

18. Pushkareva A. E. Metody matematicheskogo modelirovaniya v optike biotkaney: ucheb. posobie. SPb: SPbGU ITMO, 2008. S. 103.

19. Jacobi U., Waibler E., Sterry W., Lademann J. In vivo determination of the long-term reservoir of the horny layer using laser scanning microscopy // *Laser Phys.* 2005. Vol. 15, № 4. P. 565–569.

20. Guo X., Gou Z., Wei H., He Y., Xie S., Deng X., Zhao Q., Li L. In vivo comparison of the optical clearing efficacy of optical clearing agents in human skin by quantifying permeability using optical coherence tomography // *Photochem. Photobiol.* 2011. Vol. 87? № 3. P. 734–740.

21. Wen X., Jacques S. L., Tuchin V. V., Zhu D. Enhanced optical clearing of skin in vivo and OCT in-depth imaging // *J. Biomed. Opt.* 2012. Vol. 17, № 6. P. 066022.

УДК 616.5-002-056.43:612.821]-071.1 (045)

Оригинальная статья

## ИНДИВИДУАЛЬНОЕ БРЕМЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

**Н. Г. Астафьева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой клинической иммунологии и аллергологии, профессор, доктор медицинских наук; **М. Г. Еремина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **А. В. Еремин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии, ассистент.

## INDIVIDUAL BURDEN OF ATOPIC DERMATITIS

**N. G. Astafieva** — *Saratov Medical University n.a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Clinical Immunology and Allergology, Professor, Doctor of Medical Science*; **M. G. Yeryomina** — *Saratov Medical University n.a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant*; **A. V. Yeryomin** — *Saratov Medical University n.a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant.*

Дата поступления — 24.08.2013 г.

Дата принятия в печать — 17.10.2013 г.

**Астафьева Н. Г., Еремина М. Г., Еремин А. В.** Индивидуальное бремя atopического дерматита // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2013. Т. 9, № 3. С. 543–548.

В статье приведены результаты исследования психосоциального влияния atopического дерматита как важнейшего компонента общего бремени заболевания. С помощью болезни-специфического вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL) выявлено, что atopический дерматит оказывает выраженное негативное влияние на физический статус, социальное функционирование и психическое благополучие пациента, его повседневную активность, самовосприятие, вызывая дезадаптацию респондентов, особенно в период острого проявления симптомов. В дополнение к решению медицинских аспектов АД важную роль в уменьшении индивидуального бремени заболевания играют образовательные программы и психологическая поддержка пациента при создании партнерских отношений «врач — пациент».

**Ключевые слова:** atopический дерматит, качество жизни, бремя atopического дерматита

**Astafieva N. G., Yeryomina M. G., Yeryomin A. V.** Individual burden of atopic dermatitis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2013. Vol. 9, № 3. P. 543–548.

The study presents the results of the psychosocial influence of atopic dermatitis as an essential component of the global burden disease. With the help of the disease-specific questionnaire «Dermatology specific quality of life» (DSQL) there had been found out that atopic dermatitis had a strong negative effect on the physical status, social functioning and mental well-being of the patient's daily activity, self-perception, causing maladjustment of the respondents, especially in a period of acute symptoms. In addition to addressing the medical aspects of blood pressure an important role in reducing the burden of disease play an individual educational programs and psychological support for patients while creating partnerships «doctor-patient» relationship.

**Key words:** atopic dermatitis, quality of life, burden of atopic dermatitis

**Введение.** Atopический дерматит (АД) является широко распространенным заболеванием, связанным со значительными социальными и финансовыми потерями. Больше число исследований бремени АД связано с изучением этой проблемы у детей, в то время как для взрослой популяции таких исследований существенно меньше. Однако у взрослых даже при легкой течения болезни психосоциальное и экономическое бремя может быть значительным [1].

Ощутимо возрастает финансовая нагрузка при тяжелых формах заболевания, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи [2]. Анализ экономической результативности необходим для управления службами здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, когда важнейшей пробле-

мой становится достижение максимального результата при минимальных затратах.

Выполненные в нашей стране и в мире исследования по экономическому бремени atopического дерматита особенно востребованы при проведении экономического анализа и принятии решений о планировании лечебно-профилактических программ для пациентов с АД [3, 4].

В последние годы различными исследователями реализованы многочисленные попытки количественной оценки потерь, которые несет общество вследствие любой болезни (заболеваемости, инвалидности, смертности). Всемирный Банк Развития (1993) предложил оценивать эффективность здравоохранения путем определения индекса DALY (Disability Adjusted Life Years — продолжительность здоровой жизни без нетрудоспособности и инвалидности) и соотношения его с затратами на поддержание здоровья. Предложен также ряд других обобщенных по-

**Ответственный автор** — Еремина Мария Геннадьевна  
Адрес: Саратов, ул. Рахова, 42, кв. 46.  
Тел.: 89272231053  
E-mail: 913693@mail.ru

казателей, таких, как преждевременная смертность, предотвратимая смертность, индекс потерь трудового потенциала вследствие преждевременной смертности, широко используется индекс QALY (продолжительность качественной жизни).

