

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В г.МИНСКЕ

Е.С.Ерыгина, В.Г.Панкратов, А.М.Лукьянов, О.В.Панкратов,

В.И.Яромич

ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г.Минск

Введение

В последние годы регистрируется все меньше новых случаев сифилиса в Республике Беларусь, вместе с тем показатели позднего сифилиса и серорезистентности остаются на достаточно высоком уровне [1–2]. Общеизвестно, что сифилис не только медицинская, но психосоциальная проблема. Вопросам изучения социальных, личностных и поведенческих характеристик больных сифилисом посвящено немало исследований [3–8]. Сифилис как «стыдная болезнь» зачастую является психологической травмой для заболевшего и сказывается на его психологическом благополучии, что, в свою очередь, может отражаться на качестве жизни (КЖ) в целом. Кроме того, некоторые авторы отмечают значимость показателей КЖ у больных сифилисом при разработке профилактических мероприятий [9].

Согласно определению ВОЗ, под качеством жизни понимают интегрированный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанный на субъективном восприятии индивида [10]. Качество жизни, связанное со здоровьем (Health Related Quality of Life), является одним из ключевых понятий современной медицины. Этот атрибут позволяет оценить компоненты жизнедеятельности, ассоциированные с заболеванием, и определить степень влияния болезни на физическое, психологическое, эмоциональное состояние человека, его социальный статус [11].

Инструментами оценки КЖ являются разработанные в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practice опросники. Различают общие и специфические опросники. Первые позволяют оценить разные стороны функционирования как здорового, так и страдающего любым заболеванием индивида, последние же приурочены к конкретным нозологиям или нозологическим группам и предназначены для оценки восприятия своего здоровья с учетом специфики заболевания.

Одним из наиболее широко применяемых стандартизованных общих опросников оценки КЖ является *Medical Outcomes Study Short Form* (MOS SF-36) [12]. По данным MedLine, SF-36 используют в 95% исследований по изучению КЖ при различных заболеваниях. В дерматологии SF-36 также

нашел свое применение у больных хроническими дерматозами [13-16]. Опросник позволяет проводить оценку физического здоровья (Physical Health) и психологического благополучия (Mental Health) пациентов с длительно протекающими заболеваниями, каковым и представляется сифилис с его продолжительной серонегативацией после проведенного лечения.

Сифилис является достаточно сильным стрессогенным фактором, и эмоциональное потрясение, которое переживают пациенты, узнав свой диагноз, в той или иной степени отражается на их психологическом благополучии и, как следствие, качестве жизни.

Цель настоящего исследования состояла в изучении влияния заболевания на качество жизни больных с впервые выставленным диагнозом сифилиса и при формировании серорезистентности с учетом их демографических, клинических и поведенческих характеристик.

Дизайн исследования

Исследование проводили с января 2011 года по июль 2014 года на базе Учреждения здравоохранения «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г Минска.

Под наблюдением находились 175 пациентов с различными формами сифилиса, а также с развившейся после первичной терапии серорезистентностью. Контрольную группу составили 100 здоровых лиц, проходивших скрининговое обследование амбулаторно. Обе группы сравнения были однородными по гендерному признаку, возрастной категории, социальным характеристикам. Респонденты, составившие контрольную группу, не имели сопутствующей соматической патологии.

Опрос проводился в форме интервью с использованием короткой формы MOS SF-36, которая состоит из 36 вопросов и предназначена как для интервью, так и для самостоятельного заполнения. Все вопросы объединены в 2 блока - Физическое здоровье (Physical Health) и Психологическое благополучие (Mental Health), которые представлены 8 шкалами:

- Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – показатель физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья;
- Ролевое функционирование (Role Physical – RP) – характеризует степень ограничения болезнью выполнения повседневной работы;
- Шкала боли (Bodily Pain – BP) – показатель влияния болевого синдрома на повседневную деятельность;

- Общее здоровье (General Health – GH) – оценивает состояние здоровья в настоящий момент и сопротивляемость болезни;
- Жизненная активность (Vitality – VT) – показатель субъективной оценки ощущения сил и энергии;
- Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – показатель удовлетворенности уровнем социальной активности;
- Ролевое эмоциональное функционирование (Role Emotional – RE) – показатель влияния эмоционального состояния на повседневную деятельность;
- Психологическое здоровье (Mental Health – MH) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги.

