

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

О.П. Гурбо, О.И. Фролова

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

### QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VULGAR PSORIASIS

O.P. Gurbo, O.I. Frolova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

#### Сведения об авторах:

Гурбо Ольга Петровна – врач дерматовенеролог (SPIN-код: 4003-4736; AuthorID: 1158673). Место учёбы: аспирант кафедры респираторной медицины с курсом рентгенологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: ribka.olga@bk.ru

Фролова Ольга Игоревна – д.м.н., профессор (SPIN-код: 5187-1717; AuthorID: 737383). Место работы и должность: профессор кафедры респираторной медицины с курсом рентгенологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: oif-prof@yandex.ru

В тематическом обзоре специальной литературы с позиций современных достижений клинической медицины обсуждаются вопросы качества жизни больных вульгарным псориазом. Описаны наиболее значимые негативные проявления заболевания и осложнений, их влияние на эмоциональное состояние пациентов, социальные последствия. Представлены данные по использованию диагностических шкал оценки нарушений качества жизни. Определены направления лечебной тактики, способные изменить эти показатели к лучшему.

*Ключевые слова:* псориаз, вульгарный псориаз, качество жизни, инсомния, SF-36

Широкая распространённость и рост тяжёлых, требующих стационарного лечения, инвалидизирующих форм псориаза определяет актуальность данной темы. Псориазическая болезнь представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку патологические изменения на коже в значительной степени влияют на качество жизни (КЖ) пациентов, снижают самооценку, приводят к психической дезадаптации и затрудняют различного рода коммуникации [1]. На сегодняшний день показатель КЖ является надёжным, общепризнанным, высокоинформативным методом оценки здоровья и входит в основу понятия «болезнь», а также используется в качестве критерия оценки эффективности проводимого лечения [2, 3, 4]. Понятие «качество жизни» позволяет улучшить понимание психосоциальной нагрузки на пациента, страдающего дерматологическими заболеваниями, и может стать первой ступенью для проведения необходимых психотерапевтических мероприятий [5].

Получение точной информации о показателях качества жизни человека позволяет адекватно оценить состояние пациента в динамике, определить эффективность проводимой терапии. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Термин «качество жизни» объединяет совокупность факторов, отражающих качество физического, психического, социального и ролевого или функционально ассоциированного образа жизни человека. Методологическая обоснованность качества жизни обеспечивает возможность интеграции этого параметра в систему оценки эффективности методов лечения, что увеличивает достоверность оценки состояния пациента. Такой врачебный подход отвечает важнейшему принципу клинической работы врача – «лечить больного, а не болезнь» [6].

Среди всех хронических дерматозов, оказывающих значительное влияние на КЖ, причиняя пациентам не только физический, но и психологический дискомфорт, ведущую

роль играет псориаз. Снижение качества жизни обусловлено влиянием основного заболевания на психофизиологическую и психоэмоциональную сферы, включая настроение и сон, что согласуется с данными о связи между высоким уровнем депрессии, продолжительностью и качеством сна [7].

Известно, что у больных с псориазом наблюдается низкое качество сна, повышенный риск бессонницы (инсомнии), обструктивного апноэ во сне и синдрома беспокойных ног [8]. Инсомния проявляется трудностью засыпания, частыми ночными пробуждениями, низким качеством сна, что приводит к симптомам астении и значительно снижает КЖ. Инсомния у женщин встречается намного чаще, чем у мужчин, что связано с колебаниями уровня женских половых гормонов, особенно эстрогена и прогестерона. Симптомы бессонницы при псориазе непосредственно вызваны зудом и болью, а выраженность основных симптомов псориаза (боль, зуд, площадь поражения, количество бляшек) в большей степени представлена у мужчин [9], что обуславливает превалирование у них бессонницы. В этом случае для смягчения бессонницы эффективны терапевтические мероприятия, направленные на купирование кожных симптомов.

Степень влияния псориаза на различные сферы жизни увеличивается и с длительностью течения заболевания, а также с возрастом самих пациентов [10, 11]. Кроме того, наличие выраженных симптомов заболевания, такие как кожный зуд и боль, могут являться не только причиной психологического дискомфорта, но затруднять нормальное физическое и социальное функционирование [3].

Кроме того, эмоциональные расстройства у пациентов с псориазом зависят от локализации патологических изменений кожных покровов и наиболее выражены при расположении высыпаний на коже лица, шеи и в области половых органов [12]. Также, уровень психоэмоциональных переживаний, связанный с псориазическими высыпаниями на коже, имеет взаимосвязи с уровнем образования и социальной активностью. В различных исследованиях, среди опрошенных пациентов с вульгарным псориазом боль-

шинство вынуждены менять место работы и учёбы ввиду патологических высыпаний на открытых участках кожи, что, безусловно, вносит коррективы в привычный уклад жизни, сказывается на показателях КЖ [2].

