

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

На правах рукописи

СОЛОВЬЕВА СВЕТЛАНА ЮРЬЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ
НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель

Доктор фармацевтических наук,

профессор А.В. Фомина

МОСКВА-2022

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение.....	4
Глава 1. Медико-социальная значимость и организация медицинской помощи больным с хроническими дерматозами (обзор литературы)...	12
1.1. Медико-социальная значимость хронических дерматозов.....	12
1.2. Анализ факторов, оказывающих влияние на формирование и течение хронических дерматозов	16
1.3. Организация медицинской помощи больным с хроническими дерматозами.....	21
1.4. Роль врача общей практики в ведении пациентов с хроническими дерматозами.....	28
Глава 2. Программа, материалы и методы исследования.....	34
2.1. Характеристика этапов исследования и использованных статистических методик.....	34
2.2. Динамика и тенденции показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и в г. Москве.....	40
Глава 3. Медико-социальная характеристика пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики	44
Глава 4. Оценка организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики	58
4.1. Взаимосвязь медико-социальных факторов и показателей оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами.....	58
4.2. Анализ мнения врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций.....	68

4.3. Пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	82
Выводы и предложения.....	86
Литература	90
Приложения.....	115

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Заболевания кожи, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации и всего мира. Повышенное внимание врачей и ученых к проблеме совершенствования лечебно-профилактического обслуживания дерматологических больных объясняется, прежде всего, продолжающимся ростом заболеваемости населения кожными заболеваниями, особенно, в крупных городах. Кожная патология влияет на уровень и структуру других заболеваний и профессиональной патологии, а также наносит значительный экономический ущерб, что выдвигает проблему организации медицинской помощи при данной патологии в ряд наиболее актуальных (Бильдюк Е.В. и соавт., 2016; Зудин А.Б., Чахоян Л.Р., 2020; Коновалов О.Е. и соавт., 2019).

Особое место в структуре заболеваемости кожными болезнями принадлежит хроническим дерматозам, наиболее распространенными из которых являются атопический дерматит, экзема и псориаз. Хронические дерматозы оказывают существенное влияние на трудоспособность, социальную активность и качество жизни людей. В современных условиях претерпевают изменения медико-социальные факторы, которые оказывают влияние на возникновение и течение хронических кожных заболеваний (Жильцова Е.Е. и соавт., 2019; Каверина Е.В., Фомина А.В., 2017).

В лечении хронических дерматозов огромное значение имеет взаимодействие врачей первичного звена и врачей-дерматовенерологов. Для повышения качества медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами необходимы совершенствование и разработка новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторной помощи в условиях развития общей врачебной практики (Стародубов В.И. и соавт., 2007, 2015; Морозова Е.В., Чертухина О.Б., 2014).

По данным Росстата, на начало 2019 г. в России насчитывалось 12187 врачей общей практики, в том числе 11604 – в медицинских организациях государственной формы собственности. За 5-летний период 2014-2018 гг. численность врачей общей практики увеличилась на 20%, кроме того, врачи данной специальности появились и в негосударственных медицинских организациях. Основными задачами врачей общей практики являются оказание непрерывной и всеобъемлющей помощи пациентам независимо от пола и возраста, координация оказания помощи на всех ее этапах, организация первичной профилактики. При этом предполагается, что врач общей практики должен самостоятельно диагностировать и лечить большинство заболеваний своих пациентов, без участия или с минимальным участием врачей узких специальностей. В связи с этим, актуальным становится проведение исследований, направленных на изучение организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях их наблюдения врачами первичного звена, прежде всего, врачами общей практики.

Степень разработанности темы исследования.

Результаты исследований в области совершенствования организации и оказания медицинской помощи при хронических дерматозах изложены в работах Зудина А.Б. и Чахояна Л.Р. (2020); Кавериной Е.В. и Фоминой А.В. (2017); Морозовой Е.В. и соавт. (2014).

Вопросы клинико-статистической оценки факторов риска и распространенности хронических дерматозов представлены в публикациях Кубанова А.А. и соавт. (2015), Кунгурова Н.В. и соавт. (2010), Коновалова О.Е. и соавт. (2019), Малишевской Н.П. и соавт. (2010), Пивеня Н.П. и Пивень Е.А. (2017); Поздняковой М.А. и соавт. (2016), Chandra A. и соавт. (2015), Kubota K. и соавт. (2015), Nutten S. (2015) и др.

Оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в стационарных условиях посвящены работы

Бильдюк Е.В., Юсуповой Л.А. и соавт. (2016), Нелюбовой О.И. и Сазановой Г.Ю. (2018).

Оценка качества жизни больных с хроническими дерматозами, их медико-социальные характеристики имеются в публикациях Беловол А.Н. и соавт. (2012), Жильцовой Е.Е. и соавт. (2019), Померанцева О.Н., Потекаева Н.Н. (2013), Çакмур, Н. и соавт. (2015), Takahashi Н. и соавт. (2014).

Характеристика потребности во врачебных кадрах дерматологического профиля дана в работах Ивановой М.А. и Соколовской Т.А. (2015),

Цель исследования состоит в разработке научно обоснованных медико-организационных мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

Задачи исследования:

1. Провести анализ показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве и современных проблем организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики.

2. Установить медико-социальные и поведенческие характеристики пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики.

3. Провести анализ влияния медико-социальных факторов на показатели оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики

4. Изучить мнение врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций.

5. Научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

Научная новизна исследования.

Выявлены особенности медико-социальной и поведенческой характеристики пациентов с хроническими дерматозами, установлено наличие у данной категории пациентов отрицательных медико-социальных факторов, способных негативно влиять на длительность и течение хронических заболеваний кожи, в частности: низкая физическая активность, недостаточное выполнение профилактических мероприятий и основных аспектов здорового образа жизни, наличие нервного напряжения и конфликтных ситуаций в семье.

С использованием корреляционного анализа определен существенный вклад в течение и развитие хронических дерматозов у пациентов, обращающихся к врачам общей практики, таких социально-средовых факторов, как жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, продолжительность рабочего дня, взаимоотношения в семье, отсутствие свободного времени, а также медицинских факторов – наличие консультаций и обследований на уровне первичного медико-санитарного звена.

На основе изучения мнения врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами выявлена низкая активность врачей общей практики в самостоятельном ведении больных с заболеваниями кожи, низкая уверенность врачей общей практики в диагностике и лечении таких пациентов.

С учетом полученных результатов научно обоснованы пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

Теоретическая и практическая значимость.

Практическая значимость работы заключается в получении научно-обоснованных данных о социально-гигиенических характеристиках пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики, а также данных о готовности врачей

общей практики оказывать медицинскую помощь данной категории пациентов.

Совершенствование оказания доступной медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики позволяет планировать потребности в данном виде помощи на уровне медицинской организации и регионального здравоохранения.

Результаты и материалы диссертационного исследования внедрены в области общественного здоровья и здравоохранения и используются в учебном процессе медицинских вузов.

Материалы исследования по совершенствованию организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами внедрены в деятельность ряда медицинских организаций: ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (акт внедрения от 16.12.2019 г.), ООО «КДД» (акт внедрения от 14.03.2022), ООО «Эстетика Групп» (акт внедрения от 17.03.2022), Филиал №1 ГБУЗ «КДЦ №4 ДЗМ» (акт внедрения от 10.10.2022).

