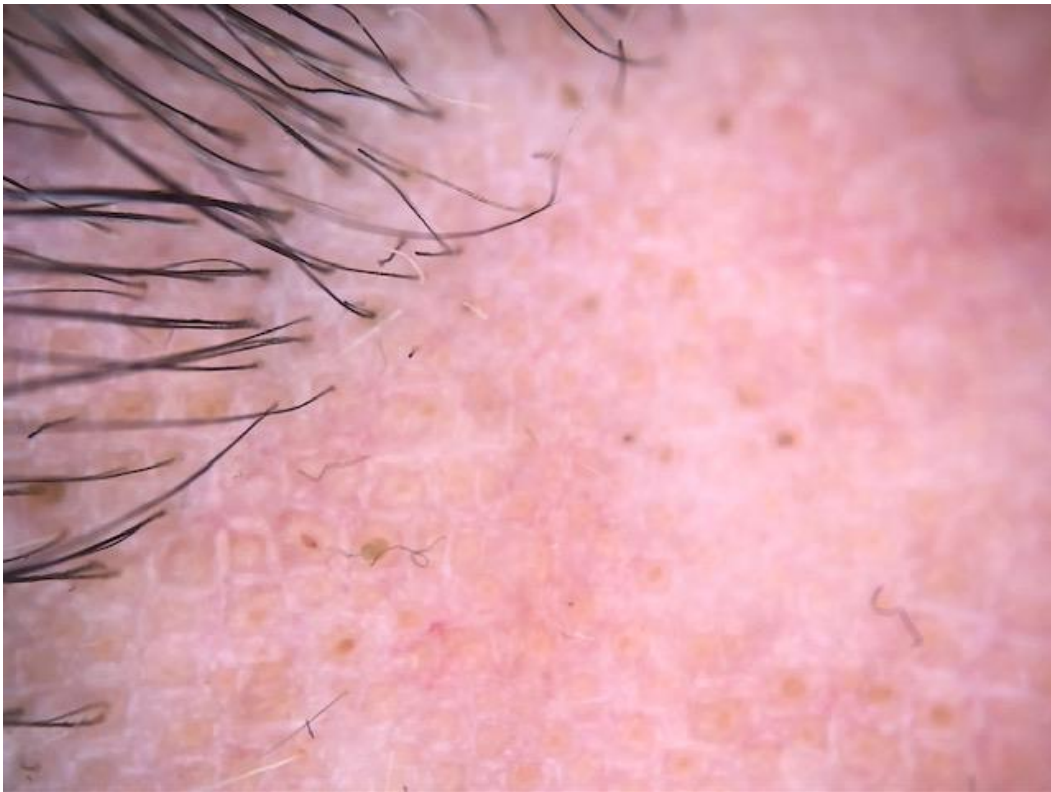
Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 5 i 6



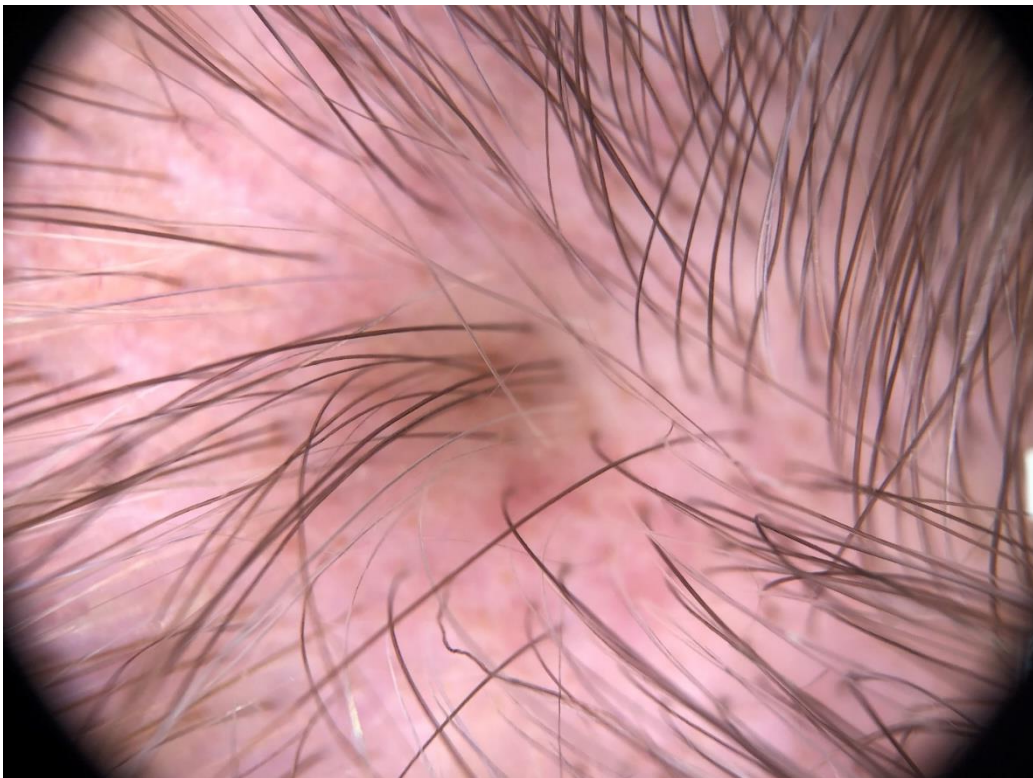
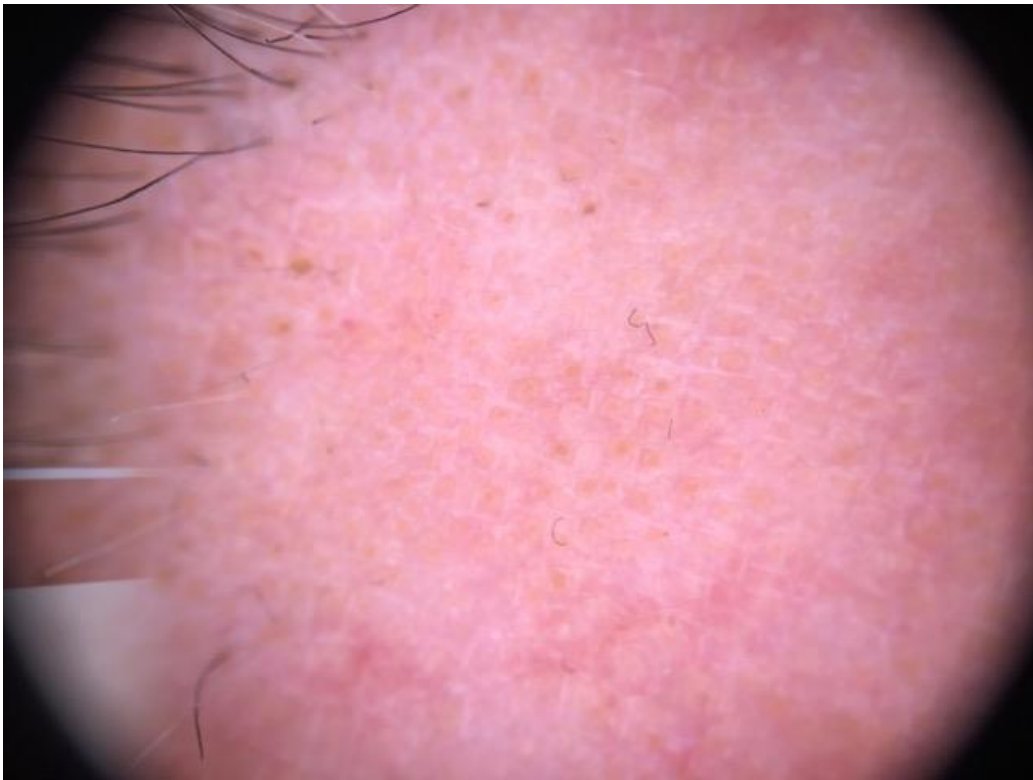
Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 7 i 8



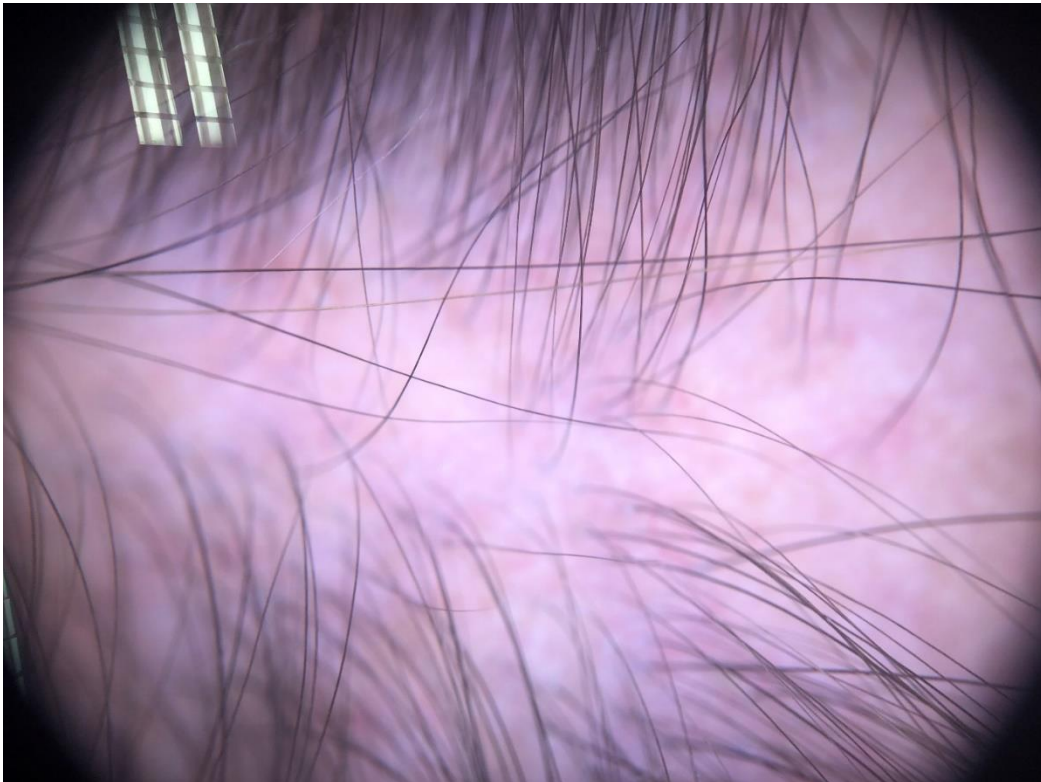
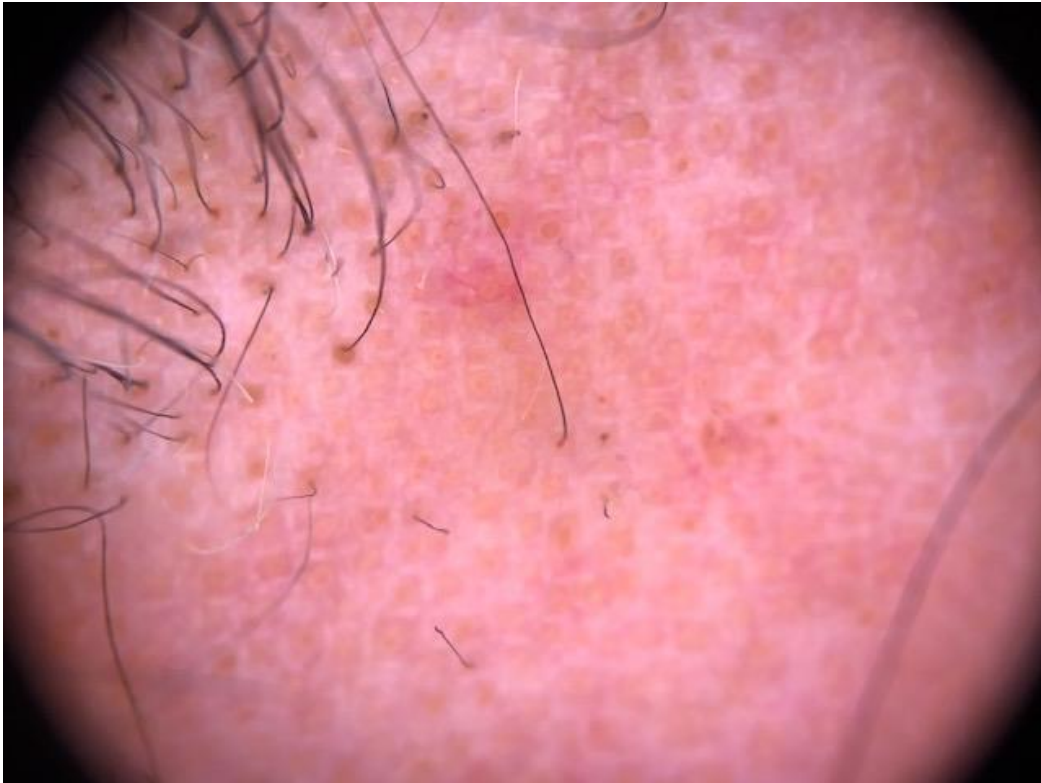
Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 9 i 10



Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 11 i 12



Łysienie czołowe bliznowaciejące: fotografie 13 i 14



### 18.3. Pseudopelade of Brocq

Pseudopelade of Brocq: fotografie 1 i 2



Pseudopelade of Brocq: fotografie 3 i 4



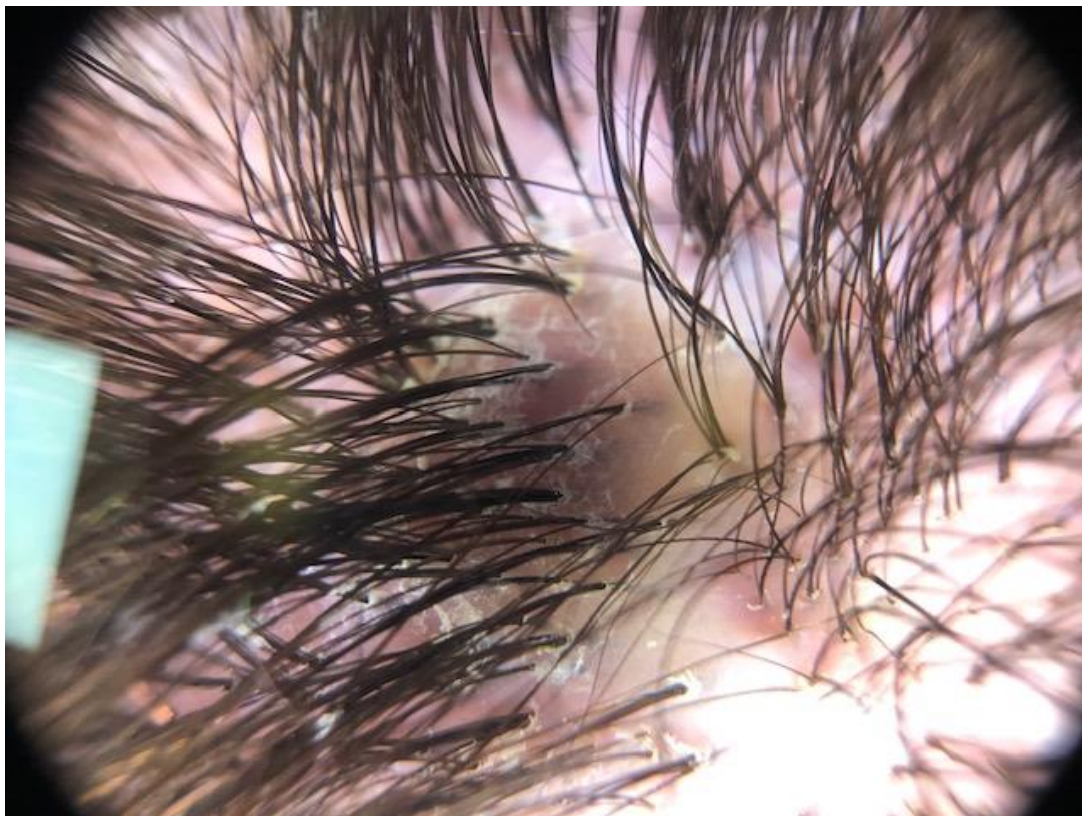


## 18.4. Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych

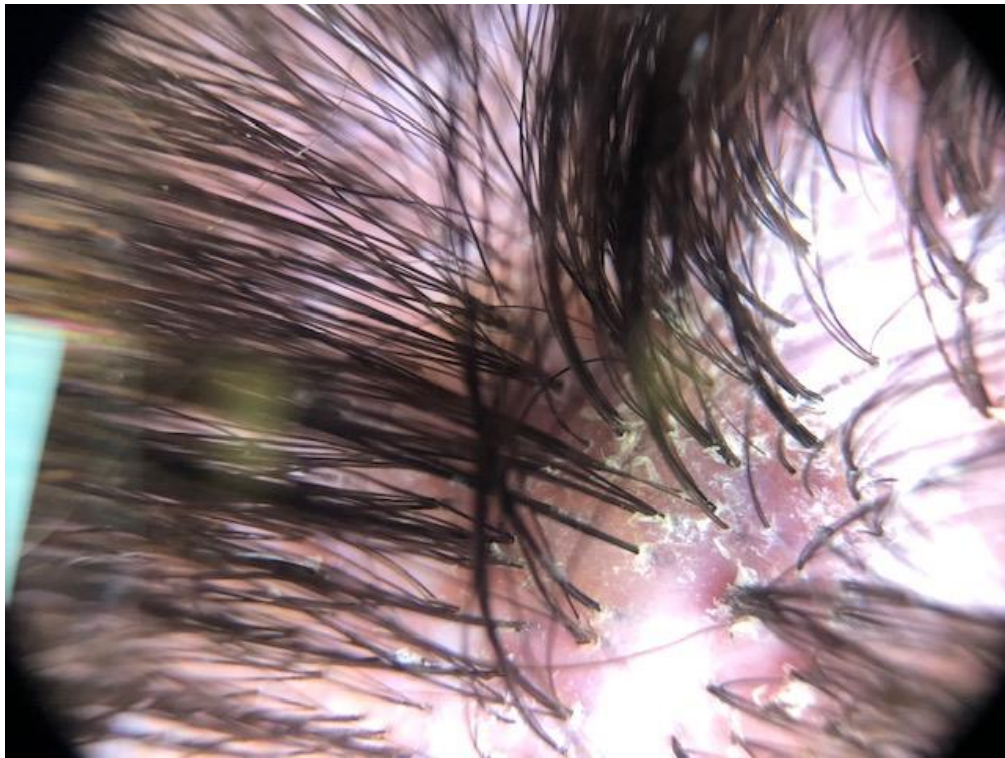
Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych: fotografie 1 i 2



Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych: fotografie 3 i 4

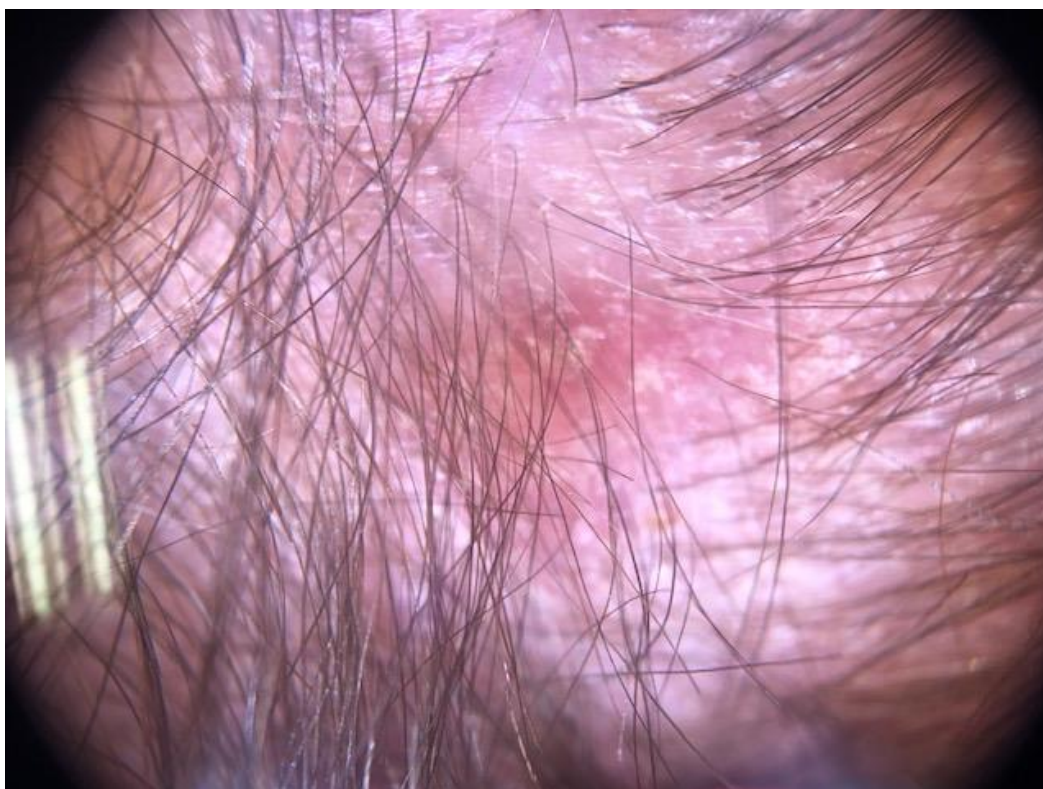
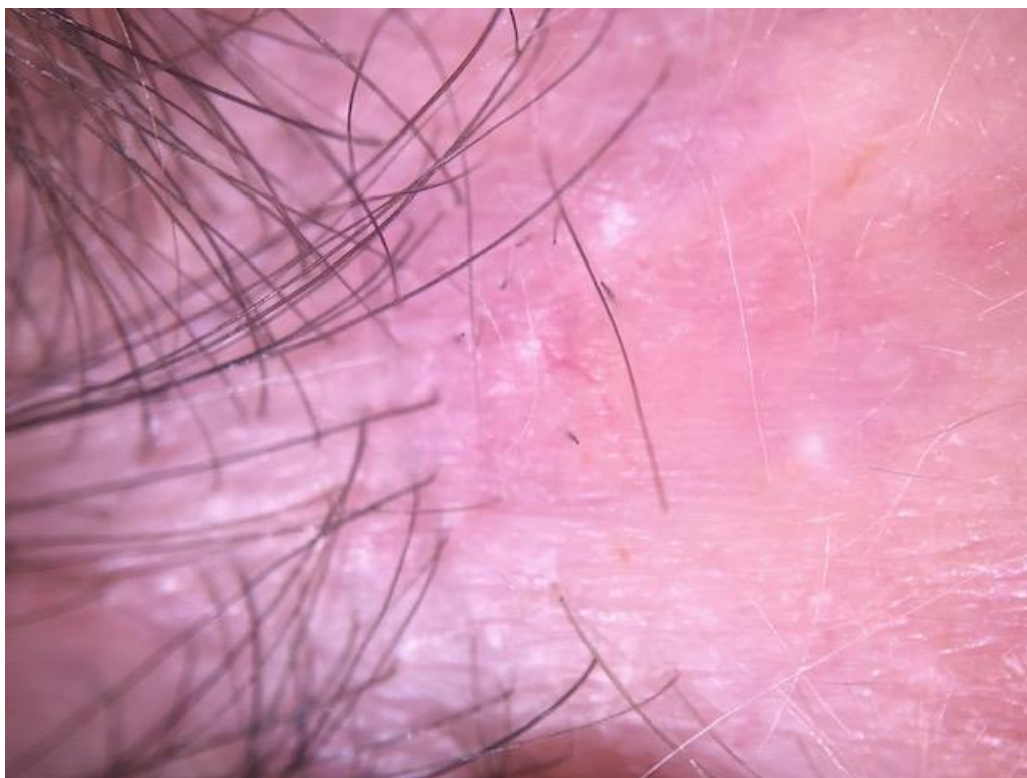


Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych: fotografia 5



## 18.5. Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy

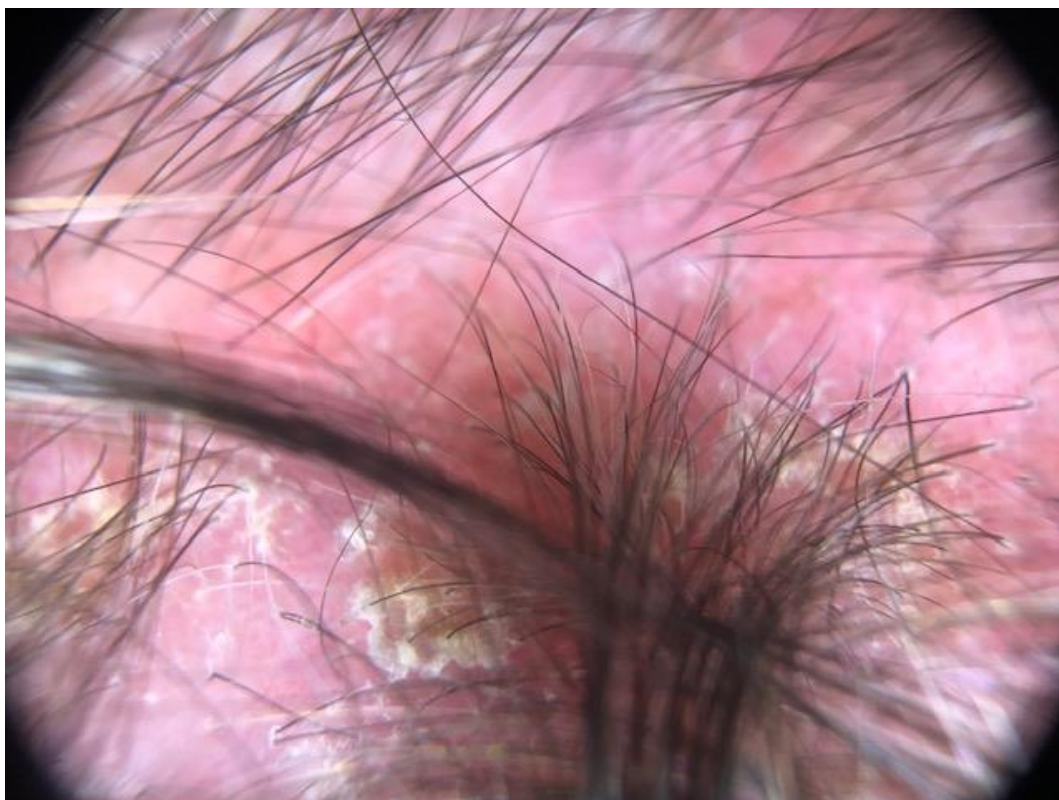
Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 1 i 2



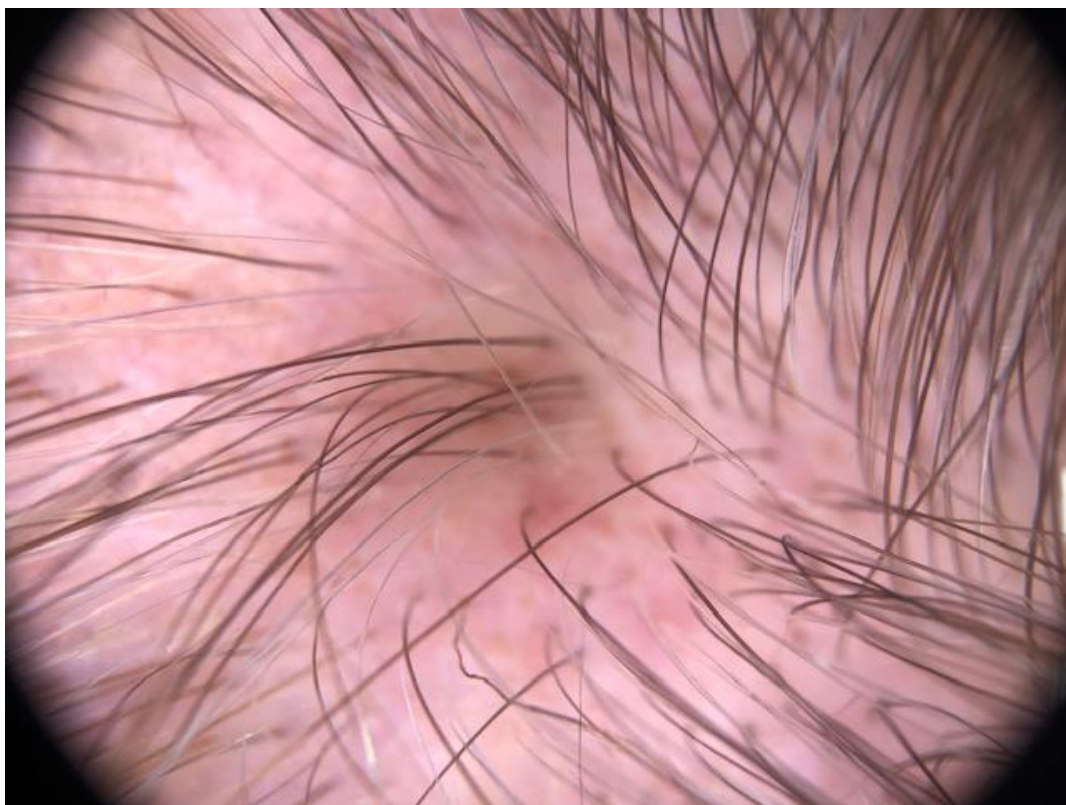
Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 3 i 4



Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 5 i 6



Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 7 i 8



Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 9 i 10





Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 11 i 12

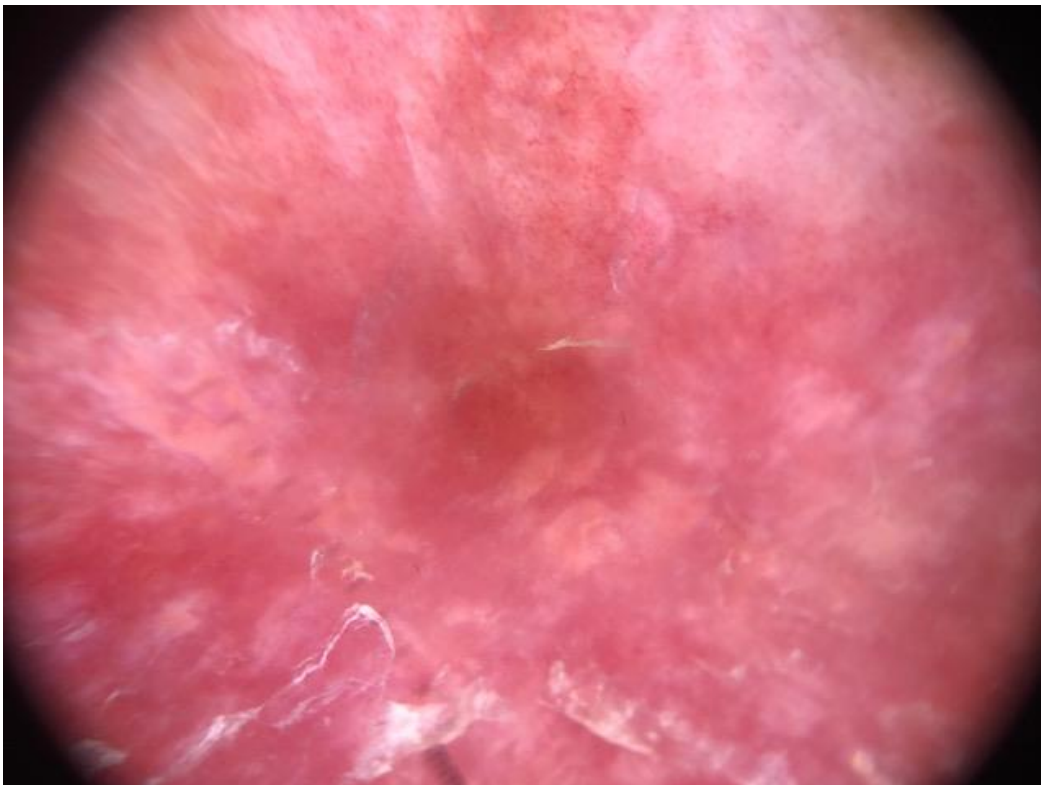


Toczeń rumieniowaty na skórze owłosionej głowy: fotografie 13 i 14

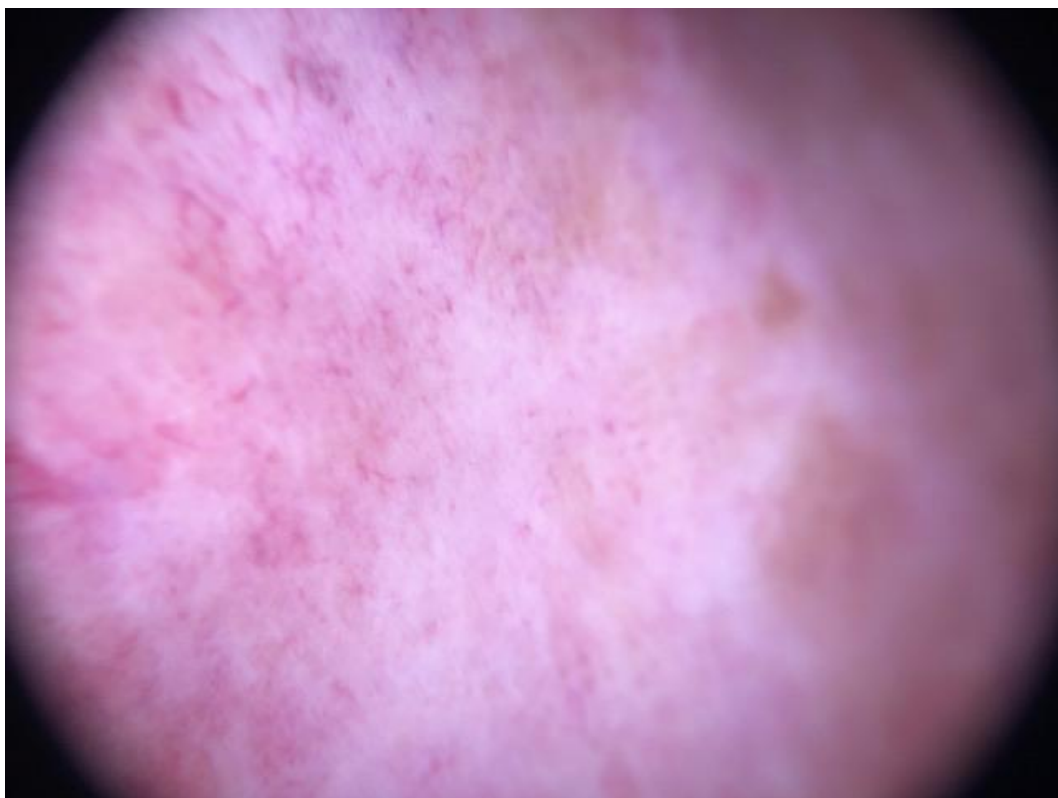


## 18.6. Toczeń rumieniowaty na twarzy

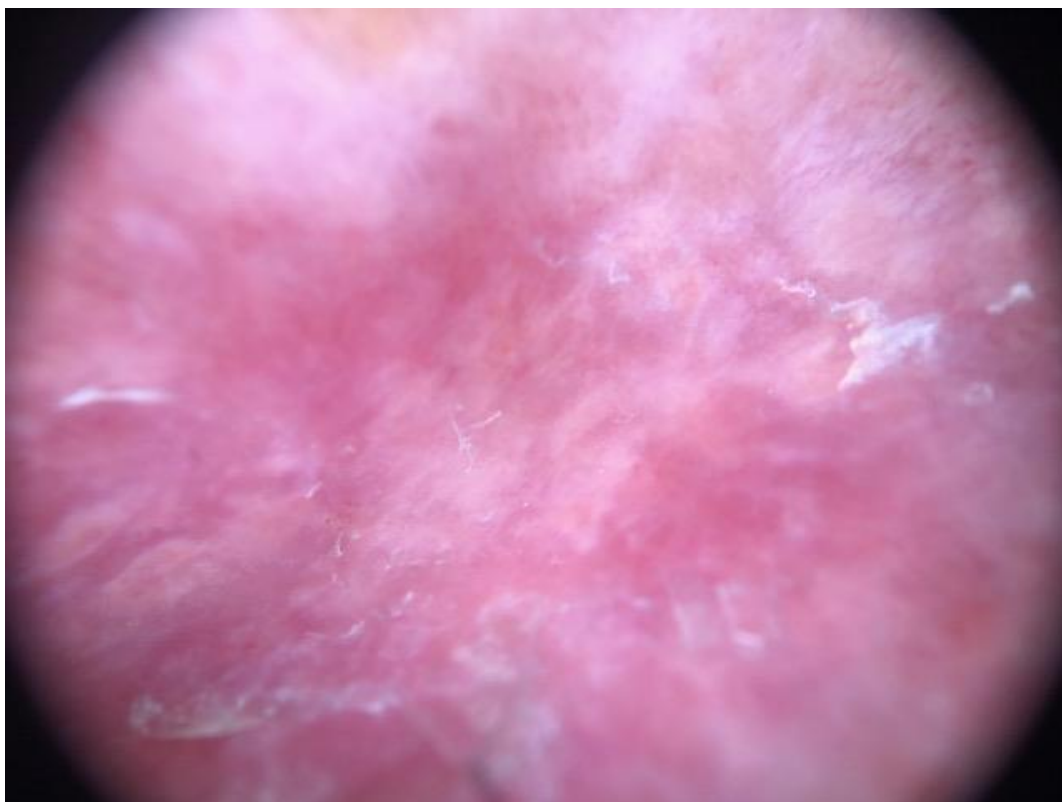
Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 1 i 2