По данным отечественной и зарубежной литературы при оценке оказания амбулаторной помощи установлено, что пациенты с вульгарным псориазом обращаются за медицинской помощью в среднем спустя 6-18 месяцев от начала появления первых высыпаний на коже, и, как правило, уже при развитии симптомов коморбидных заболеваний. При появлении псориазического артрита пациенты обращаются к ревматологу, а с вульгарным псориазом – к врачу общей практике и лишь небольшая часть сразу попадает на приём к дерматовенерологу. Кроме того, около 10% пациентов не обращаются за медицинской помощью по поводу своего заболевания [2].

Данная статистика говорит о низкой осведомлённости пациентов о самом заболевании и методах его лечения, что неблагоприятно сказывается на эффективности лечения заболевания в стадии прогрессирования. В связи с чем необходимо повышать медицинскую грамотность, включающую информирование пациентов о данном заболевании, а также о мерах его профилактики. Наряду с беседами, проводимыми врачами для повышения медицинской грамотности, необходимо широко использовать такие методы информатизации, как приобщение пациентов к чтению научно-популярной литературы медицинского характера (журналы, брошюры, буклеты), просмотр видеопродукции профилактической направленности.

Влияние псориаза на различные сферы жизнедеятельности человека имеют и гендерные различия. Так, у женщин влияние заболевания на КЖ значительно выше, чем у мужчин, что связано с выраженным косметическим дефектом и влиянием на психоэмоциональную адаптацию в социальной сфере. Кроме того, известно, что женщины больше подвержены депрессии и нервно-психическим расстройствам ввиду гормональных особенностей [7, 11, 13]. Развитие заболевания, в том числе дерматологическо-

го, является психотравмирующим событием, а степень его влияния на человека определяется индивидуальной восприимчивостью и уязвимостью психики самого пациента [14].

Для оценки КЖ у дерматологических больных существует ряд опросников, которые включают в себя вопросы, позволяющие оценить степень негативного воздействия заболевания на разные аспекты жизни пациента, на его повседневную деятельность, взаимоотношения с окружающими людьми, а также используются как критерий оценки эффективности терапии у больных псориазом. Единых критериев качества жизни не существует. Каждый опросник имеет свои шкалы оценки, однако при их составлении учитываются рекомендованные ВОЗ критерии качества жизни и их составляющие.

Одни из популярных опросников, используемых для оценки КЖ это опросник «Дерматологический индекс качества жизни» – ДИКЖ (Dermatology Life Quality Index – DLQI) – русифицированная Н.Г. Кочергиным и соавторами [15] версия индекса А.У. Finlay, позволяющего оценить физическое, психоэмоциональное состояние пациентов, а также комфортность проводимого лечения. Данный стандартизированный опросник построен в форме самооценки пациентов, включает 10 вопросов и заполняется самим пациентом. Ответы на каждый вопрос оцениваются по 3-балльной системе: «очень сильно» (очень часто) – 3 балла, «сильно» (часто) – 2 балла, «не сильно» (не часто) – 1 балл, «совсем нет» или «затрудняюсь ответить» – 0 баллов. Подсчёт индекса осуществляется суммированием всех баллов: минимальное значение – 0 баллов, максимальное значение – 30 баллов. Цифровой индекс, получаемый в результате ответов на все вопросы анкеты, отражает степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни больного: чем выше индекс, тем сильнее болезнь «ухудшает» качество жизни (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Результаты определяются по следующим критериям: 1-10 баллов – лёгкая степень снижения качества жизни, 11-20 – средняя степень, 21-30 – тяжёлая степень.

Также, для оценки КЖ используют опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) [16], который оценивает данный показатель за последние 4 недели. Русская версия опросника была адаптирована и валидирована «Международным центром исследования качества жизни» в Санкт-Петербурге. Инструмент состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Количество возможных вариантов ответов варьирует от 2 до 6. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования (перевода необработанных данных в баллы КЖ) результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100, по каждой из 8 шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Результаты отечественных и зарубежных исследований позволяют говорить о том, что степень изменений показателей качества жизни находится в тесной взаимосвязи не только с возрастом больных и длительностью болезни, а также с частотой обострений и наличием сопутствующей соматической патологии. Псориаз является хроническим рецидивирующим заболеванием, которое имеет тенденцию к формированию коморбидных состояний – псориазический артрит, патологии сердечно-сосудистой системы, воспалительные заболевания кишечника [6, 17, 18, 19].