Указанные экономические исследования глобального бремени болезней являются признанными стандартами, однако для оценки текущих экономических затрат, связанных с атопическим дерматитом, они неприменимы из-за особенностей течения болезни. Поэтому чаще используются другие методы определения стоимости болезни: минимизация стоимости (cost-minimisation analysis — CMA); «стоимость — эффективность» (cost-effectiveness analysis — CEA); «стоимость — полезность» (cost-utility analysis — CUA); «стоимость — выгода» (cost-benefit analysis — CBA) [5–8].

В литературе, посвященной ущербу от заболеваний, в понятие «бремя болезни» вкладываются три широко известных типа расходов: прямая, косвенная и скрытая стоимость. Скрытую стоимость связывают с ценой психосоциального влияния болезни, изменением качества жизни (Thwaites R., Price M., 1998). Именно психосоциальное влияние болезни становится для пациента важнейшим компонентом индивидуального бремени. Для атопического дерматита это особенно актуально [9–12].

Таким образом, бремя атопического дерматита следует рассматривать как многомерную проблему, которая включает психологические, социальные и финансовые последствия заболевания на пациента, его семью, общество. Для того чтобы удовлетворить потребности больных с АД и обеспечить качество медицинской помощи, врачам следует хорошо представлять, что психосоциальные аспекты влияния болезни должны быть в центре внимания для обеспечения партнерства «врач — пациент» при реализации лечебных и профилактических программ при АД.

**Цель:** оценка психосоциального влияния АД на пациента и эффективности терапии в условиях обеспечения партнерства «врач — пациент».

**Материал и методы.** В качестве инструмента для оценки психосоциального влияния атопического дерматита на пациента использовали специальный дерматологический вопросник Dermatology Specific Quality of Life (приемлемость, достоверность и воспроизводимость его русскоязычной версии продемонстрирована ранее в клинических исследованиях [13]).

Валидизированные вопросники для оценки качества жизни используются как стандартный подход во многих странах мира у лиц разных возрастных категорий [14, 15].

Шкалы вопросника DSQL включают характеристики физического состояния, повседневной и социальной активности, самовосприятия и уровня депрессии. Для более корректной оценки общего эмоционального состояния в дополнение к болезнью-специфическому вопроснику были использованы вопросы из русскоязычной версии общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — неспецифического вопросника для оценки качества жизни, связанного со здоровьем пациента, широко используемого при проведении различных клинических исследований), которые сопоставлялись с данными анкетирования по соответствующему блоку вопросов DSQL.

Значение показателя КЖ по какой-либо шкале вопросника рассчитывается как средняя арифметическая ответов на вопросы данного тематического

блока (шкалы). При этом следует учитывать, что результирующие вопросы каждого блока используются индивидуально и не принадлежат многосистемной шкале. Значение показателя КЖ, рассчитанное в соответствии с указанной методикой, представляет собой параметр, который может быть точно соотнесен с аналогичными значениями других инструментов. Среднее значение каждой шкалы вопросника обычно используется с целью сохранения сравнимости между баллами всей шкалы и между отдельными ее составляющими. Общее значение показателя КЖ ( $KЖ_{DSQL}$ ) представляет собой сумму средних величин отдельных тематических блоков (шкал) вопросника, что предполагает равное влияние каждой составляющей шкалы на итоговый (суммарный) показатель.

Между значением шкалы КЖ (DSQL) и уровнем КЖ существует обратная зависимость: чем выше показатель балльной оценки, тем более тяжелые (глубокие) расстройства наблюдаются у данного респондента.

Все включенные в исследование пациенты получали одинаковую фармакотерапию заболевания, предусмотренную современными стандартами терапии. Кроме того, с целью достижения лучших результатов с каждым пациентом индивидуально проводились образовательные программы, которые включали информацию о болезни, совместное определение целей лечения, выявление тревожащих пациента проблем, их обсуждение с целью устранения тревоги.

Стандартизированное интервьюирование респондентов и заполнение вопросников по КЖ проводилось в период начала обострения (при поступлении в стационар) и после снятия обострения (при выписке).

Дополнительно пациенты (50 человек) отвечали анонимно на вопросы о полученной медицинской помощи (с участием страховой компании «Макс-М»). Анкета состояла из 8 вопросов, связанных с отношением лечащих врачей, среднего медперсонала, результатов оказания медицинской помощи, материально-технического оснащения лечебного учреждения, организации работы лечебного учреждения, организации лекарственного обеспечения, питания в стационарном учреждении, а также необходимостью использовать личные денежные средства при обследовании и лечении. При положительном ответе на вопрос об удовлетворенности отношением лечащих врачей предлагалось оценить степень этой удовлетворенности в баллах от 1 до 5.