По результатам исследования подготовлено и внедрено учебно-методическое пособие «Организация специализированной медицинской помощи (на примере дерматовенерологии)» (Москва, 2018), использование материалов которого позволяет повысить квалификацию в области организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики (акт внедрения в учебный процесс Центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» от 30.09.2019 г.; акт внедрения в учебный процесс кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России от 19.09.2022 г.).

Результаты исследования используются в учебном процессе кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН при изучении

разделов «Заболеваемость населения», «Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению», что позволяет повысить эффективность обучения студентов, ординаторов, аспирантов, детализировать учебный процесс по решению актуальных задач организации медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями на основе развития общей врачебной практики (акт внедрения от 16.05.2017 г.)

Методология и методы исследования.

Общая методология работы соответствовала принципу системного подхода, позволившего научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

В работе были использованы следующие методы: библиографический, социологический, аналитический, статистический, метод сравнительного анализа, методы функционального и логического моделирования, при обработке полученных материалов применялись методы вариационной статистики и корреляционного анализа.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Сравнительный анализ первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве и результаты изучения медико-социальной характеристики пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся к врачам общей практики, предоставляют возможность выработать предложения по улучшению медицинской помощи данной категории пациентов.

2. Оценка организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики включает установление статистически значимых зависимостей между медико-социальными факторами и показателями оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

3. Анализ мнения врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения

своих функций позволяет определить пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется достаточным и репрезентативным объемом выборки исследований. Методы статистической обработки результатов адекватны поставленным задачам. Положения, выводы и рекомендации, сформулированные в диссертации, аргументированы и являются результатом многоуровневого анализа.

Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях различного уровня, в том числе: Межвузовской научно-практической конференции «Трансформация здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее» (Москва, 24-25 марта 2016 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию образования в МГМСУ им. А.И. Евдокимова кафедры общей гигиены «Инновационные здоровьесберегающие технологии в медицине и образовании» (Москва, 19 мая 2016 г.); X Юбилейной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (Санкт-Петербург, 27-29 октября 2016 г.); научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 55-летию медицинского факультета РУДН «Клинические и теоретические аспекты современной медицины» (Москва, 1 октября 2016 г.); Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 6 апреля 2017 г.); XI научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (Санкт-Петербург, 26-28 октября 2017 г.); XII

International Scientific Conference «SCIENCE4HEALTH2021» (Москва, 21-22 мая 2021 г.).

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 2 – в журналах, входящих в Перечень РУДН, и 2 – в журналах, входящих в Международные базы цитирования (Scopus).

Личный вклад автора. Основная часть диссертационных исследований (не менее 95% от общего объема) выполнена лично автором. Во всех работах, выполненных в соавторстве, автору принадлежит постановка задачи, концепция основных методов исследований, анализ полученных результатов, непосредственное проведение исследований. Автором сформирована рабочая гипотеза и определены тема, цели и задачи исследования, разработаны программа и методика исследования, осуществлены сбор и обработка информации, проведен полный анализ и подготовлены методические материалы и публикации по основным положениям диссертации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, а именно пунктам 6,9,11.

Объем и структура работы.

Диссертация изложена на 128 страницах и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Список литературы состоит из 207 источников, из них 121 отечественных и 86 иностранных. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 7 рисунками.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Медико-социальная значимость хронических дерматозов

На сегодняшний день проблема хронических дерматозов остаётся одной из наиболее значимых в медицине, и данной проблеме посвящено значительное количество исследований. Подобное внимание к хроническим кожным заболеваниям объясняется их широкой распространенностью, длительным, зачастую пожизненным течением и дорогостоящим лечением [70, 74, 76, 84, 93, 97].

В настоящий момент к хроническим дерматозам относят псориаз, экзему и атопический дерматит (АтД), а также нейродерматозы (нейродермит, кожный зуд, почесуха) и красный плоский лишай. К наиболее распространенным хроническим дерматозам относятся псориаз, атопический дерматит и экзему. Так, по данным О.Н. Померанцева и соавт., в структуре среди всех дерматологических заболеваний наибольший удельный вес занимают больные с экземой (31%), с острыми кожными заболеваниями (29%), с псориазом (22,5%) и с другими хроническими дерматозами (17,5%). Согласно информации Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии за 2013 год, в Москве доля атопического дерматита от общего числа заболеваний кожи составила 12,5%, экземы – 18,5%, псориаза – 14,0% [76].

В целом для данных заболеваний характерно длительное течение с периодами обострения и ремиссии. В клинической картине преобладают зуд, воспалительные изменения кожных покровов и болезненность. Нередко пациенты страдают данными заболеваниями годами, что оказывает значительное влияние на их качество жизни [2,3,8,13,35,53].

Так, исследуя качество жизни больных псориазом, было установлено, что пациенты с псориазом проявляют гораздо меньшую социальную активность: 72% отказываются от посещения бассейна, 64% – от общественных бань, 55% испытывают чувство стыда, 53% – застенчивы в повседневной жизни, 50% избегают мест массового скопления людей, 46% предъявляют жалобы о том, что заболевание влияет на их интимную жизнь, 46% носят непривлекательную одежду с целью скрытия высыпаний, 40% уклоняются от занятий спортом, 34% не пользуются услугами парикмахера, 15% испытывают страх потерять работу. Исследователи отмечают, что 41% пациентов считают терапию псориаза гораздо большей проблемой, влияющей на качество жизни, чем сама патология. Важным моментом, по мнению авторов, является то, что больные с хроническими дерматозами испытывают не только физический, но и психологический дискомфорт [7,10,19,22,32].

В литературе подчеркивается, что обострение хронических дерматозов способствует не только снижению качества жизни, психоэмоциональному стрессу, но и снижению трудоспособности больных. Более того, лечение кожных заболеваний требует значительных финансовых затрат, особенно при тяжёлом течении болезни с частыми рецидивами, а также в случаях, когда необходима высокотехнологичная медицинская помощь [10,33,34]. Согласно данным зарубежных авторов, ежегодная общая стоимость лечения псориаза на одного пациента в Швеции составила 11928 евро, в Италии – 8372 евро, в Германии – 6707 евро, в Канаде – 7999 канадских долларов. В целом, исследователи указывают на то, что затраты, связанные с псориазом и другими хроническими дерматозами, высоки во многих странах. Вследствие чего сохраняется потребность в лечении, обеспечивающим оптимальное соотношение цены и качества [193].

Высокую медико-социальную значимость хроническим дерматозам придаёт и тот факт, что их распространенность и заболеваемость из года в год остаётся на высоком уровне. Проблемам эпидемиологии и

заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки посвящены исследования ряда отечественных и зарубежных ученых [5,21,25,31,36,56,71,128,141]. По данным А.А. Кубанова, заболеваемость болезнями кожи в РФ продолжает оставаться стабильно высокой – 4710,5 на 100 000 населения. Большая часть регистрируемой заболеваемости приходится на атопический дерматит (234,3 на 100 000 населения) и псориаз (65,8 на 100 000 населения) [39,40].

По данным Федерального государственного бюджетного учреждения «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ) за 2012 год общая заболеваемость кожными заболеваниями среди взрослого населения составила 5111,6 на 100000 человек. Из них в Центральном федеральном округе заболеваемость составила 4701,0 на 100000 населения, в Северо-Западном федеральном округе – 5795,0, в Южном федеральном округе – 4490,7, в Северо-Кавказском федеральном округе – 4265,7, в Поволжском федеральном округе – 5863,2, в Уральском федеральном округе – 5306,2, в Сибирском федеральном округе – 4839,0, в Дальневосточном федеральном округе – 5007,1. В целом по стране заболеваемость АтД составила 165,4 на 100000, контактным дерматитом – 1062,4, прочими дерматитами – 396,8, псориазом – 247,6, красным плоским лишаем – 18,6. Спустя 10-летний период, в 2021 году показатели общей заболеваемости взрослого населения болезнями кожи и подкожной клетчатки составили соответственно в РФ, ЦФО и Москве 4862,1 на 100 тыс. взрослого населения, 4640,6 и 4422,8 на 100 тыс. взрослого населения, что говорит о стабильно высоких показателях по данному классу болезней [107].