Наиболее распространённой коморбидной патологией при псориазе является псориазический артрит. При условии возникновения его в молодом возрасте болезнь ещё больше оказывает негативное влияние на качество жизни в связи с ограничениями функциональной активности и неблагоприятным прогнозом в отношении быстрого прогрессирования заболевания [6].

Кроме того, встречаются и внесуставные проявления нозологии в виде псориазической онихии, сопровождающейся подногтевым гиперкератозом, геморрагиями, онихо-

мадезисом и онихолисом, которые хоть и в меньшей степени, но также оказывают влияние на повседневную деятельность пациентов с псориазом [6, 20].

Ряд психоэмоциональных нарушений, вызванных псориатической болезнью, такие как повышенная тревожность, мнительность, раздражительность, беспокойство, не только оказывают влияние на качество жизни, но и могут усугублять течение псориаза. Давно изучена связь эмоционального стресса и кожных заболеваний, которая определяет активность, распространённость, интенсивность течения патологических проявлений на коже, а также может стать пусковым моментом возникновения как рецидива, так и манифестации появления псориатических изменений кожных покровов [21].

Дезадаптация пациентов при наличии псориатических элементов на коже затрагивает почти все сферы жизни, им приходится отказываться от посещения бассейнов и пляжей, общественных бань и в целом людных мест, они вынуждены постоянно маскировать и прятать кожные проявления псориаза [22, 23]. Такие изменения на коже влекут за собой снижение самооценки и дискомфорт в интимной жизни [24, 25, 26], что в целом приводит к формированию депрессивных состояний и повышает риск появления суицидального поведения [27, 28].

Показатель оценки качества жизни является критерием эффективности проводимого лечения. Вместе с тем, несмотря на большой арсенал лекарственных препаратов и различных подходов в терапии вульгарного псориаза, удовлетворённость пациентов после проведённого лечения остаётся низкой [5, 29]. Прежде всего это связано с недостаточной эффективностью традиционных методов лечения вульгарного псориаза, применяемых на амбулаторном этапе, несмотря на их относительно доступную стоимость. Наряду с этим подходом, также в клинической практике применяется иммуносупрессивная терапия, которая зачастую имеет ряд нежелательных побочных эффектов, и генно-инженерные биологические препараты, обладающие высокой стоимостью и также широким спектром побочных действий. С од-

ной стороны, наиболее эффективные методы лечения оказываются дорогостоящими и плохо переносятся пациентами, а с другой стороны малоэффективные препараты не приносят желаемого облегчения, что в обоих случаях оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, их качество жизни, а в итоге и на течение самого заболевания [29]. В связи с чем, несмотря на непрерывное совершенствование современных методов лечения, требуется дальнейшая разработка терапевтических методик, охватывающих влияние на большинство звеньев патогенеза псориаза [30].

Хорошо известна связь кожных заболеваний и психических регуляторных систем, в основе которых лежат нейрогуморальные механизмы, включающие секрецию катехоламинов и кортизола, а также работу гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Развитие любого психогенного расстройства, в том числе дерматологического, обусловлено не только самим психотравмирующим событием, но и индивидуальной восприимчивостью и уязвимостью психики пациента. Если в результате воздействия психологических факторов развивается кожное психосоматическое заболевание, меняющее внешний вид, сопровождающееся неприятными симптомами, то нарушение КЖ, уменьшение возможностей социального функционирования, снижение самооценки становятся дополнительным фрустрирующим фактором, который, повышая тревогу, способствует усилению проявления кожного заболевания. Пациенты с кожными заболеваниями по сравнению со здоровыми лицами в большей степени склонны к аддитивному поведению, в частности, к алкоголизации и курению, поскольку алкоголь и никотин обладают анксиолитическими свойствами и снижают тревожность. При возникновении первичных дерматологических заболеваний имеют место соматопсихические влияния [23, 31, 32].

Заболевания кожи, не имеющие психосоматического (истинного) механизма, воздействуют на психику и влияют на эмоциональное состояние, вызывая психические нарушения. Наличие косметических дефек-

тов различной локализации и выраженности становится потенциальным фактором развития нервно-психических расстройств. Кожные симптомы в большинстве случаев заметны окружающим, что делает эти проявления дополнительным стрессовым фактором, который, включаясь в патогенез заболевания, создает основу для формирования вторичных переживаний (преимущественно тревожных и депрессивных), тем самым способствуя хронизации процесса и фиксации переживаний, запуская так называемый порочный круг [14].

