



¹ Центральная
государственная
медицинская академия
Управления делами
Президента РФ,
Москва

² Медицинский
научно-
образовательный
институт
Московского
государственного
университета
им. М.В. Ломоносова,
Москва

³ Международный
институт
психосоматического
здоровья,
Москва

⁴ Институт
пластической
хирургии
и косметологии,
Москва

⁵ Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова
(Сеченовский
Университет)

⁶ Научный центр
психического здоровья,
Москва

⁷ Кожно-
венерологический
диспансер № 9,
Санкт-Петербург

Зуд, качество жизни и психосоматические характеристики в сравнительном аспекте у пациентов с хроническими дерматозами, меланоцитарными новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями

А.В. Миченко, к.м.н.^{1, 2, 3, 4}, А.Н. Львов, д.м.н., проф.^{1, 2}, Л.С. Круглова, д.м.н.,
проф.¹, О.Г. Пягай⁷, Д.В. Романов, д.м.н.^{5, 6}

Адрес для переписки: Анна Валентиновна Миченко, amichenko@mail.ru

Для цитирования: Миченко А.В., Львов А.Н., Круглова Л.С. и др. Зуд, качество жизни и психосоматические характеристики в сравнительном аспекте у пациентов с хроническими дерматозами, меланоцитарными новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (30): 30–40.

DOI 10.33978/2307-3586-2025-21-30-30-40

Зуд является одним из наиболее частых субъективных симптомов в дерматовенерологии, существенно влияющих на качество жизни. Изучение распространенности зуда при заболеваниях кожи, традиционно относимых к зудящим либо не сопровождающимся зудом дерматозам, меланоцитарным новообразованиям кожи и кожным токсическими реакциями, а также внедрение новых инструментов оценки влияния зуда на качество жизни пациентов являются актуальными задачами современной дерматовенерологии.

Цель исследования – оценка распространенности зуда у пациентов с дерматозами, меланоцитарными новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями и его влияния на общее и связанное с зудом качество жизни, а также на такие психосоматические параметры, как тревога, депрессия, уровень воспринимаемого стресса, стигматизация и дисморфофобия.

Материал и методы. Проведено поперечное наблюдательное контролируемое исследование. В основную группу вошли пациенты с дерматозами, как зудящими (атопический дерматит, АД, $n = 106$), так и традиционно не относящимися к зудящим (псориаз ($n = 101$), акне ($n = 104$)); доброкачественными и злокачественными меланоцитарными новообразованиями кожи (меланоформными невусами ($n = 105$), меланомой ($n = 88$)); кожными токсическими реакциями на фоне противоопухолевой терапии (КТР, $n = 93$). В контрольную группу вошли 216 здоровых добровольцев. Обследование проводили при помощи опросников для оценки интенсивности



зуда по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), общего состояния здоровья (EQ5D-VAS) и качества жизни, связанного с зудом (5PLQ), опросников общей оценки тревожного расстройства GAD-2, депрессии (PHQ-2) и обобщенной шкалы PHQ-4, шкалы воспринимаемого стресса PSS, опросника дисморфофобии (DCQ), опросника воспринимаемой стигматизации (PSQ). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS 27.

Результаты. Зуд на момент обследования чаще всего отмечали пациенты с АтД (76%) и КТР (61%), реже зуд регистрировали при псориазе (15%), акне (21%), меланоме (14%) и невусах (10%). Наибольшая интенсивность зуда была характерна для АтД и КТР. Наиболее низкое качество жизни было зарегистрировано у пациентов с КТР, затем следовали псориаз, АтД, меланома, акне. Уровень общего состояния здоровья у пациентов с невусами был сравним с контрольной группой. Влияние зуда на качество жизни в изучаемых выборках по шкале 5PLQ было максимальным при АтД и КТР, меньшим – при псориазе и акне, а наименьшим – при меланоме и невусах. Все выявленные различия были статистически значимыми. Корреляционный анализ выявил статистически значимые отрицательную корреляцию средней силы между показателями 5PLQ и EQ-5D-VAS; сильную положительную корреляцию между показателями 5PLQ и ЧРШ; отрицательную корреляцию средней силы между показателями EQ-5D-VAS и ЧРШ. Также шкала EQ-5D-VAS обнаружила слабую корреляцию между уровнем общего состояния здоровья и интенсивностью зуда, в то время как шкала 5PLQ обнаружила корреляцию, близкую к сильной ($r = 0,647$). Показана положительная корреляция интенсивности зуда, качества жизни, связанного с зудом, тревогой, депрессией, уровнем воспринимаемого стресса, со стигматизацией и дисморфофобией.

Заключение. Частота встречаемости зуда при КТР сопоставима с этим показателем при хронических зудящих дерматозах. Зуд негативно влияет на качество жизни. В наибольшей степени качество жизни нарушено вследствие наличия зуда у пациентов с атопическим дерматитом и кожными токсическими реакциями. Снижение качества жизни, связанного с зудом, ассоциировано со снижением общего состояния здоровья. Для оценки качества жизни, связанного с зудом, оптимально применение шкалы 5PLQ. Требуется мультидисциплинарное ведение пациентов с зудом с применением методов коррекции сопутствующих психосоматических расстройств.

Ключевые слова: зуд, качество жизни, атопический дерматит, кожные токсические реакции, псориаз, акне, меланоцитарные невусы, меланома

Введение

Зуд определяется как ощущение, вызывающее желание почесаться и сопровождающее широкий спектр воспалительных дерматозов, а также возникающее на внешне неизменной коже. Точечная распространенность зуда в общей популяции составляет 13,5%, 12-месячная распространенность – 16,4%, а распространенность в течение жизни достигает 22% [1]. Зуд является одной из наиболее частых жалоб у пациентов с заболеваниями кожи и значительно влияет на их качество жизни (КЖ) при хроническом течении (длительности зуда более шести недель) [2–4]. Частота зуда сильно варьирует в зависимости от конкретного дерматоза. При некоторых заболеваниях кожи зуд встречается очень часто (атопический дерматит, экзема, пруриго, крапивница, красный плоский лишай, реже – псориаз и др.). Например, при атопическом дерматите зуд является инвариантным симптомом, его частота достигает практически 100% [5]. Для других дерматозов зуд также характерен, однако его частота у респондентов несколько ниже (до 95,8% при крапивнице [6]; около 85% при

экземе, из них 50% отмечали частый зуд и 35% – эпизодический [7]; до 80% при псориазе [8]). В исследовании, проведенном в Германии, было продемонстрировано, что частота зуда у пациентов при любых дерматозах в среднем составляет 57% [9].