Согласно государственной программе города Москвы на среднесрочный период (2012-2020 годы) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», в 2014 году заболеваемость хроническими дерматозами составила 76,5% (в 2013 году – 70,3%) от всей

заболеваемости дерматовенерологического профиля. Заболеваемость дерматозами составила в 2014 году 2 726,8 случаев на 100 тыс. населения (в 2013 году – 2768,7 случаев на 100 тыс. населения). В связи с чем, можно сделать вывод, что заболеваемость хроническими дерматозами в столице остаётся на стабильно высоком уровне [114-116].

По данным зарубежных исследований, распространённость атопического дерматита среди взрослых в развитых странах составляет от 1 до 3% [169]. В то же время G. Pesce и соавт. [176], указывает, что в Италии распространённость АД составляет уже 8,1%. Похожие результаты были получены в исследованиях U. Langen и соавт. [154,155] в Германии, G.R. Vinding и соавт. [201] в Дании, A.J. Sybilski и соавт. [194] в Польше. Согласно данным различных авторов, заболеваемость экземой у взрослого населения Дании составляет 10%, Швеции – 11,5%, США – 10,2% и Германии – 8,1% [126,198]. По результатам метанализа распространённости псориаза установлено, что данное заболевание чаще всего встречается среди лиц европеоидной расы. Так, в Великобритании распространённость псориаза составила 2,6%, в Дании – 4,82%, в Италии – 3,15%, во Франции – 5,2%, в Австралии – 6,6%, в Японии – 0,34%, в США – 3,1%, в Испании – 2,3% [136,143,147,167]. В целом, в мире наблюдается неуклонный рост частоты и распространённости хронических кожных заболеваний неинфекционной этиологии, включая аллергодерматозы, от которых страдают 25% населения Земли [57].

Продолжают регистрировать высокую заболеваемость кожными болезнями не только среди взрослого населения, но и среди детей и подростков. Повозрастная структура больных дерматозами за два года с 2013 года осталась на том же уровне: доля больных в возрасте 0-14, 15-17 лет и взрослых составляла 28,5 и 67 % соответственно [12,41].

Таким образом, по данным литературных источников, распространённость и заболеваемость хроническими дерматозами в популяции остаётся на стабильно высоком уровне. Больше всего случаев

заболевания приходится на экзему, атопический дерматит и псориаз. Эти заболевания в значительной мере ухудшают качество жизни, создают физический и психоэмоциональный дискомфорт пациентам, снижают трудоспособность и требуют длительного дорогостоящего лечения.

1.2 Анализ факторов, оказывающих влияние на формирование и течение хронических дерматозов.

На сегодняшний день известно, что в основе патогенеза хронических дерматозов лежат механизмы аллергического и аутоиммунного генеза. Однако, до настоящего времени подробных знаний о данных патогенетических механизмах в литературных работах нет. Доказано, что в развитии хронических дерматозов участвует большое количество разнообразных факторов. Важную роль играют факторы внешней среды. Установлено, что у городских жителей риск развития АтД и экземы выше [73]. Так, выявлено, что у детей, проживающих в крупных городах распространенность АтД более чем в 2 раза превышает распространенность среди детей, проживающих в сельских районах. Также установлено, что психоэмоциональные стрессы, курение и загрязнение окружающей среды также повышают риск развития псориаза [28-30].

Исследователями выявлено существенное влияние социального положения больного на развитие аллергодерматозов. По их данным, аллергодерматозы значительно больше встречаются в рабочих семьях. По-видимому, это связано с низкой социальной культурой, неправильным отношением к своему здоровью и советам медицинских работников. Наиболее значимыми факторами риска являются: недостаточный уровень медицинской информированности больного, игнорирование здорового образа жизни, неблагоприятные условия проживания, несоблюдение правил личной гигиены, воздействие вредных производственных факторов [27,45,67].

Е.В. Кавериной и А.В. Фоминой [27] выявлены такие особенности пациентов с хроническими дерматозами как позднее обращение: менее половины (43,2 %) пациентов обратились к врачу в течение месяца или не обращение к врачу в случае обострения заболевания, невыполнение назначений врача в полном объеме, более половины пациентов (56,3%) пропускают прием лекарственных средств, повышение тенденции к самолечению и высокая частота (74,5%) получения информации о лекарственных средствах из неофициальных источников информации. В некоторых социально-гигиенических исследованиях указывается на корреляционную связь в формировании хронических дерматозов с такими факторами, как жилищно-бытовые условия, наличие неудовлетворительных санитарно-гигиенических условий в семье, недостаточная физическая активность [56,72,101].

В развитии хронических кожных заболеваний большую роль отводят аллергическому компоненту. Так, в литературных источниках обнаружено, что у 91,4% пациентов с экземой и атопическим дерматитом имеется аллергия. В основном это продукты питания, бытовая химия, пыльца растений и лекарственные препараты. Как правило, респонденты указывали два и более аллергена. Среди продуктов, способствующих обострению заболевания и наиболее часто употребляемых, можно выделить жареные блюда (68,1%), консервы и соленья (51,3%), копчености (18,8%), цитрусовые (16,9%), мед (7,1%) [25,27,44,118].

Много внимания в литературе уделяется различным вредным производственным факторам, способных вызывать хронические дерматозы. Чаще всего среди профессиональных дерматозов встречаются аллергодерматозы и экзема. В условиях современной промышленности часто имеет место комбинированное, то есть одновременное воздействие нескольких производственных аллергенов. У работников возможно формирование поливалентной сенсibilизации, что способствует истощению

адаптационных иммунных резервов организма. К дополнительным факторам, способствующим развитию аллергических заболеваний относятся:

- вещества, соединения, продукты, обладающие раздражающим или токсикораздражающим действием, что способствует проникновению промышленного аллергена в организм человека и образованию комплексного антигена;

- вещества и соединения, способные вызывать либерацию гистамина и оказывать другие эффекты «псевдоаллергического» характера;

- факторы, способствующие микротравматизации кожных покровов и слизистых оболочек дыхательных путей (например, пыль стекловолокна);

- физические факторы рабочей среды, в том числе, нагревающий микроклимат и электромагнитное излучение [25,27,44,118].

В целом в литературных источниках выделяют следующие отрасли, в которых чаще встречались профессиональные аллергические заболевания кожи: химическая, строительная, металлообрабатывающая и машиностроение, сельское хозяйство. Однако, данные последних 10 лет свидетельствуют о значительном увеличении числа выявленных аллергодерматозов у работников здравоохранения, фармацевтических учреждений и ветеринарной службы. Так, согласно А.У. Шагалиной и соавт. [119] хроническая экзема, аллергический дерматит и крапивница, вызванные воздействием медикаментов, дезинфицирующих средств, латексных медицинских перчаток развиваются у 39,8% работников медицинской отрасли. Наиболее подвержены аллергическим заболеваниям кожи такие специалисты, как процедурные и хирургические медицинские сестры, стоматологи, гинекологи, лаборанты, составители рецептов в аптеках, дезинфекторы.