В исследование были включены 52 пациента. Возраст обследованных от 16 до 66 лет, из них мужчин 24 (46%), женщин 28 (54%). В интеллектуальный труд вовлечено 23 человека (44,4%); физическим трудом занимались 29 человек (55,6%). Анкетирование с помощью вопросника проводилось в 2012–2013 г. среди пациентов с диагнозом: «Атопический дерматит / экзема», находившихся на стационарном лечении в клинике кожных и венерических болезней СГМУ.

Для обработки результатов исследования использовались: программная надстройка «Пакет анализа» табличного процессора Microsoft Excel 2000 и пакет статистического анализа Statistica V5.5A фирмы StatSoft. Результаты исследования представлены в виде средней арифметической и 95%-ного доверительного интервала. Различия между выборками и наличие корреляции считали значимыми на 95%-ном уровне.

**Результаты.** Средний показатель КЖ по шкале физических симптомов при атопическом дерматите при поступлении в стационар (период обострения заболевания) составил  $2,34 \pm 0,2$  балла. На фоне проводимого лечения в условиях проведения образовательных программ негативное влияние болезни на физические симптомы (средний суммарный балл) уменьшилось и составило  $1,37 \pm 0,2$  балла.

Наиболее значимое влияние на показатели КЖ до начала лечения (в период обострения заболевания) оказывали сухость кожи ( $3,25 \pm 0,2$  балла); зуд ( $3,25 \pm 0,2$  балла) и чувство физического дискомфорта ( $3,25 \pm 0,2$  балла) или какие-либо другие неприятные ощущения, связанные с проявлениями атопического дерматита ( $2,25 \pm 0,2$  балла).

Степень влияния данных показателей существенно снизилась к концу пребывания в стационаре ( $2,48 \pm 0,2$ ;  $2,3 \pm 0,2$ ;  $1,48 \pm 0,2$  и  $1,07 \pm 0,2$  балла соответственно).

Менее значимыми для пациента были такие физические симптомы, как болезненность на пораженных участках кожи ( $1,75 \pm 0,2$  балла); чувство жжения ( $1,75 \pm 0,2$  балла); нарушения сна ( $1,75 \pm 0,2$  балла). Тем не менее значения данных показателей также улучшались к концу лечебного периода, включавшего образовательные программы:  $0,9$ ;  $0,68$  и  $1,11 \pm 0,2$  балла соответственно.

Самое минимальное влияние дерматит оказывал на тактильные ощущения пациента, то есть чувствительность при прикосновении, как во время обострения ( $1,5 \pm 0,2$  балла), так и в период отсутствия клинических проявлений болезни ( $0,95 \pm 0,2$  балла).

На рис. 1 представлена динамика показателей по шкале физических симптомов у пациентов с АД в период обострения и наступления ремиссии.

Сравнительная оценка показателей качества жизни по шкале повседневной активности включала ответы на вопросы о степени ограничения в выполнении простейших манипуляций по уходу за кожей (бритье у мужчин, макияж у женщин); о степени ограничения в выборе одежды, прически; выборе пищи и напитков. В период острого течения болезни при поступлении в стационар пациенты обращают значительное внимание на необходимость перечисленных ограничений, несмотря на начатую терапию. Распределение баллов по вопросам шкалы свидетельствовало о том, что атопический дерматит существенно ограничивал респондентов в повседневных манипуляциях. Они чувствовали существенные ограничения в физической активности ( $1,5 \pm 0,02$  балла); не могли выполнять ежедневные манипуляции по уходу за собой ( $2,25 \pm 0,02$ ); испытывали затруднения в вопросах выбора одежды ( $2,25 \pm 0,03$ ) и прически ( $1,5 \pm 0,03$ ). Но наиболее значимым фактором влияния для большинства пациентов с АД стал фактор самоограничения «в выборе пищи, и напитков на вкус» ( $2,75 \pm 0,02$  балла), который вызывал чувство особого дискомфорта (рис. 2).

