

# Możliwości oceny wpływu pokrzywki przewlekłej i obrzęku naczynioruchowego na jakość życia pacjentów

Evaluative potentials of impact of urticaria and angio-oedema on patients' quality of life

Marta Wojtkiewicz, Bernard Panaszek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Bernard Panaszek

Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 4: 291–296

## Streszczenie

Pokrzywka przewlekła (*chronic urticaria* – CU) oraz obrzęk naczynioruchowy należą do najczęściej występujących chorób skóry. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że schorzenia te mają znaczący wpływ na jakość życia (*quality of life* – QoL) pacjentów. Celem leczenia zmian skórnych jest przede wszystkim poprawa komfortu życia. W ostatnich latach nastąpił ogromny wzrost zainteresowania badaniem wpływu chorób przewlekłych, w tym dermatologicznych, na QoL, jednak jedynie kilka z nich dotyczy CU. W pracy przedstawiono podstawowe definicje oraz metody badania QoL zależnej od zdrowia u pacjentów chorych na CU i/lub obrzęk naczynioruchowy. Omówiono stosowane kwestionariusze z uwzględnieniem podziału na narzędzia ogólne oraz specyficzne dla danej jednostki chorobowej. Dokonano przeglądu publikacji, w których opisywano wyniki badań dotyczące wpływu CU na QoL. Wynika z nich, że obniżenie QoL pacjentów z CU jest znamienne większe w stosunku do osób cierpiących na chorobę alergiczną dróg oddechowych oraz porównywalne z występującym u osób z ciężką chorobą serca.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, jakość życia zależna od zdrowia, pokrzywka przewlekła, obrzęk naczynioruchowy przewlekły.

## Abstract

Chronic urticaria (CU) and chronic angio-oedema are common skin disorders and have a profound impact on the quality of life (QoL). The aim of the treatment of CU is, above all, the improvement of QoL. During recent years we can observe strong growth of interest in research associated with QoL in chronic diseases, but only a few articles are available about the impact of chronic urticaria on the quality of life of patients. The available studies show that patients with chronic urticaria have significantly greater quality of life impairment than patients with respiratory allergy, comparable to patients with coronary artery diseases. In this review definitions and measurement methods of QoL are introduced. Disease-specific, dermatology-specific, general health and utility measure questionnaires are described. The paper summarizes the available medical articles in which CU impact of QoL are described.

**Key words:** quality of life, health-related quality of life, chronic urticaria, chronic angio-oedema.

## Wprowadzenie

Pokrzywka (*urticaria*) charakteryzuje się występowaniem swędzących bąbli otoczonych rumieniem, natomiast obrzęk naczynioruchowy to ostro ograniczone obrzęki skóry i błony śluzowej, pojawiające się nagle i wykazujące dużą dynamikę zmian. Na podstawie przestaniek etiopatogenetycznych można wyróżnić pokrzywkę alergiczną, niealergiczną, idiopatyczną oraz objawową [1].

Ponieważ złożony patomechanizm poszczególnych odmian pokrzywki utrudnia klasyfikację tej grupy schorzeń na podstawie patomechanizmu reakcji bąblowo-obrzękowej, obecnie proponuje się podział pokrzywek na trzy podstawowe grupy, tj. spontaniczną, wywołaną i inną, przy czym pokrzywka przewlekła (*chronic urticaria* – CU) należy do typu, w którym zmiany pojawiają się spontanicznie, ale także obserwuje się objawy wywołane np. ucis-

---

**Adres do korespondencji:** lek. med. Marta Wojtkiewicz, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, tel. +48 71 733 24 00, faks +48 71 733 24 09, tel. kom. 695 404 164, e-mail: marta.wojtkiewicz@op.pl

kiem, drażnieniem lub ciepłem [2]. Jeśli zmiany utrzymują się powyżej 6 tyg., pokrzywkę oraz obrzęk naczyńioruchowy określa się jako przewlekłe [3].