Оценка шкал производится в баллах от 0 (наиболее низко оцененный показатель состояния здоровья) до 100 (наиболее высоко оцененный показатель). Чем ниже суммарный балл шкалы, тем сильнее заболевание оказывает негативное влияние на КЖ [12,17]. В настоящем исследовании использовали русскоязычную версию SF-36, которая валидирована Межнациональным центром исследований качества жизни в Санкт-Петербурге [18].

Для оценки социальных и поведенческих характеристик использовали анкету, разработанную сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней УО БГМУ и кафедры социологии УО БГУ. Анкета включала демографические (пол, возраст), социальные (образование, семейное положение, жилищные условия) и поведенческие характеристики (реакция на известие о наличии заболевания, совладание со стрессом) пациентов, страдающих сифилитической инфекцией.

Оценку путей преодоления эмоционального стресса осуществляли с помощью опросника «ИСПЭС: индикатор стратегии преодоления эмоционального стресса» (The Coping Strategy Indicator), разработанного J. Amirkhan в 1990 году. Анкета предназначена для выявления преобладающего копинг-стиля – поведения, направленного на преодоление стрессовой ситуации. J. Amirkhan выделял 3 стратегии копинг-поведения: прямое совладание, направленное на решение проблемы (problem solving), поиск социальной поддержки (social support) и избегание проблемы (avoidance of the problem). Первые две стратегии относятся к продуктивному копингу, последняя характеризует непродуктивный копинг.

В настоящее исследование вошли только респонденты, корректно ответившие на все вопросы.

Обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы SPSS 19.0. Для определения достоверности различий в группах сравнения использовали критерий Стьюдента, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение

Среди опрошенных пациентов было 85 мужчин (49%) и 90 женщин (51%). Средний возраст обследованных составлял $34 \pm 11,8$ года (min/max=16/78 лет). Распределение больных по клиническим формам сифилиса представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические диагнозы обследованных пациентов	
Первичный сифилис	9
Вторичный сифилис кожи и слизистых	38
Скрытый ранний сифилис	65
Скрытый поздний сифилис	34
Серорезистентность	29
Всего:	175

Сравнительный анализ всех шкал оценки КЖ в исследуемой и контрольной группах не выявил существенных различий показателей Физического здоровья. Суммарный показатель Психологического благополучия у больных сифилисом был несколько ниже, чем в контрольной группе, в основном, за счет более низких оценок по шкалам «Психологическое здоровье» и «Социальное благополучие» (см. таблицу 2).

Таблица 2.

Сравнительная характеристика качества жизни больных сифилисом и здоровых лиц.

Шкала	Исследуемая группа (n=175)	Контрольная группа (n=100)	Достоверность различий
PF	91,23 ± 1,08	91,95 ± 1,03	t = - 5.408, p = 0.000
RP	84,29 ± 2,15	73,92 ± 3,04	t = 32.964, p = 0.000
RE	68,57 ± 2,86	68,01 ± 3,51	t = 1.436 p > 0.1
VT	58,59 ± 1,57	57,48 ± 1,72	t = 5.446 p = 0.000
MHth	57,01 ± 1,54	62,85 ± 1,45	t = - 30.89 p = 0.000

SF	70,39 ± 2,08	75,79 ± 1,69	t = -22.118 p = 0.000
BP	85,16 ± 1,77	80,93 ± 1,79	t = 18.986 p = 0.000
GH	62,46 ± 1,37	64,60 ± 3,15	t = -7.796 p = 0.000
PH	82,38 ± 1,04	80,31 ± 1,11	t = 15.492 p = 0.000
MH	61,86 ± 1,52	64,45 ± 1,55	t = -13.496 p = 0.000