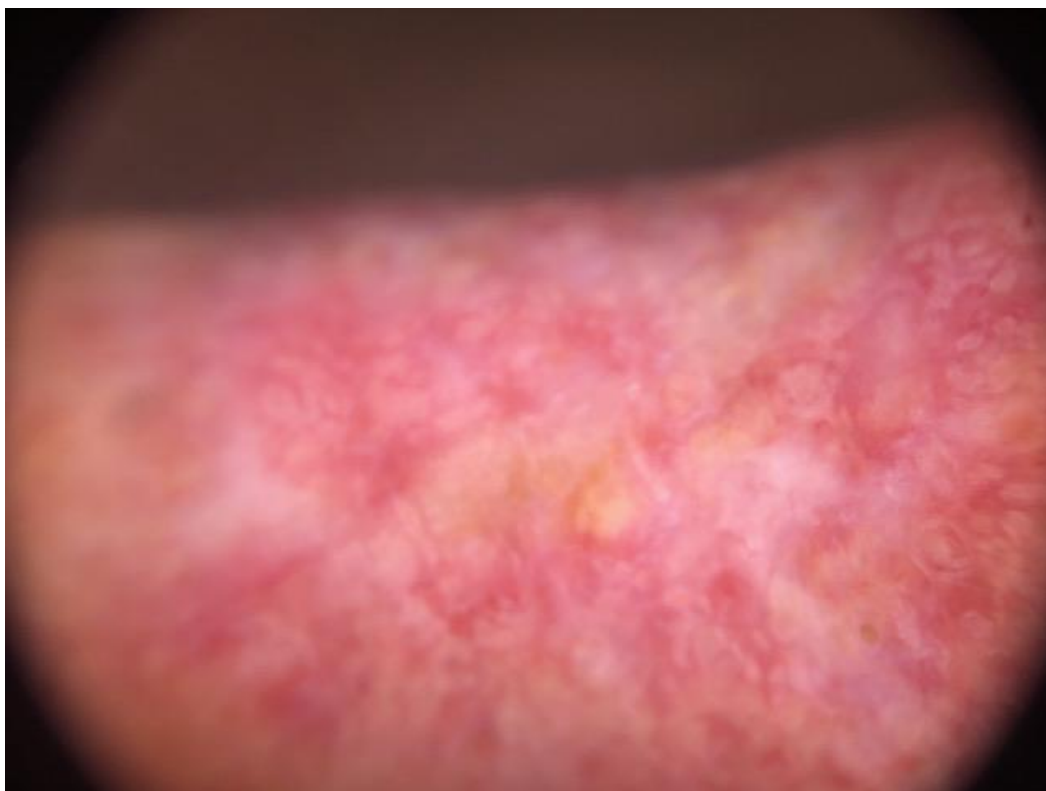
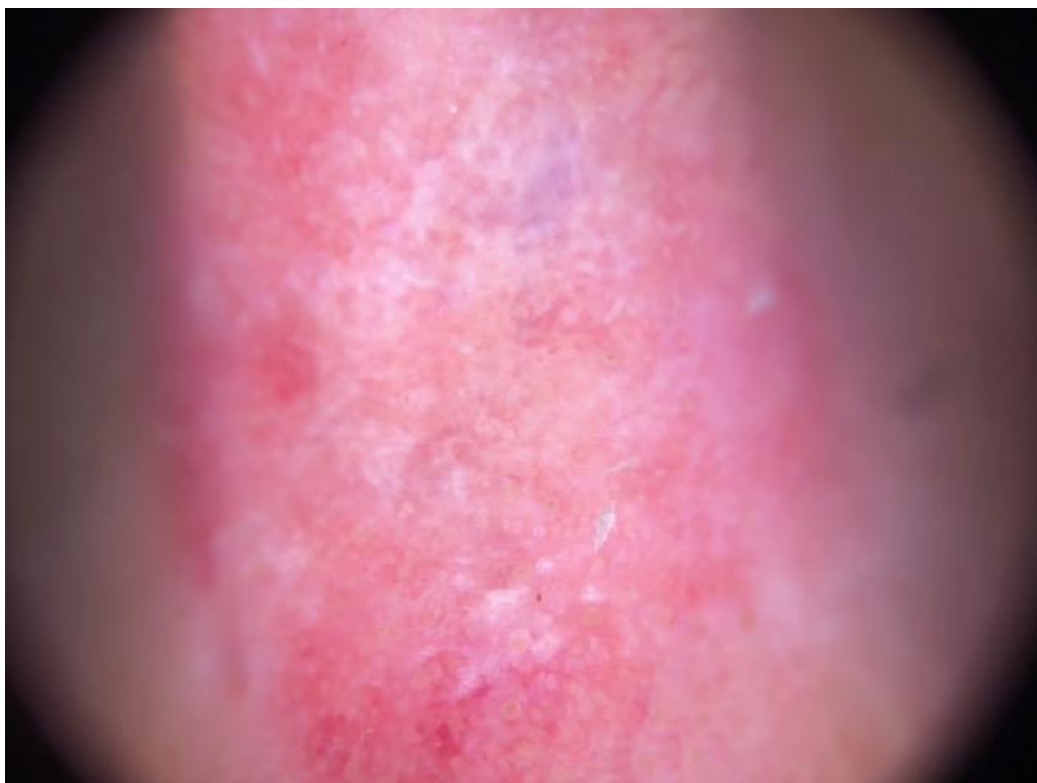
Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 3 i 4



Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 5 i 6



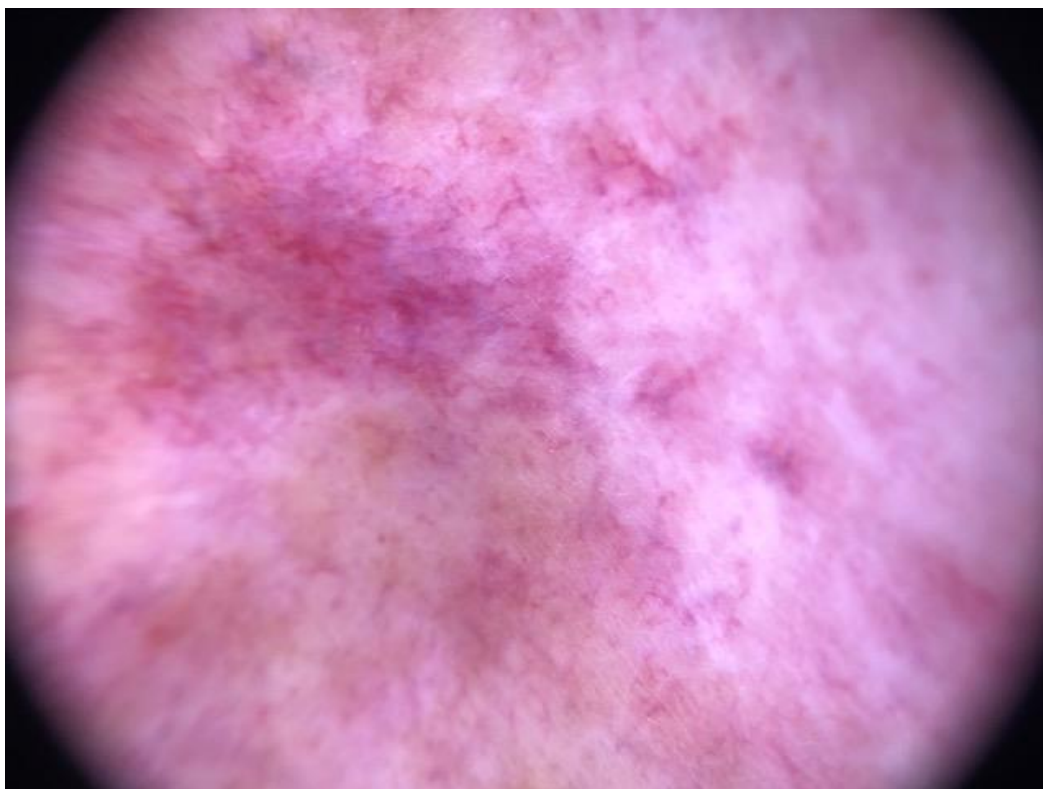
Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 7 i 8



Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 9 i 10



Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 11 i 12

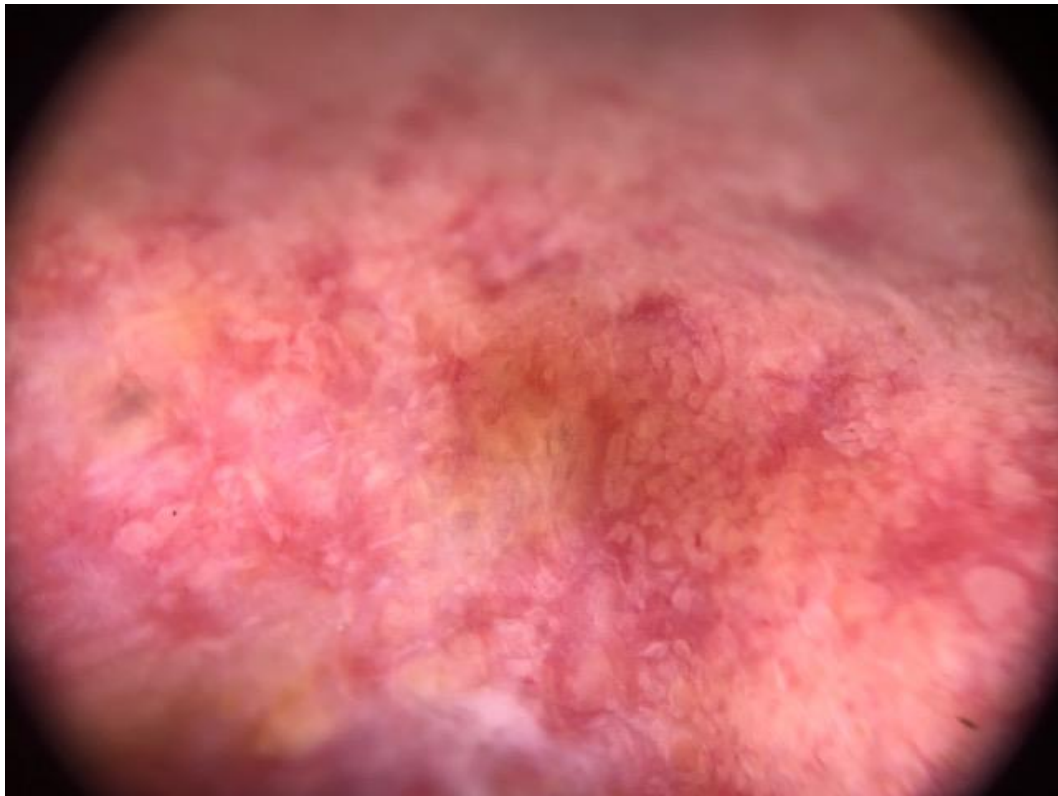




Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografie 13 i 14

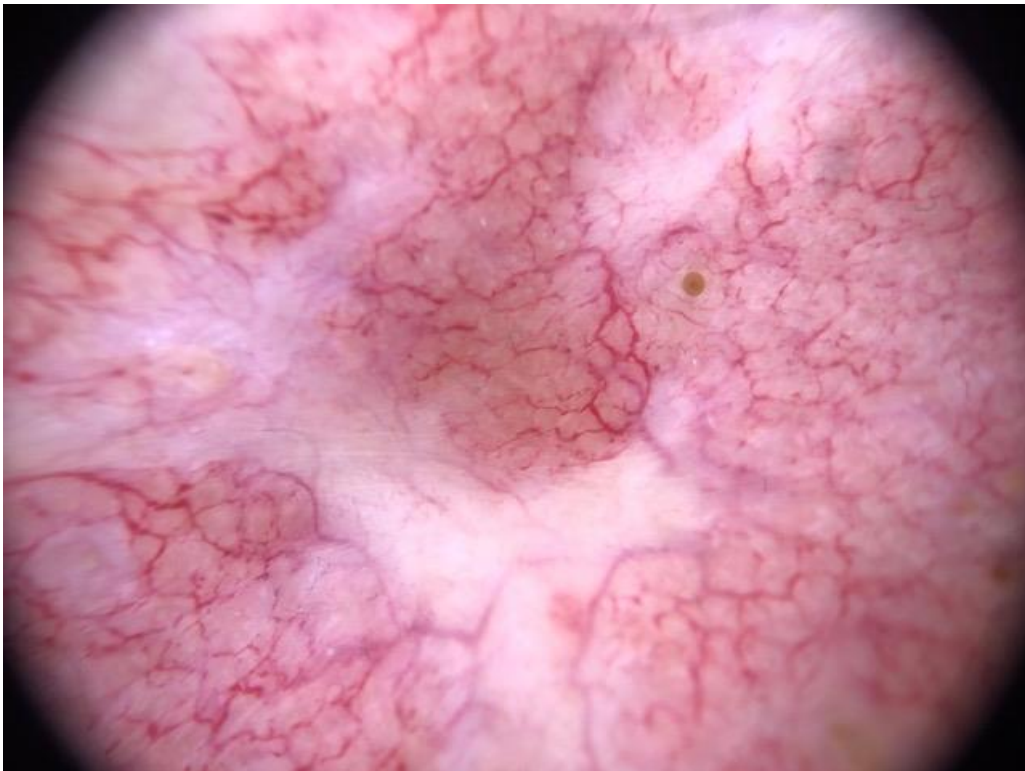


Toczeń rumieniowaty na twarzy: fotografia 15

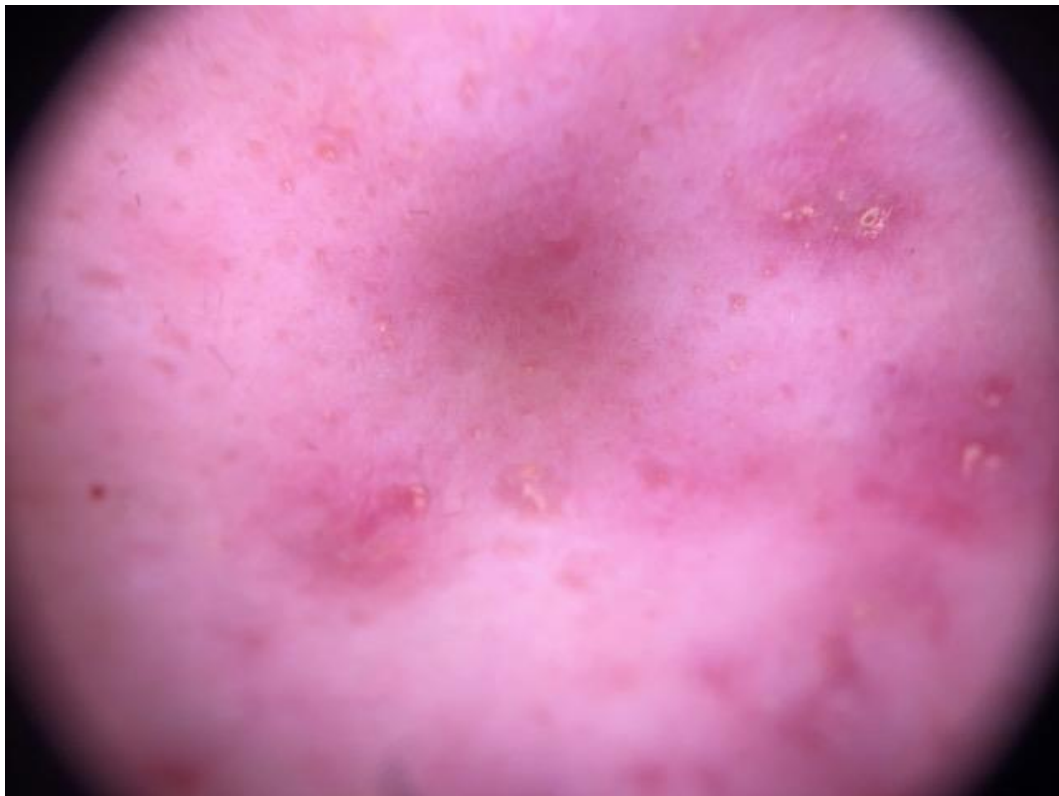


## 18.7. Trądzik zwyczajny

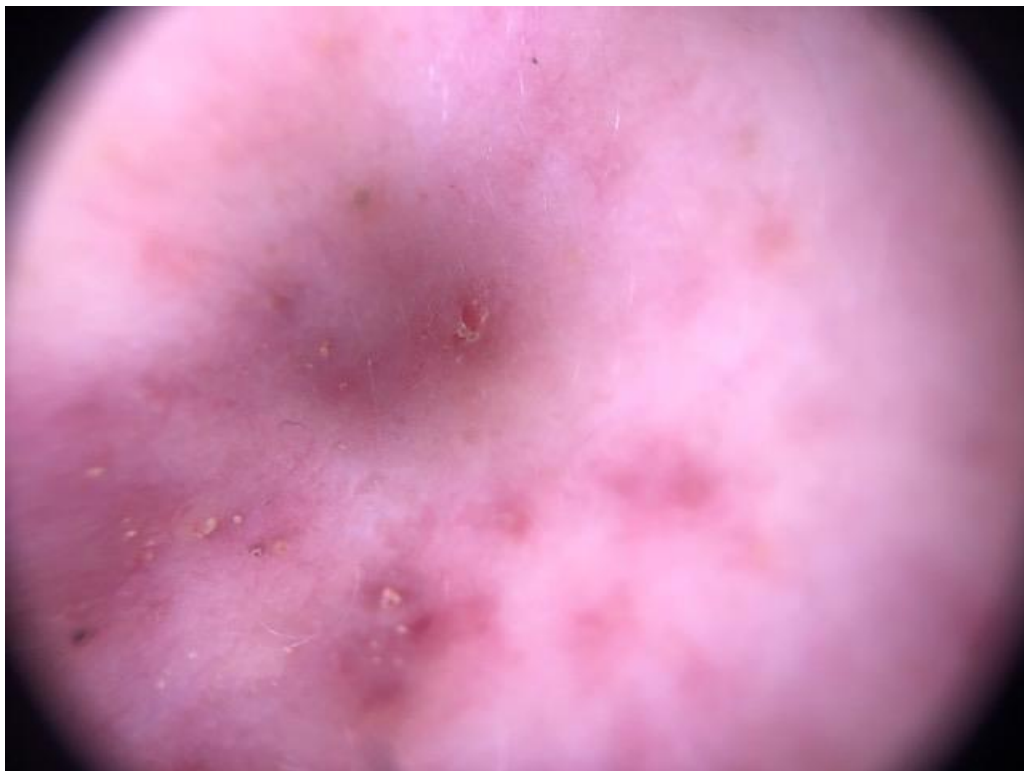
Trądzik zwyczajny: fotografie 1 i 2



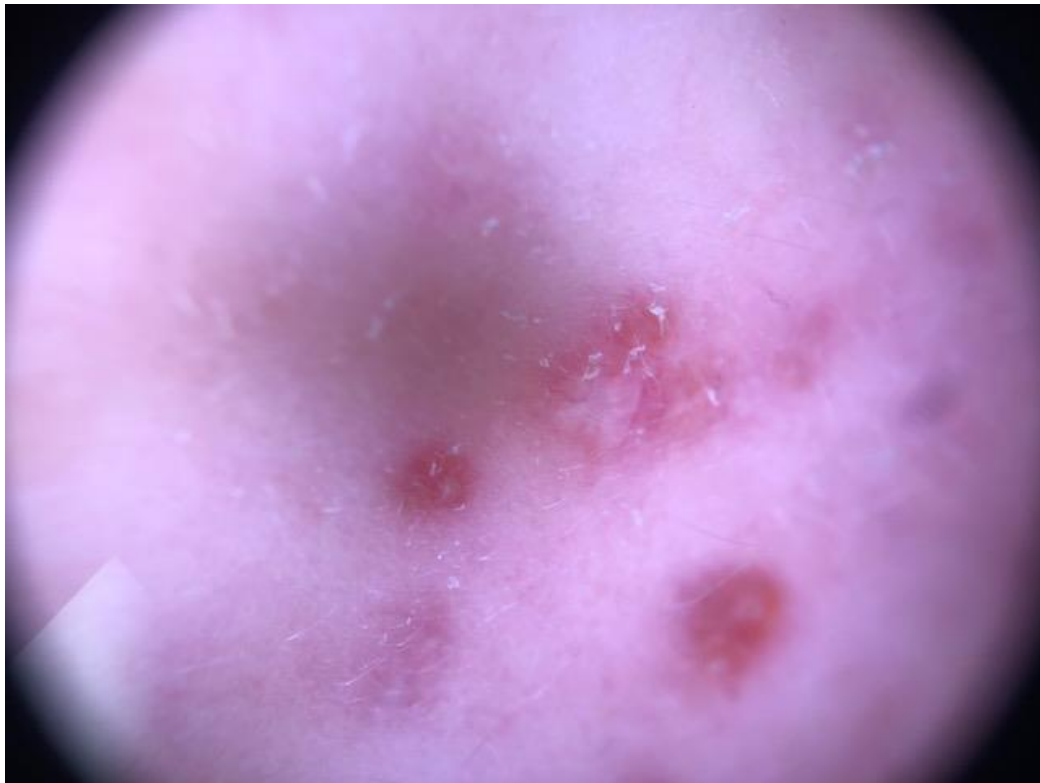
Trądzik zwyczajny: fotografie 3 i 4



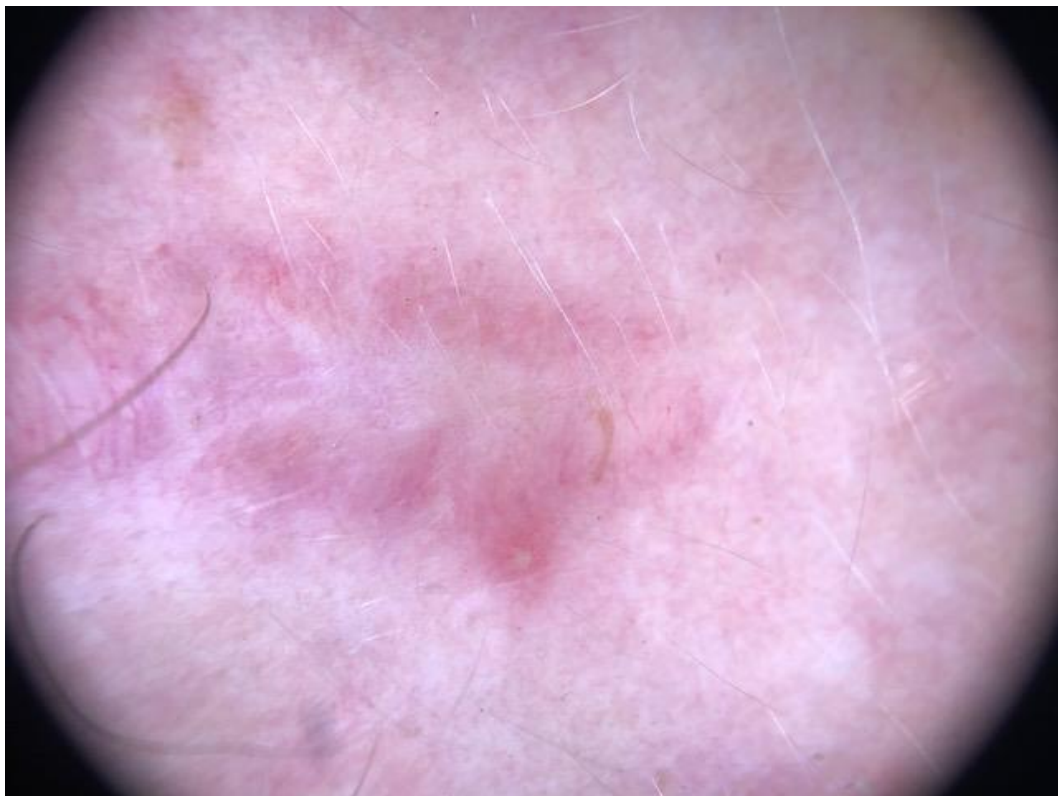
Trądzik zwyczajny: fotografie 5 i 6



Trądzik zwyczajny: fotografie 7 i 8



Trądzik zwyczajny: fotografie 9 i 10

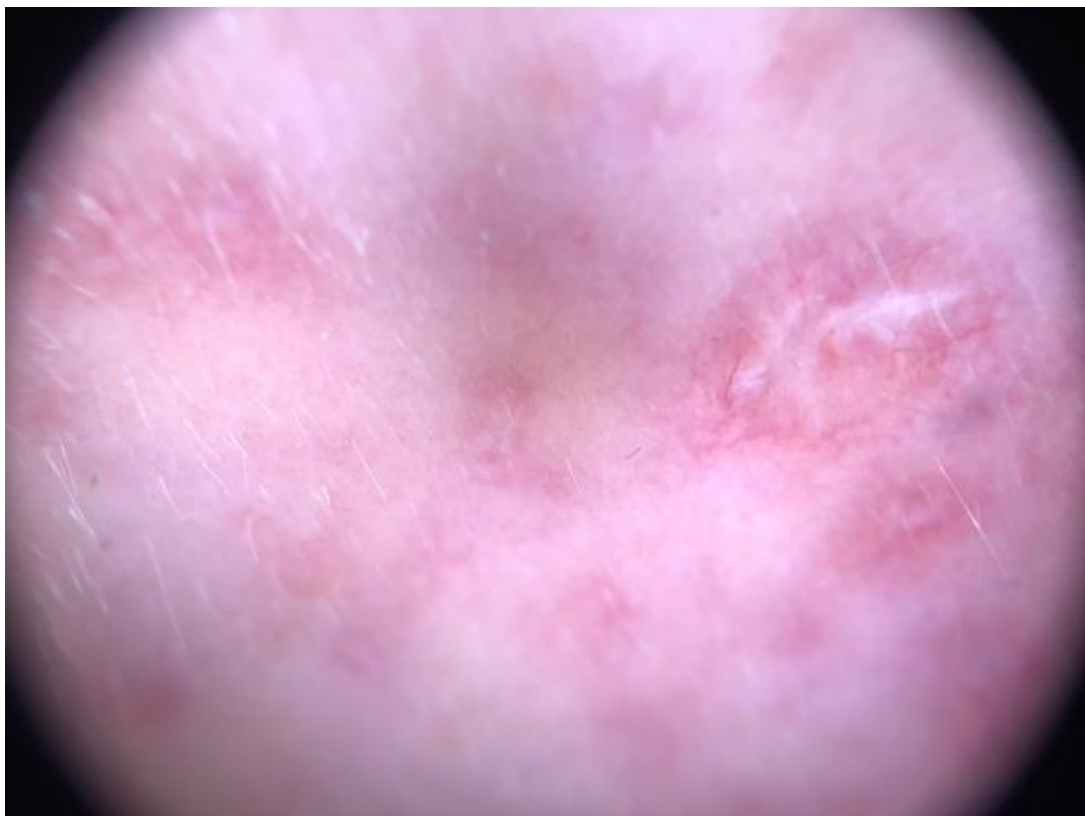


Trądzik zwyczajny: fotografie 11 i 12

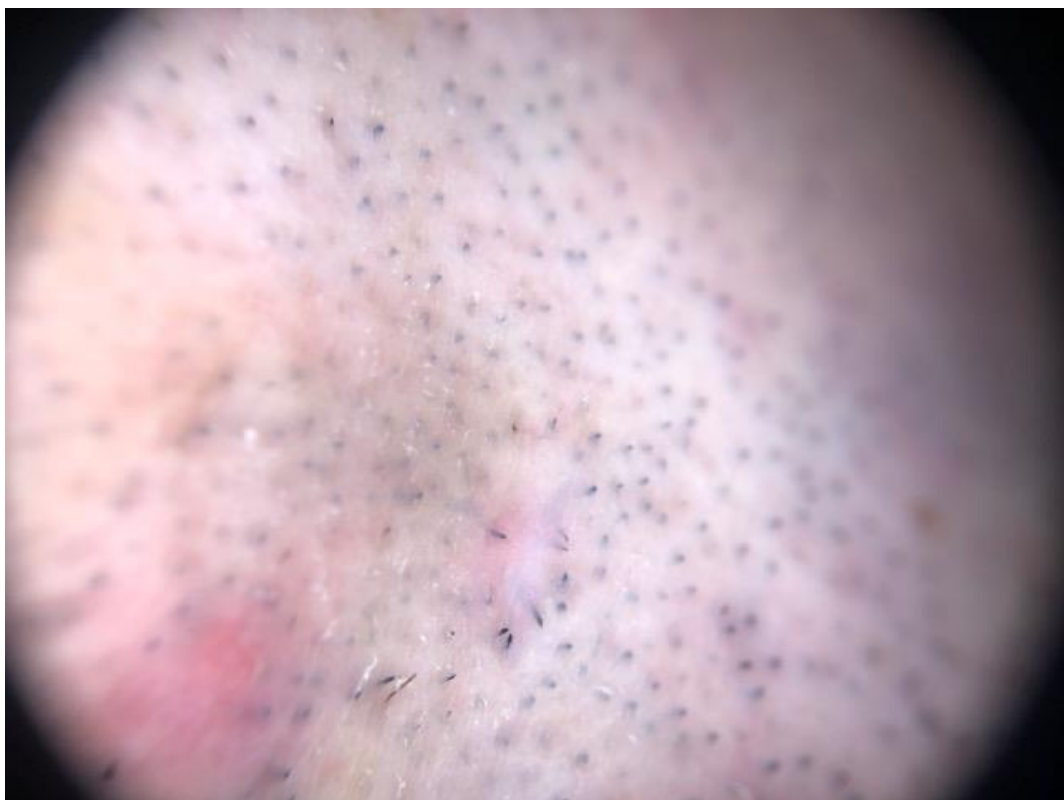




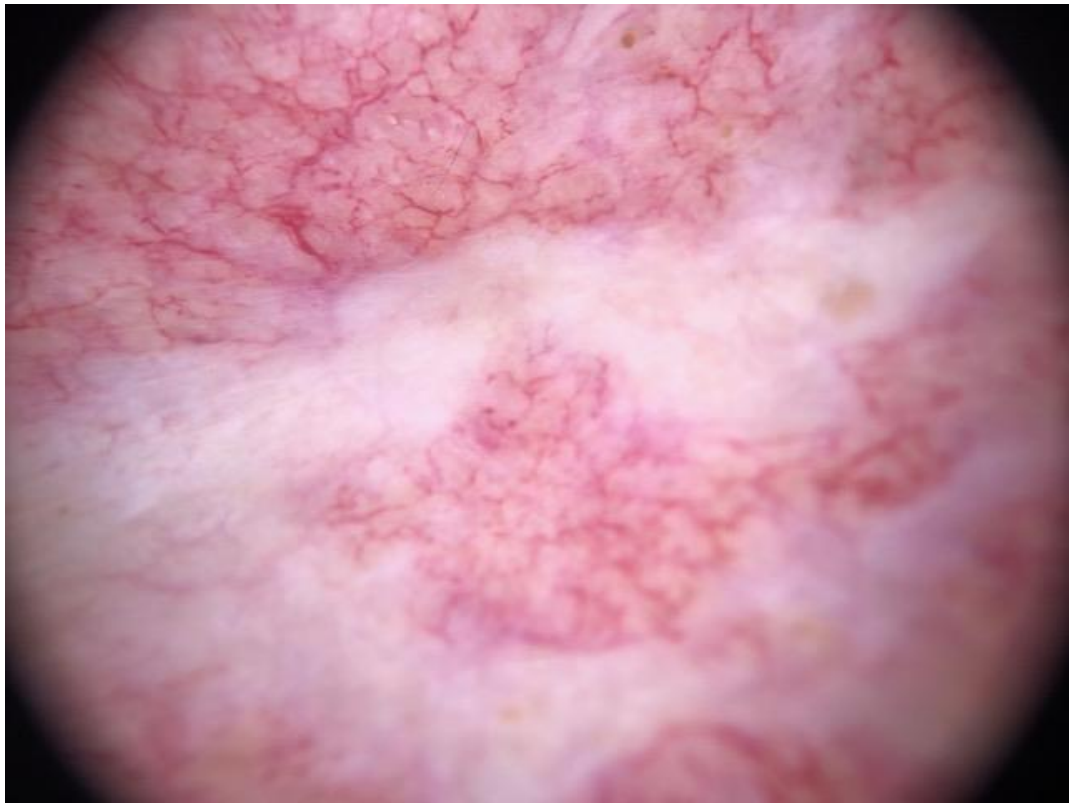
Trądzik zwyczajny: fotografie 13 i 14



Trądzik zwyczajny: fotografie 15 i 16



Trądzik zwyczajny: fotografie 17 i 18

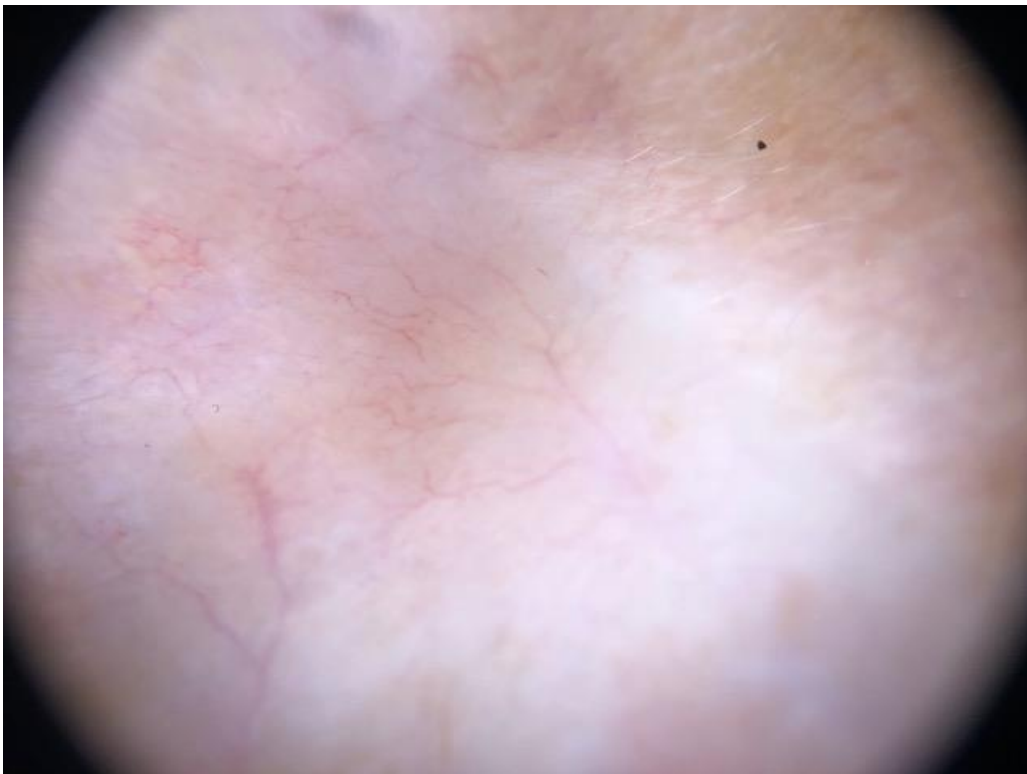
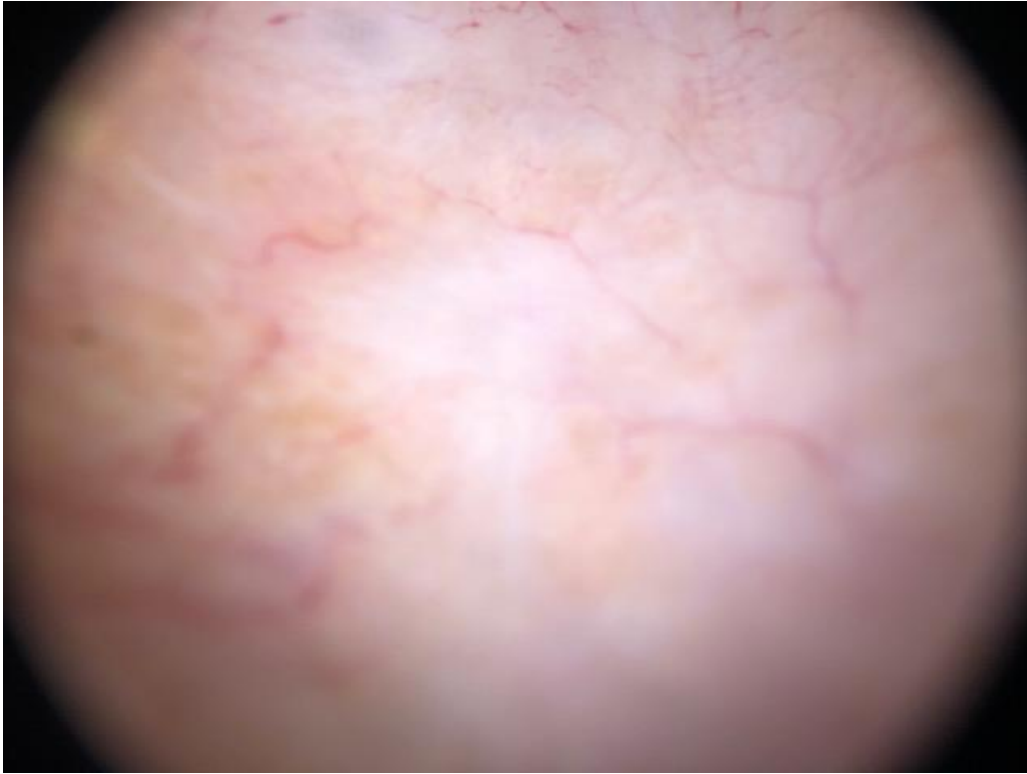