Po raz pierwszy pojęcie „jakość” zostało zdefiniowane przez Platona i oznaczało pewien stopień doskonałości. Było to wtedy oczywiście pojęcie filozoficzne. Dyskusje na temat jakości, również jakości życia, podejmowali inni starożytni badacze i dotyczyły one aspektów moralno-etycznych oraz filozoficznych. Dopiero jednak w minionym stuleciu nastąpił rozwój badań związanych z określeniem i mierzaniem jakości życia (*quality of life* – QoL), ponadto wyodrębniono pojęcie jakości życia zależnej od zdrowia (*health-related quality of life* – HRQoL) [4]. W 1947 r. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) zdefiniowała zdrowie nie tylko jako brak choroby, ale też jako „pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”, co miało kluczowe znaczenie dla rozwoju tych badań [5]. Obecnie w piśmiennictwie – zarówno w naukach społecznych, ekonomicznych, jak i medycznych – znajduje się ogromną liczbę definicji QoL i wciąż nie ma jednej uniwersalnej wersji, co oczywiście wynika z abstrakcyjności tego pojęcia. Jedną z prostszych jest ta zaproponowana przez Levine’a, wg której „jakość życia to ten obszar życia ludzkiego, który danego człowieka bezpośrednio dotyczy i który jest dla niego ważny”, co też podkreśla subiektywność oceny QoL [6]. Duży wpływ na rozwój tej dziedziny nauki mieli Campbell i wsp., którzy w latach 70. XX w. przeprowadzili badania dotyczące postrzegania i oceny QoL wśród społeczeństwa amerykańskiego [7].

Według definicji WHO QoL oznacza poczucie satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikającej ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego, inaczej mówiąc – obejmuje socjalny, fizjologiczny, psychiczny i intelektualny dobrostan danego człowieka [8]. Światowa Organizacja Zdrowia włącza do definicji również następujące obszary życia (domeny): stan fizyczny i psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, relacje ze środowiskiem, religię, poglądy, wierzenia i przekonania. W 1991 r. powołano *the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) group* – grupę zajmującą się badaniem QoL, której celem było m.in. utworzenie uniwersalnego, ogólnego narzędzia badającego QoL – WHOQOL-100 [9].

W związku z tym, że na QoL wpływa tak wiele różnych czynników, a w naukach medycznych najważniejszym czynnikiem jest zdrowie, konieczne stało się wyodrębnienie pojęcia HRQoL. Badaniem wpływu choroby oraz jej leczenia na QoL w latach 80. ubiegłego stulecia zajmował się Shipper i to on w 1990 r. wprowadził definicję HRQoL, która brzmi: „HRQoL to wpływ choroby i jej przewlekłego leczenia na jakość życia postrzegane przez pacjenta” [4]. Shipper opierał się w swoich rozważaniach m.in. na badaniach Karnofsky’ego, który już w 1948 r. przeprowadził badanie QoL chorych, opierając się głównie na ogranicze-

niach sprawności fizycznej, a w 1949 r. wraz ze współpracownikami opracował skalę badającą sprawność i QoL u pacjentów z chorobą nowotworową [10].

## Metody badania jakości życia zależnej od zdrowia

Jakość życia zależną od zdrowia bada się, używając kwestionariuszy ogólnych, specyficznych (np. dermatologicznych, alergologicznych itp.) oraz specyficznych dla danej jednostki chorobowej. W przypadku CU i/lub obrzęku naczyńioruchowego można zastosować narzędzia ogólne, takie jak: *Medical Outcomes Survey* – *Short Form 36* (SF36) [11], *Nottingham Health Profile* (NHP) [12], *Sickness Impact Profile* (SIP) [13], lub też dermatologiczne: *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) [14], *Skindex* [15], *Dermatology-Specific Quality of Life* (DSQL) [16], *Dermatology Quality of Life Scales* (DQOLS) [17, 18]. Konstrukcję powyższych kwestionariuszy przedstawiono w tab. 1.