Наблюдались гендерные различия по ряду показателей (см. табл. 3). Физическое здоровье не страдало как у мужчин, так и у женщин. Средний показатель Психологического здоровья среди женщин практически не отличался от контрольной группы, в то время как у мужчин он был значительно снижен ($p < 0.05$). Так, показатели, отвечающие за эмоциональное и социальное функционирование, повседневную активность, были несколько ниже у мужчин. Очевидно более острое психологическое восприятие и реагирование на болезнь мужской доли пациентов. Так, показатель Психологического благополучия, отражающий уровни тревоги и депрессии, у мужчин на 9,0 баллов ниже, чем у женщин ($p < 0.05$).

Таблица 3.
Показатели качества жизни у мужчин и женщин, больных сифилисом

Шкала	PF	RP	RE	VT	MHth	SF	BP	GH	PH	MH
Мужчины (n = 85)	89,41 ±1,49	85,59 ±2,82	61,96 ± 4,43	56,29 ± 2,33	52,38 ± 2,21	67,56 ± 3,2	85,41 ± 2,37	62,12 ±1,95	81,58 ±1,43	57,79 ±2,22
Женщины (n=90)	92,94 ±1,55	83,06 ±3,25	74,82 ±3,55	60,77 ±2,09	61,38 ±2,05	73,06 ±2,67	84,92 ±2,63	62,78 ±1,94	83,13 ±1,51	65,71 ±1,99
Достоверность различий	z=2.471 p=0.01	z=0.008 p=0.013	U=1150 p>0.05	U=1566 p>0.05	U=1038 p<0.05	U=1670 p>0.05	U=1042 p>0.05	U=802 p>0.05	U=1123 p>0.05	U=1295 p<0.05

Наблюдались достоверные различия по ряду шкал у пациентов в зависимости от клинической формы заболевания. Так, хуже реагировали на болезнь лица с манифестными формами сифилиса. По результатам опроса они демонстрировали наиболее низкие показатели по шкалам «Психологическое благополучие» (MHth), «Социальное функционирование» (SF) ($p < 0.01$). Следует отметить, что показатели шкал «Эмоциональное функционирование», «Жизненная активность», «Психологическое благополучие», «Социальное функционирование», «Общее здоровье» были несколько ниже у больных ранними формами сифилиса, в то время как у пациентов с поздними формами, в т.ч. серорезистентностью, показатели КЖ не отличались от таковых в контрольной группе. Очевидно влияние заболевания на Психологическое здоровье пациентов с манифестным сифилисом (MH=54,43 ±3,30, $p < 0.01$).

Таблица 4.
Показатели качества жизни у пациентов с различными формами сифилиса.

Шкала	Сифилис манифестный (A) (n=47)	Сифилис скрытый ранний	Сифилис скрытый поздний	Серорезистентность (D)(n=29)	Контрольная группа (K) (n=100)	Достоверность

