

УДК: 616.36-003.826: 616.379-008.9: 616.5-078.

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12\(30\)-905-916](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12(30)-905-916)

Височанська Власта Василівна асистент кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, <https://orcid.org/0000-0003-0998-554X>

Коваль Галина Миколаївна професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, <https://orcid.org/0000-0002-0623-2326>

ТРИГЕРИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Анотація. Недостатньо вивченим залишається вплив шкірних симптомів та ожиріння на якість життя пацієнтів з поєднанням себорейного дерматиту (CL), неалкогольної жирової хвороби печінки та цукрового діабету 2 типу. Метою дослідження було оцінити вираженість проявів себорейного дерматиту у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та цукровим діабетом 2 типу (ЦД), а також та з'ясувати їх вплив на якість життя пацієнтів. Методом анкетування зібрано соціально-демографічні дані: вік, стать, тривалість захворювання у роках, індекс маси тіла (ІМТ), сімейний стан, рівень освіти, зайнятість, куріння та вживання алкоголю, рівень фізичної активності, наявність приватного страхування та фактори, що викликають загострення і кратність виникнення загострень на рік. Якість життя пацієнтів оцінювали за Skindex-29. Виразеність симптомів - за допомогою Symptom scale of seborrheic dermatitis (SSSD) та дослідники через Seborreic Dermatitis area and severity index (SEDASI) score. Факторами, які викликали загострення СД були стрес, тривожність (98% опитаних), сезонність загострень (43.8 %), сухе повітря кондиціонерів та засмагання на сонці, зміна засобів догляду за шкірою впливали в середньому на одну п'яту опитаних (18.36 %; 21.43 %; 13.3 %). На вікову групу до 45 років достовірно частіше впливав стрес (83.7 % vs 58.2 %; $p<0.001$); повітря кондиціонерів -(20.8 % vs 7.7 %; $p<0.001$). Вживання ліків достовірно частіше викликало загострення у осіб старше 45 років (1% vs 8.2%; $p<0.001$). Встановлено достовірний зв'язок між ІМТ ($p=0.015$) важкістю симптомів ($p<0.001$) у розділі питань Skindex-29 "Емоції". У розділі "Симптоми" - різницю між чоловіками та жінками ($p=0.021$) та важкістю симптомів ($p<0.001$). У розділі "Соціальна активність": важкість симптомів ($p<0.001$) та ІМТ ($p=0.013$). Також загальний бал для груп ІМТ ($p=0.017$),

важкість захворювання ($p < 0.001$), паління ($p = 0.024$) та вживання алкоголю ($z = 0.0362$). При обрахунку моделі багатовимірної логістичної регресії статистично значущими показниками були ІМТ більше 30 ($p = 0.009$), середня і важка форма захворювання ($p = 0.041$, $p = 0.036$). Співвідношення шансів (odds ratio) були 0,198 (ІМТ 25-30 проти ІМТ більше 30; 95% CI – 0.064-0.659), 2,174 і 3,389 (легка проти середньої, легка проти важкої; 95% CI – 0.858-2.943, 95% CI – 1.32-14.926) відповідно. Співвідношення шансів для важкості СД: легка проти середньої становили 1,953 і середня проти важкої 7,632 у розділі “Симптоми” (95% CI – 1.162-3.542, 95% CI – 3.824-20.362) і 2,254 проти 8,853 у розділі “Соціальна активність” (95% CI – 0.721-4.274, 95% CI – 2.439-42.641) ($p = 0.013$).

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, цукровий діабет 2 типу, себореїний дерматит, якість життя.

Vysochanska Vlasta Vasylivna Department of microbiology, virology, epidemiology and infectious disease, SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, <https://orcid.org/0000-0003-0998-554X>

Koval Galina Mykolaivna Prof., HOD of microbiology, virology, epidemiology and infectious disease, SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, <https://orcid.org/0000-0002-0623-2326>

TRIGGERS OF SEBORRHEIC DERMATITIS AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND TYPE 2 DIABETES.