Большое значение имеют личностные особенности больного с хроническим заболеванием кожи (особенно с псориазом) а также его адаптация к заболеванию, психоэмоциональное состояние [65,68,90,99]. В литературе известно, что псориаз является многофакторным патологическим

процессом, наследственная программа которого осуществляется под влиянием повреждающих экзо- и эндогенных факторов (стресс, инфекционные агенты, фармацевтические препараты, влажность климата). Во многом от патогенного влияния этих факторов зависит характер очагов поражения при псориазе [99].

По данным В.Д. Тополянского, с сильными психоэмоциональными потрясениями связывали развитие псориаза более 50% пациентов. Интересно то, что причинно-следственный интервал у 1/3 этих больных составил около 2 недель, а у остальных пациентов – не более 3 недель. Помимо чисто временной зависимости между воздействием эмоционального стресса и проявлениями кожной патологии, в других литературных работах часто наблюдалась достоверная связь между тяжестью, распространенностью, активностью течения, длительностью обострения дерматоза и интенсивностью психоэмоциональных расстройств [104].

Несмотря на то, что на течение хронических дерматозов факторы внешней среды оказывают значительное влияние, большинство современных исследователей все же подчеркивают то, что основополагающую роль в развитии хронических дерматозов играют эндогенные факторы. Данные многочисленных исследований подтверждают тот факт, что большинство хронических дерматозов (атопический дерматит, экзема, псориаз), традиционно определяемых как психосоматические патологии, имеют в своём развитии, прежде всего, нарушения со стороны иммунной системы. В свою очередь данные нарушения имеют наследственную природу. Психогенные же факторы выступают в качестве триггера в череде последующих иммунных процессов, приводящих к дебюту или обострению кожного заболевания. Так, в ряде источников указывается на значение наследственных факторов в формировании дерматозов аллергического генеза. Выяснено, что мутация гена, кодирующего структурный белок филаггрин (FLG), считается основным фактором риска атопического дерматита и экземы вследствие нарушения барьерной функции эпидермиса

[54,171,173,186]. Также известен ряд мутаций повышающих вероятность развития псориаза. К ним относят мутации генов, в которых зашифровываются белки барьера кожного покрова, адаптивного и врождённого иммунного ответа [75,92,131,163,174].

Также исследователями доказан вклад ряда других эндогенных факторов в формирование хронических кожных заболеваний. В частности, установлено влияние функционального иммунодефицита со снижением активности Т-клеточного звена иммунитета на развитие атопического дерматита. Подавление гуморального и клеточного иммунитета влечет за собой повышенный риск образования экземы. Есть данные о роли инфекции *Helicobacter pylori* и целиакии в развитии аллергодерматозов, провоспалительных цитокинов (интерлейкины 17, 22 и 23) в формировании псориаза и вирусных инфекций в развитии красного плоского лишая [6,28,43,94,95,121].

Повышение риска развития хронических дерматозов связано и с различными эндокринными расстройствами, чаще всего с сахарным диабетом. Установлено, что заболеваемость диабетом 1 типа имеет положительную корреляцию с атопической экземой ($P < 0,01$). К дерматозам, связанным с сахарным диабетом относят и диабетическую склеродермию. Склеродермия чаще встречается при длительно текущем сахарном диабете в сочетании с ожирением и проявляется диффузными симметричными индуративными изменениями кожи преимущественно в области шеи и верхней трети спины по типу апельсиновой корки. По данным разных авторов, частота ее возникновения у больных с диабетом составляет от 2,5 до 14% [132,133].

Таким образом, в результате воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и нарушений, вызванных особенностями образа жизни, даже незначительные повреждения кожи могут заканчиваться выраженными воспалительными процессами в виде проявлений псориаза, экземы, атопического дерматита и других дерматологических заболеваний.

Исследователями выявлено существенное влияние социального положения больного на развитие аллергодерматозов. По их данным, аллергодерматозы значительно больше встречаются в рабочих семьях. По-видимому, это связано с низкой социальной культурой, неправильным отношением к своему здоровью и советам медицинских работников. Важное значение в формировании хронических дерматозов имеет и психологический фактор. Так, многие авторы склоняются к тому, что псориаз и экзема – это психосоматические расстройства. Несмотря на то, что патогенез большинства хронических кожных заболеваний не изучен, большинство исследователей предполагают, что в основе хронических дерматозов лежат различные генетические мутации и аутоиммунные нарушения. Многие авторы подчеркивают, что у больных, страдающих хроническими заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, а в особенности псориазом, экземой и атопическим дерматитом в патогенезе важную роль играют эндокринные факторы, нарушения обмена веществ, сопутствующие заболевания и производственные факторы, которые рассматриваются отечественными и зарубежными авторами как решающие в развитии этих дерматозов.

1.3. Организация медицинской помощи больным с хроническими дерматозами

«Согласно Федеральному Закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации» [113].

В настоящий момент в отечественном здравоохранении активно внедряются порядки и стандарты оказания медицинской помощи по различным профилям. Несмотря на то, что их содержание различается, все они в обязательном порядке включают в себя:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинских организаций, их отделений, врачебного персонала;
- стандарт оснащения оборудованием медицинской организации и его отделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации и его отделений;
- другие положения, касающиеся особенностей медицинской помощи в зависимости от оказываемого профиля.

Стандарт медицинской помощи основывается на перечне медицинских услуг, включающих в себя средние показатели частоты оказания и кратности использования:

- медицинских услуг;
- зарегистрированных на территории России фармацевтических средств (с обозначением средних доз) в соответствии с инструкцией по их назначению лекарственного препарата и лекарственной группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения;
- медицинских изделий, внедряемых в человеческий организм;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специальные продукты, используемые в них;
- иного, исходя из особенностей заболевания или состояния [49-50,53,86,88].

В литературных работах обращается внимание на то, что порядки сообразно нормам вышеуказанного Федерального закона должны стать

основой как для организации оказания медицинской помощи (то есть выступать положением о соответствующей службе), так и для оказания медицинской помощи (то есть непосредственно определять требуемую последовательность действий в рамках организации лечебного процесса). Как отмечено в статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь оказывается «на основе стандартов» [113].

Стандарты же медицинской помощи разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1664н, и включают усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, исходя из особенностей заболевания (состояния) [100].

В настоящее время происходят структурные преобразования в системе организации оказания медицинской помощи и в дерматовенерологической службе [17,53]. Порядки оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» регулируются приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 года № 924н [30]. Также Минздравом РФ разработан ряд стандартов оказания помощи пациентам с хроническими дерматозами [87].

Согласно программам госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на периоды 2015-2017 гг., 2018-2020 гг., пациентам предоставляются: первичная медико-санитарная помощь,

специализированная и паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях. «Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, включая высокотехнологичную медицинскую помощь. Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в условиях стационара или дневного стационара врачами-специалистами. Данный вид медицинской помощи включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и патологических состояний, которые требуют применения специальных методов диагностики и сложных медицинских технологий лечения, а также медицинскую реабилитацию. В свою очередь под высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) подразумевается использование новейших сложных или уникальных методов лечения, а также тех методов лечения, которые требуют значительных ресурсов при условии их научно доказанной эффективностью. В источниках к ВМП также относят клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии, разработанные на основании достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники». Так, средние нормативные показатели объёма медицинской помощи в амбулаторных условиях составляют 2,15 обращения на 1 человека, 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС), в условиях дневных стационаров – 0,675 пациенто-дня на 1 человека, в рамках базовой программы ОМС – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо» [19, 53,60,77-81].

При создании порядков оказания медицинской помощи, созданных на основании научного анализа основных процессов деятельности службы, были применены определенные управленческие организационные технологии. На первых этапах за основу взята формула, согласно которой здоровье населения является главным критерием необходимых структурно-функциональных преобразований в системе здравоохранения [86,87].