Trądzik zwyczajny: fotografie 19 i 20

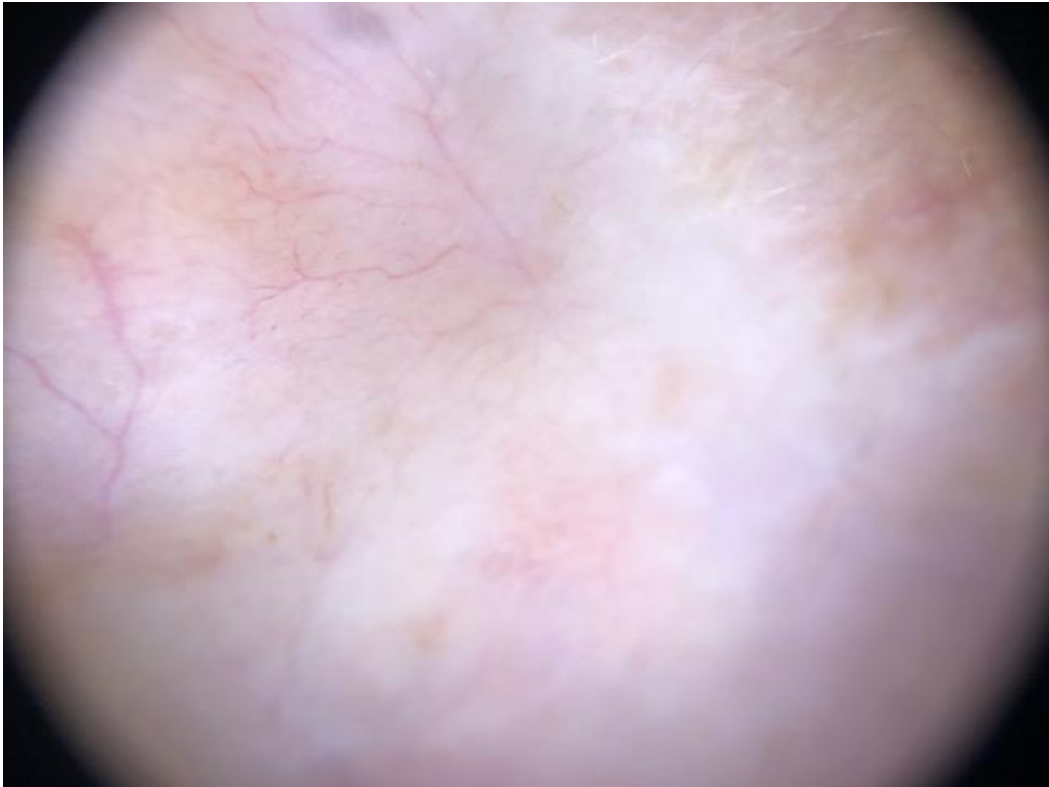


## 18.8. Piodermia zgorzelinowa

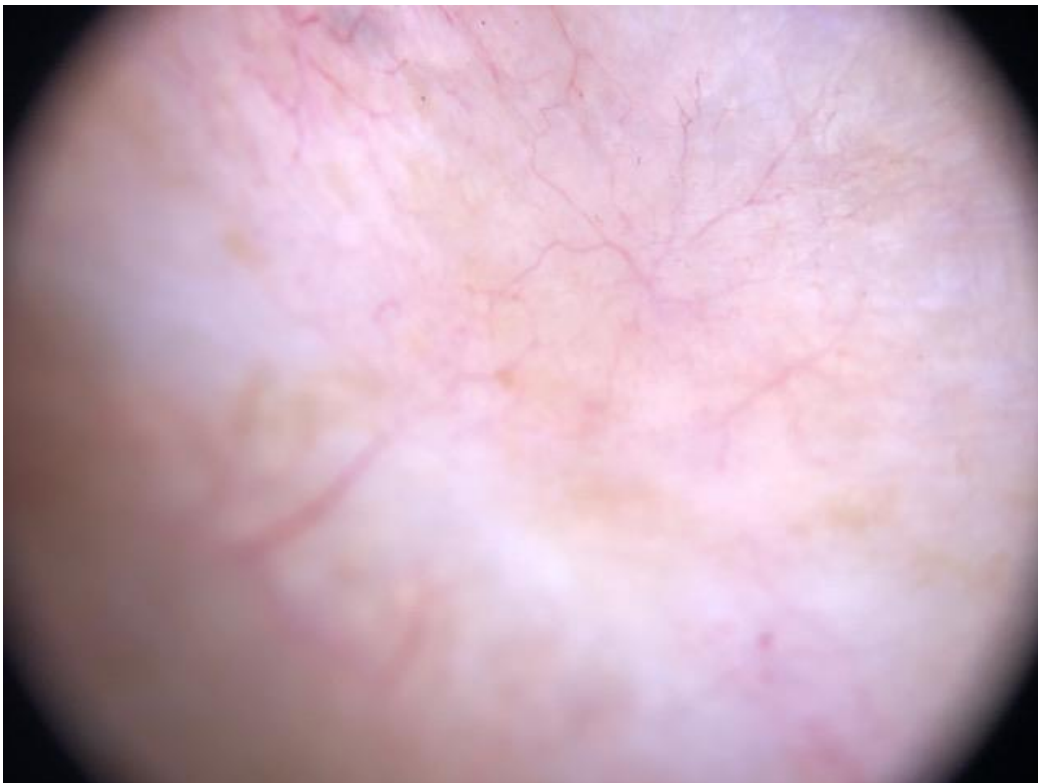
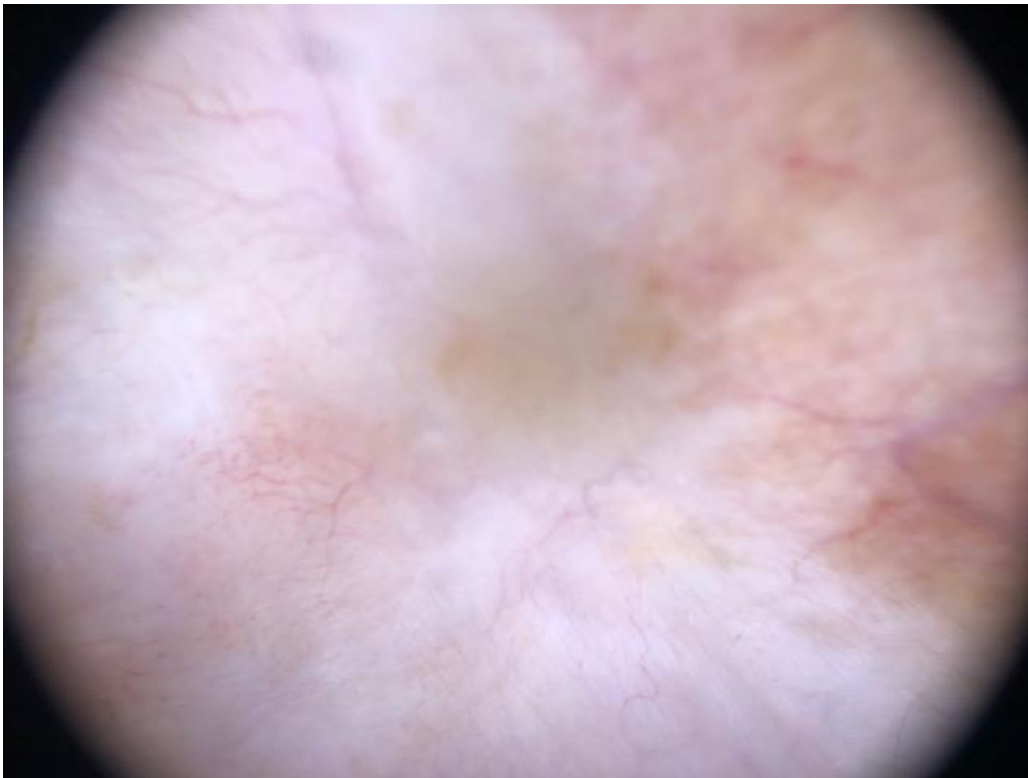
Piodermia zgorzelinowa: fotografie 1 i 2



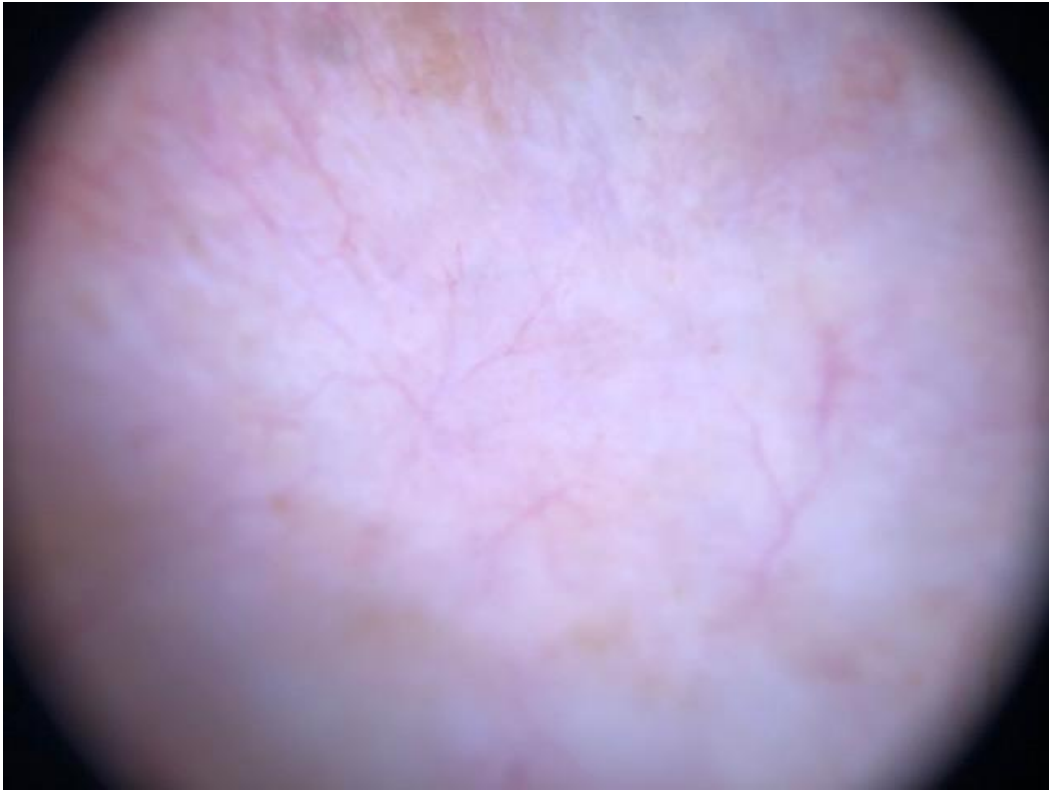
Piodermia zgorzelinowa: fotografie 3 i 4