Лечебные программы, назначенные пациентам, смогли существенно уменьшить степень влияния АД на шкалу повседневной активности. К концу пребывания в стационаре ограничения в физической активности, сопровождающейся потоотделением (средняя суммарная оценка в баллах) составили всего  $1,0 \pm 0,01$  балла. Стали существенно меньше ограничения в бритье и использовании косметики ( $0,75 \pm 0,02$ ), выборе одежды ( $1,27 \pm 0,02$ ), прически ( $0,8 \pm 0,02$ ). Менее значимые изменения отмечены в отношении фактора самоограничения в выборе

### Шкала физического состояния

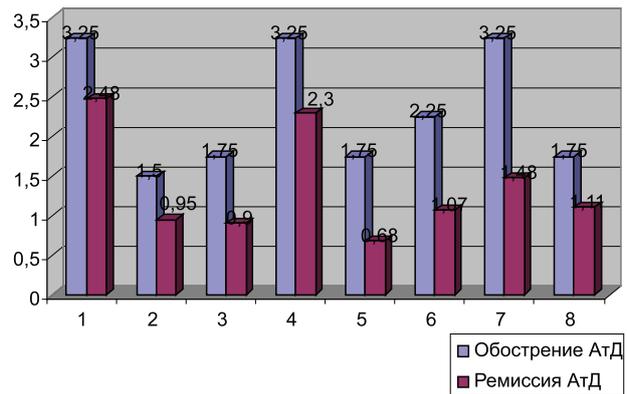


Рис. 1. Оценка физического состояния пациентов с атопическим дерматитом до и после лечебного периода (в баллах).

Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы физического состояния (в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника): 1 (1\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали сухость, по сравнению со здоровыми участками кожи?; 2 (2\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали повышенную чувствительность при прикосновении?; 3 (3\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали болезненность?; 4 (4\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали зуд?; 5 (5\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали чувство жжения?; 6 (6\*): Как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали какие-либо другие симптомы или неприятные ощущения?; 7 (7\*): Как часто за прошедший месяц у Вас были ощущения невыносимого физического дискомфорта или появления дерматита?; 8 (8\*): В течение последнего месяца как часто какие-либо неприятные ощущения, связанные с дерматитом, вызывали потерю сна или его нарушения?

### Шкала повседневной активности

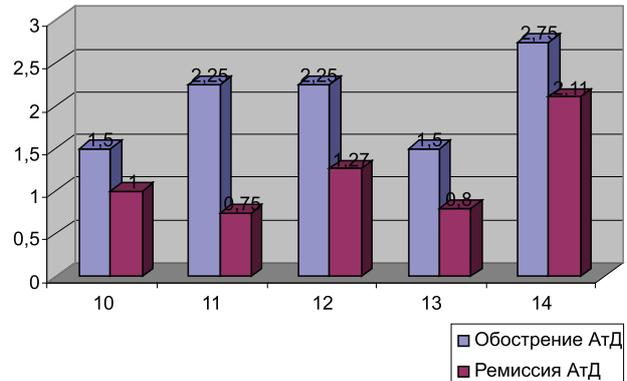


Рис. 2. Оценка показателей повседневной активности пациентов с атопическим дерматитом до и после лечебного периода (в баллах).

Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы повседневной активности (в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника): 1 (10\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в какой-либо физической активности, достаточной, чтобы вспотеть?; 2 (11\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в бритье (для мужчин); использовании косметики (у женщин)?; 3 (12\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе одежды?; 4 (13\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе прически?; 5 (14\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе пищи или напитков?

пищи и напитков. Балльная оценка этого показателя составила  $2,11 \pm 0,03$ , что являлось предметом тревоги пациента. При выявлении тревоги по поводу необходимости выполнения элиминационных диет больным дополнительно проводилось аллергологическое обследование с пищевыми продуктами. Влияние пищевой аллергии и пищевой непереносимости на обострение болезни, по данным аллергологического обследования, подтвердилось не у всех больных, что позволило частично снять напряженность и расширить перечень разрешенных продуктов.

АД меняет не только физическое состояние и повседневную активность человека, но и его социальную жизнь. В настоящем исследовании проведена оценка основных вопросов, определяющих социальную активность респондентов и показывающих, насколько заболевание мешало заводить новые знакомства (в том числе интимные), посещать общественные мероприятия (чувствовать себя комфортно в общественных местах) и планировать продолжительность пребывания в обществе (времяпрепровождение с друзьями) и отдых с друзьями, посещать магазины.

Установлено, что лица с atopическим дерматитом испытывают наиболее значимое ограничение в выборе новых знакомств (максимальное негативное влияние на пациента  $5,0 \pm 0,02$ ), в том числе интимных, и планировании вечерних мероприятий, особенно в период острых проявлений заболевания ( $4,5 \pm 0,02$ ). Пациенты отмечали невозможность чувствовать себя удобно на общественных мероприятиях и компаниях ( $3,25 \pm 0,02$ ).

В период обострения пациенты не могли совершать покупки в магазинах ( $2,39 \pm 0,01$ ). Планирование участия в общественной жизни, возможность получить удовлетворение в личных взаимоотношениях были проблематичными ( $2,25$  и  $2,75 \pm 0,01$  соответственно); больным было сложно планировать свое время, проводимое в обществе ( $2,25 \pm 0,01$ ). Все эти характеристики свидетельствовали о значимом снижении социальной активности у больных с АД к моменту поступления в стационар в связи с обострением (рис. 3).