Ze względu na duży wpływ CU na sferę psychologiczną można zastosować skale psychologiczne, np.: *The Hospital Anxiety And Depression Scale* (HADS) [19] i *Carroll Rating Scale for Depression* (CRSD) [20]. W przypadku CU stworzono dotychczas jedno narzędzie specyficzne dla danej jednostki chorobowej – *Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire* (CU-Q2oL) [21]. O’Donnell i wsp. w badaniach używali również kwestionariusza swistego dla choroby, jednak narzędzie to nie zostało zwalidowane [22].

Narzędzie badawcze, którym jest kwestionariusz, musi mieć określone cechy, aby mogło być miarodajne. Kwestionariusz składa się z serii pytań, tzw. itemów, które są pogrupowane w domeny lub tzw. skale albo podskale. Ważne jest, aby narzędzie badało takie cechy z poszczególnych domen, które są istotne dla chorych, np. fizycznej, emocjonalnej, socjalnej. Z tego też powodu przy tworzeniu kwestionariusza istotna jest współpraca z pacjentem [23, 24]. Elementarnymi kryteriami oceny narzędzi diagnostycznych są rzetelność (*reliability*) i trafność (*validity*).

Rzetelność określa dokładność, z jaką dany test mierzy daną cechę, będącą celem badania [25]. Istnieje bardzo wiele metod oceny rzetelności, a dokładniej różnych jej aspektów. Należy zwrócić uwagę na wieloznaczność tego terminu. Najbardziej znane synonimy rzetelności to pewność, zgodność wewnątrzna i stabilność [26]. Najczęściej stosowane metody szacowania rzetelności sprowadzają się do dwóch grup wskaźników – po pierwsze do oceny stabilności, a po drugie do oceny zgodności wewnętrznej danego narzędzia. Pierwsza z metod polega na badaniu tym samym testem w określonym odstępie czasowym (*test-retest reliability*). Sposób ten jest jednak krytykowany ze względu na to, że nie umożliwia uzyskania w różnym czasie dokładnie tych samych warunków badania, a to wpływa na wyniki [25]. Ocenę zgodności wewnętrznej danego testu obecnie zazwyczaj wyraża się współczynnikiem zgodności  $\alpha$  Cronbacha [27]. Przez

**Tab. 1.** Kwestionariusze oceny QoL w CU i obrzęku naczynioruchowym

Kwestionariusz	Liczba pytań	Domeny	Autorzy, piśmiennictwo
<i>Medical Outcomes Survey – Short Form 36 (SF36)</i>	36	8 domen: 1) sprawność fizyczna, 2) ograniczenie aktywności z powodu ograniczenia zdrowia fizycznego, 3) odczuwanie bólu, 4) subiektywna ocena stanu zdrowia (w porównaniu z innymi osobami i stanem sprzed roku), 5) witalność, 6) funkcjonowanie społeczne, 7) ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych, 8) zdrowie emocjonalne	Ware JE, Sherbourne CD [11]
<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	I część: 38 II część: 7	6 domen: 1) ograniczenia fizyczne, 2) ból, 3) energia, 4) sen, 5) reakcje emocjonalne, 6) izolacja społeczna 7 ogólnych pytań (z odpowiedzią tak lub nie) dotyczących problemów życia codziennego	Hunt SM, McKenna SP, McEwen J i wsp. [12]
<i>Dermatology Life Quality Index (DLQI)</i>	10	6 domen: 1) objawy i odczucia związane z chorobą, 2) aktywność w ciągu dnia, 3) czas wolny, 4) praca i szkoła, 5) relacje z innymi osobami, 6) leczenie	Finlay AY, Khan GK [14]
<i>Skindex</i>	61	8 domen: 1) efekt poznawczy, 2) efekt społeczny, 3) występowanie depresji, 4) nasilenie lęku, 5) uczucie wstydu, 6) uczucie złości, 7) dyskomfort fizyczny, 8) ograniczenia fizyczne	Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM i wsp. [15]
<i>Skindex 29</i>	29	3 domeny: 1) emocje, 2) objawy, 3) funkcjonowanie	Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA i wsp. [33]
<i>Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL)</i>	23	6 domen: 1) świąd, 2) obecność obrzęku, 3) zakłócenia aktywności dziennej, 4) problemy ze snem, 5) poczucie ograniczenia, 6) wygląd	Baiardini I, Pasquali M, Braidó F i wsp. [21]