Переход на «региональную модель» здравоохранения регионов РФ производился в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения России основами реструктуризации стационарной и внебольничной медицинской помощи путём разработки процесса реструктуризации во всех отраслях медицинской деятельности (стационарного, амбулаторно-поликлинического, скорой и неотложной медицинской помощи) с переходом на прогрессивные модели развития. В настоящее время используются несколько организационных технологий, в том числе применяемых и в дерматовенерологии:

- применение регионального подхода при формировании сети кожно-венерологических диспансеров, в соответствии с которым для обеспечения сельского населения специализированной дерматовенерологической помощью создаются межрайонные специализированные центры, предоставляющие помощь населению нескольких тяготеющих к зональному центру районов;

- развитие первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическое направление деятельности врачей общей практики;

- развитие стационарозамещающих технологий на всех этапах помощи; под стационарозамещающими технологиями в литературе подразумевают те технологии, которые не требуют значительных финансовых вливаний. Помимо всего прочего обязательными критериями данных технологий должны являться сохранение прежнего качества оказания и повышение доступности медицинской помощи. В качестве примеров можно привести перевод части стационарных больных, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении, на амбулаторный этап лечения. В результате снижается объем дорогостоящей круглосуточной госпитализации, а, следовательно, и затраты системы здравоохранения. В целом данные изменения авторы воспринимают неоднозначно, так как происходит сокращение числа диспансеров и кадрового состава, централизация и оптимизация лечебно-профилактического процесса. С одной

стороны, реструктуризация коечного фонда принесла позитивные моменты, как, например, интенсифицировалась работа койки, увеличился оборот койки [8,18,25].

Е.В. Морозовой и соавт. [52] произведен экспертный анализ состояния диспансерного наблюдения и результатов оказания специализированной медицинской помощи пациентам, страдающим хроническими дерматозами, на основе изучения первичной медицинской документации. В ходе анализа исследователями выявился низкий удельный вес пациентов с заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки, взятых на диспансерное наблюдение. Так, например, в 2013 году всего зарегистрировано заболеваний кожи и подкожной клетчатки – 234 657 случаев (7302,7 на 100 тыс. населения), из них впервые в жизни – 196277 случая (6 108,3 на 100 тыс. населения). На диспансерном же наблюдении состояло всего 10430 пациентов, охват диспансерным наблюдением составил 4,4 %. Тенденция к росту охвата диспансерным наблюдением была зафиксирована только по атопическому дерматиту. По мнению авторов, одним из выходов из сложившейся ситуации служит налаживание четкого взаимодействия между врачами первичного звена, включая врачей общей практики, и врачами-специалистами при выявлении хронического кожного заболевания с момента предъявления жалоб пациента врачу общей практики с последующим направлением в специализированное кожно-венерологическое медицинское учреждение с последующей постановкой на учет с назначением соответствующего лечения.

На сегодняшний день имеются клинические рекомендации Российского Общества Дерматовенерологов (РОДВ) по лечению атопического дерматита и псориаза. Согласно данным рекомендациям, в лечении атопического дерматита используется ступенчатый подход к выбору терапии. Сутью ступенчатого подхода является то, что каждая последующая ступень лечения дополняет предыдущую. Данный подход предусматривает добавление антибактериальной терапии в случаях присоединения

инфекционных осложнений и установки причин неэффективного лечения с учетом исключения нарушения комплаентности со стороны больных. Базисная терапия включает в себя средства ухода за кожей, а также устранение факторов, вызывающих аллергические реакции, и обучение пациентов. Топические глюкокортикостероидные препараты и топические блокаторы кальциневрина включают в базисную терапию при лёгкой тяжести атопического дерматита. Если у пациента заболевание имеет тяжёлое течение, то тогда к лечению добавляют блокаторы гистаминовых рецепторов и ультрафиолетовую терапию. При необходимости дополнительно назначаются короткие курсы системных глюкокортикоидных гормонов или цитостатиков (например, циклоспорин). В терапевтические схемы псориаза также входят топические глюкокортикоиды с добавлением фототерапии и лечения системными препаратами при средне - тяжёлых и тяжёлых формах заболевания [62,66].

В соответствии с клиническими рекомендациями, всем пациентам рекомендуется базисная терапия и топические глюкокортикостероидные препараты и топические блокаторы кальциневрина. По сравнению с отечественными рекомендациями в схемы терапии не включены топические препараты блокаторов гистаминовых рецепторов вследствие их низкой эффективности. Также целесообразно добавление терапии ультрафиолетовым излучением в случае неэффективности лекарственных средств первого ряда. При тяжёлом течении АДД допускается назначение системных иммуносупрессоров, таких как циклоспорин, метотрексат, азатиоприн. Системные глюкокортикоиды назначаются только короткими курсами [108-111].

Европейское общество дерматологов, аналогично рекомендациям РОДВ, советует применять ступенчатый подход терапии при АДД. Однако европейские авторы рекомендуют с осторожностью относиться к назначению топических ингибиторов кальциневрина вследствие их канцерогенного эффекта [135,139]. Схема терапии псориаза согласно клиническим

рекомендациям Европейского общества дерматологов также схожа с таковой у российских специалистов. Анализ клинических рекомендаций различных стран по ведению больных с псориазом демонстрирует, что особое место занимает системное лечение. Много внимания уделяется биологическим препаратам [127,132,133,151,165].

Таким образом, в настоящий момент оказание медицинской помощи, включая медицинскую помощь по профилю «Дерматовенерология» в РФ регламентируется на основании порядков и стандартов, утвержденных федеральным законом № 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года, в соответствии с клиническими рекомендациями. На сегодняшний день в дерматологической практике, как и в остальных медицинских сферах, осуществляется ряд реформ, направленных в сторону стационарозамещающих технологий, реструктуризации коечного фонда, развития первичной медико-санитарной помощи с профилактическим направлением и тесным взаимодействием с врачами первичного звена.

1.4. Роль врача общей практики в ведении пациентов с хроническими дерматозами

Развитие института общей врачебной практики (семейной медицины) в России началось в 1990-е годы и явилось одним из направлений модернизации системы здравоохранения. Предпосылкой для такого реформирования стала необходимость повышения эффективности оказания помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также развития системы мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и первичную профилактику заболеваний. Внедрение общей врачебной практики началось с приказа Минздрава РФ от 26 августа 1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В нем были впервые регламентированы

полномочия врачей такой специальности, требования к помещениям для приема и оборудованию, основы обучения специалистов. Приказом Минздрава РФ от 30 декабря 1999 г. №463 была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) медицинская практика», в дальнейшем деятельность врачей общей практики регулировалась рядом приказов. Первые отделения общей практики были открыты в 1996 г. в Москве и Санкт-Петербурге, а затем по всей стране.

Согласно Н.В. Кунгурову и соавт. [41] при оказании медицинской помощи перед врачами в приоритете должно стоять исполнение федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С целью повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи лицам с хроническими дерматозами главным внештатным дерматовенерологам субъектов РФ и главным врачам кожно-венерологических диспансеров необходимо регламентировать наблюдение и актуализацию программ по оптимизации структуры дерматовенерологических учреждений, целевые показатели эффективности и региональные программы диспансеризации людей с хроническими заболеваниями кожного покрова [18,41].