Для некоторых кожных заболеваний, напротив, наличие зуда считается нехарактерным. К таким состояниям относятся, например, акне, псориаз и другие (в типичных случаях) незудящие дерматозы. В то же время появляется все больше данных, указывающих на большое значение зуда в общей клинической картине этих дерматозов и потенциальное влияние зуда на КЖ этих пациентов.

Отдельного внимания заслуживают пациенты с часто встречающимися новообразованиями кожи. Если зуду при эпителиальных новообразованиях кожи был посвящен ряд исследований [10], то зуд при меланоцитарных невусах и меланоме остается недостаточно изученным, несмотря на то, что является одной из частых причин обращений к врачу. Кроме того, в последние годы появление новых противоопухолевых препаратов ставит перед дерма-



тологами новые задачи по оказанию помощи при специфических кожных токсических реакциях, развивающихся у этих пациентов. Исследования зуда в этой категории пациентов ограничиваются оценкой частоты зуда при лечении определенными препаратами [11]. Изучение характеристик зуда и его влияния на КЖ этих пациентов не проводилось.

Зуд может быть таким же изнурительным, как и хроническая боль [12, 13]. Пациенты с хроническим зудом имеют более низкое общее КЖ, связанное со здоровьем, чем пациенты, перенесшие инсульт [12]. Пациенты с зудом часто испытывают нарушения сна [14], расстройства настроения [15, 16] и негативные психосоциальные последствия [17, 18], приводящие к значительному общему снижению КЖ. Поэтому, несмотря на значительные достижения в изучении зуда [19], изучение КЖ у пациентов с зудом остается актуальной проблемой.

В то же время многие научные работы фокусируются на изучении общего качества жизни или качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с зудом. Так, в исследовании F. Balieva и соавт. проанализировано изменение качества жизни, связанного со здоровьем (HRQoL) у пациентов с заболеваниями кожи в сравнении с группой здоровых испытуемых, а также в сравнении с пациентами с другими, не дерматологическими заболеваниями. Выявлено, что у пациентов с гидраденитом, пузырьными дерматозами, язвами на коже голени, инфекционными дерматозами и большинством хронических заболеваний кожи отмечалось снижение показателей КЖ по шкале HRQoL в 2–10 раз по сравнению с пациентами групп контроля и пациентами с недерматологическими заболеваниями [16].

Для исследования зуда и КЖ при зуде разработаны различные опросники, краткая характеристика которых представлена в табл. 1 [20–29].

В то же время имеется ряд нерешенных вопросов в области изучения КЖ при зуде. Во-первых, отмечается потребность в апробации новых инструментов оценки непосредственного влияния зуда на качество жизни для объективизации этого параметра в исследованиях и клинической практике. Одним из перспективных кратких опросников является 5PLQ, уже использованный в ряде исследований [30]. Во-вторых, остается малоизученным влияние зуда на КЖ у пациентов с кожными токсическими реакциями и меланоцитарными новообразованиями в сравнении с распространенными зудящими и незудящими хроническими дерматозами.

Цель исследования – оценка распространенности и соотношений зуда и КЖ у пациентов с дерматозами, меланоцитарными новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями при помощи опросников для оценки общего качества жизни и качества жизни (EQ5D-VAS), связанного с зудом (5PLQ).

Материал и методы

Набор пациентов осуществляли на клинических базах кафедры дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии

Управления делами Президента РФ: Медицинский научно-образовательный институт Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Институт пластической хирургии и косметологии, Международный институт психосоматического здоровья. В качестве дизайна было выбрано многоцентровое поперечное наблюдательное контролируемое исследование, позволяющее изучить репрезентативную выборку и получить данные о частоте встречаемости, клинических особенностях зуда и его связи с качеством жизни в популяциях пациентов с часто встречающимися зудящими и незудящими дерматозами, меланоцитарными новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ (протокол заседания локального этического комитета от 04.02.2021). Исследование проводили с февраля 2021 г. по январь 2025 г. Критериями включения в исследование служили: возраст старше 18 лет; верификация доброкачественного новообразования кожи дерматологом по данным клинической, дерматоскопической картины, по показаниям – при помощи патоморфологического исследования, верификация злокачественного новообразования кожи онкологом в условиях онкологического учреждения; верификация заболевания кожи дерматологом по данным клинической, дерматоскопической картины, по показаниям – при помощи патоморфологического исследования; отсутствие тяжелых психических расстройств, исключающих возможность осуществления этапов исследования; подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Критериями невключения служили: возраст менее 18 лет; наличие тяжелых психических расстройств; неспособность заполнять опросник, предложенный в рамках исследования.

Критерием исключения был отказ пациента от патоморфологической верификации диагноза при наличии клинических и/или дерматоскопических показаний к биопсии.

Для регистрации основных и дополнительных исходов (конечных точек) использовали специально разработанную индивидуальную регистрационную карту (ИРК) пациентов. В первый модуль ИРК вошел опросник, включающий паспортную часть (возраст, пол). При изучении зуда оценивали несколько конечных точек, фиксируемых по оценке пациента, которые регистрировали при помощи отдельных вопросов либо путем использования валидизированных для изучения зуда шкал.

Во-первых, распространенность зуда исследовали с помощью вопроса: «Был ли у вас зуд в течение последних 24 часов?», на который пациенты отвечали «да» или «нет». Пациентам, ответившим «да», далее предлагалось ответить на вопрос для оценки острого или хронического характера зуда: длится ли зуд более шести недель (хронический зуд) или менее шести недель (острый зуд).