ponad 40 lat podstawową metodą oceny rzetelności testu (jego zgodności wewnętrznej) była metoda połówkowania Spearmana-Browna. Polegała ona na tym, że za każdym razem obliczano tylko połowę pozycji testowych, uzyskując dwa wyniki, następnie stosowano wzór Spearmana-Browna, aby otrzymać współczynnik podobny do korelacji między dwiema formami testu. Obecnie stosuje się współczynnik  $\alpha$  Cronbacha, który można zdefiniować jako funkcję wszystkich współczynników połówkowych. Inaczej mówiąc, jeśli podzieli się test na wszystkie możliwe połówki, to  $\alpha$  będzie średnią z otrzymanych w ten sposób współczynników [28]. Można więc wykazać, na ile zgodne są różne pomiary tej samej cechy. Oczekiwane wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha mieszczą się w granicach 0,00–1,00. Im wartość bliższa jest 1,00, tym bardziej rzetelne okazuje się narzędzie pomiaru. Mierzając QoL, można oczekiwać wartości zbliżonych do 0,70 [25, 27].

Trafność (*validity*) pokazuje, czy narzędzie ma zdolność mierzenia określonej cechy, będącej celem badania. Jest wiele metod oceniających trafność; metody jej badania można określić mianem „świętej trójcy”, a obejmują: 1) trafność kryterialną, 2) trafność treściową oraz 3) trafność teoretyczną. Według wielu badaczy najważniejsza

jest trafność teoretyczna. Zdaniem Brzezińskiego należy korelować dane narzędzie nie tylko z innymi testami, o znanej trafności, ale też z niezależnymi obiektywnymi wskaźnikami [29]. Jeśli odniesie się to do narzędzi badających QoL, wskaźnikami zewnętrznymi mogą być takie cechy, jak poczucie szczęścia, dobrostanu psychicznego i fizycznego, ale też wskaźniki nasilenia lęku, depresji, zmniejszenia masy ciała czy też obniżenia sprawności fizycznej [25]. Uważa się, że najpoważniejszą metodą badania trafności teoretycznej jest metoda Campbella i Fiskego, polegająca na sprawdzaniu trafności metodą macierzy „wielu cech – wielu metod” [30]. Artykuł poświęcony tej metodzie miał największą liczbę cytowań w historii czasopisma *Psychological Bulletin* (ponad 4 tys.) [29].

#### Kwestionariusze ogólne stosowane w badaniu wpływu pokrzywki przewlekłej i obrzęku naczynioruchowego na jakość życia

Zastosowanie kwestionariuszy ogólnych do badania QoL chorych na CU oraz z przewlekłym obrzękiem naczynioruchowym ma zarówno zalety, jak i wady. Narzędzie ogólne umożliwia porównanie wpływu na QoL danej jednostki chorobowej (tu: CU i obrzęku naczynioruchowego)

oraz innej choroby przewlekłej – zarówno dermatologicznej, jak i niedermatologicznej. Wybór ten będzie determinować to, jakie jednostki chorobowe chce się porównywać i jakich narzędzi użyto we wcześniejszych badaniach. Najważniejszą cechą kwestionariusza będzie to, w jak wielu badaniach został on zastosowany. Kwestionariusze ogólne, niestety, nie uwzględniają wielu aspektów ważnych dla chorych na CU, natomiast badają cechy nieistotne dla tych chorych, o czym będzie mowa przy przedstawianiu kwestionariusza specyficznego dla danej jednostki chorobowej.