Наиболее частые аффективные нарушения, сопровождающие течение кожных заболеваний – тревожные, фобические (чаще социофобические), депрессивные переживания, в основе которых лежат соматические проявления, имеющие актуальный и постоянно растривающий характер. Депрессия при дерматологических нарушениях также часто связана с идеями физического недостатка, неполноценности, страха пожизненной деформации или уродства, опасениями

по поводу прогноза и исхода заболевания, сопряженными с ощущением безнадежности, бесперспективности, ущербности, пессимистической оценкой будущего. В переживаниях и поведении характерны повышенная стеснительность, связанная с опасениями негативного отношения окружающих, переживаниями об утрате привлекательности, избегающее поведение, стремление скрыть имеющиеся изъяны кожных покровов [33].

Таким образом, снижение КЖ у пациентов с вульгарным псориазом, как правило, связано со степенью выраженности кожных проявления, длительностью течения заболевания, женским полом и чаще всего проявляется тревожными и депрессивными состояниями. При лечении пациентов необходимо учитывать психоэмоциональное состояние, которое оказывает влияние на интенсивность и выраженность клинических проявлений заболевания, представляет собой одно из звеньев в этиопатогенезе, а также может рассматриваться в качестве компонента в комплексной терапии вульгарного псориаза.

Литература:

1. Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Гитинова М.М. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами. *РМЖ*. 2018; 8 (II): 68–71.
2. Пашиян А.Г., Дворников А.С., Донцова А.А. Оценка качества жизни больных псориазом: обзор современных исследований. *Лечебное дело*. 2019; 2: 32-35. DOI: 10.24411/2071-5315-2019-12109
3. Тахмазян К.К., Верб Я.И., Уракова Т.Ю. Оценка качества жизни больных псориазом. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2011; 5: 49-51.
4. Трапезников О. Э., Лиджеев Д. С., Салманов М. Р. Качество жизни пациентов при ладонно-подошвенном и вульгарном псориазе. *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 78-й междунар. научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 14–16 октября 2020 года*. 2020; 68-69.
5. Пивень Н.П., Пивень Е.А. Качество жизни пациентов с хроническими дерматозами. *Дерматология в России*. 2017; 1: 79-80.
6. Рысбекова Д. Е., Бейсебаева У. Т., Машкунова О. В. Качество жизни при коморбидных состояниях у больных псориазом. *Вестник Казахского национального медицинского университета*. 2019; 4:44-49.
7. Ольшевская Н.С., Ольшевский Н.А., Прохоров Д.В., Клинов В.Н., Примышева Е.Н., Сарачан Д.А., Куличенко А.М., Чинов С.Г. Гендерные особенности влияния депрессивной и диссомнической симптоматики на показатели качества жизни больных псориазом. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021; 1:60-66. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-1-60-66
8. Saçmacı H., Gürel G. Sleep disorders in patients with psoriasis: a cross-sectional study using nonpolysomnographical methods. *Sleep Breath*. 2019; 23 (3): 893-898. DOI:10.1007/s11325-019-01820-8
9. Hägg D, Sundström A, Eriksson M, Schmitt-Egenolf M. Severity of psoriasis differs between men and women: a study of the clinical outcome measure psoriasis area and severity index (PASI) in 5438 Swedish register patients. *Am J Clin Dermatol*. 2017; 18 (4): 583-590. DOI:10.1007/s40257-017-0274-0
10. Агафонова Ю.В., Симонова Д.Л., Симонов С.Н. Оценка качества жизни детей, страдающих псориазом. *Медицина и физическая культура: наука и практика*. 2021; 3 (4-12): 41-48. DOI: 10.20310/2658-7688-2021-3-4(12)-41-48
11. Барцевич И. Г., Тоистева Д. А. Анализ влияния псориаза на сферы жизнедеятельности пациентов. *Сборник статей к 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области, Гродно*. 2019; 347-350.
12. Pearce D.J., Singh S., Balkrishnan R., Kulkarni A., Fleischer A.B., Feldman S.R. The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat* 2006, 17: 24-28.
13. Журан М.А., Квач Н.И., Шейбак Л.В. Влияние псориаза на повседневную деятельность пациентов. *Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященный 80-летию со дня рождения профессора Болтрукевича Станислава Ивановича, Гродно, 19 мая 2020 года*. 2020; 195-196.
14. Порошина Л. А. Оценка психосоматической симптоматики у пациентов с заболеваниями кожи. *Дерматовенерология. Косметология*. 2021; 7 (2): 182-185.
15. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психоматематический симптом дерматоза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2006; 4:11-15.