Снижение индивидуального бремени болезни наблюдалось в конце программы лечения и наступлении ремиссии перед выпиской из стационара. Как видно на рис. 3, в конце лечебного периода почти все показатели шкалы социальной активности свидетельствовали об уменьшении их значимости для пациента, но тем не менее даже в период ремиссии они сохранялись. Возможность завязывать новые знакомства, в том числе интимные, оценивалась в  $2,89 \pm 0,02$  и  $3,48 \pm 0,02$  балла. Планирование участия в общественной жизни, возможность получить удовлетворение в личных взаимоотношениях составило к концу пребывания в стационаре  $1,89$  и  $2,27 \pm 0,01$  балла соответственно; планирование своего времени, проводимого в обществе,  $1,98 \pm 0,01$ . Только один показатель шкалы социальной активности (возможность совершать покупки в магазинах) к концу лечения стал более негативно влиять на пациента и составил  $2,39 \pm 0,01$  против первоначального значения  $1,75 \pm 0,02$ . По всей вероятности, это связано с тем, что, находясь в условиях стационара, невозможно совершать какие-либо покупки. Ориентация пациента на достижение реалистичных целей лечения может уменьшить тревожность пациента и способствовать достижению лучших результатов лечения.

При анализе следующего блока вопросов (шкала самовосприятия) важно было получить информацию

о том, до какой степени состояние кожи отражается на способности чувствовать себя уверенно в публичных местах, вызывает смущение, раздражение и причиняет моральные страдания по поводу собственной внешности (рис. 4)

До начала лечения в период обострения пациенты оценивали свои ощущения следующим образом:

#### Шкала социальной активности

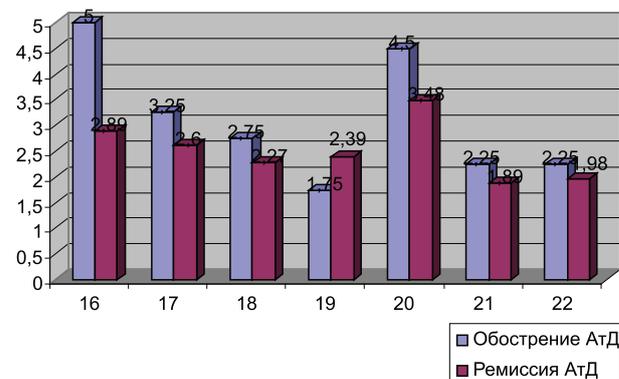


Рис. 3. Оценка показателей социальной активности пациентов с atopическим дерматитом до и после лечебного периода (в баллах).

Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы социальной активности (в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника): 1 (16\*): Как часто дерматит мешал Вам завязывать новые знакомства?; 2 (17\*): Как часто дерматит мешал Вам чувствовать себя удобно на общественных мероприятиях, в компаниях?; 3 (18\*): Как часто дерматит мешал Вам получать удовлетворение в личных взаимоотношениях?; 4 (19\*): Как часто дерматит мешал Вам при покупках в магазине?; 5 (20\*): Как часто дерматит мешал Вам при выборе интимных знакомств или планировании вечерних мероприятий?; 6 (21\*): Как часто дерматит мешал Вам планировать свое участие в общественной жизни?; 7 (22\*): Как часто дерматит мешал Вам планировать свое время, проводимое в обществе?

#### Шкала самовосприятия

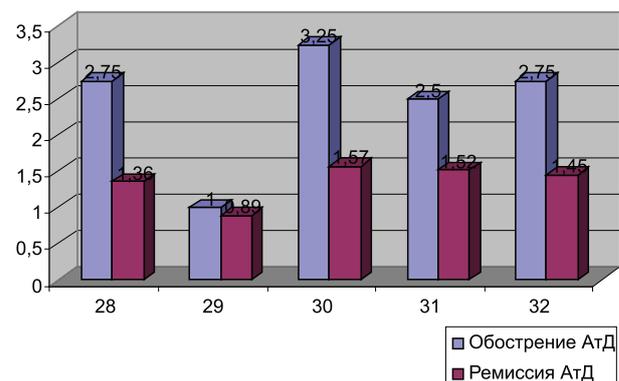


Рис. 4. Оценка самовосприятия пациентов с atopическим дерматитом до и после лечебного периода (в баллах). Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы социальной активности (в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника): 1 (28\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас чувство неуверенности?; 2 (29\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас моральные страдания?; 3 (30\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас смущение от внешнего вида своей кожи?; 4 (31\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас раздражение по поводу своей внешности?; 5 (32\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас беспокойство о том, что другие думают о Вас?