*Medical Outcomes Survey – Short Form 36 (SF36)* jest jednym z najczęściej używanych kwestionariuszy [11]. Składa się z 36 pytań (itemów), które są zgrupowane w 8 kategoriach poruszających poszczególne aspekty HRQoL. Tymi kategoriami są: sprawność fizyczna (*physical function – PF*), ograniczenie aktywności z powodu ograniczenia zdrowia fizycznego (*role physical – RP*), odczuwanie bólu (*bodily pain – BP*), subiektywna ocena stanu zdrowia (w porównaniu z innymi osobami i stanem sprzed roku) (*general health – GH*), witalność (*vitality – VT*), funkcjonowanie społeczne (*social functioning – SF*), ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych (*role emotional – RE*) i zdrowie emocjonalne (*mental health – MH*). Cztery pierwsze kategorie opisują sprawność fizyczną (tzw. zdrowie fizyczne), a cztery kolejne sprawność psychiczną (tzw. zdrowie mentalne).

Inny kwestionariusz – *Nottingham Health Profile (NHP)* – składa się z dwóch części [12]. Część pierwsza zawiera 38 itemów, które są zgrupowane w 6 domen: ograniczenia fizyczne (*physical abilities – PA*), ból (*pain – P*), energia (*energy level – EL*), sen (*sleep – S*), reakcje emocjonalne (*emotional reactions – ER*) oraz izolacja społeczna (*social isolation – SI*). Druga część kwestionariusza zawiera 7 pytań dotyczących problemów codziennego życia.

### **Kwestionariusze dermatologiczne stosowane w badaniu wpływu pokrzywki przewlekłej i obrzęku naczynioruchowego na jakość życia**

Podjęmując decyzję dotyczącą wyboru kwestionariusza dermatologicznego, należy kierować się „popularnością” danego narzędzia i związaną z tym możliwością porównywania wpływu różnych chorób dermatologicznych na QoL. Jeśli użyje się tego samego narzędzia, można ponadto porównać wyniki badań przeprowadzanych w różnych krajach, a dotyczących tej samej choroby. Daje to możliwość porównania wpływu samej choroby na QoL, a także rodzaju terapii oraz wpływu kulturowego [18].

*Dermatology Life Quality Index* jest narzędziem bardzo często stosowanym do oceny QoL pacjentów z chorobami skóry, zarówno w praktyce ambulatoryjnej, jak i w badaniach klinicznych [14]. Składa się z 10 pytań, które badają następujące aspekty: objawy i odczucia związane z chorobą (*symptoms and feelings*), aktywność w ciągu dnia (*daily activities*), czas wolny (*leisure*), praca i szkoła

(*work and school*), relacje z innymi osobami (*personal relationships*) oraz leczenie (*treatment*). Kwestionariusz jest przygotowany do zastosowania u osób powyżej 16. roku życia i ocenia stan zdrowia pacjenta przez ostatni tydzień. Obecnie jest szeroko stosowany w USA, Europie, Australii do oceny stanu zdrowia pacjentów z chorobami skóry.

Początkowo zastosowanie DLQI do badania HRQoL pacjentów z CU nie było takie pewne, ponieważ CU – w przeciwieństwie do innych chorób przewlekłych skóry – charakteryzuje się dużą dzienną i tygodniową zmiennością objawów klinicznych. Badanie Lennoksa i Leahy’ego potwierdziło przydatność DLQI do badania HRQoL chorych na CU [31]. W 2004 r. została opracowana polska wersja DLQI, a także przeprowadzono jej walidację [32].

Kolejny kwestionariusz – *Skindex*, to instrument, który zawiera 61 pytań pogrupowanych w 8 domen obejmujących: efekty poznawcze (*cognitive effects – CE*), efekty społeczne (*social effects – SE*), występowanie depresji (*depression – D*), nasilenie lęku (*fear – F*), uczucie wstydu (*embarrassment – E*), uczucie złości (*anger – A*), dyskomfort fizyczny (*physical discomfort – PD*) oraz ograniczenia fizyczne (*physical limitations – PL*) [15].