Piodermia zgorzelinowa: fotografie 5 i 6



Piodermia zgorzelinowa: fotografia 7



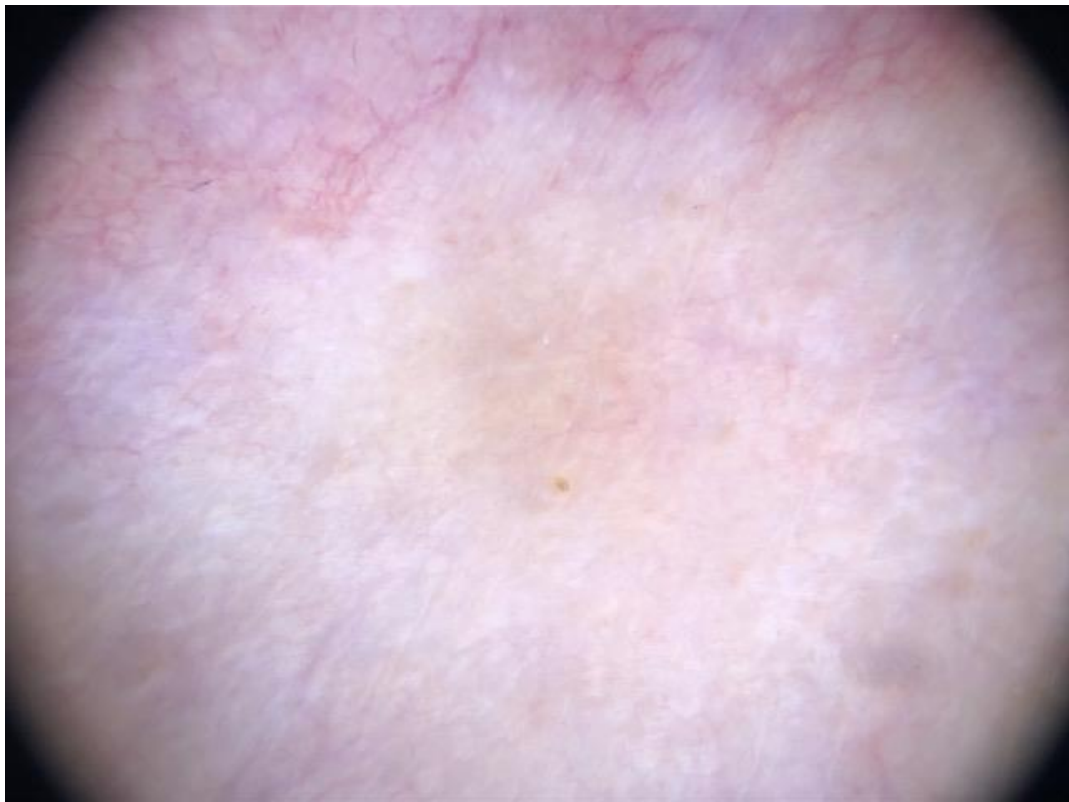


## 18.9. Twardzina ograniczona

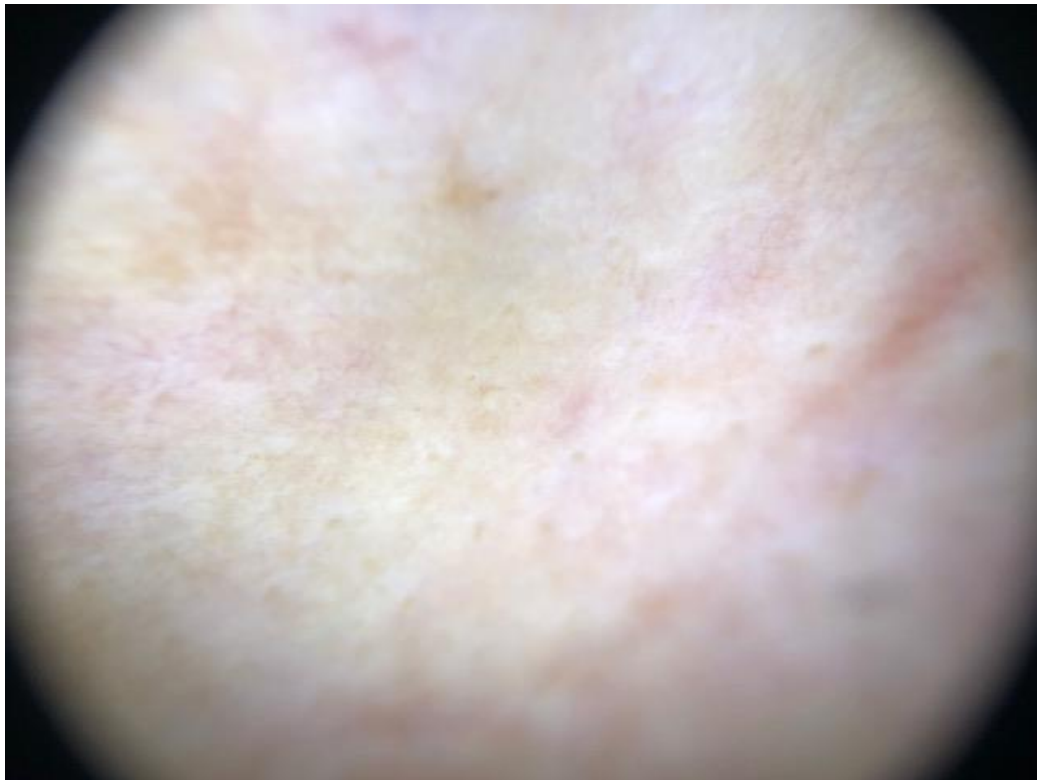
Twardzina ograniczona: fotografie 1 i 2



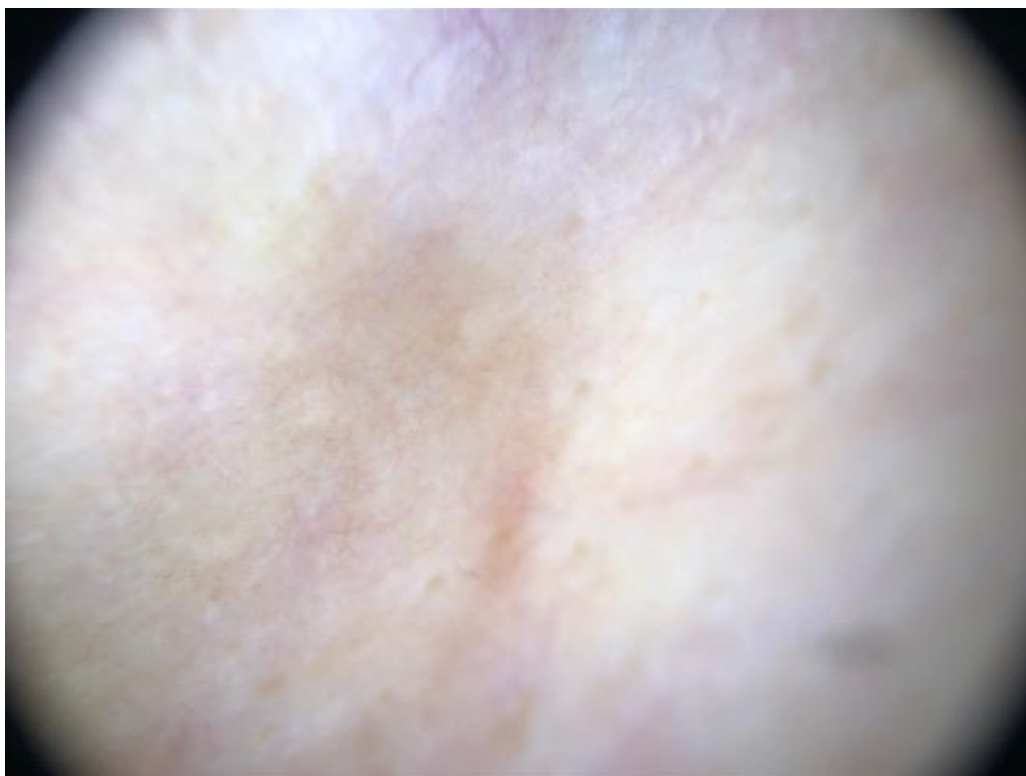
Twardzina ograniczona: fotografie 3 i 4



Twardzina ograniczona: fotografie 5 i 6



Twardzina ograniczona: fotografie 7 i 8

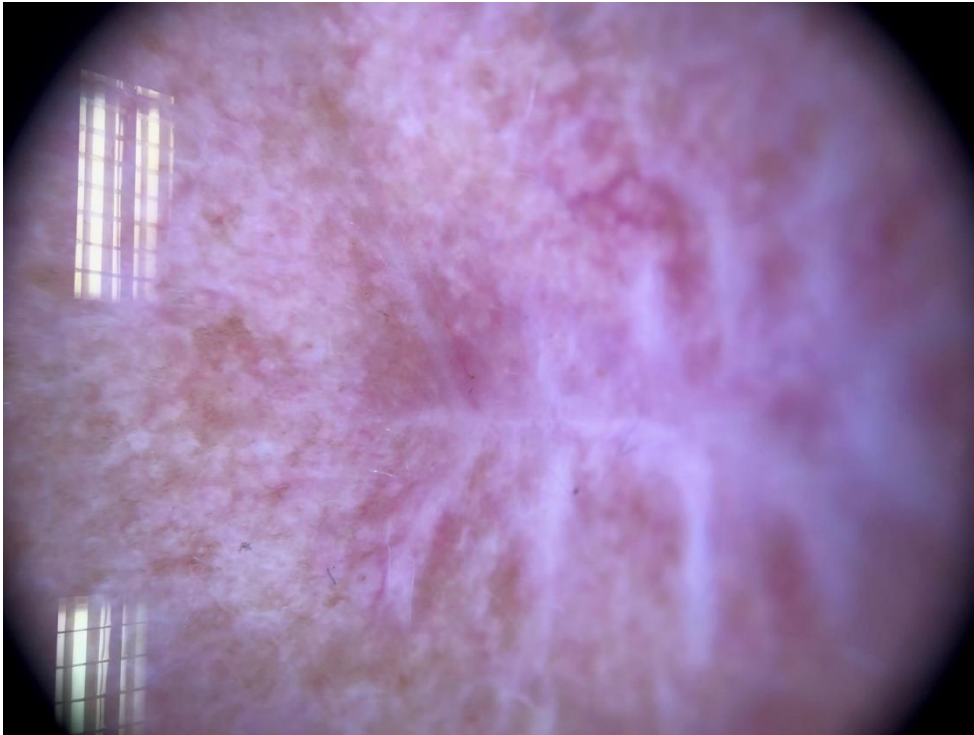


Twardzina ograniczona: fotografia 9

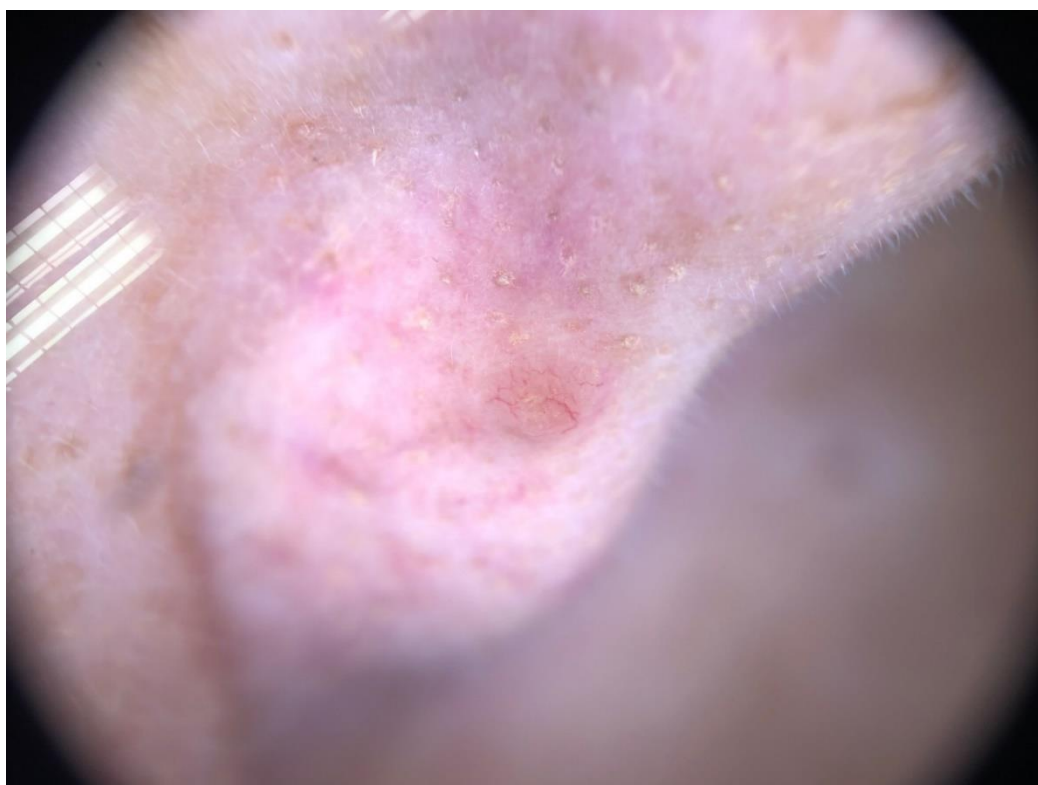
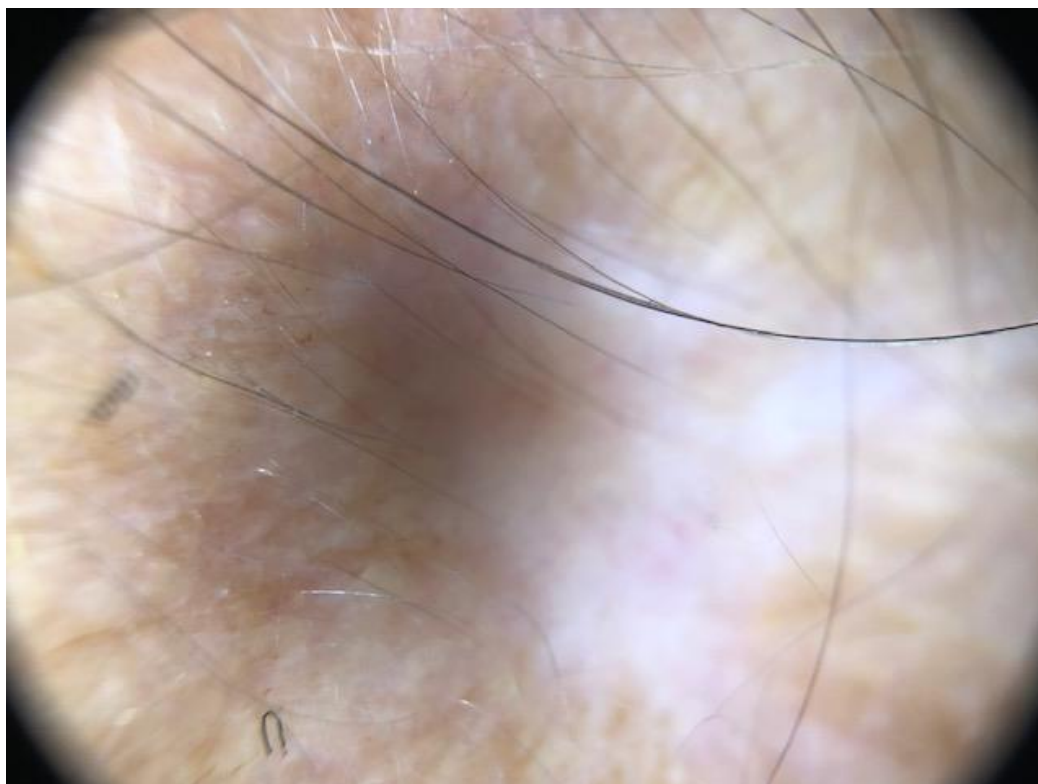


## 18.10. Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry

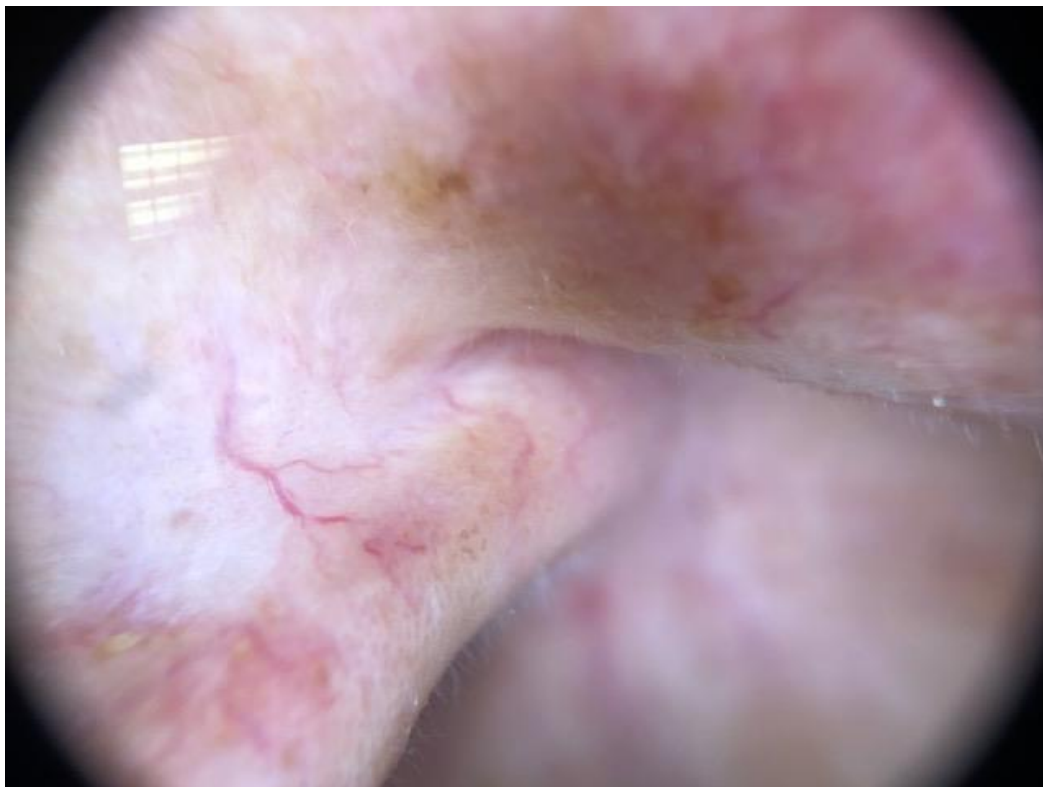
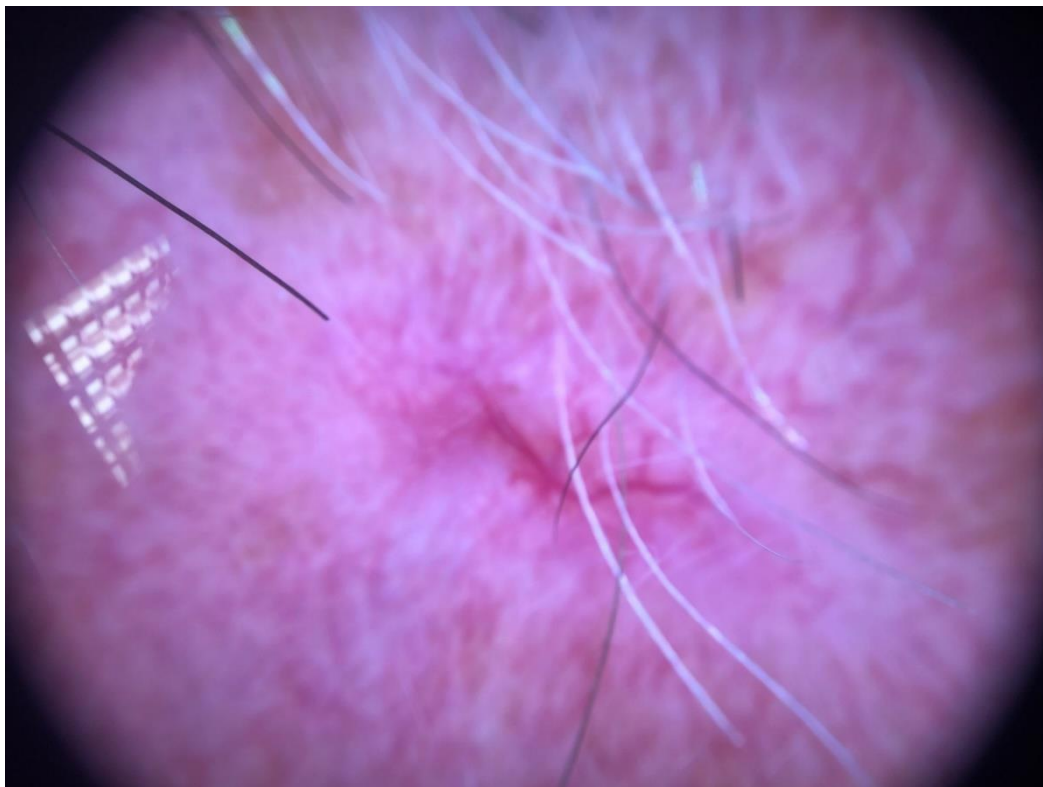
Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 1 i 2



Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 3 i 4



Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 5 i 6

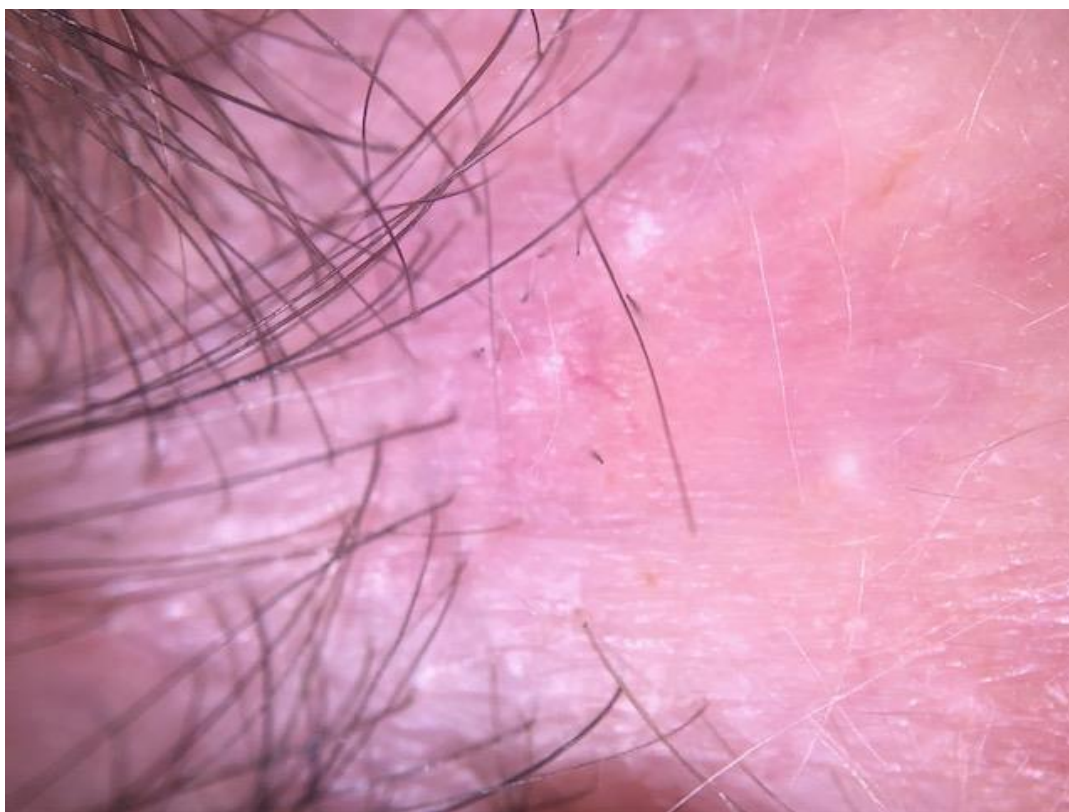




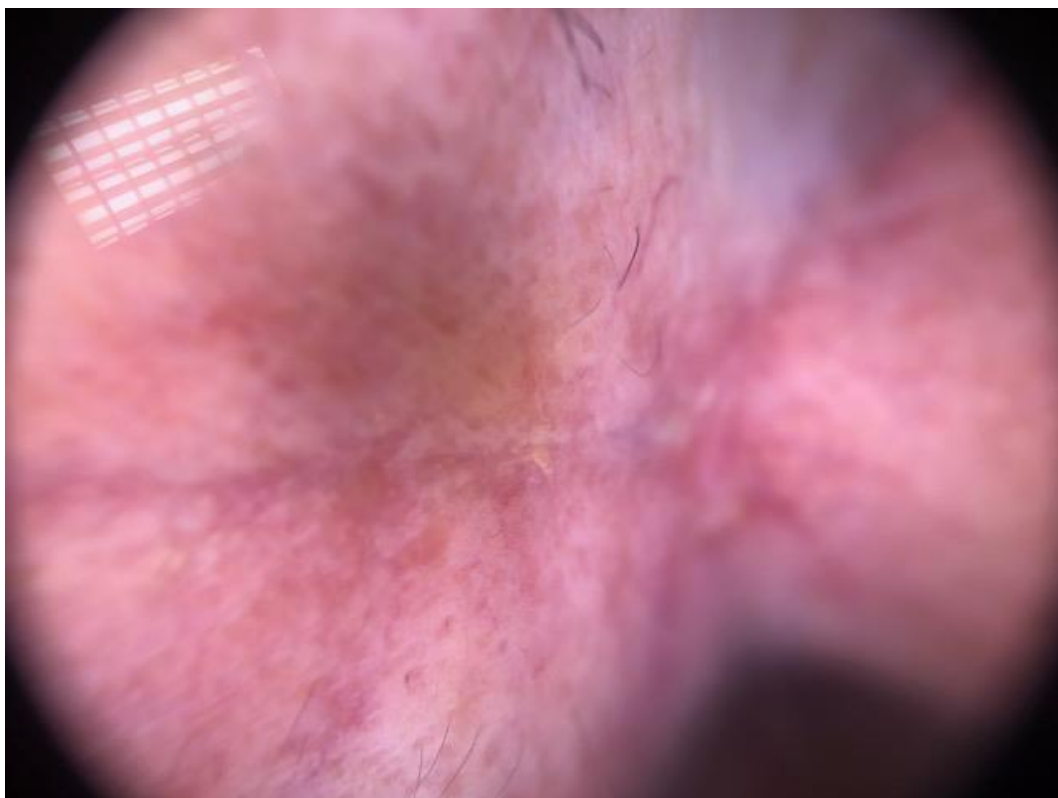
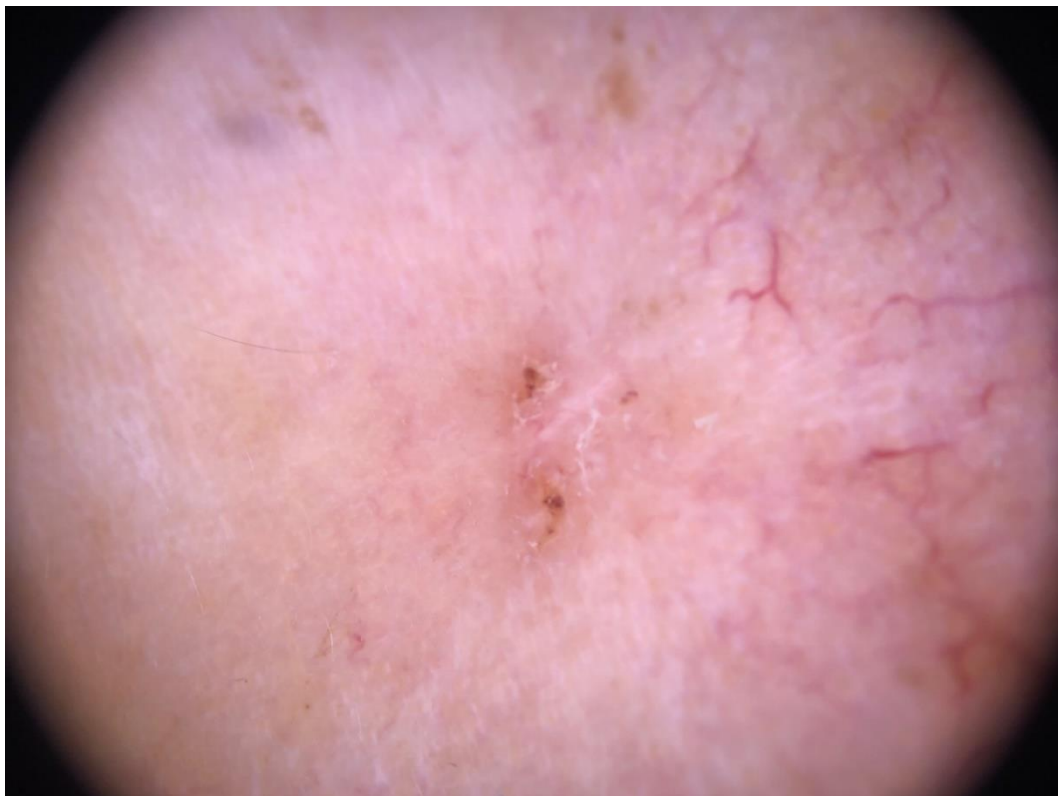
Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 7 i 8



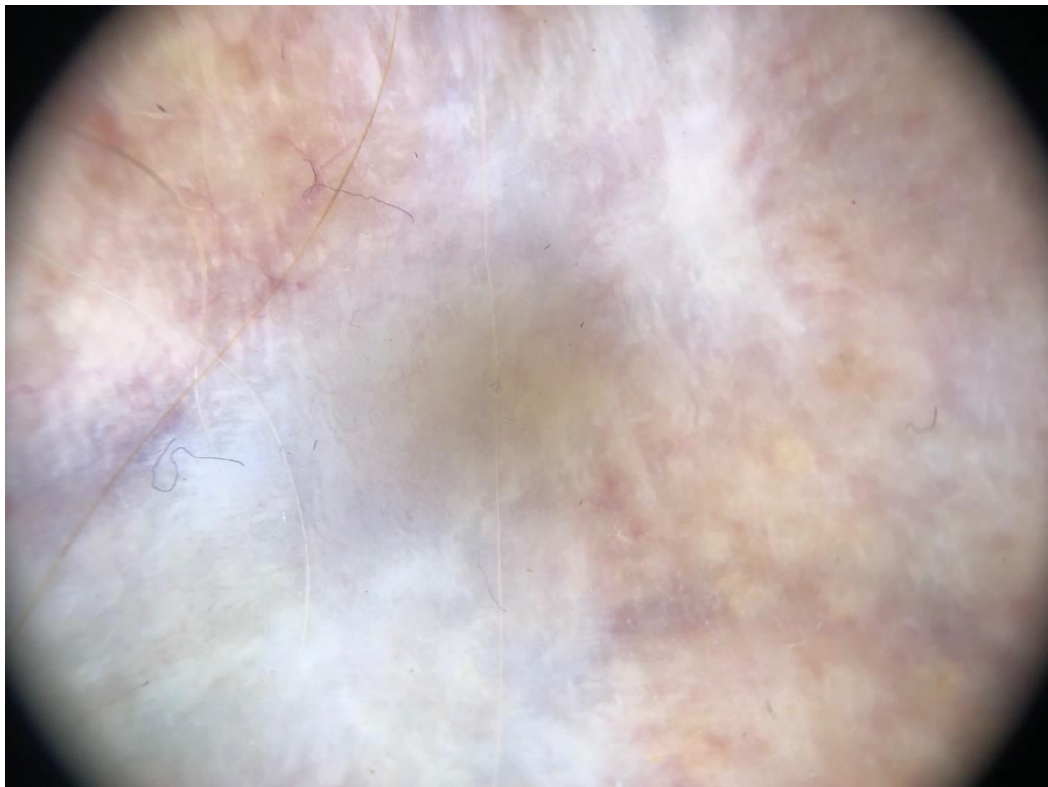
Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 9 i 10