	(B)(n=65)		(C)(n=34)			
PF	90,71 ±2,68	91,69 ±1,73	87,94 ±2,62	94,66 ±1,63	91,95 ± 1,03	H _{A,C} = 2.32 p>0.05 U _{A,K} = 1298 p>0.05 U _{B,K} = 1599 p>0.05 U _{C,K} = 833 p>0.05 U _{D,K} = 715 p>0.05
RP	78,57 ±5,69	88,08 ±2,64	78,68 ±5,49	91,38 ±3,57	73,92 ± 3,04	H _{A,C} = 1.04 p>0.05 U _{A,K} = 1132 p>0.05 U_{B,K}= 1287 p<0.01 U _{C,K} = 860 p>0.05 U_{D,K}= 550 p<0.01
RE	57,94 ±6,33	68,21 ±4,71	69,61 ±6,19	82,76 ±5,64	68,01 ± 3,51	H _{A,C} = -283 p>0.05 U _{A,K} = 1235 p>0.05 U _{B,K} = 1697 p>0.05 U _{C,K} = 952 p>0.05 U_{D,K}= 637 p<0.05
VT	54,4 ±3,35	57,92 ±2,77	63,82 ±3,39	60,83 ±3,25	57,48 ± 1,72	H _{A,C} = 3.23 p>0.05 U _{A,K} = 1402 p>0.05 U _{B,K} = 1611 p>0.05 U_{C,K}= 720 p<0.01 U_{D,K}= 678 p<0.05
MHth	50,29 ±3,15	57,66 ±2,51	60,71 ±3,40	59,59 ±3,84	62,85 ± 1,45	H _{A,C} = 3.68 p>0.05 U _{A,K} = 845 p<0.01 U _{B,K} = 1446 p>0.05 U _{C,K} = 891 p>0.05 U _{D,K} = 790 p>0.05
SF	62,8 ±4,48	70,39 ±3,57	75,89 ±4,18	76,72 ±4,59	75,79 ± 1,69	H _{A,C} = -252 p>0.05 U_{A,K}=950 p<0.01 U _{B,K} = 1678 p>0.05 U _{C,K} = 985 p>0.05 U _{D,K} = 815 p>0.05
BP	76,6 ±4,49	87,46 ±2,83	85,81 ±3,67	90,17 ±3,01	80,93 ± 1,79	H _{A,C} = 291 p<0.0001 U _{A,K} = 1272 p>0.05 U _{B,K} = 1113 p<0.01 U _{C,K} = 772 p>0.05 U_{D,K}= 549 p<0.01

GH	57,98 ±2,35	67,31 ±2,27	58,24 ±3,15	62,59 ±3,83	64,60 ± 3,15	H_{A,C}= 7.84 p=0.01 U _{A,K} = 1271 p>0.05 U_{B,K}= 1374 p<0.05 U _{C,K} = 928 p>0.05 U _{D,K} = 774 p>0.05
PH	79,01 ±2,57	84,78 ±1,61	78,67 ±2,13	86,05 ±2,10	80,31 ± 1,11	H _{A,C} = -417 p>0.05 U _{A,K} = 1260 p>0.05 U _{B,K} = 1204 p<0.01 U _{C,K} = 897 p>0.05 U _{D,K} = 558 p<0.01
MH	54,43 ±3,30	61,79 ±2,66	65,62 ±2,95	68,25 ±3,00	64,45 ± 1,55	H _{A,C} = -421 p>0.05 U_{A,K}= 945 p<0.01 U _{B,K} =1585 p>0.05 U _{C,K} = 904 p>0.05 U _{D,K} = 647 p>0.05

По результатам анкетирования, 63 человека среди опрошенных испытали сильное эмоциональное потрясение при выставлении им врачом диагноза «Сифилис», 62 респондента сообщили, что пережили стресс, но быстро с ним справились, остальные 50 человек, с их слов, спокойно отреагировали на свой диагноз. Все они были условно разделены на 3 группы (см. табл.5). Следует отметить, что при изучении параметров качества жизни во всех группах сравнения показатели шкал, характеризующих Физическое Здоровье (PH), практически не отличались друг от друга и демонстрировали высокий уровень физического функционирования.

При сравнении показателей категории «Психологическое Здоровье» (MH) в группе лиц, перенесших сильный стресс, наблюдались наиболее низкие показатели КЖ по шкалам «Эмоциональное функционирование» (p<0.05), «Жизненная активность» (p<0.01), «Психологическое благополучие» (p<0.01), «Социальное функционирование» (p<0.05). Респонденты из группы быстро справившихся со стрессом демонстрировали более низкие показатели КЖ по шкалам «Жизненная активность» (p<0.05), «Психологическое благополучие» (p<0.05), чем лица из группы не испытывавших стресс.