Abstract. The impact of skin symptoms and obesity on quality of life in patients with a combination of seborrheic dermatitis, nonalcoholic fatty liver disease, and type 2 diabetes remains poorly understood. The aim of the study was to assess the severity of seborrheic dermatitis in patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and type 2 diabetes mellitus (DM), as well as to assess their impact on patients' quality of life. Socio-demographic data were collected by questionnaire: age, sex, duration of the disease in years, body mass index (BMI), marital status, level of education, employment, smoking and alcohol consumption, level of physical activity, availability of private insurance, and factors that cause exacerbation and frequency of exacerbations per year. The patients' quality of life was assessed using the Skindex-29. The severity of symptoms was assessed by patients using the Symptom scale of seborrheic dermatitis (SSSD) and researchers using the Seborreic Dermatitis area and severity index (SEDASI) score. Factors that caused exacerbation of SD stress, anxiety (98% of respondents), seasonality of exacerbations (43.8%), dry air conditioner and sun exposure, change of skin care products affected on average one fifth of respondents (18.36%; 21.43%; 13.3%). The age group under

45 years of age was significantly more affected by stress (83.7% vs 58.2%; $p < 0.001$). conditioner (20.8% vs 7.7%; $p < 0.001$). The use of drugs significantly more often caused an exacerbation in people older than 45 years (1% vs 8.2%; $p < 0.001$). A reliable relationship was found between BMI ($p = 0.015$), severity of symptoms ($p < 0.001$) in the Skindex-29, section "Emotions". In the "Symptoms" section, the difference between men and women ($p = 0.021$) and the severity of symptoms ($p < 0.001$). In the "Functioning" section: severity of symptoms ($p < 0.001$) and BMI ($p = 0.013$). Also, the total score for BMI ($p = 0.017$), disease severity ($p < 0.001$), smoking ($p = 0.024$) and alcohol consumption ($z = 0.0362$). When calculating the multivariate logistic regression model, BMI over 30 ($p = 0.009$), moderate and severe form of the disease ($p = 0.041$, $p = 0.036$) were statistically significant indicators. Odds ratios were 0.198 (BMI 25-30 vs. BMI greater than 30; 95% CI – 0.064-0.659), 2.174 and 3.389 (mild vs. moderate, mild vs. severe; 95% CI – 0.858-2.943, 95% CI – 1.32-14.926) respectively. The odds ratio for DM severity: mild vs moderate was 1.953 and moderate vs severe 7.632 for Symptoms (95% CI 1.162-3.542, 95% CI 3.824-20.362) and 2.254 vs 8.853 for Social Activity (95 % CI – 0.721-4.274, 95% CI – 2.439-42.641) ($p = 0.013$).

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease, type 2 diabetes, seborrheic dermatitis, quality of life.

Постановка проблеми. Себорейний дерматит (СД) це досить поширене захворювання, яке зустрічається як проявами сверблячого скальпу голови та еритемою, лущенням та інтенсивним свербіжем і набряком інших себорейних ділянок, таких як обличчя, волосиста частина голови та грудна клітка [1]. Непривабливі червоні бляшки на бровах, носогубному трикутнику, за вухами, вусах і т.д. мають вагомий соціальний вплив на пацієнта та знижують якість його життя [2]. Все ж залишається недостатньо вивченим вплив шкірних симптомів та ожиріння на якість життя пацієнтів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Деякі клінічні дослідження опосередковано використовують опитник dermatology quality life index (DQLI) для оцінки якості життя під час випробувань нових препаратів для лікування себорейного дерматиту [3, 4]. Skindex-29 це вдосконалений опитник, який дає можливість виокремити напрямки, які більшою чи меншою мірою впливають на якість життя, такі як безпосередньо симптоми хвороби, порушення емоційної сфери, взаємовідносини з сім'єю та друзями, здатність ефективно працювати. Опитник був перекладений та адаптований у низці країн: Іспанія [5], Франція [6], Японія [7]. У даному дослідженні ми брали за основу польську версію опитника та їх метод розрахунку балів [8].

Мета статті - оцінити вираженість проявів себорейного дерматиту у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та цукровим діабетом 2 типу (ЦД), а також оцінити їх вплив на якість життя пацієнтів.

Виклад основного матеріалу.