Таблица 1. Шкалы, применяемые для оценки КЖ при зуде

Шкала	Характеристика	Источник
Калькулятор Скиндекс (Skindex-16 Calculator)	Включает оценку трех доменов (сфер): ощущаемые симптомы, эмоции, работоспособность/взаимодействие с социумом). Результаты оцениваются от 0 до 100, где 100 – максимальное влияние на КЖ	[20]
5-D шкала зуда (5-D itch scale)	Включает оценку пяти аспектов зуда: 1) степени; 2) продолжительности; 3) течения (тенденции к разрешению или прогрессированию); 4) влияния зуда на функционирование (сон, социальную и повседневную активность); 5) локализации	[21]
The Eppendorf Itch Questionnaire	Состоит из двух форм. Характеристики эмоционального состояния приведены в правой части формы 1. Форма 2 содержит топографические, временные показатели и показатели реакции пациента на зуд (поведенческие паттерны при расчесывании), а также визуальную аналоговую шкалу. Каждый пункт оценивается в диапазоне от 0 («неверно») до 4 («точно описывает мое ощущение зуда»)	[22]
Шкала тяжести зуда из 12 пунктов 12-Item Pruritus Severity Scale (12-PSS)	Включает оценку интенсивности зуда (два вопроса), степени тяжести зуда (один вопрос) и его продолжительности (один вопрос), влияния зуда на концентрацию внимания и психику (настроение) пациента (четыре вопроса), а также ответной реакции на зуд в виде расчесывания (четыре вопроса). Общее количество баллов может варьировать от 3 (слабо выраженный зуд) до 22 (сильный зуд)	[23]
Опросник восприятия зуда (Itch Cognition Questionnaire)	Включает 20 вопросов для анализа механизмов совладания с зудом и катастрофизации. Опросник основан на теориях, предполагающих, что психологический дистресс и соответствующие телесные ощущения усиливаются в результате катастрофизации и нерациональной копинг-стратегии	[24, 25]
Шкала динамической оценки зуда (Dynamic Pruritus Score)	Позволяет оценивать изменение интенсивности зуда по сравнению с более ранним временным промежутком, что в свою очередь позволяет более точно интерпретировать течение зуда. Представляет собой линию с двумя значениями по краям (справа: 100%, отражающее (почти) полное отсутствие зуда; слева: 100%, означающее серьезное ухудшение течения зуда; каждое по сравнению с более ранним моментом времени). Значение промежуточных точек: 0 – без изменений; 25%/-25% – незначительное улучшение/ухудшение; 50%/-50% – умеренное улучшение/ухудшение; 75%/-75% – скорее улучшение/ухудшение. Три рисунка над линией помогают испытуемым понять значение DPS	[26]
Числовая рейтинговая шкала оценки зуда	Оценка тяжести зуда проводится на основе наиболее тяжелого эпизода зуда за последние 24 часа с использованием 10-балльной шкалы от 0 (зуда нет) до 10 (самый сильный зуд, который только можно вообразить)	[27]
Опросник зуда PROMIS (PROMIS Itch Questionnaire, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Itch Questionnaire)	Разработан для измерения влияния зуда на качество жизни, связанное с зудом. Опросник включает четыре блока с 63 вопросами, оценивающими общее влияние зуда на: 1) общие переживания/проблемы; 2) настроение и сон; 3) выбор одежды и физическую активность; 4) поведение при чесании	[28]
Индекс качества жизни, связанного с зудом (Pruritus-related Life Quality Index questionnaire, PLQI)	Состоит из 18 пунктов, ответы оцениваются от 0 до 3 баллов. Вопросы 1–6, 9, 11 и 13–15 отражают психосоциальный негативизм, вопросы 16–18 связаны с проводимой терапией, а вопросы 7, 8, 10 и 12 направлены на оценку наличия трудностей, связанных с зудом в повседневной жизни	[18]
Калькулятор Скиндекс-29 (Skindex-29)	Содержит 29 вопросов для оценки трех доменов (сфер): ощущаемые симптомы, эмоции, работоспособность/взаимодействие с социумом. Варианты ответов разделены на пять категорий (никогда, редко, иногда, часто и всегда) и оцениваются соответственно в 0, 25, 50, 75 и 100 баллов	[18]
Дерматологический индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index)	Состоит из 10 вопросов, ответ на каждый из которых оценивается от 0 до 3 баллов (общая сумма 0–30 баллов), оценивается период семи дней. Чем больше сумма баллов, тем большее влияние оказывает зуд на качество жизни	[29]



Во-вторых, для оценки интенсивности зуда использовали числовую рейтинговую шкалу зуда (ЧРШ), по которой пациенты оценивали интенсивность зуда от 0 (нет зуда) до 10 (самый сильный зуд, который только можно себе представить).

Для оценки КЖ использовали шкалу общего качества жизни по опроснику EQ5D-VAS, а также опросник 5PLQ для оценки качества жизни, связанного с зудом. Во второй модуль ИРК был включен блок, заполняемый врачом, для регистрации дерматологического диагноза, степени его тяжести, сопутствующих заболеваний.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics (StatSoft Inc, США), версия 27. Проверку на нормальность распределения осуществляли с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. С учетом того факта, что распределение параметров в части групп исследования отличалось от нормального, для определения статистической значимости различий применяли непараметрические критерии. При одновременном сравнении средних в нескольких группах применяли однофакторный дисперсионный анализ и критерий Краскела – Уоллиса. Для устранения эффекта множественных сравнений применяли поправку Бонферрони. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Для оценки связи между показателями интенсивности зуда по ЧРШ, общего качества жизни по шкале

EQ5D-VAS, шкале оценки качества жизни, связанного с зудом 5PLQ и ее подшкал использовали корреляционный анализ Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Силу связи определяли в зависимости от величины коэффициента корреляции r_s следующим образом: слабая положительная ($0,01 < r_s \leq 0,29$), умеренная положительная ($0,30 < r_s \leq 0,69$), сильная положительная ($0,70 < r_s \leq 1,00$), слабая отрицательная ($-0,01 < r_s \leq -0,29$), умеренная отрицательная ($-0,30 < r_s \leq -0,69$), сильная отрицательная ($-0,70 < r_s \leq -1,00$).

Результаты

В основную группу в соответствии с критериями включения, невключения и исключения были включены пациенты с дерматозами, как зудящими (атопический дерматит, АтД, $n = 106$, средний возраст – 38,52 года, 43 (40,6%) мужчины), так и традиционно не относящимися к зудящим, в том числе псориаз ($n = 101$, средний возраст – 53,5 года, 24 (23,8%) мужчины), акне ($n = 104$, средний возраст 29,6 года, 14 (13,5%) мужчин); доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи, включая меланоформные невусы ($n = 105$, средний возраст – 41,5 года, 9 (8,6%) мужчин), меланому ($n = 88$, средний возраст – 58,5 года, 40 (45,5%) мужчин); кожными токсическими реакциями на фоне противоопу-