*Skindex 29* jest uproszczoną wersją kwestionariusza *Skindex*, zawierającą 29 pytań zgrupowanych w 3 domenach dotyczących: emocji, objawów i funkcjonowania [33]. Udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zajmuje 5 min, a w przypadku zastosowania *Skindexu* – 15 min.

### **Kwestionariusz specyficzny dla danej jednostki chorobowej**

W 2005 r. Baiardini i wsp. opracowali specyficzny dla choroby kwestionariusz mierzący wpływ CU na QoL – (CU-Q2oL) [21]. Autorzy tego kwestionariusza uznali, że stworzenie specyficznego narzędzia jest konieczne z kilku powodów, głównie dlatego że dotąd nie istniało żadne narzędzie, które uwzględniałoby wszystkie aspekty specyficzne dla CU i jednocześnie cechy wynikające z ogólnego narzędzia. Wydaje się więc, że użycie tylko jednego ogólnego narzędzia może być niewystarczające do uchwycenia subtelnych zmian HRQoL. Autorzy zauważyli, że narzędzia ogólne, takie jak NHP czy SF36, nie poruszają niektórych problemów ważnych z punktu widzenia pacjenta z CU, np. kwestii wyglądu zewnętrznego, natomiast oceniają cechy, które nie dotyczą pacjentów z CU, ponieważ nie należą do obrazu choroby i w związku z tym nie mają wpływu na HRQoL, np. zdolność do samodzielnego poruszania się. Opierając się na takich założeniach ogólnych, autorzy postawili sobie za cel utworzenie oraz ocenę psychometrycznych właściwości kwestionariusza, który mierzyłby ciężkość CU i jej wpływ na HRQoL z perspektywy pacjenta. Narzędzie, które powstało, składa się z 23 pytań i mierzy 6 domen (obszarów) wpływających na HRQoL: świąd (*pruritus*), obecność obrzęku (*swelling*), wpływ na aktywność dzienną (*impact on life activities*), problemy ze snem (*sleep problems*), poczucie ogranicze-

nia dotyczące wyboru jedzenia lub aktywności sportowej (*limits*) oraz wygląd (*looks*). Autorzy w badaniu potwierdzili rzetelność, trafność, wewnętrzną spójność oraz czułość w wykrywaniu zmian tego narzędzia. Dotychczas opracowano i oceniono wiarygodność wersji hiszpańskiej [34] oraz niemieckiej [35] kwestionariusza mierzącego wpływ CU na QoL (CU-Q2oL).

### Wpływ przewlekłej pokrzywki na jakość życia zależną od zdrowia

W ostatnich latach obserwuje się olbrzymi rozwój badań dotyczących wpływu poszczególnych schorzeń na QoL. Dotyczy to oczywiście również chorób dermatologicznych i alergicznych, jednak tylko niewielka ich część dotyczy CU i/lub obrzęku naczynioruchowego.

W 1994 r. badano wpływ świądu występującego w takich schorzeniach, jak: łuszczycy, atopowe zapalenie skóry oraz CU idiopatyczna, na występowanie objawów depresji. Badanie przeprowadzono za pomocą *Carroll Rating Scale for Depression* (CRSD) [36].

Pierwszą pracą oceniającą QoL u pacjentów z CU było jednak doniesienie O'Donella i wsp. [22]. Autorzy ci zastosowali ogólny kwestionariusz NHP oraz stworzony na potrzeby własne „kwestionariusz specyficzny dotyczący choroby”. Składał się on z 40 pytań obejmujących 7 dziedzin życia, takich jak: funkcjonowanie w domu (*home management*), wpływ choroby na ubiór, dietę (*personal care*), czas wolny i funkcjonowanie społeczne (*recreation and social interaction*), zdolność do poruszania się (*mobility*), czynniki emocjonalne (*emotional factors*), sen i odpoczynek (*sleep and rest*) oraz pracę (*work*). Odpowiedzi dotyczyły ostatnich 4 tyg., żeby uwzględnić zmienność objawów CU. Dzięki użyciu ogólnego narzędzia (NHP) można było porównać wyniki chorych z pokrzywką i pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. Stwierdzono, że domeny dotyczące zdolności poruszania się oraz bólu były bardziej upośledzone u osób z chorobą niedokrwinną serca, natomiast problemy ze snem w większym stopniu dotyczyły chorych na pokrzywkę. Wyniki dotyczące pozostałych domen były podobne w obu grupach. W badaniu wykazano również istotnie gorszą QoL u osób z pokrzywką z ucisku (*delayed pressure urticaria* – DPU) w porównaniu z pozostałymi osobami z CU. Ze względu na to, że CU jest w większości chorobą niezagrażającą życiu, a jej wpływ na QoL wciąż niedoceniany, badania te można uznać za przełomowe, ponieważ autorzy udowodnili, że obniżenie HRQoL pacjentów z CU jest porównywalne z występującym u osób z ciężką chorobą serca.