Матеріали і методи: На клінічних базах кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб, медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», гастроентерологічного та ендокринологічного відділень КНП «ОКЛ ім. Новака» ЗОР обстежено 78 хворих на НАЖХП та ЦД 2 типу у поєднанні з СД. Діагноз НАЖХП верифікували згідно критеріїв EASL–EASD–EASO [9] та наказу МОЗ України № 826 від 06.11.2014 р. Діагноз ЦД 2 типу встановлювали відповідно до Standards of Care in Diabetes-2023 [10] та клінічного протоколу наказ МОЗ України № 1118 від 21.12.2012 р. Діагноз СД встановлювали згідно критеріїв Symptom scale of seborrheic dermatitis (SSSD) [11], анамнезу хвороби пацієнтів та/або консультації дерматолога. Перед початком обстеження пацієнти були проінформовані про дизайн дослідження, розроблений у межах Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження", Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавства України та підписали інформовану згоду. Дослідження затверджено комітетом біоетики ДВНЗ "УжНУ" (протокол № 472/1-4 від 11.10.2021 року).

Пацієнтів просили надати свої соціально-демографічні дані: вік, стать, тривалість захворювання у роках, індекс маси тіла (ІМТ), сімейний стан, рівень освіти, зайнятість, куріння та вживання алкоголю, рівень фізичної активності, наявність приватного страхування, та фактори, що викликають загострення і кратність виникнення загострень на рік.

Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою Skindex-29 [8]. Опитник з 29 питань дав можливість оцінити 3 сфери життя: емоції - 10, симптоми – 7 питань та функціонування (соціальна активність) – 12 питань. Кожна відповідь варіює від 1 до 5 по шкалі Лікерта (ніколи, рідко, іноді, часто, постійно); відповідати потрібно про період коли спостерігалось найгірше загострення. Після підписання пацієнтом інформованої згоди оцінювали важкість проявів захворювання і давали заповнити анкету Skindex29. Загальний бал – це сума балів за всі пункти, який показує індекс якості життя від 29 (висока якість життя – відсутність негативного впливу захворювання) до 145 (низька якість життя – найбільший негативний вплив захворювання). Граничні показники (cut-off) Skindex-29, які приймали за виражений вплив на якість життя були такими: ≥ 44 балів в цілому за тест, ≥ 39 за емоції, ≥ 52 за симптоми та ≥ 37 за функціонування [12].

Вираженість симптомів оцінювали за напівкількісною шкалою [11] від 0 до 4 для кожного з симптомів (еритема, лущення, інфільтрація, жирна шкіра і свербіж), де значення 0 відповідало за відсутність симптомів, 1 – легкі симптоми, 2 – помірні симптоми, 3 - виражені прояви і максимальне значення 4 - для сильно виражених проявів. Таку шкалу заповнював пацієнт. Дослідник (лікар) заповнював під час огляду онлайн калькулятор Seborreic Dermatitis area and severity index (SEDASI) [13]. Згідно якого обстежених розподілено на

3 групи: легка 1-14 балів, середня важкість 15-29 балів, важка форма 30 і більше балів. Пацієнтів з проявами запалення в ділянці грудей виключали з дослідження.

Статистичні обрахунки виконували на Jamovi v. 1.6 (Sydney, Australia). Середні значення та стандартні відхилення були розраховані для всіх показників якості життя та порівняні між собою за допомогою t-критерію або ANOVA. Різниця у відсоткових значеннях розраховувалась за допомогою χ^2 . Змінні зі значеннями $p \leq 0,1$ були включені у модель логістичної регресії. Дихотомічний регресійний аналіз включав Skindex-29 (емоції, симптоми, функціонування та ціле значення), де легкий і помірний вплив на якість життя, прийнятий до рівня cut-off приймали за 0 (код 0) і виражений вплив (код 1) як залежні змінні, а також важкість симптомів (помірна, середня, важка) як коваріанти. Значення $p < 0,05$ приймалось як статистично достовірне.

Результати: Із 98 пацієнтів - 76,3% були чоловіками, середній вік становив 48.9 ± 9.72 . Тривалість захворювання коливалась від 15 до 50 років (середнє значення 20.2 ± 5.43). Сімдесят вісім обстежених (79,5%) мали ожиріння, тобто ІМТ більше 30; двадцять обстежених мали надлишкову вагу – ІМТ 25-30 (таб.1).

Таблиця 1

Демографічна, соціо-економічна характеристика пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 +СД та особливості протікання захворювання.