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов

Заболевание, количество обследуемых пациентов	Псориаз, $n = 101$	АтД, $n = 106$	Меланома, $n = 88$	Невусы, $n = 105$	КТР, $n = 93$	Акне, $n = 104$
Течение заболевания						
Возраст начала заболевания*	30,3 (19,1)	19,6 (17,7)	50,3 (17,7)	29,2 (17,9)	49,1 (20,6)	20,0 (11,7)
Степень тяжести заболевания кожи на момент обследования (по оценке врача), абс. (%)**						
Легкая	42 (41,6)	31 (29,2)	25 (28,4)	71 (67,6)	12 (12,9)	57 (54,8)
Средняя	43 (42,6)	43 (40,6)	30 (34,1)	29 (27,6)	63 (67,7)	38 (36,5)
Тяжелая	16 (15,8)	32 (30,2)	33 (37,5)	5 (4,8)	18 (19,4)	9 (8,7)

* $p < 0,001$, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, критерий Краскела – Уоллиса;

** $p < 0,001$, критерий хи-квадрат Пирсона.

Таблица 3. Частота и характеристики зуда в исследуемых группах

Группа	Доля пациентов с зудом в группе, абс. (%)*	Зуд менее шести недель, абс. (%)*	Зуд шесть недель и более, абс. (%)*	Интенсивность по числовой рейтинговой шкале		
				среднее	стандартное отклонение	медиана
Псориаз	25 (24,8)	10 (40)	15 (60)	4,68	2,657	4,00
Атопический дерматит	76 (71,7)	34 (44,7)	42 (55,3)	5,91	2,536	6,00
Меланома	14 (15,9)	7 (50)	7 (50)	1,92	0,954	2,00
Невусы	10 (9,5)	10 (100)	0 (0)	4,40	2,319	4,00
КТР	61 (65,6)	36 (52,9)	32 (47,1)	5,28	2,790	5,00
Акне	21 (20,2)	21 (100)	0 (0)	3,57	1,748	3,00
Всего	212 (35,5)	175 (81,8)	39 (18,2)	5,02	2,689	5,00

* $p < 0,001$, хи-квадрат Пирсона.

холевой терапии (КТР, $n = 93$, средний возраст – 55,6 года, 35 (37,6%) мужчин).

В контрольную группу здоровых добровольцев вошло 216 человек (средний возраст – 46,1 года, 70 (32,4%) мужчин). Ключевые клинические характеристики обследованных пациентов представлены в табл. 2.

Следует отметить, что согласно данным, представленным в табл. 2, возраст начала заболевания и длительность заболевания значимо отличаются в группах исследования и соответствуют данным литературы, что отражает репрезентативность рассматриваемых групп.

При оценке частоты встречаемости зуда выявленные отличия по частоте зуда в разных группах были статистически значимыми, доля пациентов с зудом была наименьшей в группе пациентов с невусами и наибольшей при atopическом дерматите и кожных токсических реакциях (табл. 3).

Средняя интенсивность зуда в исследуемых группах варьировала от 1,92 при меланоме до 5,91 при atopическом дерматите (см. табл. 3). Группа пациентов с atopическим дерматитом как представителем хронических зудящих дерматозов ожидаемо стала лидером и по показателю распространенности зуда, и по показателю интенсивности зуда.

Также интересно отметить, что среди пациентов с псориазом, несмотря на относительно небольшую распространенность зуда, он чаще, чем при других дерматозах, длился более шести недель. Также особенностью зуда при невусах и акне стало отсутствие случаев хронического зуда по оценке пациентов. В то же время при меланоме зуд отмечался, хотя и относительно нечасто, но в половине случаев был хроническим.

Обращает на себя внимание, что по субъективной оценке пациентами зуда группа пациентов с кожными токсическими реакциями была второй после такого хронического зудящего дерматоза, как atopический дерматит, не только по распространенности зуда, но и по показателю средней интенсивности и медианы интенсивности зуда. Эти данные наглядно иллюстрируют тяжесть бремени кожных токсических реакций для онкологических пациентов (см. табл. 3).

Для оценки ассоциации зуда с уровнем КЖ у пациентов с дерматозами, новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями изучили вначале общее качество жизни у пациентов исследуемых выборок по визуальной аналоговой шкале EQ5D-VAS. Показано, что группы статистически значимо отличались по среднему уровню КЖ.

Так, наиболее низкое качество жизни было зарегистрировано у пациентов с кожными токсическими реакциями (рис. 1, А). Следующим по выраженности негативного воздействия на качество жизни стал псориаз. В целом такой результат можно считать закономерным, поскольку и кожные токсические реакции у пациентов с онкологической патологией, и псориаз являются тяжелыми системными заболеваниями.

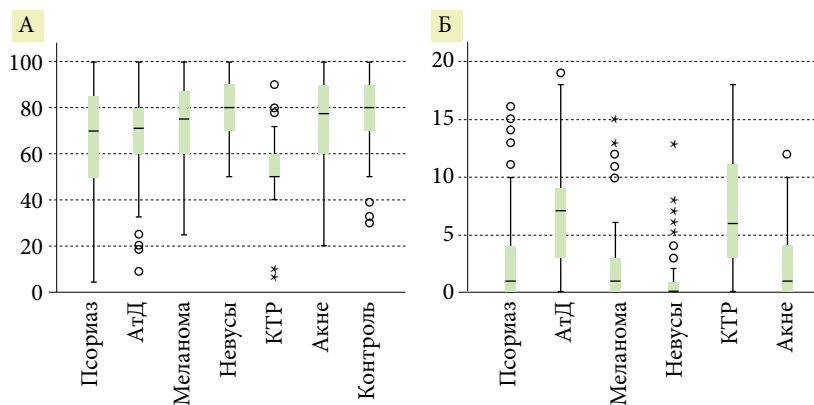


Рис. 1. Средние показатели балльной оценки уровня КЖ по шкале EQ5D-VAS (А) и степени влияния зуда на качество жизни по шкале 5PLQ (ItchyQoL) (Б) в изучаемых выборках

Это отличие при кожных токсических реакциях может объясняться, с одной стороны, тяжестью сопутствующей онкологической патологии, с другой – эти пациенты в ранее проведенном анализе продемонстрировали самые высокие показатели интенсивности зуда.

Поэтому, чтобы оценить вклад зуда в качество жизни пациентов с различными дерматозами, новообразованиями кожи и кожными токсическими реакциями, был проведен анализ влияния зуда на качество жизни в изучаемых выборках. При помощи опросника 5PLQ оценили влияние зуда на качество жизни в изучаемых выборках. Оказалось, что в наибольшей степени качество жизни нарушено вследствие наличия зуда у пациентов с atopическим дерматитом и кожными токсическими реакциями (рис. 1, Б). В меньшей степени зуд нарушает КЖ в выборке пациентов с псориазом и акне. Наименьшее влияние зуда на КЖ зарегистрировано у пациентов с меланомой и невусами (рис. 1, Б).