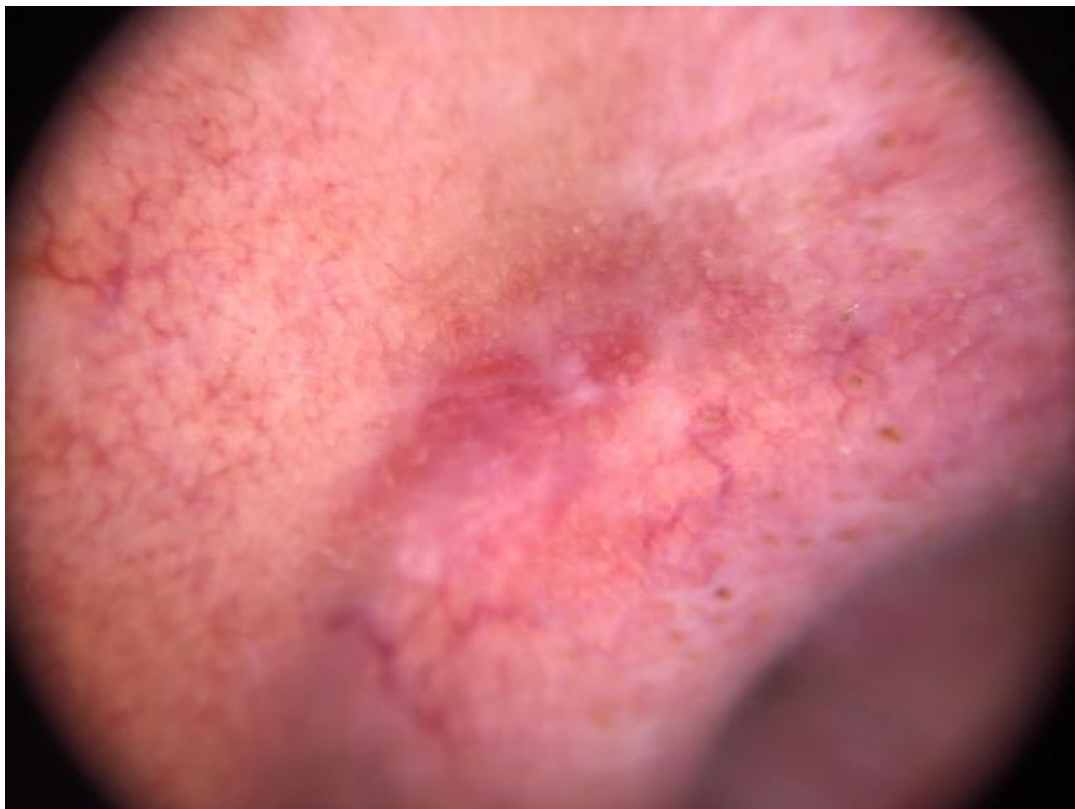
Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 11 i 12



Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 13 i 14



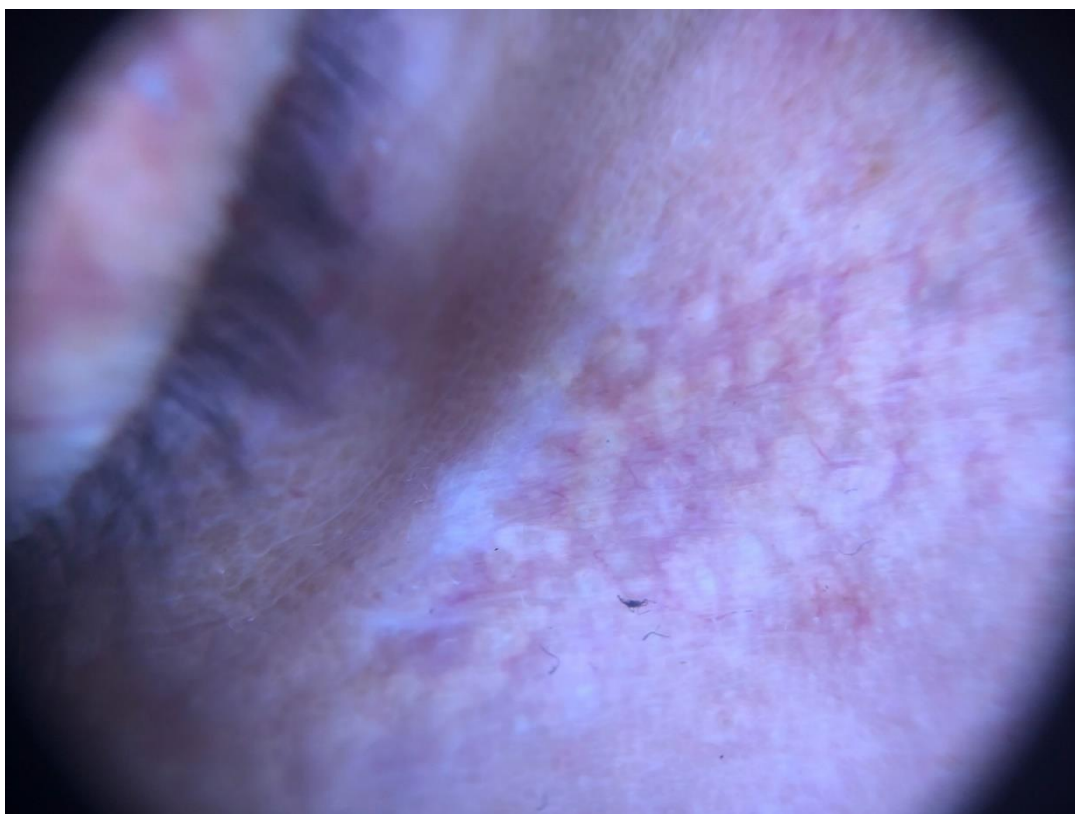
Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 15 i 16



Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 17 i 18



Blizny po usunięciu nieczerniakowych nowotworów skóry: fotografie 19 i 20



## 19. STRESZCZENIE

### 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.

## **20. 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 patter 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.

## 21. BIBLIOGRAFIA

- [1] Rosińczuk J., Szalonka K., Fugowska E., Sikora r.: Pomiar jakości życia osób z dysfunkcją narządu wzroku. *Kwartalnik Niepełnosprawność*, 2015, [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl);120-142.
- [2] Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol*, 2012,93(4);632-638.
- [3] Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych-systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011,46(1);25-31.
- [4] Ostiak W.: Funkcje kończyny dolnej, aktywność codzienna i jakość życia u chorych leczonych stabilizatorami zewnętrznymi. UM, Poznań, 2008; 4-18.
- [5] Kolman R.: Zespoły badawcze jakości życia „Problemy jakości”, nr 2, 2000 (32),2;2-5.
- [6] Skrzypek E., Czynniki kształtujące jakość życia. [Lublin.ind.org.pl](http://Lublin.ind.org.pl);1-9.
- [7] Owiński J.W., Tarchalski T.: Pomiar jakości życia. Uwagi na marginesie pewnego rankingu. Warszawa, 2008;59-95.
- [8] Sierakowska M., Matys A., Kosior A., Ołtarzewska B., Kita J., Sierakowski S., Krajewska-Kułak E.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 2006,44(6);298-303.
- [9] Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol*, 2008,89(4);467-470.
- [10] Stolarska M.: Problemy związane z badaniem jakości życia pacjentów onkologicznych. [www.psychologia.edu.pl](http://www.psychologia.edu.pl);1-7.
- [11] Frank R.G., Chaney J.M., Clay D.L. i wsp.: Dyshoria: amajornsymptom factor in persons with disability or chronic illness. *Psychiatry Res*, 1992,43(3);231-241.
- [12] Tobiasz-Adameczyk B.: Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka leczenia*, 1996 ,2(2),33-40.

- [13] Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health*, 2013,48(3)274-278.
- [14] Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia [w:] *Jakość życia związanego w naukach medycznych*. Wołowicka L. (red).Wyd. Akademii Medycznej, Poznań, 2002;17-29.
- [15] Baranowska A., Krajewska-Kułak E., Szyszko-Perłowska A., Bielemuk A., Jankowiak B., Rozwadowska E.: Problem jakości życia w dermatologii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011
- [16] Drake L.A. Impact of onychomycosis quality of life. *J.Am.Med.Assoc.*, 1997,87,109-115.
- [17] Kulczyńska L., Sysa-Jędrzejowska A., Robak E.: Jakość życia chorych na układowy toczeń rumieniowaty, ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań. *Postępy Hig Med. Dosw. (online)*, 2007;61;472-477.
- [18] Kostyła M., Stecz P., Wrzesińska M.: Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatr. Pol. Online First*, 2017,79;1-13.
- [19] Balkrishnan R., McMichael A.J., Hu J.Y., Camacho F.T., Shew K.R., Bouloc A., Rapp S.R., Feldman S.R.: Wpływ oszpecających zmian skórnych w obrębie twarzy na jakość życia kobiet. *Dermatologica*, 2006;35;57-62.
- [20] Antończak P., Jurzak M., Adamczyk K., Garnarczyk A.: Wybrane molekularne aspekty procesu fibroproliferacyjnego w przebiegu keloidów. *Przegląd Dermatologiczny*, 2015,102;253-262.
- [21] Pastuszczak M., Jelonek I.: Leczenie blizn oparte na dowodach naukowych - praktyczny przewodnik terapii. *Dermatologia po dyplomie*, 2018,9.1;26-32.
- [22] Arendt J., Trybus M.: Gojenie się i leczenie ran. W: *Chirurgia*. Noszczyk W. (red.), 2005,T.1;380-381.
- [23] Cosman B., Crielair G.F., Ju D., et al.: The surgical treatment of keloids. *Plast Reconstr Surg*, 1961,27;335-358.



- [24] Broniarczyk-Dyła G., Urysiak I., Wawrzycka-Kaflik A.: Keloidy i blizny przeroste. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 2006,23,5;234-238.
- [25] Witmanowski H., Lewandowski E., Zieliński T., Łuczowska M., Kruk-Jeromin J.: Blizny przerostowe i keloidy. Część I. Patogeneza i patomechanizm powstawania. *Post. Dermatol. Alergol*, 2008,25,3;107-115.
- [26] Placek. W.: *Dermatologia Estetyczna*. Poznań, 2016;233-246,247-249,337-340,345-347,349-350.
- [27] Murray J.: Keloids and hypertrophic scars. *Clin Dermatol* 1994;12(1);27-37.
- [28] Wolff K., Johnson R.A., Saavedra A.P.: Redakcja naukowa wydania polskiego Krasowska D. Fitzpatrick: Atlas i Zarys Dermatologii Klinicznej. Tom I, Lublin, 2014;2-7,7-11,111-114,216-226,226-232.
- [29] Murray J.: Scars and keloids. *Dermatol Clin* 1993;11(4);697-708.
- [30] Betarbet U., Blalock T.W: Keloids: A.: Review of Etiology, Prevention, and Treatment. *J Clin Aesthet Dermatol*.2020;13(2);33-43.
- [31] Kowalska-Olędzka E., Rakowska A., Słowińska M., Rudnicka L.: Pierwotne łysienie bliznowaciejące. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012,99;241-251.
- [32] Concha J.S.S., Werth V.P.: Alopecias in lupus erythematosus. *Lupus SciMed*, 2018;5(1):e000291.
- [33] Kalińska-Bienias A., Foroniewicz B., Bienias P., Kowalewski C.: Wybrane nowe aspekty patogenezy tocznia rumieniowatego-spojrzenie interdyscyplinarne. *Przegląd Dermatologiczny*, 2016,103;345-353.
- [34] Lerman I., Agnihotri R., Scott G.A., Richardson Ch.T.: An atypical clinical presentation of alopecia in 2 patients with systemic lupus erythematosus. *J ADD Case Rep*, 2019,Nov,5(11);953-956.
- [35] Bolduc Ch., Sperling L.C., Shapiro J.: Primary cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol*, 2016 Dec;75(6);1081-1099.
- [36] Wolff K., Johnson R.A., Saavedra A.,P.: Redakcja naukowa wydania polskiego Krasowska D.: Fitzpatrick Atlas i Zarys Dermatologii Klinicznej .Tom III, Lublin, 2014;742-748.

- [37] Iorizzo M., Tosti A.: Frontal Fibrosin Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2019 Jun;20(3);379-390.
- [38] Ho A., Shapiro J.: Medical therapy for frontal fibrosing alopecia: A review and clinical approach. *J Am Acad Dermatol*, 2019 Aug ;81(2);568-580.
- [39] Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M.: Redakcja naukowa wydania polskiego: Gliński W., Czarnecka-Operacz M., Krasowska D., Serwin A., Wolska H.: *Braun-Falco Dermatologia*, Tom I,547-552.
- [40] Fabris M.R., Melo C.P., Melo D.F.: Folliculitis decalvans: the use of dermoscopy as an auxiliary tool in clinical diagnosis .*An Bras Dermatol*, 2013,88(5);814-816.
- [41] Egger A., Stojadinovic O., Miteva M.: Folliculitis Decalvans and Lichen Planopilaris Phenotypic Spectrum - A Series of 7 New Cases With Focus on Histopathology. *Am J Dermatopatol*, 2020 Mar;42(3);173-177.
- [42] Szepietowski J., Pacan P., Reich A, Grzesiak M.: *Psychodermatologia*. Wrocław, 2015;88-98.
- [43] Szepietowski J., Salomon J.: Trichotilomania. *Przegląd Dermatologiczny*, 2009,96;104-106.
- [44] Makowska I.: Trichotilomania u dzieci i młodzieży. *Dermatologia po dyplomie*, 2020;42-46.
- [45] Little A.J., Vesely M.D: Cutaneous Lupus Erythematosus: Current and Future Pathogenesis-Directed Therapies. *Yale J Biol Med*, 2020 Mar;93(1);81-95.
- [46] Udompanich S., Chanprapaph K., Suchonwanit P.: Hair and Scalp Changes in Cutaneous and Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Clin Dermatol*, 2018 Oct;19(5);679-694.
- [47] Wolff K., Johnson R.A.,Saavedra A.P.: Redakcja naukowa wydania polskiego Krasowska D. Fitzpatrick: *Atlas i Zarys Dermatologii Klinicznej*. Tom II, Lublin, 2014,314-324,328-336.
- [48] Wolska-Gawron K., Michalska-Jakubus M., Krasowska D.: Twardzina ograniczona - aktualne metody terapeutyczne. *Przegląd Dermatologiczny*, 2017,104;606-618.

- [49] Krasowska D., Rudnicka L., Dańczak -Pazdrowska A., Chodorowska G., Woźniacka A., Lis-Święty A., Czuwara J., Maj J., Majewski S., Sysa-Jędrzejowska A., Wojas-Pelc A.: Localized scleroderma (morphea). Diagnostic and therapeutic recommendation of the Polish Dermatological Society. *Przegląd Dermatologiczny*, 2019,106;333-353.
- [50] Swetank, Adil M.: Przypadek współwystępowania postępującego połowiczego zaniku twarzy i twardziny en coup de sabre. *Przegląd Dermatologiczny*, 2018,105;95-98.
- [51] Kunzler E., Florez-Pollack, Teske N., O'Brien J., Prasad S., Jacobe H.: Linear morphea: Clinical characteristics, disease course, and treatment of the Morphea in Adults and Children cohort. *J Am Acad Dermatol*, 2019 Jun;80(6);1664-1670.
- [52] Szczęch J., Samotij D., Jaworecka K., Tobiasz A., Raich A.: Quality of Life with Morphea: A Cross-Sectional Study and Review of the Current Literature. *Biomed Res Int*, 2020 Mar,13;2020;1-8.
- [53] Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M.: Redakcja naukowa wydania polskiego: Gliński W., Czarnecka-Operacz M., Krasowska D., Serwin A., Wolska H.: *Braun-Falco Dermatologia*, Tom II;725-736,1019-1032,1032-1037,917-919.
- [54] Jabłońska S., Majewski S.: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Warszawa, 2008;284-300,326-327.
- [55] Powell F.C., Daniel Su W.P., Perr H.O.: *Piodermia zgorzelinowa: klasyfikacja i leczenie*. Warszawa, 1996;106.
- [56] Lis-Święty A., Brzezińska-Wcisło L., Berger-Czop B., Wcisło-Dziadecka D.: Piodermia zgorzelinowa i zespół Sweeta - opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012;99,20-25.
- [57] Kapuśniak A., Czachor A., Wąsik G.: Pyoderma gangrenosum - an interdisciplinary approach to the disease. *Medical Science Pulse*, 2018,12,4;61-64.
- [58] Kapuśniak A., Czachor A., Wąsik G.: Piodermia zgorzelinowa współistniejąca z zespołem mieloproliferacyjnym. *Przegląd Dermatologiczny*, 2020,107;44-51.

- [59] Kowalska H., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A.: Rola diety w etiopatogenezie trądziku. *Przegląd Dermatologiczny*, 2018;105;51-62.
- [60] Szepietowski J., Kapińska-Mrowiecka M., Kaszuba A., Langner A., Placek W., Wolska H., Matusiak Ł.: Trądzik zwyczajny: patogenezę i leczenie. Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012;99;649-673.
- [61] Williams H.C., Dellavalle R.P., Garner S.: Acne vulgaris. *Lancet*, 2012 Jan 28;79(9813);361-372.
- [62] Brown S.K., Shalita A.R.: Acne vulgaris: *Lancet*, 1998 Jun 20;351(9110);1871-1876.
- [63] Ptak B., Batycka-Baran A.: Miejscowa antybiotykoterapia w leczeniu trądziku zwyczajnego. *Dermatologia po dyplomie*, 2018;9,5;36-40.
- [64] Wolska H.: Miejscowe leczenie trądziku. *Dermatologia i kosmetologia, Supplement*, 2017;1-4.
- [65] Kuchciak-Brancewicz M.: Zastosowanie miejscowych preparatów złożonych w leczeniu trądziku. *Aesthetica*, 2018, Reprint,3-10.
- [66] Placek W., Romańska-Gocka K., Grzanka A.: Leczenie miejscowe trądziku. *Przegląd Dermatologiczny*, 2011;98,442-448.
- [67] Harper J.C.: An update on the pathogenesis and management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*, 2004 Jul;51(1 suppl);36-38.
- [68] Harper J.C.: Acne inversis: What's new in our 40th year. *J Am Acad Dermatol*, 2020 Feb;82(2):526-527.
- [69] Gollnick H.P.M., Dreno B.: Pathophysiology and management of acne. *J Eur Acad Dermatol venered*, 2015 Jun;29 suppl 4;1-2.
- [70] Nast. A., Dreno B., Bukovic Mokos Z., Degitz K., Dressler C., Finlay A.Y., Haedersdal M., Lambert J., Layton A., Lomholt H.B., Lopez-Estebarez J.L., Ochsendorf F., Oprica C., Rosumeck S., Simonart T., Werner R.N., Gollnick H.: Europejskie wytyczne leczenia trądziku oparte na faktach (S3) - aktualizacja z 2016 roku - wersja skrócona. *Dermatologia i kosmetologia*, 2016;3,43;8-19.