	Загальне число (%)	Немає даних (%)
Стать:		
чоловіки	74 (75.5)	-
жінки	24 (24.5)	-
ІМТ:		
≤30	20 (20.4)	
≥30	78 (79.6)	
Подружній статус:		3 (2.99)
Одружені	66 (67.3)	
Неодружені	29 (29.5)	
Найвищий рієнь освіти:		5 (5)
ЗОШ	36 (36.8)	
бакалавр	21 (21.4)	
спеціаліст	36 (36.8)	
Робота:		6 (6.1)
працевлаштований	52 (53)	
Безробітний/пенсіонер	40 (41)	

Дотримання особливої дієти:		37 (37.76)
так	19 (19.38)	
ні	42 (42.86)	
Паління:		6 (6.1)
так	53 (54)	
ні	39 (41)	
Вживання алкоголю:		10 (10.2)
так	41 (41.8)	
ні	47 (47.96)	
Виконання фізичних вправ / аеробіка:		10 (10.2)
так	42 (42.86)	
ні	46 (46.94)	
Дохід:		5 (5)
≤15 000 грн / місяць	69 (70.4)	
≥15 000 грн / місяць	24 (24.49)	
Наявність медичного страхування:		13 (13.3)
так	18 (18.39)	
ні	67 (68.38)	
Наявність вдома собаки:		3 (3.01)
так	44 (44.9)	
ні	51 (52)	
Важкість СД (SEDASI шкала):		-
Легка	48 (49)	
Середня	37 (37.8)	
Важка/вкрай важка	13 (13.2)	
Кількість загострень за минулий рік:		39 (39.76)
1-3	15 (15.3)	
3 і більше	44 (44.9)	

Важкість проявів СД серед усієї вибірки, яку пацієнти оцінювали самостійно, представлена наступним чином: лущення шкіри - 2.21 ± 0.76 ; почервоніння - 2.11 ± 0.81 ; свербіж - 1.87 ± 0.84 ; жирність шкіри - 1.76 ± 0.72 (середнє значення показників 2). Найменш вираженим симптомом була припухлість/набряклість 0.72 ± 0.85 (середнє значення 1). Нами встановлено достовірну різницю між важкістю проявів вищезгаданих симптомів у двох вікових групах (вік до 45; вік 45-70 років). Різниця у вираженості еритеми/почервоніння була статистично найвагомішою ($p < 0.001$), а лущення

не мало достовірної різниці. Пацієнти віком старше 45 років мали достовірно більш виражені прояви еритеми 2.36 ± 0.82 ($p < 0.001$); набрякості 1.02 ± 0.93 ($p < 0.013$); свербіж 2.06 ± 0.82 ($p < 0.039$); жирної шкіри 1.42 ± 0.95 ($p < 0.022$).

Фактори, які найчастіше викликали загострення СД представлені у таб.2. Дев'яносто шість опитаних вказали, що найбільш вагомим фактором є стрес, тривожність, хвилювання. Другим по частоті впливу на загострення були зима/літо, їх вказали 43.8 % опитаних. Сухе повітря кондиціонера та загорання на сонці, зміна засобів догляду за шкірою впливали в середньому на одну п'яту опитаних (18.36 %; 21.43 %; 13.3 %). Знайдено достовірну різницю впливу стресу, повітря кондиціонерів та ліків на різні вікові групи опитаних. Стрес більше впливав на осіб до 45 років (83.7 % vs 58.2 %; $p < 0.001$). Вплив пересушеного кондиціонером повітря теж більше впливав на кількість загострень у осіб молодшої вікової групи (20.8 % vs 7.7 %; $p < 0.001$). Вживання ліків достовірно частіше викликало загострення у осіб старшої вікової групи (1% vs 8.2%; $p < 0.001$).

Таблиця 2

Аналіз факторів що викликали загострення у пацієнтів протягом останніх 5 років.