Таблица 4. Парные сравнения изучаемых групп по показателю связанного с зудом КЖ

Заболевание (основная группа – группа сравнения)	Тестовая статистика	Стандартная ошибка	Стандартная тестовая статистика
Невусы – псориаз*	63,173	20,304	3,111
Невусы – акне*	-63,304	19,417	-3,260
Невусы – КТР**	-176,572	20,104	-8,783
Невусы – АД**	192,949	22,319	8,645
Меланома – КТР**	-130,888	21,307	-6,143
Меланома – АД**	147,264	23,408	6,291
Псориаз – КТР**	-113,399	20,713	-5,475
Псориаз – АД**	-129,776	22,868	-5,675
Акне – КТР**	113,269	19,843	5,708
Акне – АД**	129,645	22,084	5,870

* Значимость различий с поправкой на множественные сравнения $p < 0,05$;

** значимость различий с поправкой на множественные сравнения $p < 0,001$.



При межгрупповом сравнении пациенты с различными заболеваниями также значимо отличались по параметру связанного с зудом КЖ (5PLQ). Так, у пациентов с невусами влияние зуда на КЖ выражено в меньшей степени, чем у пациентов с акне, псориазом, КТР и АтД. А у пациентов с АтД и КТР негативное влияние зуда на КЖ значимо выше, чем у пациентов с меланомой, акне и псориазом (табл. 4).

Далее представлены результаты корреляционного анализа (коэффициент корреляции Спирмена) параметров, включающих КЖ, связанное с зудом (5PLQ), интенсивность зуда по ЧРШ и общее качество жизни (EQ-5D-VAS).

Качество жизни, связанное с зудом (5PLQ), и общее качество жизни по шкале EQ-5D-VAS связаны отрицательной статистически значимой корреляционной связью средней силы (коэффициент Спирмена $r = -0,311$, $p < 0,001$). Следует подчеркнуть, что

чем выше полученное значение по шкале 5PLQ, тем ниже КЖ, а по шкале EQ-5D-VAS чем выше значение, тем выше КЖ. Поэтому выявленная отрицательная корреляция по шкалам характеризует следующую клиническую закономерность: чем ниже КЖ, связанное с зудом, тем ниже общее КЖ.

Также обнаружена сильная статистически значимая положительная корреляция между показателями КЖ, связанного с зудом (5PLQ), и интенсивности зуда по ЧРШ (коэффициент Спирмена $r = 0,660$, $p < 0,01$). И поскольку более высокий балл по шкале 5PLQ соответствует более низкому КЖ, то полученный результат свидетельствует об обратном соотношении зуда и КЖ, связанного с зудом: чем сильнее зуд, тем ниже КЖ.

Общее КЖ (EQ-5D-VAS) и интенсивность зуда по ЧРШ имели статистически значимую отрицательную корреляцию средней силы (коэффициент Спирмена $r = -0,272$, $p < 0,001$), что подтверждает

Таблица 5. Результаты корреляционного анализа показателей общего качества жизни по шкале EQ-5D-VAS, качества жизни, связанного с зудом (5PLQ и ее вопросы), интенсивности зуда по ЧРШ с длительностью заболевания, тревогой, депрессией, дисморфобией, уровнем воспринимаемого стресса

Показатель	Интенсивность зуда (ЧРШ)	Частота зуда	Влияние зуда на повседневную жизнь	Ограничение общения из-за зуда	Влияние зуда на сон	Влияние зуда на настроение	Качество жизни, связанное с зудом (5PLQ)
Интенсивность зуда (ЧРШ)	1	0,494**	0,632**	0,480**	0,632**	0,532**	0,660**
Частота зуда	0,494**	1	0,874**	0,854**	0,845**	0,844**	0,763**
Влияние зуда на повседневную жизнь	0,632**	0,874**	1	0,940**	0,931**	0,915**	0,919**
Ограничение общения из-за зуда	0,480**	0,854**	0,940**	1	0,919**	0,911**	0,814**
Влияние зуда на сон	0,632**	0,845**	0,931**	0,919**	1	0,935**	0,878**
Влияние зуда на настроение	0,532**	0,844**	0,915**	0,911**	0,935**	1	0,920**
Качество жизни, связанное с зудом (5PLQ)	0,660**	0,763**	0,919**	0,814**	0,878**	0,920**	1
Общее состояние здоровья (EQ5VAS)	-0,272**	-0,172**	-0,147**	-0,102**	-0,116**	-0,119**	-0,311
Депрессия	0,426**	0,075*	0,127**	0,127**	0,101**	0,112**	0,315**
Тревога	0,502**	0,149**	0,170**	0,092*	0,136**	0,145**	0,378**
Шкала скрининговой оценки депрессии и тревоги	0,539**	0,117**	0,158**	0,113**	0,125**	0,135**	0,396**
Шкала воспринимаемого стресса	0,331**	0,119**	0,104**	0,112**	0,080*	0,095*	0,221**
Опросник дисморфобии	0,363**	0,044	0,022	0,021	-0,003	0,009	0,239**
Опросник воспринимаемой стигматизации	0,303**	0,082*	0,097*	0,101*	0,071	0,076	0,109*
Длительность заболевания	0,053	-0,199**	-0,232**	-0,280**	-0,284**	-0,269**	0,047

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).



предположение об отрицательном влиянии зуда на уровень КЖ.

Проведенный анализ также наглядно иллюстрирует разную чувствительность используемых опросников для оценки КЖ у пациентов с зудом. Так, шкала оценки общего КЖ обнаружила лишь слабую корреляцию между уровнем общего КЖ и интенсивностью зуда, в то время как шкала 5PLQ имела корреляцию средней силы, близкой к сильной корреляции (табл. 5).

Также была оценена корреляция изучаемых параметров зуда и качества жизни с длительностью заболевания и ключевыми психосоматическими расстройствами по данным психометрического обследования: тревогой, депрессией, уровнем воспринимаемого стресса, уровнем воспринимаемой стигматизации.