Итак, в группах респондентов, испытывавших стресс, наблюдались более низкие показатели Психологического Здоровья по сравнению с пациентами, избежавшими эмоционального потрясения (p<0.01 и p<0.05 соответственно).

Таблица 5.

Показатели КЖ больных сифилисом в группах с различным реагированием на стресс

Шкала	Испытали сильный стресс (А) (n=63)	Испытали стресс, но быстро справились (В) (n=62)	Не испытали стресс (С) (n=50)	Достоверность различий
PF	89,68±1,94	91,69±1,75	92,60±1,91	H=2.28 P>0.05 U _{A-B} =1719 P>0.05 U _{A-C} =1273 P>0.05 U _{B-C} =1334 P>0.05
RP	85,32±3,47	83,07±3,89	84,50±3,91	H=0.24 P>0.05 U _{A-B} =1646 P>0.05 U _{A-C} =1452 P>0.05 U _{B-C} =1414 P>0.05
RE	60,85±5,03	69,89±4,65	76,67±4,97	H=-319.06 P>0.05 U _{A-B} =1557 P>0.05 U_{A-C}=1159 P<0.05 U _{B-C} =1339 P>0.05
VT	53,73±2,97	58,69±2,30	64,60±2,64	H = 6.4 P<0.05 U _{A-B} =1573 P>0.05 U_{A-C}=1084 P<0.01 U_{B-C}=1220 P<0.05
MHth	49,33±2,58	57,94±2,46	65,52±2,54	H = 17.7 P=0.0001 U_{A-B}=1290.5 P<0.01 U_{A-C}=791 P<0.01 U_{B-C}=1174.5 P<0.05
SF	63,49±3,64	71,45±3,45	77,75±3,45	H=-282.42 P>0.01 U_{A-B}=1479 P<0.05 U_{A-C}=1051 P<0.01 U _{B-C} =1303 P>0.05
BP	81,79±3,29	86,98±2,66	87,15±3,22	H=373.58 P<0.0001 U _{A-B} =1652 P>0.05 U _{A-C} =1281 P>0.05 U _{B-C} =1394 P>0.05
GH	61,43±2,25	62,10±2,47	64,20±2,42	H=1.03 P>0.05 U _{A-B} =1719 P>0.05 U _{A-C} =1317 P>0.05 U _{B-C} =1225 P>0.05
<i>PH</i>	81,58±1,90	82,16±1,78	83,66±1,67	H=0.16 P>0.05 U _{A-B} =1731 P>0.05 U _{A-C} =1452 P>0.05 U _{B-C} =1225 P=0.05
<i>MH</i>	54,77±2,67	63,02±2,34	69,36±2,49	H=14.56 P<0.001 U_{A-B}=1362 P<0.05 U_{A-C}=870.5 P<0.01 U_{B-C}=1169 P<0.05

Стрессовая ситуация влечет за собой ответную реакцию со стороны индивида. Так, J. Amir Khan выделял 3 стратегии поведения, направленных на преодоление стресса: прямое совладание, поиск социальной поддержки и избегание проблемы. По результатам опроса с помощью ИСПЭС все участники были разделены на 3 группы в зависимости от превалирования той или иной копинг - стратегии, неосознанно выбираемой человеком (см. табл. б).

Наиболее низкие показатели Психологического Здоровья отмечены у лиц с непродуктивным копингом ($p<0.05$) и лиц, ориентированных на социальную поддержку ($p<0.01$).