Фактори що викликали загострення:	Вік до 45 років	Вік 45-70 років	P value
Стрес, депресія, хвилювання	82 (83.7 %)	57 (58.2) %	$p < 0.001$
Сезонні фактори: весна/осінь, вітряна, дощова погода	39 (39.8 %)	49 (50 %)	$p = 0.856$
Кондиціонер, дуже сухе повітря	20 (20.4 %)	7 (7.15%)	$p < 0.001$
Зміна косметичних засобів або засобів гігієни	17 (17.34 %)	13 (13.26 %)	$p < 0.064$
Загорання на сонці	13 (13.26)	14 (14.28%)	$p = 0.917$
Інфекції (ГРВІ, грип і т.п.)	13 (13.26)	9 (9.2 %)	$p = 0.248$
Зміна дієти або продуктів харчування	8 (8.2 %)	11 (10.2 %)	$p = 0.313$
Ліки	1 (1%)	8 (8.2 %)	$p < 0.001$

Всіх опитаних ми поділили на групи згідно критеріїв: стать, ІМТ, подружній статус, найвищий рівень освіти, працевлаштування, паління, вживання алкоголю, виконання фізичних вправ, важкість захворювання згідно шкали SEDASI (таб.3). Порівняння цих груп виявило статистичну достовірність між ІМТ ($Z = -2.734$, $p = 0.015$), важкістю симптомів ($F = 9.835$, $p < 0.001$) у розділі питань Skindex-29 “Емоції”. У розділі “Симптоми” була знайдена достовірна різницю між чоловіками та жінками ($Z = -2.294$, $p = 0.021$) та важкістю симптомів ($F = 14.356$, $p < 0.001$). У розділі “Соціальна активність” (функціонування/робота) статистичну різницю знайдено для важкості симптомів ($F = 17.803$, $p < 0.001$) та ІМТ ($Z = -2.623$, $p = 0.013$).

Також загальний бал для груп ІМТ ($Z = -2.376$, $p = 0.017$), важкість захворювання ($F = 16.157$, $p < 0.001$), паління ($p = 0.024$) та вживання алкоголю ($z = 0.0362$) мали достовірну різницю (табл. 3)

Таблиця 3

Показники якості життя Skindex-29 у пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 +СД.

	Емоції	Симптоми	Соціальна активність	Загальний бал
Середнє значення:	39.79 ± 21.22	31.24 ± 17.62	29.3 ± 22.83	31.68 ± 19.45
Стать:				
Чоловіки	37.32 ± 24.27	26.29 ± 19.37*	28.37 ± 21.83	32.93 ± 19.73
Жінки	42.3 ± 22.16	33.72 ± 18.92*	25.72 ± 22.93	34.95 ± 20.31
ІМТ:				
≤30	32.99 ± 24.62*	28.94 ± 18.36	19.85 ± 20.42*	25.35 ± 18.28*
≥30	42.17 ± 22.73*	32.03 ± 19.28	28.65 ± 22.94*	33.56 ± 19.72*
Подружній статус:				
Одружені	36.36 ± 24.15	32.6 ± 19.23	28.12 ± 23.02	32.93 ± 21.43
Неодружені	41.37 ± 26.12	32.43 ± 20.48	28.65 ± 23.65	33.87 ± 20.65
Найвищий рівень освіти:				
Повна шкільна	39.34 ± 22.83	32.73 ± 16.43	30.62 ± 23.06	32.86 ± 21.74
вища	37.12 ± 21.84	30.53 ± 21.83	28.36 ± 22.09	31.88 ± 22.15
Робота:				
працевлаштований	40.14 ± 24.84	33.17 ± 21.93	29.74 ± 19.43	35.17 ± 17.22
Безробітний/пенсіонер	40.52 ± 25.02	33.72 ± 20.62	29.15 ± 21.54	34.83 ± 19.25
Паління:				
так	44.92 ± 24.17	33.72 ± 20.29	31.75 ± 25.48	37.35 ± 21.92*
ні	39.74 ± 22.83	31.38 ± 16.94	27.33 ± 22.65	33.17 ± 18.92*
Вживання алкоголю:				
так	41.83 ± 23.62	32.74 ± 21.38	30.16 ± 17.38	36.17 ± 19.32*
ні	39.28 ± 24.18	32.72 ± 15.27	26.78 ± 23.12	32.15 ± 21.53*
Виконання фізичних вправ / аеробіка:				
так	40.17 ± 22.84	31.85 ± 17.35	29.46 ± 19.63	33.86 ± 19.36
ні	38.26 ± 17.43	33.75 ± 22.87	26.18 ± 21.97	33.21 ± 20.85
Дохід:				
≤15 000 грн / місяць	40.17 ± 24.43	34.83 ± 21.76	26.32 ± 23.08	35.08 ± 19.65
≥15 000 грн / місяць	38.74 ± 22.58	32.63 ± 18.52	24.06 ± 24.01	33.43 ± 20.84
Важкість СД (SEDASI шкала):				
Легка	33.92 ± 15.75*	32.84 ± 19.64*	22.18 ± 17.02*	31.93 ± 17.74*
Середня	42.94 ± 25.12*	32.93 ± 21.38*	28.54 ± 22.94*	33.95 ± 18.61*
Важка/вкрай важка	54.23 ± 24.65*	47.32 ± 22.93*	52.96 ± 31.93*	56.09 ± 24.04*

* One way ANOVA test, позначена достовірна різниця $p < 0,05$.