Интенсивность зуда характеризовалась статистически значимой положительной корреляцией средней силы со всеми пунктами шкалы 5PLQ, наиболее высокий показатель коэффициента корреляции, близкий к сильной положительной, выявлен при сопоставлении с общим баллом по шкале оценки качества жизни, связанного с зудом. Такая корреляция ожидаемо свидетельствует о действительном влиянии интенсивности зуда на качество жизни пациентов обследованной выборки.

Также интенсивность зуда характеризовалась отрицательной статистически значимой слабой корреляцией с показателем общего состояния здоровья, почти достигающей уровня средней силы. Этот показатель свидетельствует о негативном влиянии зуда на общее качество жизни пациентов в обследованной выборке. Возможно, слабая корреляция обусловлена тем, что в большинстве обследованных групп преобладали пациенты с легкой или средней степенью тяжести поражения кожи.

Стоит отметить, что тревога и депрессия фактически одинаково коррелировали с исследуемыми параметрами, характеризуясь статистически значимой корреляцией средней силы с показателями интенсивности зуда и общим показателем шкалы 5PLQ. Это свидетельствует о большей предрасположенности к тревоге и депрессии пациентов с зудом и пациентов, подверженных более выраженному снижению качества жизни из-за зуда.

В то же время следует подчеркнуть, что коэффициент корреляции при сопоставлении показателей шкалы скрининговой оценки тревоги и депрессии с отдельными пунктами шкалы 5PLQ характеризовался статистически значимой слабой связью либо был незначимым. Данная закономерность еще более отчетливо прослеживалась при сопоставлении данных с показателем скрининговой шкалы для оценки тревоги и депрессии GHQ4. Это свидетельствует о том, что пациенты с тревогой и депрессией потенциально могут быть подвержены более выраженному влиянию зуда на качество жизни. Эти данные корреспондируют с указаниями в литературе на более низ-

кий порог ощущения зуда у пациентов с депрессией и тревогой [30, 31].

Показатели шкалы воспринимаемого стресса, а также дисморфофобии и стигматизации характеризуются статистически значимой корреляцией средней силы с показателями интенсивности зуда и слабой статистически значимой связью с общим показателем шкалы 5PLQ. Таким образом, чем выше интенсивность зуда и чем сильнее нарушение качества жизни из-за зуда, тем выше показатели уровня воспринимаемого стресса, сильнее неудовлетворенность собственным внешним видом и ощущение стигматизации у пациентов.

Длительность заболевания никак не коррелировала с интенсивностью зуда и суммарным показателем шкалы 5PLQ. Однако выявлялась умеренная положительная корреляция длительности заболевания с показателем частоты зуда, влияния зуда на повседневную жизнь и корреляция почти средней силы с показателями ограничения общения из-за зуда, влияния зуда на сон, влияния зуда на настроение.

Обсуждение

Таким образом, полученные результаты позволили определить показатели распространенности зуда, сопоставимые с данными литературы по atopическому дерматиту [31], псориазу [32–34], акне [35, 36]. Данные о распространенности зуда в выборках пациентов с меланоцитарными невусами, меланомой и кожными токсическими реакциями получены впервые, так как в доступной литературе имеющиеся упоминания зуда при меланоцитарных невусах и меланоме представлены лишь в единичных описаниях случаев с констатацией наличия зуда [37, 38], распространенность зуда при кожных токсических реакциях описана при изучении спектра нежелательных явлений лишь отдельных противоопухолевых препаратов [39]. В то же время в полученных нами результатах обращает на себя внимание очень высокий показатель распространенности зуда и самый низкий общий уровень качества жизни в категории пациентов с кожными токсическими реакциями, что свидетельствует о значительном бремени КТР. Также по снижению уровня качества жизни, связанного с зудом, пациенты с КТР заняли второе место.

При дерматозах, традиционно не относимых к зудящим, зуд встречается также достаточно часто: у каждого пятого с акне и у каждого шестого с псориазом, при этом более половины пациентов с псориазом сообщают о хроническом зуде.

Кроме того, проведенное исследование показало, что показатель качества жизни, связанного с зудом, по шкале 5PLQ ясно демонстрирует влияние зуда на качество жизни, тогда как оценка общего КЖ коррелирует с интенсивностью зуда напрямую в несколько меньшей степени (коэффициенты корреляции Спирмена 0,647 и -0,252 соответственно). Полученные данные четко иллюстрируют тот факт, что



на качество жизни, связанное с зудом, в большей степени влияют показатели, заложенные в шкалу 5PLQ (частота возникновения зуда, негативное влияние зуда на повседневную жизнь, на свободное времяпрепровождение и/или на работу, ограничения в общении с людьми из-за зуда, негативное влияние на сон, на удовлетворенность жизнью и настроение). Собственно интенсивность зуда влияет на качество жизни, связанное с зудом, в меньшей степени.

В представленном исследовании впервые в популяции российских пациентов с дерматозами и новообразованиями кожи проведена оценка корреляции интенсивности зуда и КЖ, связанного с зудом, с длительностью заболевания и рядом ключевых психосоматических характеристик пациентов, таких как тревога, депрессия, уровень воспринимаемого стресса, стигматизация пациентов и дисморфофобия. Схожее исследование было опубликовано в 2024 г. [40], однако в этой работе не рассматривали пациентов с новообразованиями кожи, также не изучали пациентов с КТР, вызванными противоопухолевой терапией.

В нашей работе показана положительная корреляция интенсивности зуда с показателями шкалы качества жизни, связанного с зудом; отрицательная корреляция интенсивности зуда и КЖ, связанного с зудом, с показателем общего состояния здоровья. Отчетливо проявилась также положительная корреляция между интенсивностью зуда и КЖ, связанным с зудом, с показателями тревоги и депрессии. Несколько слабее была положительная корреляция между показателями шкалы воспринимаемого стресса, дисморфофобии, стигматизации и показателями интенсивности зуда. Еще слабее, но все же

значимой была связь показателей шкалы воспринимаемого стресса, дисморфофобии, стигматизации и КЖ, связанного с зудом. Продолжительность заболевания коррелировала с пунктами шкалы оценки качества жизни, связанного с зудом, но не была взаимосвязана с интенсивностью зуда или КЖ, связанным с зудом.

Заключение

Таким образом, частота встречаемости зуда при дерматозах (зудящих и традиционно не относимых к зудящим), меланоцитарных новообразованиях кожи и кожных токсических реакциях значимо отличается, при этом лидирующие позиции занимают атопический дерматит как представитель группы зудящих дерматозов, и кожные токсические реакции, что характеризует значительное бремя этих заболеваний для пациентов.