- [71] Wołosik K., Knaś M., Wacewicz M., Dmuchowska P.: Skuteczność terapii skojarzonej w redukcji blizn potrądzikowych - opis przypadków. *Przegląd Dermatologiczny*, 2013,100;102-109.
- [72] Sworowska J., Welc N., Jałowska M., Adamski Z.: Metody stosowane w leczeniu blizn potrądzikowych. *Dermatol Praktyczna* 6.2019.
- [73] Connolly D., Vu H., Mariwalla K., Saedi N.: Acne Scarring-Pathogenesis, Evaluation and treatment Options. *J Clin Aesthet Dermatol*.2017 Sep;10(9);12-23.
- [74] Fabbrocini G., Annunziata M.C., D'Arco V., De Vita V., Lodi G., Mauriello M.C, Pastore F., Monfrecola G.: Acne Scars:Pathogenesis, Classification and Treatment. *Dermatol Res Pract*.2010::893080. Published online 2010 Oct 14.
- [75] Shi Ch., Zhu J.,Yang D.: The pivotal role of inflammation in scar/kkeloid formation after acne. *Dermatoendocrinol*. 2018 Mar 13;9(1):e1448327.
- [76] Kozłowska D., Baran A.: Trudności leczenia trądziku piorunującego - opis przypadku. *Przegląd Dermatologiczny*, 2015:102,237-243.
- [77] Czernecka A.M., Batycka-Baran A.: Trądzik piorunujący z podejrzeniem bigoreksji - opis przypadku. *Przegląd Dermatologiczny*, 2020:107,63-68.
- [78] Nguyen C.M., Koo J., Cordoro K.M.: Psychodermatologic effects of atopic dermatitis and acne: a review on self-esteem and identity. *Pediatr Dermatol*, 2016
- [79] Lasek R.J., Chren M.M.: Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients, *Arch Dermatol* 1998,134(4);454-458.
- [80] Płużańska-Srebrzyńska K., Srebrzyński A.: Czy wszystkiemu winna jest latte? - Czyli skąd trądzik u dorosłych kobiet. *Dermatologia praktyczna*, 2020,2;5-9.
- [81] Lesiak A., Czuwara.J., Kamińska-Winciorek G., Kiprian D., Maj J., Owczrek W., Placek W., Rudnicka L., Rutkowski P., Sobjanek M., Sokołowska-Wojdyło M., Szepietowski J., Zegarska B., Zegarski W.: Rak podstawnokomórkowy skóry. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2019:106;107-126.
- [82] Lesiak A., Czuwara.J., Kamińska-Winciorek G., Kiprian D., Maj J., Owczrek W., Placek W., Rudnicka L., Rutkowski P., Sobjanek M., Sokołowska-Wojdyło M., Szepietowski J., Zegarska B., Zegarski W.: Rak kolczystokomórkowy skóry i rak

- z komórek Merkla. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2019;106;107-126.
- [83] Kaszuba A., Szepietowski J., Adamski Z.: *Dermatologia geriatryczna*. Tom III, Lublin, 2016;407-415.
- [84] Jassem J., Krzakowski M., Rutkowski P.: *Złośliwe nowotwory skóry. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Gdańsk, 2011.
- [85] Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M.: Redakcja naukowa wydania polskiego: Gliški W., Czarnecka-Operacz M., Krasowska D., Serwin B.A., Wolska H.: *Braun-Falco Dermatologia*. Tom III, Lublin 2011,1372-1382,1381-1398.
- [86] Sławińska M., Sikorska M., Biernat W., Nowicki R.j., Sobjanek M.: Przydatność dermatoskopii we wczesnej diagnostyce raka podstawnokomórkowego skóry o umiejscowieniu akralnym u pacjentów z zespołem Gorlina-Goltza. *Przegląd Dermatologiczny*, 2018;105;87-90.
- [87] Żychowska M., Batycka-Baran A., Baran W., Maj J.: Rozległe łysienie bliznowaciejące jako rzadkie działanie niepożądane erlotynibu - opis przypadku. *Przegląd Dermatologiczny*, 2016;103;371-375.
- [88] Heisig M., Reich A.: Psychosocial aspect of rosacea with a Focus on anxiety and depression. *Clinical, Cosmetics and Investigational Dermatology*, 2018 :11;103-107.
- [89] Kaszuba A., Szepietowski J., Adamski Z.: *Dermatologia Geriatryczna*. Tom II, 2016, Lublin,207-224.
- [90] Placek W., Wolska H.: Trądzik różowaty - aktualne poglądy na etiopatogenezę i leczenie. *Przegląd Dermatologiczny*, 2016 :103;387-399.
- [91] Salomon C.G., Zuuren E.J.: Rosacea: *N Eng J Med*, 2017 Nov 2;377(18);1754-1764.
- [92] Baldwin H.E., Harper J., Baradaran S., Patel V.: Erythema of Rosacea Affects Health - Related Quality of Life: Results of a Survey Conducted in Collaboration with the National Rosacea Society. *Dermatol Ther*, 2019 Dec;9;725-734.:

- [93] Rairner B.M., Kang S., Chien A.L.: Rosacea: Epidemiology, pathogenesis and treatment. *Dermato-Endocrinology*, 2018 :9:1.
- [94] Zeichner J.A., Eichenfield L.F., Feldman S.R., Kasteler J.S. Ferrusi I.L.: Quality of life in Individuals with Erythematotelangiectatic and Papulopustular Rosacea. *Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 2018:11;2;47-52.
- [95] Steinhoff M., Schmelz M., Schaubert J.: Facial Erythema of Rosacea- Aetiology, Different Pathophysiologicals and Treatment Options. *Acta Derm Venerol*, 2016 :96;579-586.
- [96] Rosso J.Q., Tanghetti E., Webster G., Stein-Gold L., Thiboutot D., Gallo R.L.: Update on the Management of Rosacea from the American Acne and Rosacea Society (AARS). *Journal of clinic and aesthetic Dermatology*, 2019:12;6;17-24.
- [97] Schaller M., Almeida L.M.C., Bewley A., Cribier B., Rosso J., Dlova N.C., Gallo R.L., Granstein R.D., Kautz G., Mannis M.J., Micalli G., Oon H.H., Rajagopalan M., Steinhoff M., Tanghetti E., Thiboutot D., Troielli P., Webster G., Zierhut M., Zuuren E.J., Tan J.: Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea CONsensus 2019 panel. *British Journal of Dermatology*, 2020:182;1269-1276.
- [98] Schaller M., Almeida L., Bewley A., Cribier B., Dlova N., Kautz G., Mannis M., Oon H., Rajagopalan M., Steinhoff M., Thiboutot D., Troielli P., Webster G., Wu Y., Zuuren E., Tan J.: Rosacea treatment update: Recommendations from the global ROSacea Consensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol*, 2017 Feb;176(2);456-471.
- [99] Two A.M., Wu W., Gallo R.L., Tata T.R.: Rosacea. Part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis and risk factor. *J Am Acad Dermatol*, 2015 May;72(5);749-758.
- [100] Misiak-Gałązka M., Wolska H.: Ocena nadwrażliwości na światło w oparciu o próby świetlne u pacjentów z trądzikiem różowatym - analiza retrospektywna. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012:99;595-599.

- [101] Mehrholz D.M., Nowicki R., Barańska-Rybak W.M.: Czynniki infekcyjne w etiopatogenezie trądziku różowatego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2016;103;323-329.
- [102] Dopytalska K., Lipa K., Sobolewski P., Szymańska E., Walecka I.: Znaczenie *Demodex folliculorum* w dermatologii. *Przegląd Dermatologiczny*, 2019;106;507-514.
- [103] Forton F.M.N., Maerteaeer V.: Papulopustular rosacea and rosacea - like demodicosis: two phenotypes of the same disease? *JEADV*, 2018;32;1011-1016.
- [104] Kaszuba A., Adamski Z.: *Leksykon Dermatologiczny. Tom II*, Lublin, 2011, 737-739.
- [105] Frątczak A., Pawełczyk-Pala K., Pala P.: Laseroterapia w leczeniu trądziku różowatego. *Dermatologia po Dyplomie*, 2020;4,11;14-18.
- [106] Buddenkotte J., Steinhoff M.: Recent advances in understanding and managing rosacea. *F1000 Research*, 2018;7;1885.
- [107] Chlebuś E., Chlebuś M., Szmurło A., Dąbrowa K.: Czy alergia na konserwanty, przeciwutleniacze i substancje zapachowe stanowi dodatkowy czynnik utrudniający leczenie trądziku różowatego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2020;107;210-227.
- [108] Langner A., Chlebus E., Kaszuba A., Noszczyk M., Placek W., Trznadel-Grodzka E., Włodarkiewicz A.: Trądzik dorosłych, patogeneza, aspekty psychologiczne i postępowanie lecznicze, rola kosmetyków. *Dermatologia i kosmetologia*, 2014
- [109] Langner A., Chlebus E., Kaszuba A., Noszczyk M., Placek W., Trznadel-Grodzka E., Włodarkiewicz A.: Trądzik zwyczajny i różowaty, 2014
- [110] Wysoczyńska K., Żebrowska A., Waszczykowska E.: Ocena jakości życia chorych na pęcherzycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 2013;100,139-145.
- [111] Turska W., Skowron A.: *Metodyka oceny jakości życia. Farm.Pol.*, 2009;65,8;572-580.
- [112] Sęk H.: *Jakość życia a zdrowie*, 1993



- [113] Gun Yoo M., Il-Hwan Kim: Keloids and Hypertrophic Scars: Characteristic Vascular Structures Visualizae by Using Dermoscopy. *An Dermatol.* 2014;26(5):603-609.
- [114] Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A., Słowińska M.: Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep* 2011, 4 pp 82-88.
- [115] Rakowska A., Waśkiel A., Sikora M., Olszewska M., Rudnicka L.: Two different trichoscopic patterns of mid-frontal scalp in patient with fibrosing alopecia and clinical features of androgenetic alopecia. *Przegl Dermatol* 2017;104;9-15.
- [116] Kose O., Gulec A.: Evaluation of a Handheld Dermatoscope in Clinical Diagnosis of Primary Cicatricial Alopecias. *Dermatol Ther (Heideelb)* 2019; 9;525-535.
- [117] Lallas A., Argenziano G, Apella Z., Gourhant J., Zaballos P.D., Lernia V., Moscarella E.: Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. *J Eur Dermatol.* 2014 May; 28(5) ;609-614.
- [118] Sgouros D., Apella Z., Ioannides D., Katoulis A., Rigopoulos D., Sotiriou E., Stratigos A., Vakirlis E., Lallas A.: Dermoscopy of Common Inflammatory Disorders. *Dermatol Clin.* 2018 Oct;36(4);359-368.
- [119] Vos M., Nguyen K., Van Erb P., Van de Kerkhof P., Driessen R., Peppelman M.: The value of (video) dermoscopy in the diagnosis and monitoring of common inflammatory skin diseases: a systemic review. *Eur J Dermatol.* 2018 Oct;28(5);575-596.
- [120] Errichetti E., Lallas A., Apella Z., Di Stefani A., Stinco G. Dermoscopy of Morphea and Cutaneous Lichen Sclerosus: Clinicopathological Correlation Study and Comparative Analysis. *Dermatology.* 2017;233(6);462-470.
- [121] Woo-Haing S., Seung-Wook J, Song M., Hoon-Soo K., Hyun\_Chang K., Moon-Bun K., Byung-Soo K. Diagnostic usefulness of dermoscopy in differentiating lichen clerosus et atrophicus from morphea. *J Am Acad. Dermatol.* 2012 Apr;66(4);690-691.
- [122] Cabral F., Barcauni C., Gripp A.: Lichen sclerosus associated with localized scleroderma: dermoscopy contrubution. *An Bras Dermatol.* Jul-Aug 2016;91(4);534-536.

- [123] Saceda-Corralo D, Tosti A.: Trichoscopic Features of Linear Morphea on the Scalp. *Skin Appendage Disord.*2018 Jan;4(1);31-33.
- [124] Waśkiel A., Rakowska A., Sikora M., Olszewska M., Rudnicka L.: Trichoscopy in lichen planopilaris :an update.*Dermatol. Rev/Przegl Dermatol* 2018.105;63-75.
- [125] Mulinari-Brenner F., Peretti C., Guilherme M., Werner B.: Frontal fibrosis alopecia and lichen planus pigmentosus:diagnosis and therapeutic challenge. *An Bras Dermatol.*2017;92(5 Suppl 1);79-81.
- [126] Cook L., Courtney H., Foulk G., Seiverling E.: Dermoscopy in the Diagnosis of Inflammatory Dermatoses: Systemic Review Findings Reported for Psoriasis, Lupus and Lichen Planus. *J Clin Aesthet Dermatol.*2018;11(4);41-42.
- [127] Rubegni P., Mandato F., Fimiani M.: Frontal Fibrosing Alopecia: Role of Dermoscopy in Differential Diagnosis. *Case Rep Dermatol* 2010;2;40-45.
- [128] Suchonwanit P., Udompanich S., Thadanipon K., Chanprapaph K.: Trichoscopic signs in systemic lupus erythematosus: a comparative study with 109 patients and 305 healthy controls. *J Eur Acad Dermatol Venerol.*2019 Apr;33(4);774-780.
- [129] Żychowska M.: Dermoscopy of discoid lupus erythematosus - a systemic review of the literature. *J Dermatol.*2021 Jul;60(7);818-828.
- [130] Lallas A., Apalla Z., Lefaki I., Sotiriou E., Lazaridou E., Ioannides D., Todorovic Zivkovic D., Sidiropoulos T., Konstantinou D., Di Lernia V., Argenziano G., Zalaudek I.: Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol.*2013 Feb;168(2);284-288.
- [131] Aksoy B.: The impact of rosacea on quality of life: effects of demographic and clinical characteristics and various treatment modalities, *Br J Dermatol* 2010; 163;719-725.
- [132] Lewis V., Finlay AY. J.: 10 years' experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI), *Investy Dermatol Symp Proc* 2004;9;169-180.
- [133] Webster G., Schaller M., Tan J., Jackson J.M, Kerrouche, Schafer G. J.: Defining treatment success in rosacea as ' clear' may provide multiple patient benefits: results of a pooled analysis, *Dermatol Treat.*2017Aug;28(5);469-474.

- [134] Van der Linden M.M.D., Van Rappard D.C., Daams J.G., Sprangers M.A.G., Spuls P.I., De Korte J.: Health- related Quality of Life in Patients with Cutaneous Rosacea: A Systemic Review, *Acta Derm Venereol* 2015 Apr;95(4);359-400.
- [135] Wu Y., Fu Ch., Zhang W., Li C., Zhang J.: *Psychol Healthf Med.* 2018 Apr;23(4);369-374.
- [136] Chiang Y.Z., Bundy C., Griffiths C.E.M., Paus R., Harries M.J.: The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patient with primary cicatricial alopecia, *Br J Dermatol.*2015 Jan; 172(1);130-137.
- [137] Saceda-Corralo D., Oindado-Ortega C., Moreno-Arrones O.,M., Fernandez-Gonzalez P., Rodrigues-Barata A.,R., Jaen-Olasolo P., Vano-Galvan S.: Health – Related Quality of Life in Patients With Frontal Fibrosis Alopecia, *JAMA Dermatol.*2018 Apr. 1;154(4);479-480.
- [138] Alirezaei P., Ahmadpanah M., Rezanejad A., Soltanian A., Bahmani D.S., Brand S.: Compared to Controls, Individuals with Lichen Planopilaris Have More Depression, a Lower Self-Esteem, and a Lower Quality of Life, *Neuropsychobiology.*2019;78(2);95-103.
- [139] Sobkowska. D., Męczekalski B., Gornowicz-Porowska J., Kaszuba K., Adamski Z.: Ocena jakości życia u kobiet z nasilonymi zmianami trądzikowymi z regionu Wielkopolski; *Dermatologia Praktyczna*2019;Feb;19-26.
- [140] Baranowska A., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Łukaszuk C., Klimaszewska K., Kondzior D.: Ocena jakości życia pacjentów z trądzikiem pospolitym (acne vulgaris) - z wykorzystaniem skal DLQI i CADI, *Probl Hig Epidemiol* 2014,95(3)
- [141] Chuh AA, Chan HH.: Effect of quality of life in patients with pityriasis rosacea: I sit associated with rash severity?, *Int J Dermatol* 2005,44;372-377.
- [142] Szepietowski J., Salomon J., Findley A.Y., Klepacki A., Chodynicka B., Marioneau N., Taieb C., Myon E.: Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia- Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa, *Dermatol Klin* 2004,6;63-70.

- [143] Dreno B., Bordet C., Seite S., Taieb C.: Acne relapses: impact on quality of life and productivity, *J Eur Acad Dermatol Venerol*.2019 May;33(5);937-943.
- [144] Richter C., Trojahn C., Hillmann K., Dobos G., Kanti V., Vogt A., Blume-Peytavi U., Kottner J.: Sensitivity to change of the Dermatology Life Quality Index in adult females with facial acne vulgaris: a validation study; *Eur Acad Dermatol Venerol*.2017 Jan; 31(1);169-174.
- [145] Basra M.K., French R., Gatt R.M., Salek M.S, Finlay A.Y.: The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results, *Br J Dermatol* 2008;159;997-1035.
- [146] Gieler U., Gieler T., Kupfer J.P.: Acne and quality of life – impact and management, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29 Suppl 4;12-14.
- [147] Vilar g.N., Filho J.F.S. : Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris, *An Bras Dermatol*.2015 Sep-Oct;90(5);622-629.
- [148] Marron S.E., Chernyshov P.V., Tomas-Aragones L.: Quality of Life Research in Acne Vulgaris: Current Status and Future Directions; *Am J Clin Dermatol*.2019 Aug;20(4);527-538.
- [149] Bogaczewicz J., Kuryłek A., Sysa-Jedrzejowska A., Woźniacka A., Janowski K., Steuden S.: Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry, *Dermatol Klin* 2007, 9;263-267.
- [150] Castejjano-Rioja E., Gimenez-Espet M., Soto-Rubio A.: Lupus Erythematosus quality of life questionnaire (LEQoL): Development and Psychometric Properties; *Int J Environ Res Public Health*.2020 Nov;17(22);8642.
- [151] Abedini R., Nasimi M., Noormohammed P., Moghtadaie A., Tohidinik H.R.: Quality of Life in Patients with Non-melanoma Skin Cancer: Implications for Healthcare Education Services and Supports.*J Cancer Educ*.2019 Aug;34(4);755-759.
- [152] Cetinarslan T., Evrenos M.K, Ozyurt B., Ermecan A.T.: Evaluation of the effect of surgical treatment on quality of life with the Dermatology Life Quality Index

in patients with facial nonmelanoma skin cancer. *Dermatol. Ther.* 2020 Nov;33(6):e14094.

- [153] Barazzetti D.O., Barazzetti P.H.O.; Cavalleiro B.T., Ely J.B., Holthausen D., de Faria Stamm A.M.N: Quality of life and clinical and demographic characteristics of patients with cutaneous squamous cell carcinoma submitted to tumor resection by double- bladed scapel. *An Bras Dermatol*, 2019;94(3);304-312.
- [154] Kanikowska A., Michalak M., Pawlaczyk M.: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej, *Nowiny Lekarskie* 2008,77,3;195-203.
- [155] Guyatt G. H., Ferrans C.E., Halyard M.Y. et al.: Jakość życia zależna od stanu zdrowia - od badań klinicznych do praktyki lekarskiej, *Med. Dypł.*, 2008, 17;24-38.
- [156] Jankowska A.: Pojęcie i narzędzia pomiaru jakości życia. *Toruńskie Studnia Międzynarodowe*, 1(4)2011;33-39.