Змінні зі значенням $P < 0,1$ були включені в обрахунок моделі багатовимірної логістичної регресії (розділ емоції: ІМТ, куріння; важкість симптомів; “Симптоми”: дієта, паління, ІМТ, важкість симптомів; “Соціальна

активність”: дієта, паління, важкість симптомів; “Загальний бал” : важкість симптомів, ІМТ, вживання алкоголю, паління). Показники були відібрані методом прямого відбору (співвідношення правдоподібності) самою моделлю. Статистично значущими показниками були ІМТ більше 30 ($p=0.009$), середня і важка форма захворювання ($p=0.041$, $p=0.036$). Співвідношення шансів (odds ratio) були 0,198 (ІМТ 25-30 проти ІМТ більше 30; 95% CI – 0.064-0.659), 2,174 і 3,389 (легка проти середньої, легка проти важкої; 95% CI – 0.858-2.943, 95% CI – 1.32-14.926) відповідно. Співвідношення шансів для важкості СД: легка проти середньої становили 1,953 і середня проти важкої 7,632 у розділі “Симптоми” (95% CI – 1.162-3.542, 95% CI – 3.824-20.362) і 2,254 проти 8,853 у розділі “Соціальна активність” (95% CI – 0.721-4.274, 95% CI – 2.439-42.641) ($p=0.013$).

Висновки. Завдяки цій моделі вибірки, яка включає пацієнтів з ожирінням, дисліпідемією, цукровим діабетом та неалкогольною жировою хворобою печінки є певна упередженість щодо трактування результатів впливу ожиріння на якість життя. Слід зазначити обмеження значущості даних нашого дослідження. Порівняння даних з пацієнтами без неалкогольної жирової хвороби печінки та цукрового діабету дало би можливість вирахувати істинний вплив ожиріння та якості життя та його кореляцію із важкістю проявів себорейного дерматиту. Також обрахунок більшої вибірки надав більш репрезентативні дані. Набір хворих нами здійснювався протягом 2 років через рідкість поєднання даних патологій та обмежений доступ до пацієнтів, через низький рівень звернень до лікарів.

Виявлено, що найбільш значущими факторами, які впливають на якість життя пацієнтів з СД та НАЖХП + ЦД 2 типу є порушення настрою та емоцій, ожиріння та власне шкірні симптоми, такі як почервоніння, свербіж та лущення. Депресію розглядають одним з тригерів СД, враховуючи що велика частка пацієнтів приймають анксиолітики [14]. Шкірні захворювання в цілому мають виражений прояв на якість життя пацієнтів, оскільки зменшують привабливість для оточуючих та знижують рівень самооцінки [15]. Наприклад, псоріаз та екзема, мають такий самий вплив на якість життя як і серцево-судинні захворювання [16].

Доведено, що люди з ожирінням мають більш виражені порушення у емоційній сфері, і це в цілому суттєво впливає на якість їх життя. Імовірно варто розглядати не лише власне переїдання, яке призвело до ожиріння, а і наявність цукрового діабету та гіпертонічної хвороби як факторів, що погіршують настрій, та створюють замкнуте коло стресу, що посилює шкірні симптоми. Ми не знайшли достовірного впливу на якість життя статті чи рівня освіти. Але дослідження проведені у Польщі продемонстрували, що жінки молодого віку з вищою освітою мали нижчу якість життя [17]. З літературних даних відомо, що пацієнти з Китаю при анкетуванні вказували на вплив гострої їжі, вживання алкоголю, паління та обмеження рухової активності як

фактори, що впливають на погіршення проявів СД та в цілому погіршення якості життя [2]. Ми також зазначаємо, що в цілому вживання алкоголю та паління значно впливає на сферу соціальної активності наших пацієнтів.