смущение от внешнего вида своей кожи —  $2,75 \pm 0,02$  балла; чувство неуверенности в себе —  $2,75 \pm 0,02$  балла; раздражение по поводу своей внешности —  $2,5 \pm 0,02$ ; беспокойство о том, что думают другие, —  $2,75 \pm 0,02$ . Средняя балльная оценка при ответе на перечисленные вопросы превышала 2,5 балла, что свидетельствует о выраженном негативном влиянии болезни на шкалу самовосприятия. Удивительным оказалось то, что свои моральные страдания пациенты оценили всего в  $1,0 \pm 0,02$  балла. Скорее всего, это обусловлено тем, что интерпретация этого термина не однозначна для большинства респондентов. «Моральные страдания» рассматриваются как некие другие неблагоприятные перемены в жизни, не связанные с болезнью, и не отождествляются с нравственными страданиями по причине утраты здоровья, в то время как страдание — это эмоциональное состояние человека, обусловленное негативными переживаниями, возникающими под действием травмирующих его психику событий и влияющих на его настроение, самочувствие и, само собой разумеется, здоровье. Респонденты уже оценили эти компоненты шкалы самовосприятия.

Наличие высыпаний на коже становится для пациентов дополнительным психотравмирующим фактором, приводящим к снижению самооценки, вызывающим фрустрацию. Для данной группы пациентов партнерские отношения с врачом, обсуждение проблем лечения являются жизненно необходимыми. Беседа с врачом меняет поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни.

После лечебного периода показатели шкалы самовосприятия значительно изменяются: нормализуется визуальное восприятие внешнего вида своей кожи ( $1,57 \pm 0,02$  балла); снижается чувство неуверенности в себе ( $1,36 \pm 0,02$  балла) и раздражения по поводу своей внешности ( $1,52 \pm 0,02$ ); уменьшается степень беспокойства о том, что думают другие ( $1,45 \pm 0,02$ ). Подтверждает догадку о неточности интерпретации респондентами термина «моральные страдания» отсутствие изменений в его оценке после лечебного периода ( $0,89 \pm 0,02$ ) (рис. 4).

Учитывая то, что страдания, на которые уже указали респонденты, сопровождаются стрессом, чувством тревоги, страха, горя, стыда, для дополнительного анализа взаимосвязи между существующей хронической болезнью и подавленностью индивида в анкете применялась еще одна шкала (шкала депрессии) с использованием русскоязычной версии общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36). Эти показатели учитывались отдельно, для более детального выявления внутреннего восприятия, оценки некоторых механизмов нарушения психологической адаптации. Чем выше балл (от 0 до 5), тем более выраженное негативное влияние болезни отмечается у респондента (рис. 5).

Чувство выраженного нервного напряжения было присуще большинству респондентов, и балльная оценка составила  $2,25 \pm 0,01$ , однако это не сопровождалось выраженным ощущением безысходной подавленности ( $1,25 \pm 0,02$ ) и печали, упадка духа ( $1,25 \pm 0,02$ ). Напротив, ощущение спокойствия и умиротворения было редким ( $3,5 \pm 0,02$ ), так же как и ощущение счастья ( $2,25 \pm 0,02$ ).

Адекватная коммуникация врача с пациентом уже при поступлении его в стационар, правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение, коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача способствовали не только психологически правильному выстраиванию отношений с больными, но и более полному наступлению лечебного эффекта.

В конце периода лечения снижается ощущение нервного напряжения ( $1,95 \pm 0,02$ ), чувства подавленности и печали ( $1,0 \pm 0,02$  и  $0,9 \pm 0,02$  балла соответственно). При ответе на вопросы о чувстве спокойствия и умиротворения к концу лечебного периода оценка составила  $2,25 \pm 0,02$  балла. Ощущение счастья изменилось несущественно. При ответе респондентов на вопрос о том, как часто за прошедший месяц (лечебный период) они чувствовали себя счастливыми, балльная оценка респондентов была  $2,14 \pm 0,03$  (против  $2,25 \pm 0,03$  до начала лечения).

Анонимное исследование удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами в стационаре клиники кожных болезней СГМУ показало, что 96% удовлетворены доступностью и качеством оказания медицинской помощи, 4% больше удовлетворены, чем нет. Все пациенты утвердительно ответили на вопрос об удовлетворенности отношений «врач — пациент», они в целом были удовлетворены результатами оказания медицинской помощи, материально-техническим оснащением лечебного учреждения, организацией его работы, организацией лекарственного обеспечения, питания в стационарном учреждении, а также необходимостью использовать личные денежные средства при обследовании и лечении в лечебном учреждении.