КТР сопоставима с этим показателем при хронических зудящих дерматозах. Зуд негативно влияет на качество жизни. В наибольшей степени КЖ нарушено вследствие наличия зуда у пациентов с атопическим дерматитом и КТР. Снижение качества жизни связанного с зудом, ассоциировано со снижением общего состояния здоровья. Для оценки качества жизни, связанного с зудом, оптимально применение шкалы 5PLQ.

Взаимосвязь интенсивности зуда и КЖ, связанного с зудом, с такими психосоматическими характеристиками как тревога, депрессия, уровень воспринимаемого стресса, стигматизация и дисморфофобия, свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к ведению пациентов с зудом для эффективной коррекции этого субъективного симптома и повышения качества жизни. ●

Литература

1. Matterne U., Apfelbacher C.J., Loerbroks A., et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta Derm. Venereol.* 2011; 91 (6): 674–679.
2. Мильдзихова Д.Р., Невозинская З.А., Сакания Л.Р., Корсунская И.М. Кожный зуд – актуальная междисциплинарная проблема. *Клиническая дерматология и венерология.* 2020; 19 (1): 101–104.
3. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C., et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J. Inv. Dermatol.* 2014; 134 (6): 1527–1534.
4. Shive M., Linos E., Berger T., et al. Itch as a patient-reported symptom in ambulatory care visits in the United States. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013; 69 (4): 550–556.
5. Горланов И.А., Леина Л.М., Милявская И.Р. К вопросу о дифференциальной диагностике и лечении зудящих дерматозов у детей раннего возраста. *Клиническая дерматология и венерология.* 2010; 8 (6): 83–89.
6. Wang X., Liu L.J., Li L.F., et al. Clinical features of urticaria: results from a hospital-based multicenter study in China. *Front. Med. (Lausanne).* 2022; 9: 899857.
7. Meding B., Swanbeck G. Consequences of having hand eczema. *Contact Dermatitis.* 1990; 23 (1): 6–14.
8. Szepietowski J.C., Reich A. Pruritus in psoriasis: an update. *Eur. J. Pain.* 2016; 20 (1): 41–46.
9. Weisshaar E., Apfelbacher C., Jäger G., et al. Pruritus as a leading symptom: clinical characteristics and quality of life in German and Ugandan patients: Pruritus as a leading symptom. *Br. J. Dermatol.* 2006; 155 (5): 957–964.
10. Mills K.C., Kwatra S.G., Feneran A.N. Itch and pain in nonmelanoma skin cancer: pain as an important feature of cutaneous squamous cell carcinoma. *Arch. Dermatol.* 2012; 148 (12): 1422–1423.
11. Ensslin C.J., Rosen A.C., Wu S., Lacouture M.E. Pruritus in patients treated with targeted cancer therapies: systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013; 69 (5): 708–720.
12. Whang K.A., Khanna R., Williams K.A., et al. Health-related QOL and economic burden of chronic pruritus. *J. Invest. Dermatol.* 2021; 141 (4): 754–760.e1.



13. Kini S.P., DeLong L.K., Veledar E., et al. The impact of pruritus on quality of life: the skin equivalent of pain. *Arch Dermatol.* 2011; 147 (10): 1153–1156.
14. Jensen P., Zachariae C., Skov L., Zachariae R. Sleep disturbance in psoriasis: a case-controlled study. *Br. J. Dermatol.* 2018; 179 (6): 1376–1384.
15. Yamamoto Y., Yamazaki S., Hayashino Y., et al. Association between frequency of pruritic symptoms and perceived psychological stress: a Japanese population-based study. *Arch Dermatol.* 2009; 145 (12): 1384–1388.
16. Dalgard F.J., Svensson Å., Halvorsen J.A., et al. Itch and mental health in dermatological patients across Europe: a cross-sectional study in 13 countries. *J. Invest. Dermatol.* 2020; 140 (3): 568–573.
17. Dalgard F., Svensson A., Holm J., Sundby J. Self-reported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.* 2004; 9 (2): 120–125.
18. Erturk I.E., Arican O., Omurlu I.K., Sut N. Effect of the pruritus on the quality of life: a preliminary study. *Ann. Dermatol.* 2012; 24 (4): 406–412.
19. Миченко А.В., Романов Д.В., Львов А.Н. Зуд в дерматовенерологии: психосоматические аспекты и новые мишени для терапии. *Фарматека.* 2021; 28 (14): 42–46.
20. Chren M.M., Lasek R.J., Sahay A.P., Sands L.P. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J. Cutan. Med. Surg.* 2001; 5 (2): 105–110.
21. Elman S., Hynan L.S., Gabriel V., Mayo M.J. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *Br. J. Dermatol.* 2010; 162 (3): 587–593.
22. Darsow U., Scharein E., Simon D., et al. New aspects of itch pathophysiology: component analysis of atopic itch using the 'Eppendorf Itch Questionnaire'. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2001; 124 (1–3): 326–331.
23. Reich A., Bożek A., Janiszewska K., Szepietowski J.C. 12-Item pruritus severity scale: development and validation of new itch severity questionnaire. *Biomed. Res. Int.* 2017; 2017: 3896423.
24. Heckman C.J., Schut C., Riley M., et al. Development and psychometrics of the English version of the Itch Cognitions Questionnaire. *PLoS One.* 2020; 15 (3): e0230585.
25. Ehlers A., Stangier U., Dohn D., Gieler U. Kognitive faktoren beim juckreiz: entwicklung und validierung eines fragebogens. *Verhaltenstherapie.* 1993; 3: 112–119.
26. Ständer S., Blome C., Anastasiadou Z., et al. Dynamic pruritus score: evaluation of the validity and reliability of a new instrument to assess the course of pruritus. *Acta Derm. Venereol.* 2017; 97 (2): 230–234.
27. Silverberg J.I., DeLozier A., Sun L., et al. Psychometric properties of the itch numeric rating scale, skin pain numeric rating scale, and atopic dermatitis sleep scale in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Health Qual. Life Outcomes.* 2021; 19 (1): 247.
28. Silverberg J.I., Lai J.S., Kantor R.W., et al. Development, validation, and interpretation of the PROMIS itch questionnaire: a patient-reported outcome measure for the quality of life impact of itch. *J. Invest. Dermatol.* 2020; 140 (5): 986–994.
29. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin. Exp. Dermatol.* 1994; 19: 210–216.
30. Pereira M.P., Hoffmann V., Weisshaar E., et al. Chronic nodular prurigo: clinical profile and burden. A European cross-sectional study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2020; 34 (10): 2373–2383.
31. Zeidler C., Pereira M.P., Huet F., et al. Pruritus in autoimmune and inflammatory dermatoses. *Front. Immunol.* 2019; 10: 1303.
32. Zeidler C., Kupfer J., Dalgard F.J., et al. Dermatological patients with itch report more stress, stigmatization experience, anxiety and depression compared to patients without itch: Results from a European multi-centre study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2024; 38 (8): 1649–1661.
33. Szepietowski J.C., Reich A. Pruritus in psoriasis: an update. *Eur. J. Pain.* 2016; 20 (1): 41–46.
34. Bollemeijer J.F., Zheng K.J., van der Meer A.M., et al. Lifetime prevalence and associated factors of itch with skin conditions: atopic dermatitis, psoriasis and dry skin in individuals aged over 50. *Clin. Exp. Dermatol.* 2024; 49 (9): 1036–1043.
35. Reich A., Trybucka K., Tracinska A. Acne itch: do acne patients suffer from itching? *Acta Derm. Venereol.* 2008; 88 (1): 38–42.
36. Lim Y., Chan Y.H., Yosipovitch G., Greaves M.W. Pruritus is a common and significant symptom of acne. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2008; 22 (11): 1332–1336.
37. Quenan S., Strueven V., Saxer N., et al. Pruritic acquired nevus of Ota. *Dermatology.* 2013; 227 (2): 186–188.
38. Martin S.B., Polubothu S., Bruzos A.L., et al. Mosaic BRAF fusions are a recurrent cause of congenital melanocytic nevi targetable by MAPK pathway inhibition. *J. Invest. Dermatol.* 2024; 144 (3): 593–600.e7.
39. Миченко А.В., Круглова Л.С., Орлова К.В. и др. Зуд и другие проявления кожной токсичности у пациентов с меланомой на фоне терапии ингибиторами BRAF и MEK: обзор клинических рекомендаций по тактике ведения. *Эффективная фармакотерапия.* 2022; 18 (17): 26–34.
40. Zeidler C., Kupfer J., Dalgard F.J., et al. Dermatological patients with itch report more stress, stigmatization experience, anxiety and depression compared to patients without itch: Results from a European multi-centre study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2024; 38 (8): 1649–1661.