Согласно модели управления специализированной помощью больным, страдающим с хроническими дерматозами, которая разработана в Федеральном государственном учреждении Уральского научно-исследовательского института (НИИ) дерматовенерологии и иммунопатологии, участковые терапевты и врачи общей практики оказывают не только амбулаторную помощь данным пациентам, но и проводят терапию больным в амбулаторно-поликлинических условиях. Также врачи первичного звена обязаны направлять пациентов с хроническими кожными заболеваниями их к дерматовенерологам для стационарного лечения. В свою очередь врач-специалист в амбулаторных условиях проводит диагностику и лечение, корректирует ранее назначенную терапию и организует план диспансерного наблюдения с отбором тех больных, которым требуется

высокотехнологичная медицинская помощь. Также в данном НИИ подготовлены показатели оценки эффективности взаимодействия между врачами первичного звена и дерматологами (удельный вес больных, обратившихся к участковому врачу и затем направленных к дерматологу; удельный вес больных, направленных к дерматологу с установленным диагнозом; удельный вес пациентов с хроническими дерматозами, обследованных в полном объёме; удельный вес пациентов, которым потребовалась госпитализация) [17].

Е.В. Морозова и соавт. [52] проанализировали состояние диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами и эффективность взаимодействия дерматовенеролога с участковыми терапевтами и врачами общей практики. В результате обнаружилось, что увеличилось число случаев временной нетрудоспособности и больных, у которых наблюдались дерматозы с тяжёлым течением, на фоне малого удельного веса лиц, состоящих на диспансерном учете. Кроме того, авторы обращают внимание на нехватку взаимодействия между врачами общей практики и специалистов кожно-венерологических диспансеров. Вследствие чего исследователи рекомендуют ввод новых рекомендаций по взаимодействию между дерматовенерологами и врачами первичного звена. По их мнению, это способствует повышению качества оказания медицинской помощи, удовлетворённости больных, лучшей преемственности и уменьшению финансовых трат из бюджета на диагностику.

Опыт стран Европы и США в создании моделей организации помощи пациентам с хроническими заболеваниями включает в себя медицинскую помощь, обеспечение лекарственными средствами и социальную поддержку на уровне первичного звена [46]. Опираясь на данный опыт, В.И. Стародубовым и соавт. [101] создана модель «Сопровождения пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, на протяжении всей жизни» для больных с псориазом. Реализацию этой модели авторы предлагают осуществить через создание Центров ведения хронических патологий. В

целом, в ходе исследования обнаружены основные ошибки при оказании помощи пациентам, страдающим псориазом: эпизодический характер медицинской помощи, недостаточное взаимодействие между врачами разных профилей, недостаточность мониторинга за лечением в период ремиссии. Организация же междисциплинарного подхода включает в себя оказание медицинской помощи в одном определенном месте, поддержание качества жизни больных, сохранение трудоспособности, дифференциация в объеме и видах предоставляемой помощи, учитывая риск развития осложнений. Все эти принципы, по мнению исследователей, могут лечь в основу сформированной модели оказания помощи с псориазом. В литературных источниках медицинское сообщество благоприятно восприняло данную идею разработки этой модели и предполагает, что подобные центры в будущем способны обеспечить комплексную профилактику обострений и полную медико-социальную помощь больным с хроническими дерматозами [101].

В литературе уделяется внимание профилактике хронических дерматозов, в которой большую роль играют врачи общей практики. Врачам общей практики необходимо знать обо всех возможных факторах риска развития хронических заболеваний кожи и просвещать пациентов о проблеме хронических дерматозов и том, какой соблюдать образ жизни, режимы питания, труда и отдыха. Всё это является важной составляющей профилактики развития хронических дерматозов [5,27,45]. По мнению Е.А. Пивень и соавт. [70,71] большое значение в профилактике хронических дерматозов имеет формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом. А.В. Фомина и соавт. [118] указывают на важность своевременного обращения к специалисту, выполнения всех назначений врача, отказ от пропуска лекарств и самолечения, получения должной информации о

лекарственных средствах от врача. Данные аспекты профилактики врачам общей практики также необходимо доносить до своих пациентов.

Решение экспертных вопросов при профессиональных аллергодерматозах определяется клиническими особенностями заболевания, его течением, характером условий труда заболевшего, с учетом фактической трудоспособности больного и возможности его трудоустройства. С момента выявления первых признаков профессионального заболевания кожи должны проводиться реабилитационные мероприятия. Медицинская реабилитация включает лечебно-профилактические мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания. 72,6% пациентов, состоящих на учете с аллергодерматозами, получают социальные выплаты в размере от 10 до 30 процентов снижения трудоспособности, обеспечиваются медикаментами, санаторно-курортным лечением, оздоровлением в профилакториях. Для профилактики профессиональных аллергических дерматитов, медицинской и трудовой реабилитации важное значение имеет раннее выявление и диагностика аллергической патологии кожи, а также своевременное решение вопросов профессиональной пригодности и рациональное трудоустройство работника [18,19,21].

Заключение по главе I

На сегодняшний день сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости и распространённости хронических дерматозов во всём мире. В литературных работах подчеркивается, что хронические дерматозы являются заболеваниями многофакторной природы, в которых важную роль играют как эндогенные (наследственность, эндокринные нарушения), так и экзогенные факторы (различные аллергены животного, растительного, химического происхождения; нарушение питания, психоэмоциональный стресс). Это заставляет отнести выявление причинно-следственных факторов и лечение хронических дерматозов к наиболее важным медико-социальным и экономическим проблемам. Так, отмечаемая высокая распространённость

атопического дерматита и экземы среди городских жителей, по сравнению с сельским населением, дают основание причислить хронические дерматозы к «болезнями цивилизации». В настоящее время сохраняется проблема недостаточного ответа на терапию, периодов частых обострений, связанных с неадекватным лечением, несмотря на то, что разработаны эффективные программы лечения хронических дерматозов. По мнению авторов, одним из выходов из сложившейся ситуации служит налаживание четкого взаимодействия между врачами первичного звена, включая врачей общей практики, и врачами-специалистами при выявлении хронического кожного заболевания с момента предъявления жалоб пациента врачу общей практики с последующим направлением в специализированное кожно-венерологическое медицинское учреждение с последующей постановкой на учет с назначением соответствующего лечения. В настоящее время проводится работа по увеличению результативности такого взаимодействия, развиваются и внедряются новые модели организации медицинской помощи, повышается качество медицинской помощи. Однако, ещё требуется совершенствование и разработка новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторного звена, а также в профилактике хронических заболеваний. Большое значение в профилактике хронических дерматозов имеет формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни. В литературных работах указывается на необходимость своевременного обращения к специалисту, выполнения всех назначений врача, отказ от пропуска лекарств и самолечения, получения должной информации о лекарственных средствах от врача. Данные аспекты профилактики врачам общей практики также необходимо доносить до своих пациентов.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика этапов исследования и использованных статистических методик

Цель диссертационной работы достигнута через решение задач исследования, выполненных на четырех его этапах. Обобщенные сведения о задачах исследования, источниках получения данных, а также методах сбора материала представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Программа исследования

Задачи исследования	Методы	Источники данных и инструментарии
I этап		
Провести анализ показателей заболеваемости хроническими дерматозами в ЦФО и г. Москве и современных проблем организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики	Контент-анализ источников литературы и нормативно-правовых актов.	Литературные источники (207 ед.)
II этап		
Установить медико-социальные и поведенческие характеристики пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики	Аналитический, статистический, сравнительный, социологический	Анкета изучения влияния социальных и медико-организационных факторов на течение хронического дерматоза (400 ед.)
Провести анализ влияния медико-социальных факторов на показатели оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики	Аналитический, статистический, сравнительный, социологический	Анкета изучения влияния социальных и медико-организационных факторов на течение хронического дерматоза (400 ед.)
III этап		
Изучить мнение врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций	Аналитический, статистический, социологический	Анкета изучения полноты выполнения своих функций врачом общей практики (29 ед.)
IV этап		
Научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики	Метод сравнительного анализа, методы функционального, логического моделирования	Результаты I-III этапов исследования

На **первом этапе** проведенного исследования представлялось важным проанализировать доступную литературу по современным проблемам организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами. По результатам проведенного анализа было установлено, что заболеваемость хроническими дерматозами, как в Российской Федерации, так и в других странах, остается стабильно высокой. Развитие указанной патологии обусловлено факторами наследственности, заболеваниями внутренних органов и окружающей средой. Огромное значение в лечении хронических дерматозов отводится взаимодействию врачей-дерматовенерологов и врачей первичного звена. Для повышения качества медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами необходимы совершенствование и разработка новых принципов и моделей организации в системе амбулаторной помощи лечебного и диагностического процессов.