Однако детальная оценка степени удовлетворенности пациентов лечением по анкетам анонимного опроса в баллах выявила различия в группе пациентов, получавших образовательные программы и психологическую поддержку, по сравнению с традиционным лечением. Степень удовлетво-

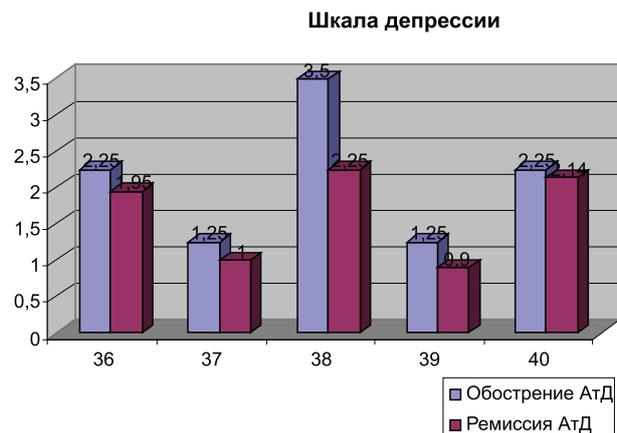


Рис.5. Оценка показателей качества жизни по шкале депрессии пациентов с атопическим дерматитом до и после лечебного периода (в баллах).

Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы депрессии (в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника): 1 (36\*): Как часто Вы сильно нервничали за прошедший месяц?; 2 (37\*): Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя подавленным, что ничто не могло вас взбодрить?; 3 (38\*): Как часто за прошедший месяц Вы были спокойным и умиротворенным?; 4 (39\*): Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя упавшим духом и печальным?; 5 (40\*): Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя счастливым?

ренности лечением в первой группе составила  $4,7 \pm 0,01$ , во второй  $4,0 \pm 0,01$  балла. Консультации, проводимые индивидуально врачом, обычно оправдывали ожидания пациентов, и большинство пациентов высоко оценивали партнерские отношения «врач — пациент».

В структурированном интервью пациенты отметили наиболее значимые, с их точки зрения, аспекты взаимоотношений «врач — пациент»: дружелюбие и внимание со стороны врача; совместное обсуждение проблем лечения, постоянный диалог; сочувственное отношение к проблемам пациента; предоставление полной информации для больного по вопросам лечения; постоянную связь в процессе лечения.

Таким образом, знания о факторах снижения психосоциального влияния болезни имеют важное значение для эффективных программ лечения.

**Обсуждение.** Современные системы здравоохранения во всем мире базируются на внедрении новых технологий, призванных обеспечить улучшение здоровья и эффективные клинические результаты. Поскольку в медицине начинают доминировать технологические подходы, идет формализация медицинской помощи, возникает большая опасность отдаления врача от больных. Эффективное лечение зависит не только от установления симптомов и диагноза болезни, но и от способности врача выявить те факторы, которые могут иметь психологическую или социальную природу, и это требует иного подхода к ведению пациента. Пренебрежение факторами, составляющими качество жизни, может становиться причиной существенного снижения качества медицинской помощи, удовлетворенности ею пациентов, их социальной активности, снижения производительности труда, а также возникновения проблем в личной жизни.

**Заключение.** Индивидуальное бремя атопического дерматита включает в себя не только экономические, но и физические, социальные и психологические компоненты (скрытые затраты). Для определения бремени атопического дерматита (скрытые затраты) может использоваться оценка качества жизни, связанного со здоровьем.

Валидизированный вопросник DSQL (русскоязычная версия) позволяет выявлять роль физических, социальных и психологических факторов у большинства пациентов и чувствителен к изменениям, происходящим в процессе лечения атопического дерматита.

Профессиональные навыки общения врачей-клиницистов с пациентами при атопическом дерматите оказывают существенное влияние на степень удовлетворенности проводимыми терапевтическими программами.

**Конфликт интересов** отсутствует.

#### Библиографический список

1. DaVeiga S. P. Epidemiology of atopic dermatitis: a review // *Allergy Asthma Proc.* 2012, May-Jun. № 33 (3). P. 227–234.
2. Просекова Е. В., Деркач В. В., Шестовская Т. Н., Гельцер Б. И. Фармакоэкономические исследования при аллергических заболеваниях // *Дальневосточный медицинский журнал.* 2008. № 1. С. 106–109.
3. Schmitt J., Bauer A., Meurer M. *Manag Care Interface: Atopic exzema in adulthood* // *Manag. Care Interface.* 2008, Oct. № 59 (10). P. 841–850.
4. The direct and indirect cost burden of atopic dermatitis: an employer-payer perspective / Fowler J. F., Duh M. S., Rovba L. // *Manag. Care Interface.* 2007, Oct. № 20 (10). P. 26–32.
5. Lewis-Jones S. Measuring the burden of atopic eczema in young children and the family unit // *J. Invest. Dermatol.* 2005, Dec. № 125 (6).

6. Barbeau M., Bpharm H. L. Burden of Atopic dermatitis in Canada // *Int. J. Dermatol.* 2006, Jan. № 45 (1). P. 31–36.

7. Cost-of-illness study in patients suffering from atopic eczema in Germany / B. Ehlken, M. Möhrenschrager, B. Kugland // *Hautarzt.* 2005, Dec. № 56 (12). P. 1144–1151.