В группе пациентов с «прямым совладанием с проблемой» большинство показателей были сравнимы с таковыми в контрольной группе. Исключение составил показатель шкалы «Психологическое благополучие», где среднее значение было несколько ниже, чем в контрольной группе ($p < 0.01$), но выше, чем в двух других группах сравнения. Пациенты, ориентированные на поиск социальной поддержки, демонстрировали более низкие показатели качества жизни по шкалам «Эмоциональное функционирование» ($p < 0.01$) и «Психологическое благополучие» ($p < 0.01$). Лица с преобладанием избегающей копинг-стратегии (непродуктивный копинг) имели наиболее низкие значения шкал «Эмоциональное функционирование» ($p < 0.05$), «Психологическое благополучие» ($p < 0.01$), «Жизненная активность».

Очевидно наиболее выраженное влияние заболевания на показатели Психологического Здоровья и качества жизни как такового у пациентов, ориентированных на поиск поддержки **и/или** избегание проблемы.

Таблица 6.
Показатели КЖ больных сифилисом с различным типом копинг-поведения

Шкала	Прямое совладание (A) (n=109)	Поиск поддержки (B) (n=39)	Избегание проблемы (C) (n=27)	Контрольная Группа (K) (n=100)	Достоверность различий
PF	92,39±1,30	89,10±2,60	89,63±2,73	91,95±1,03	$H_{A-C}=2.4$ $p > 0.1$ $U_{B-K}=377$ $p > 0.05$ $U_{C-K}=299$ $p > 0.05$
RP	86,70±2,49	80,77±5,23	79,63±6,12	73,92±3,04	$H_{A-C}=0.9$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1103$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=743$ $p > 0.05$ $U_{C-K}=585$ $p > 0.05$
RE	76,46±3,23	57,27±6,12	53,09±8,58	68,01±3,51	$H_{A-C}=-278$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1304$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=571$ $p < 0.01$ $U_{C-K}=490$ $p < 0.05$
VT	60,51±1,95	56,13±3,56	54,44±3,82	57,48±1,72	$H_{A-C}=2.17$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1110$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=823$ $p > 0.05$ $U_{C-K}=582$ $p > 0.05$
MHth	59,12±1,98	54,67±3,17	51,85±3,69	62,85±1,45	$H_{A-C}=3.67$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1161$ $p < 0.05$ $U_{B-K}=537$ $p < 0.01$ $U_{C-K}=341$ $p < 0.01$
SF	70,57±2,63	69,87±4,47	70,37±5,43	75,79±1,69	$H_{A-C}=-269$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1079$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=790$ $p > 0.05$ $U_{C-K}=556$ $p > 0.05$
BP	84,45±2,21	86,79±3,47	85,65±5,30	80,93±1,79	$H_{A-C}=274$ $p < 0.001$ $U_{A-K}=953$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=709$ $p < 0.05$ $U_{C-K}=440$ $p < 0.01$
GH	61,51±1,86	61,80±2,84	67,22±2,39	64,60±3,15	$H_{A-C}=3.13$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1367$ $p > 0.05$ $U_{B-K}=812$ $p > 0.05$ $U_{C-K}=509$ $p > 0.05$
PH	83,14±1,26	80,70±2,56	81,92±2,56	80,31±1,11	$H_{A-C}=-425$ $p > 0.05$ $U_{A-K}=1130$ $p < 0.05$ $U_{B-K}=725$ $p > 0.05$

					U _{C-K} =524 p>0.05
МН	64,84±1,88	57,40±3,06	56,29±4,14	64,45±1,55	H _{A-C} =-428 p>0.05 U _{A-K} =1495 p>0.05 U_{B-K}=616 p<0.01 U_{C-K}=469 p<0.05

Заключение

Сифилис является достаточно сильным стрессогенным фактором и оказывает влияние на качество жизни пациентов, страдающих сифилитической инфекцией. Показатели качества жизни, отражающие физическое здоровье, при сифилисе остаются без изменений, в то время как уровень психологического благополучия существенно снижается. Наблюдается гендерное негативное влияние, более выраженное у мужчин. Форма клинического течения болезни также влияет на показатели психологического здоровья. Ярко выражена связь степени реагирования на болезнь с уровнем психоэмоционального благополучия и социального функционирования. Прослеживается зависимость психологического здоровья и, как следствие, качества жизни от доминирующей стратегии преодоления стресса: ориентирование на решение проблемы более благоприятно отражается на психоэмоциональном и социальном благополучии больных сифилисом, а избегающее поведение оказывает негативное влияние на вышеуказанные показатели.