Comparison of the Pruritus and the Quality of Life in Patients with Chronic Dermatoses, Melanocytic Skin Lesions and Cutaneous Toxic Reactions

A.V. Michenko, PhD^{1, 2, 3, 4}, A.N. Lvov, PhD, Prof.^{1, 2}, L.S. Kruglova, PhD, Prof.¹, O.G. Pyagai⁷, D.V. Romanov, PhD, Prof.^{5, 6}

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

² Medical Scientific and Educational Institute of Lomonosov Moscow State University, Moscow

³ International Institute of Psychosomatic Health, Moscow

⁴ Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow

⁵ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

⁶ Mental Health Center, Moscow

⁷ Skin and Venereal Diseases Dispensary No 9, St. Petersburg

Contact person: Anna V. Michenko, amichenko@mail.ru

Itch is one of the most common subjective symptoms in dermatovenereology, significantly affecting the quality of life. Assessment of the prevalence of itch in skin diseases traditionally classified as pruritic or non-pruritic dermatoses, melanocytic skin neoplasms and skin toxic reactions, as well as the introduction of new tools for assessing the impact of itch on patients' quality of life is a current problem of modern dermatovenereology.

Aim. To assess the prevalence of itch in patients with dermatoses, melanocytic skin neoplasms and skin toxic reactions and influence of itch on general and pruritus-related quality of life as well as on psychosomatic parameters such as anxiety, depression, perceived stress level, stigma and body dysmorphic disorder.

Material and methods. A cross-sectional observational controlled study was conducted. The main group included patients pruritic (atopic dermatitis, AD, $n = 106$) and traditionally not related to pruritic (psoriasis ($n = 101$), acne ($n = 104$)) dermatoses; benign and malignant melanocytic skin neoplasms (melanocytic nevi ($n = 105$), melanoma ($n = 88$)); skin toxic reactions caused by antitumor therapy (STR, $n = 93$), the control group included 216 healthy subjects. The examination included questionnaires designed to assess the intensity of itch (numerical rating scale, NRS), general quality of life (EQ5D-VAS) and quality of life associated with itch (5PLQ), questionnaires of the general assessment of anxiety disorder GAD-2, depression (PHQ-2) and the generalized scale PHQ-4, the perceived stress scale PSS, the dysmorphophobia questionnaire (DCQ), the questionnaire of perceived stigma (PSQ). Nonparametric tests were used to determine the statistical significance of differences.

Results. At the time of examination, itch was most often noted by patients with AD (76%) and STR (61%), less often itch was recorded in psoriasis (15%), acne (21%), melanoma (14%) and nevi (10%).

The greatest intensity of itch was characteristic of AD and STR. The lowest quality of life was recorded in patients with STR, followed by psoriasis, AD, melanoma, acne. The level of overall health in patients with nevi was comparable to the control group. The effect of itch on the quality of life in the studied samples according to the 5PLQ scale was maximal in AD and STR, less severe in psoriasis and acne and the least in melanoma and nevi. All the differences identified were statistically significant. Correlation analysis revealed a statistically significant negative correlation of medium strength between the 5PLQ and EQ-5D-VAS scores; a strong positive correlation between the 5PLQ and NRS scores; a moderate negative correlation between the EQ-5D-VAS and NRS scores. Also, the EQ-5D-VAS scale revealed only a weak correlation between the level of overall quality of life and the intensity of itch, while the 5PLQ scale revealed a correlation close to strong ($r = 0.647$). A positive correlation was shown between itching intensity, itching-related quality of life, anxiety, depression, perceived stress level, stigma and body dysmorphic disorder.

Conclusion. The prevalence of itch in STR is comparable to chronic pruritic dermatoses. Itching negatively affects the quality of life. The quality of life is most impaired due to the presence of itching in patients with atopic dermatitis and skin toxic reactions. A decrease in the quality of life due to itching is associated with a decrease in the overall health. To assess the quality of life associated with itching, it is optimal to use the 5PLQ scale. Multidisciplinary management of patients with itching is required using methods to correct concomitant psychosomatic disorders.

Keywords: pruritus, quality of life, atopic dermatitis, skin toxicity, psoriasis, acne, melanocytic nevi, melanoma