В ходе первого этапа исследования нами были проанализированы отечественная и зарубежная литература, нормативно-правовые документы (207 ед.).

С учетом выявленных на первом этапе проблем в организации предоставления амбулаторной медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами, нами были сформулированы основные задачи нашего исследования и сформирован план для реализации их решения.

Второй, третий и четвертый этапы исследования были посвящены практической реализации поставленных задач.

Для решения таких задач исследования, как установление медико-социальных и поведенческих характеристик пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики и проведение анализа влияния медико-социальных факторов на показатели оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики было организовано анкетирование пациентов соответствующих медицинских организаций. Для проведения анкетирования пациентов городских

поликлиник была разработана «Анкета изучения влияния социальных и медико-организационных факторов на течение хронического дерматоза» (Приложение А).

Репрезентативность выборки, то есть необходимое количество пациентов, подлежащих анкетированию, определялось по следующей формуле:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta^2}$$

где:

n – число необходимых наблюдений,

t – доверительный коэффициент (равен 2),

p – величина показателя,

q – 100-p,

Δ - предельная ошибка показателя.

При проведении пилотного исследования было установлено, что в 71,3% случаях пациенты дерматологических кабинетов городских поликлиник удовлетворены доступностью медицинской помощи. Подставив в формулу все необходимые значения, находим, что для получения 95% достоверности нашей выборки необходимо было проанализировать мнение не менее, чем 231 пациента. В нашем опросе приняли участие 400 пациентов различных возрастных групп, посетивших врача общей практики городской поликлиники в 2016-2017 гг., что обеспечивает достаточную достоверность выборки.

Анкета пациента содержала вопросы для определения социально-гигиенической характеристики пациентов: семейное положение, социальная принадлежность, образование, вид трудовой деятельности, материальное положение, условия проживания, морально-психологический климат в семье, наличие хронических заболеваний и вредных привычек, оценка состояния своего здоровья.

Другая группа вопросов была посвящена непосредственно хроническому кожному заболеванию пациента и факторам, способным повлиять на течение и длительность периодов обострения и ремиссии.

В ходе опроса пациентов было изучено:

- сроки первого обращения для получения дерматологических услуг в городской поликлинике;
- факторы, влияющие на невыполнение назначений врача
- выбор пациентами лекарственных средств, в случае не обращения к врачу

Задача исследования – изучить мнение врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций – потребовала для своего решения разработки специальной «Анкеты изучения полноты выполнения своих функций врачом общей практики» (Приложение Б).

Объектом третьего этапа исследования являлись врачи общей практики, работающие в медицинских организациях ДЗМ г. Москвы, в том числе ГБУЗ ДЗМ №62 г. Москвы (29 единиц наблюдения).

В ходе опроса были изучены объем общего врачебного стажа и стажа в качестве врача общей практики, общее число принимаемых пациентов в месяц и число пациентов с заболеваниями кожи, частота направления таких пациентов к дерматологу, частота самостоятельного назначения обследования и лечения таким больным, уверенность в самостоятельной диагностике и лечении, а также частота возвращения пациентов к врачу после консультации дерматолога.

Большинство врачей – 44,8% – имели общий стаж работы более 10-ти лет, стаж от 5-ти до 10-ти лет имели 38,0% врачей, доля врачей с общим стажем работы до 5-ти лет была наименьшей – 17,2%. Медиана стажа работы в качестве врача общей практики в целом по выборке составила 2 (1;4) года. Медиана числа принимаемых пациентов в месяц опрошенными врачами составила 520 (500;700) чел. Большинство – 72,4% – респондентов принимает

1-10 пациентов с заболеваниями кожи в месяц. От 10-ти до 20-ти таких пациентов в месяц принимают 27,6% врачей.

Выборка была разделена на группы в соответствии с общим объемом врачебного стажа: до 5-ти лет, от 5-ти до 10-ти лет, более 10-ти лет. Медиана стажа общей врачебной практики в группе врачей с общим врачебным стажем от 5-ти до 10-ти лет была статистически значимо выше таковой в группе врачей с общим стажем до 5-ти лет: 3 (2,25;3,75) года против 1,5 (1;2) года ($p=0,035$). Медиана этого показателя в группе врачей с общим врачебным стажем более 10-ти лет составила 1,5 (1;5) года.

Общее число принимаемых пациентов в месяц было максимальным — 750 (700;750) чел. — в группе врачей с общим врачебным стажем до 5-ти лет. В группах со стажем 5-10 лет и более 10-ти лет оно было статистически значимо ниже и составило 500 (450;560) чел. ($p=0,022$) и 520 (500;520) чел. ($p=0,035$) соответственно. По частоте обращения пациентов с заболеваниями кожи респонденты в группах по общему врачебному стажу статистически значимо не отличались ($p>0,05$).

На четвёртом этапе был проведен анализ полученных данных и разработаны пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики.

Статистическая обработка результатов исследования произведена методами непараметрической и параметрической статистики с помощью программы IBM SPSS Statistics v22.0.

Определение распределения респондентов по величинам количественных показателей проводилось с помощью критерия Шапиро-Уилка, при $p<0,05$ нулевая гипотеза о нормальности распределения отклонялась. Описательные статистики рассчитывались по общепринятым методикам. Если распределение признавалось нормальным, рассчитывались среднее и стандартное отклонение, если распределение отличалось от нормального — рассчитывались медиана и 25%-75% квартили.

Так как выборка представляла собой данные, полученные с помощью социологического опроса, распределение респондентов по качественным показателям не оценивалось и признавалось отличным от нормального. Для качественных признаков рассчитывались частоты встречаемости их значений, и доля встречаемости значений. Для сравнения респондентов по частотам встречаемости качественных признаков между группами использовался точный критерий Фишера, при $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий частот отклонялась.

Для сравнения респондентов по количественным показателям между группами использовался критерий Манна-Уитни, при $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий групп отклонялась.

Для выявления связей между качественными порядковыми (бинарными) и номинальными признаками использовались таблицы сопряженности и критерий χ^2 -Пирсона, либо точный критерий Фишера в зависимости от числа респондентов в группе/подгруппе. При $p < 0,05$ нулевая гипотеза о независимости распределения больных по значениям переменных отклонялась.

Для определения линейных связей между количественными и между количественными и качественными порядковыми (бинарными) показателями проводился корреляционный анализ. Анализ корреляций выполнялся с помощью критерия Спирмена, при $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии связи между показателями отклонялась. Для статистически значимых корреляций рассчитывался 95,0% доверительный интервал (95,0% ДИ) коэффициента корреляции. Значение коэффициента корреляции r от 0,3 до 0,7 при $p < 0,05$ означало наличие между признаками положительной умеренной, но достоверной корреляции; $r > 0,7$ при $p < 0,05$ – сильной и достоверной связи; обратной корреляции соответствовало отрицательное значение r . Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p \leq 0,05$.