8. Gupta R., Sheikh A., Strachan D. P., Anderson H. R. Burden of allergic disease in the UK: secondary analyses of national databases // *Clin. Exp. Allergy.* 2004, Apr. № 34 (4). P. 520–526.

9. The effect of atopic dermatitis on total burden of illness and quality of life on adults and children in a large managed care organization / D. Fivenson, R. J. Arnold, D. J. Kaniecki // *J. Manag. Care Pharm.* 2002, Sep-Oct. № 8 (5). P. 333–342.

10. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society / C. L. Carroll, R. Balkrishnan, S. R. Feldman // *Pediatr. Dermatol.* 2005, May-Jun. № 22 (3). P. 192–199.

11. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis / A. W. Evers, Y. Lu, P. Duller // *Br. J. Dermatol.* 2005, Jun. № 152 (6). P. 1275–1281.

12. Kemp A. S. Atopic eczema: its social and financial costs // *J. Paediatr. Child. Health.* 1999, Jun. № 35 (3). P. 229–231.

13. Мартынов А. А., Кубанов А. А., Астафьева Н. Г. Качество жизни в дерматологии: значение, сущность, возможности: учеб. пособие для системы послевузовского образования врачей. М., 2006.

14. Chamlin S. L. The psychosocial burden of childhood atopic dermatitis // *Dermatol. Ther.* 2006, Mar.-Apr. № 19 (2). P. 104–107.

15. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life / G. Kiebert, S. V. Sorensen, D. Revicki // *Int. J. Dermatol.* 2002, Mar. № 41 (3). P. 151–158.

#### Translit

1. DaVeiga S. P. Epidemiology of atopic dermatitis: a review // *Allergy Asthma Proc.* 2012, May-Jun. № 33 (3). P. 227–234.
2. Proseкова Е. В., Деркач В. В., Шестовская Т. Н., Гельцер Б. И. Фармакоэкономические исследования при аллергических заболеваниях // *Dal»nevostochnyj medicinskij zhurnal.* 2008. № 1. С. 106–109.
3. Schmitt J., Bauer A., Meurer M. *Manag Care Interface: Atopic exzema in adulthood* // *Manag. Care Interface.* 2008, Oct. № 59 (10). P. 841–850.
4. The direct and indirect cost burden of atopic dermatitis: an employer-payer perspective / Fowler J. F., Duh M. S., Rovba L. // *Manag. Care Interface.* 2007, Oct. № 20 (10). P. 26–32.
5. Lewis-Jones S. Measuring the burden of atopic eczema in young children and the family unit // *J. Invest. Dermatol.* 2005, Dec. № 125 (6).
6. Barbeau M., Bpharm H. L. Burden of Atopic dermatitis in Canada // *Int. J. Dermatol.* 2006, Jan. № 45 (1). P. 31–36.
7. Cost-of-illness study in patients suffering from atopic eczema in Germany / B. Ehlken, M. Möhrenschrager, B. Kugland // *Hautarzt.* 2005, Dec. № 56 (12). P. 1144–1151.
8. Gupta R., Sheikh A., Strachan D. P., Anderson H. R. Burden of allergic disease in the UK: secondary analyses of national databases // *Clin. Exp. Allergy.* 2004, Apr. № 34 (4). P. 520–526.
9. The effect of atopic dermatitis on total burden of illness and quality of life on adults and children in a large managed care organization / D. Fivenson, R. J. Arnold, D. J. Kaniecki // *J. Manag. Care Pharm.* 2002, Sep-Oct. № 8 (5). P. 333–342.
10. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society / C. L. Carroll, R. Balkrishnan, S. R. Feldman // *Pediatr. Dermatol.* 2005, May-Jun. № 22 (3). P. 192–199.
11. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis / A. W. Evers, Y. Lu, P. Duller // *Br. J. Dermatol.* 2005, Jun. № 152 (6). P. 1275–1281.
12. Kemp A. S. Atopic eczema: its social and financial costs // *J. Paediatr. Child. Health.* 1999, Jun. № 35 (3). P. 229–231.
13. Martynov A. A., Kubanov A. A., Astaf»eva N. G. *Kachestvo zhizni v dermatologii: znachenie, sushhnost», vozmozhnosti: ucheb. posobie dlja sistemy poslevuzovskogo obrazovaniya vrachej.* M., 2006.
14. Chamlin S. L. The psychosocial burden of childhood atopic dermatitis // *Dermatol. Ther.* 2006, Mar.-Apr. № 19 (2). P. 104–107.
15. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life / G. Kiebert, S. V. Sorensen, D. Revicki // *Int. J. Dermatol.* 2002, Mar. № 41 (3). P. 151–158.