Dotychczas porównywano QoL osób z CU oraz z innymi chorobami skóry, oraz z innymi schorzeniami alergicznymi, np. astmą i alergicznym zapaleniem nosa. Wyniki wskazywały na istotnie niższą QoL chorych na CU w porównaniu z osobami z chorobą alergiczną dróg oddechowych oraz zdrowymi [37].

Dużą wartość ma publikacja Poona i wsp. badająca zasięg ograniczeń w codziennym życiu osób chorujących na różne postacie CU i obrzęku naczynioruchowego [38]. Wykazali oni duże różnice między poszczególnymi grupami chorych. Największe ograniczenia w funkcjonowaniu spowodowane chorobą wykazano wśród osób cierpiących na DPU oraz pokrzywkę cholinergiczną, porównywalne z osobami cierpiącymi na ciężkie atopowe zapalenie skóry oraz większe niż w przypadku występowania łuszczycy, trądziku i innych chorób dermatologicznych. Jest to jedyne doniesienie, które wyróżnia oraz porównuje poszczególne odmiany CU w aspekcie ich wpływu na QoL.

Grobb i wsp. porównywali w badaniu wpływ CU, łuszczycy oraz atopowego zapalenia skóry na QoL [39]. Autorzy ci używali francuskiego narzędzia przeznaczonego do badania HRQoL – *VQ-Dermato*, wśród osób cierpiących na przewlekłe schorzenia dermatologiczne [40]. *VQ-Dermato* jest narzędziem bardzo podobnym do DQLS, używanym w Anglii. Oba te narzędzia mają budowę zbliżoną do SF36, NHP oraz SIP.

### Podsumowanie

Przeprowadzone dotychczas badania wykazują, że pacjenci z CU mają wyraźnie upośledzoną QoL, porównywalną z QoL pacjentów z ciężkimi przewlekłymi chorobami, takimi jak niewydolność serca czy astma [14, 37]. Zmiany skórne w znacznym stopniu wpływają na funkcjonowanie. Nie powodując zagrożenia życia, bywają niedoceniane przez lekarzy, jednak w odczuciu samych chorych znacząco obniżają komfort życia. Każda zmiana widoczna na skórze i wpływająca na wygląd zewnętrzny powoduje również reakcję emocjonalną, a następnie zaburzenia dotyczące zdrowia psychicznego.

W przypadku CU często nie jest możliwe szybkie i pełne wyleczenie pacjenta, a celem postępowania terapeutycznego jest poprawa QoL [41]. W związku z tym badanie HRQoL przy użyciu odpowiednich narzędzi powinno stać się elementem badania lekarskiego, które pozwoli efektywnie oceniać wyniki leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Panaszek B. Współczesne poglądy na podział i patogenezę pokrzywki i obrzęku naczynioruchowego. *Adv Clin Exp Med* 2004; 13: 337-41.
2. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica GW, et al.; EAACI/GA2LEN/EDF. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: definitions, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2006; 61: 316-20.
3. Greaves MW. Chronic urticaria. *N Engl J Med* 1995; 332: 1767-72.
4. Schipper HL, Clinch J, Powell V. Definition and conceptual issues. In: *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. Spilker B (ed.). Raven Press, New York 1990; 11-24.
5. World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. *WHO Chron* 1947; 1: 29.