16. Ware S.E., Sherbourne C.P. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992; 30: 473-483.
17. Летяева О.И., Чванова К.В. Качество жизни больных псориазом при коморбидных состояниях. *Южно-Уральский медицинский журнал*. 2017; 1: 17-26.
18. Прохоров Д.В., Нгема М.В., Г.А. Винцерская, Т.И. Кирилук, А.А. Чопкиан Качество жизни пациентов с тяжелым течением псориаза, получавших комбинированное стационарное лечение (ПУВА-терапия и метотрексат). *Крымский терапевтический журнал*. 2020;1: 78-81.
19. Олисова О. Ю., Гаранян Л. Г. Эпидемиология, этиопатогенез и коморбидность при псориазе - новые факты. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017; 20(4):214-219.
20. Торшина И. Е., Зирчик А. А. Оценка качества жизни у больных с псориазом ногтей. *Психическое здоровье*. 2017; 15.11 (138): 38-43.
21. Дороженко И.Ю., Ильина Е.В. Психосоматические аспекты псориаза (обзор). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021; 24 (3): 251-262. DOI: 10.17816/dv71927
22. Армаков С.П. Псориаз: сможет ли системное заболевание стать образом жизни? *Справочник врача общей практики*. 2021; 8: 8-13. DOI: 10.33920/med-10-2108-01
23. Korkoliakou P., Efstathiou V., Giannopoulou I. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2017; 92 (4): 510-515.
24. Дворянкова Е.В., Дениева М.И., Шевченко Н.А., Корсунская И.М. Влияние псориаза на сексуальную функцию у женщин. *Врачи*. 2021; 32 (2): 74-76. DOI:10.29296/25877305-2021-02-14
25. Meeuwis K.A., de Hullu J.A., van de Nieuwenhof H.P., et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*. 2011; 164 (6): 1247-155.
26. Wojciechowska-Zdrojowy M., Reid A., Szepletowski J.C., et al. analysis of sexual problems in men with psoriasis. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44 (8): 737-745.
27. Picardi A., Lega I., Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*. 2013; 31 (1): 47-56. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.006
28. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., Скрыбин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение П. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 85-108. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108
29. Лычковская М. А., Хамади Н. М., Белазарович А. А. Анализ качества жизни пациентов с псориазом. *Современные достижения молодых ученых в медицине – 2021: сборник материалов VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Гродно, 26 ноября 2021 года*. 2021; 163-166.
30. Круглова Л.С., Львов А.Н., Каграманова А.В., Князев О.В. Псориаз и воспалительные заболевания кишечника: пути патогенеза и вопросы выбора генно-инженерных препаратов (обзор литературы). *Альманах клинической медицины*. 2019; 47 (6): 568-578. DOI: 10.18786/2072-0505-2019-47-062
31. Kouris A., Platsidaki E., Kouskoukis C., et al. Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*. 2017; 28: 54-59. DOI: 10.22365/jpsych.2017.281.54
32. Дворянкова Е.В., Дениева М.И., Балабекова Ф.Г., Шевченко Н.А. Психологическая коморбидность у дерматологических больных. *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2018; 4: 16-18. DOI: 10.26442/24143537.2018.4.000039
33. Полин И.В., Порошина Л.А. Оценка психопатологических признаков у молодых людей с вульгарным акне. *Дерматовенерология. Косметология*. 2019; 1 (5): 30-36.

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VULGAR PSORIASIS

O.P. Gurbo, O.I. Frolova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

### Abstract:

In the thematic review of special literature from the standpoint of modern achievements of clinical medicine, the issues of quality of life of patients with vulgar psoriasis are discussed. The most significant negative manifestations of the disease and complications, their impact on the emotional state of patients, and social consequences are described. Data on the use of diagnostic scales for assessing quality of life disorders are presented. The directions of therapeutic tactics that can change these indicators for the better are determined.

**Keywords:** psoriasis, vulgar psoriasis, quality of life, insomnia, SF-36

Вклад авторов:

О.П. Гурбо: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

О.И. Фролова: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

O.P. Gurbo: study design development, writing and editing the text of the manuscript;

O.I. Frolova: writing and editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 19.10.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.11.2022.

Для цитирования: Гурбо О.П., Фролова О.И. Качество жизни больных вульгарным псориазом. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (4): 21-26. DOI: 10.32878/sibir.22-18-04(97)-21-26

For citation: Gurbo O.P., Frolova O.I. Quality of life of patients with vulgar psoriasis. *Academic Journal of West Siberia*. 2022; 18 (4): 21-26. DOI: 10.32878/sibir.22-18-04(97)-21-26 (In Russ)