Литература

1. Панкратов В.Г. Заболеваемость сифилисом среди лиц подросткового и юношеского возраста. /В.Г.Панкратов, А.Л.Навроцкий // Охрана репродуктивного здоровья подростков: сб. науч.-практ. материалов под общ. ред. Г. Шишко. – МГМИ, Минск. – 2000. – С. 36-40.
2. Панкратов В.Г. О волнообразном течении заболеваемости сифилисом на территории Республики Беларусь / В.Г. Панкратов, О.В. Панкратов // Военная медицина. – 2009. – №4. – С. 92-96.
3. Лосева О.К. Добрачное, брачное и внебрачное сексуальное поведение и ориентация мужчин и женщин: сравнительное панельное исследование больных сифилисом и здоровых / О.К.Лосева, И.Н.Бобкова // ИППП. Ч. 2. – 2000. – №1. – С.16-21.
4. Лосева О.К. Медицинские социологические исследования подросткового сексуального поведения за период с 1989 по 2000 годы / О.К.Лосева, Т.А.Кравец // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – №5. – С. 34-37.
5. Луганский Н.Е. Социально-психологическая характеристика больных заразными формами сифилиса / Н.Е. Луганский // Вестник дерматологии и венерологии. – 1982. – №11. – С. 71-75.
6. Панкратов В. Г. Внутренняя картина болезни при сифилисе / В. Г. Панкратов, Т.М.Литвинкович // Медицинская панорама. – 2006. – №5. – С.4-8.

7. Ерыгина Е.С. Поведенческие характеристики больных сифилисом/ Е.С.Ерыгина, А.М.Лукиянов, Л.В.Климова // *ARS medica. Искусство медицины.* – 2011. – №: 15. – С. 28-29.
8. Ерыгина Е.С. (2012) Особенности сексуального поведения и стрессогенных типов реакций пациентов, страдающих сифилисом/ Е.С.Ерыгина, А.М.Лукиянов // *Медицинская панорама.* **№**. 1. pp. 38-41. (in Russian)
9. Сабаев М.И. Изменения качества жизни больного сифилисом /М.И.Сабаев, А.П.Суворов, А.А.Шульдяков, Л.А.Шерстобитова //Успехи современного естествознания. - 2004. -№2. – С. 126.
10. World Health Organization. Quality of life group. What is Quality of life? *Wid. Hth. Forum.* – 1996. V.1. – P. 29.
11. Мясоедова Н.А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях/ Н.А.Мясоедова, Э.Б.Тхостова, Ю.Б.Белоусов // *Качественная клиническая практика.* – 2002. – №1. – С. 53-57.
12. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. / *SF-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide,* Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated. – 2000. – P. 150.
13. K-Y Wang, K-H Wang, Z-P Zhang (2011) Health-related Quality of Life and marital quality of vitiligo patients in China *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology,* vol..25, no 4, pp. 429-435.
14. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M et al.(2000). Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DQLI and subjective measure of disease activity.// *Acta Derm Venerol,* vol. 80, pp. 430-434.
15. Wahl A, Loge JH, Wiklund I et al. (2000) The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *J Am Acad Dermatol.,* vol.43. pp. 803-808.
16. Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D et al. (2002) Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol.,* vol.41, pp. 151-158.
17. Амирджанова В.Н. (2008) Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова, Д.Г. Горячев, Н.И. Коршунов А.П. Ребров, В.Н. Сороцкая // *Научно-практическая ревматология.* № 1, pp.36-48.
18. Новик А.А. (2002) Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // М., ОЛМА-ПРЕСС. 314с.