6. Levine NM. Incorporation of quality-of-life assessment into clinical trials. In: Effect of cancer on quality of life. Osoba D (ed.). CRC Press, Boston 1991; 105-111.
7. Campbell A, Converse PE, Rodgers WI. The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions. Russell Sage Foundation, New York 1976.
8. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153-9.
9. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-9.
10. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. MacLeod CM (ed.). Columbia University Press, London 1949; 191-205.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form Health Survey (SF36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 437-83.
12. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 281-6.
13. Bergner M, Bobitt RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
14. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-6.
15. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, et al. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107: 707-13.
16. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 41-50.
17. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202-6.
18. Finlay A. Research methodology in quality of life assessment. In: *Psychodermatology: the psychological impact of skin disorders*. Walker C, Papadopoulos L (ed.). Cambridge University Press, Cambridge 2005; 116-30.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
20. Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, et al. The Carroll Rating Scale for depression: I. Development reliability and validation. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 194-200.
21. Baiardini I, Pasquali M, Braido F, et al. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-Q2oL). *Allergy* 2005; 60: 1073-8.
22. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, et al. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997; 136: 197-201.
23. Jaeschke R, Guyatt GH, Cook D, Miller J. Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Med Prakt* 1999; 3016: 155-62.
24. Guyatt GH, Kirshner B, Jaeschke R. Measuring health status: what are the necessary measurements properties? *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1341-5.
25. Majkiewicz M, Chojnacka-Szawłowska G. Metodologiczne problemy badania jakości życia. de Walden-Gatuszko K, Majkiewicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 5: 65-81.
26. Guilford JP. Teoria testów psychologicznych. W: *Trafność i rzetelność testów psychologicznych*. Brzeziński J (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005; 26-61.
27. Cronbach LJ. Test reliability, its meaning and determination. *Psychometrika* 1947; 12: 1-16.
28. Cronbach LJ. Współczynnik alfa a struktura wewnętrzna testów. W: *Trafność i rzetelność testów psychologicznych*. Brzeziński J (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005; 5, 177-212.
29. Brzeziński J. Aktualność klasycznych tekstów z psychometrii dla metodologicznej i etycznej poprawności praktyki diagnostycznej odwołującej się do wyników testów psychologicznych. Brzeziński J (red.). *Trafność i rzetelność testów psychologicznych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005; 9-25.
30. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull* 1959; 56: 81-105.
31. Lennox RD, Leahy MJ. Validation of the Dermatology Life Quality Index as an outcome measure for urticaria-related quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93: 142-6.
32. Szepietowski J, Salomon J, Finlay AY, et al. DLQI: Polish version. *Dermatol Klin* 2004; 6: 63-70.
33. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1433-40.
34. Valero A, Herdman M, Bartra J, et al. Adaptation of the Spanish Version the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Invest Allergol Clin Immunol* 2008; 18: 426-32.
35. Młynek A, Magerl M, Hanna M, et al. The German version of the Chronic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire: factor analysis, validation, and initial clinical findings. *Allergy* 2009; 64: 927-36.
36. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994; 56: 36-40.
37. Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, et al. Quality of life and patients' satisfactions in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy* 2003; 58: 621-3.
38. Poon E, Seed PT, Greaves MW, Kobza-Black A. The extent and nature of disability on different urticarial conditions. *Br J Dermatol* 1999; 140: 667-71.
39. Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP, et al. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *Br J Dermatol* 2005; 152: 289-95.
40. Grob JJ, Auquier P, Martin S, et al. Development and validation of a quality of life measurement for chronic skin disorders in french: VQ-Dermato. *The RéseauEpidémiologie en Dermatologie*. *Dermatology* 1999; 199: 213-22.
41. Gliński W, Silny W, Czarnecka-Operacz M i wsp. Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w pokrzywce. Konsensus zespołu specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii oraz alergologii. *Post Dermatol Alergol* 2007; 24: 1-10.