Література:

1. Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., Gerbino, C., & Micali, G. (2022). An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 15, 1537–1548. <https://doi.org/10.2147/CCID.S284671>
2. Dai RY, Gu XH. (2017) Study on health related quality of life and influencing factors in seborrheic dermatitis patients. *Chinese Journal of General Practice*, 15(02), 292–294.
3. Alsmeirat, O., Lakhani, S., Egaimi, M., Idris, O., & Elkhaliifa, M. (2022). The Efficacy and Safety of Pimecrolimus in Patients With Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Cureus*, 14(8), e27622. <https://doi.org/10.7759/cureus.27622>
4. Parasramani, S. G., Vishwanath, V., Ghia, D., Gandhi, M. R., Dhoot, D., & Barkate, H. (2022). Prospective, Open-Label, Multi-Centre, Randomized Study to Compare the Effectiveness, Safety, and Tolerability of Lulican™ Shampoo Versus Ketoconazole Shampoo in Indian Adult Patients With Mild to Moderate Scalp Seborrheic Dermatitis (LEAD Study). *Cureus*, 14(11), e32035. <https://doi.org/10.7759/cureus.32035>
5. Jones-Caballero, M., Peñas, P. F., García-Díez, A., Badía, X., & Chren, M. M. (2000). The Spanish version of Skindex-29. *International journal of dermatology*, 39(12), 907–912. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2000.00944.x>
6. Wolkenstein, P., Zeller, J., Revuz, J., Ecosse, E., & Leplège, A. (2001). Quality-of-life impairment in neurofibromatosis type 1: a cross-sectional study of 128 cases. *Archives of dermatology*, 137(11), 1421–1425. <https://doi.org/10.1001/archderm.137.11.1421>
7. Higaki, Y., Kawamoto, K., Kamo, T., Horikawa, N., Kawashima, M., & Chren, M. M. (2002). The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *The Journal of dermatology*, 29(11), 693–698. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2002.tb00205.x>
8. Janowski, K., Steuden, S., & Bereza, B. (2014). The Polish version of Skindex-29: psychometric properties of an instrument to measure quality of life in dermatology. *Postepy dermatologii i alergologii*, 31(1), 12–20. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.40654>
9. Sberna, A. L., Bouillet, B., Rouland, A., Brindisi, M. C., Nguyen, A., Mouillot, T., et al. (2018). European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO) clinical practice recommendations for the management of non-alcoholic fatty liver disease: evaluation of their application in people with Type 2 diabetes. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 35(3), 368–375. <https://doi.org/10.1111/dme.13565>
10. ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., Gabbay, R. A., ... American Diabetes Association (2023). Erratum. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S19-S40. *Diabetes care*, 46(5), 1106. <https://doi.org/10.2337/dc23-er05>
11. Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., Gerbino, C., & Micali, G. (2022). An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 15, 1537–1548. <https://doi.org/10.2147/CCID.S284671>
12. Prinsen, C. A., Lindeboom, R., Sprangers, M. A., Legierse, C. M., & de Korte, J. (2010). Health-related quality of life assessment in dermatology: interpretation of Skindex-29 scores using patient-based anchors. *The Journal of investigative dermatology*, 130(5), 1318–1322. <https://doi.org/10.1038/jid.2009.404>

13. Micali G, Lacarrubba F, Dall'Oglio F. (2017) A new proposed severity score for seborrheic dermatitis of the face: SEborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SEDASI). *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(6): AB18. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.088
14. Ozcan, Y., Sungur, M. A., Ozcan, B. Y., Eyup, Y., & Ozlu, E. (2023). The Psychosocial Impact of Chronic Facial Dermatoses in Adults. *Dermatology practical & conceptual*, 13(1), e2023029. <https://doi.org/10.5826/dpc.1301a29>
15. Urban, K., Chu, S., Giesey, R. L., Mehrmal, S., Uppal, P., Delost, M. E., & Delost, G. R. (2020). Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD international*, 2, 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2020.10.006>
16. Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A., & de Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of clinical epidemiology*, 53(9), 895–907. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00204-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00204-3)
17. Szepietowski, J. C., Reich, A., Wesołowska-Szepietowska, E., Baran, E., & National Quality of Life in Dermatology Group (2009). Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*, 52(4), 357–363. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.2008.01624.x>

References:

1. Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., Gerbino, C., & Micali, G. (2022). An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 15, 1537–1548. <https://doi.org/10.2147/CCID.S284671>
2. Dai RY, Gu XH. (2017) Study on health related quality of life and influencing factors in seborrheic dermatitis patients. *Chinese Journal of General Practice*, 15(02), 292–294.
3. Alsmeirat, O., Lakhani, S., Egaimi, M., Idris, O., & Elkhailifa, M. (2022). The Efficacy and Safety of Pimecrolimus in Patients With Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Cureus*, 14(8), e27622. <https://doi.org/10.7759/cureus.27622>
4. Parasramani, S. G., Vishwanath, V., Ghia, D., Gandhi, M. R., Dhoot, D., & Barkate, H. (2022). Prospective, Open-Label, Multi-Centre, Randomized Study to Compare the Effectiveness, Safety, and Tolerability of Lulican™ Shampoo Versus Ketoconazole Shampoo in Indian Adult Patients With Mild to Moderate Scalp Seborrheic Dermatitis (LEAD Study). *Cureus*, 14(11), e32035. <https://doi.org/10.7759/cureus.32035>
5. Jones-Caballero, M., Peñas, P. F., García-Díez, A., Badía, X., & Chren, M. M. (2000). The Spanish version of Skindex-29. *International journal of dermatology*, 39(12), 907–912. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2000.00944.x>
6. Wolkenstein, P., Zeller, J., Revuz, J., Ecosse, E., & Leplège, A. (2001). Quality-of-life impairment in neurofibromatosis type 1: a cross-sectional study of 128 cases. *Archives of dermatology*, 137(11), 1421–1425. <https://doi.org/10.1001/archderm.137.11.1421>
7. Higaki, Y., Kawamoto, K., Kamo, T., Horikawa, N., Kawashima, M., & Chren, M. M. (2002). The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *The Journal of dermatology*, 29(11), 693–698. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2002.tb00205.x>
8. Janowski, K., Steuden, S., & Bereza, B. (2014). The Polish version of Skindex-29: psychometric properties of an instrument to measure quality of life in dermatology. *Postepy dermatologii i alergologii*, 31(1), 12–20. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.40654>
9. Sberna, A. L., Bouillet, B., Rouland, A., Brindisi, M. C., Nguyen, A., Mouillot, T., et al. (2018). European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO) clinical practice recommendations for the management of non-alcoholic fatty liver disease: evaluation of their application in people with Type 2 diabetes. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 35(3), 368–375. <https://doi.org/10.1111/dme.13565>

10. ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., Gabbay, R. A., ... American Diabetes Association (2023). Erratum. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S19-S40. *Diabetes care*, 46(5), 1106. <https://doi.org/10.2337/dc23-er05>
11. Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., Gerbino, C., & Micali, G. (2022). An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 15, 1537–1548. <https://doi.org/10.2147/CCID.S284671>
12. Prinsen, C. A., Lindeboom, R., Sprangers, M. A., Legierse, C. M., & de Korte, J. (2010). Health-related quality of life assessment in dermatology: interpretation of Skindex-29 scores using patient-based anchors. *The Journal of investigative dermatology*, 130(5), 1318–1322. <https://doi.org/10.1038/jid.2009.404>
13. Micali G, Lacarrubba F, Dall'Oglio F. (2017) A new proposed severity score for seborrheic dermatitis of the face: SEborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SEDASI). *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(6): AB18. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.088
14. Ozcan, Y., Sungur, M. A., Ozcan, B. Y., Eyup, Y., & Ozlu, E. (2023). The Psychosocial Impact of Chronic Facial Dermatoses in Adults. *Dermatology practical & conceptual*, 13(1), e2023029. <https://doi.org/10.5826/dpc.1301a29>
15. Urban, K., Chu, S., Giese, R. L., Mehrmal, S., Uppal, P., Delost, M. E., & Delost, G. R. (2020). Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD international*, 2, 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2020.10.006>
16. Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A., & de Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of clinical epidemiology*, 53(9), 895–907. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00204-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00204-3)
17. Szepietowski, J. C., Reich, A., Wesołowska-Szepietowska, E., Baran, E., & National Quality of Life in Dermatology Group (2009). Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*, 52(4), 357–363. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.2008.01624.x>