2.2. Динамика и тенденции показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и в г. Москве

В данном разделе главы проведен сравнительный анализ данных, отражающих динамику и основные тенденции показателей общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве за период 2011-2020 гг. с построением линии линейного тренда на ближайшие 5 лет.

Анализ данных, представленных в табл.2.2. свидетельствует о более низких показателях первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в г. Москве по сравнению аналогичным показателем по ЦФО за первую половину анализируемого периода (2011-2014 гг.), и о возрастании данного показателя в г. Москве по сравнению с ЦФО за период 2015-2020 гг. Однако, изменения данного показателя, в сравнении ЦФО и г. Москвы, находятся в пределах от 4% до 7%, что говорит о сравнимых тенденциях в темпах роста и темпах прироста.

Таблица 2.2 – Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве за период 2011-2020 гг., на 100 000 чел. населения, данные Минздрава России, режим доступа <https://last.mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika>

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ЦФО	4551,6	4633,8	4417,3	4385,9	4322,9	4133,9	3984,4	4012,3	4038,7	3470,0
Темп прироста, %	-	1,8	-4,7	-0,7	-1,4	-4,4	-3,6	0,7	0,7	-14,1
Темп роста, %	-	101,8	95,3	99,3	98,6	95,6	96,4	100,7	100,7	85,9
Москва	4369,0	4332,7	4209,7	4058,3	4503,7	4342,6	4263,7	4134,4	4239,9	3610,0
Темп прироста, %	-	-0,8	-2,8	-3,6	10,9	-3,6	-1,8	-3,0	2,6	-14,9
Темп роста, %	-	99,2	97,2	96,4	110,9	96,4	98,2	97,0	102,6	85,1

Темп роста показателя первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО в период 2012-2017 гг. находился на уровне менее 100%, однако в 2018-2019 гг. составил по 100,7%. Вместе с тем, за период 2011-2019 гг. произошло уменьшение первичной обращаемости по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки на 11,3%. Значительное уменьшение данного показателя в 2020 году является, скорее всего, не основной тенденцией, а обусловлено снижением числа обращений населения за медицинской специализированной помощью ввиду ограничений в период пандемии COVID-19.

По городу Москве за тот же период 2011-2019 гг. снижение первичной обращаемости по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки произошло только на 2,9%. При этом темп роста данного показателя только дважды (в 2015 и 2019 гг.) превысил 100%. Тенденция 2020 года в г. Москве практически полностью повторяет общую тенденцию по ЦФО и РФ.

Динамическое наблюдение показывает тенденцию к снижению первичной заболеваемости в целом по ЦФО, а построение линии линейного тренда свидетельствует о прогнозе вероятного снижения первичной заболеваемости на протяжении последующих 5 лет (рис. 3.1).

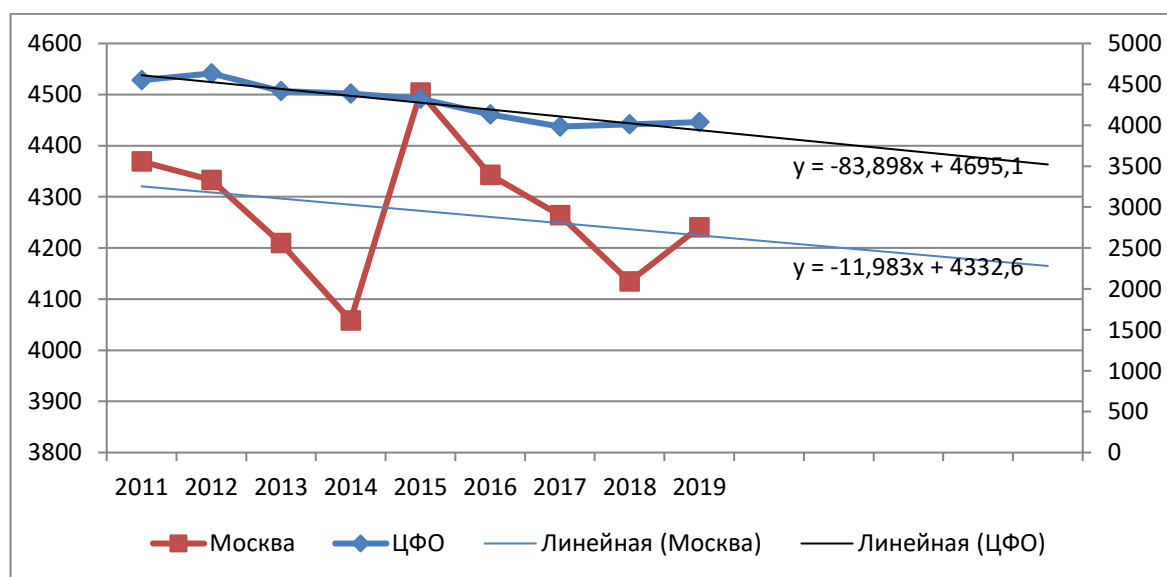


Рисунок 2.1 – Динамика первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве за период 2011-2019 гг. и прогноз на 5-летний период, на 100 000 чел. населения

Однако, данная тенденция не характерна для г. Москвы, где первичной заболеваемость будет оставаться в пределах показателей 2011-2019 гг. (в прогноз не включены показатели 2020 года как неотражающие тенденцию ввиду особенностей обращаемости за медицинской помощью в период пандемии COVID-19).

Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки за период 2011-2020 гг. в ЦФО снижалась, но темп ее снижения был ниже, чем первичной заболеваемости (табл.2.3).

Таблица 2.3 – Динамика показателей общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве за период 2011-2020 гг., на 100 000 чел. населения, данные Минздрава России, режим доступа <https://last.mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika>

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ЦФО	5576,2	5658,4	5470,7	5527,6	5534,6	5365,6	5237,5	5295,4	5375,2	4 916,7
Темп прироста, %	-	1,5	-3,3	1,04	0,1	-3,1	-2,4	1,1	1,5	-8,5
Темп роста,%	-	101,5	96,67	101,04	100,1	96,9	97,6	101,1	101,5	91,5
Москва	4955,5	4871,9	4740,5	4659,6	5227,4	5112,6	5036,2	4906,5	5038,0	3819,6
Темп прироста, %	-	-1,7	-2,7	-1,7	12,2	-2,2	-1,5	-2,6	2,7	-24,2
Темп роста,%	-	98,3	97,3	98,3	112,2	97,8	98,5	97,4	102,7	75,8

В г. Москве, по сравнению с ЦФО, общая заболеваемость по данному классу, наоборот, увеличивалась с наибольшей интенсивностью в период 2014-2015 г., достигнув к 2019 г. 5038,0 обращений на 100 000 чел. населения, что составило рост показателя на 1,7% по сравнению с 2011 годом. При этом для г. Москвы характерно значительное снижение общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчаткой, по сравнению с ЦФО, в 2020 году в период пандемии COVID-19, что может служить косвенным подтверждением снижения доступности специализированной медицинской помощи в данный период в мегаполисе.

Для прогностических значений на 5-летний период по изменению показателя общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве характерны противоположные тенденции: снижение данного показателя в ЦФО и, наоборот, увеличение повторных обращений по поводу имеющихся диагнозов по г. Москве (рис. 2.2).

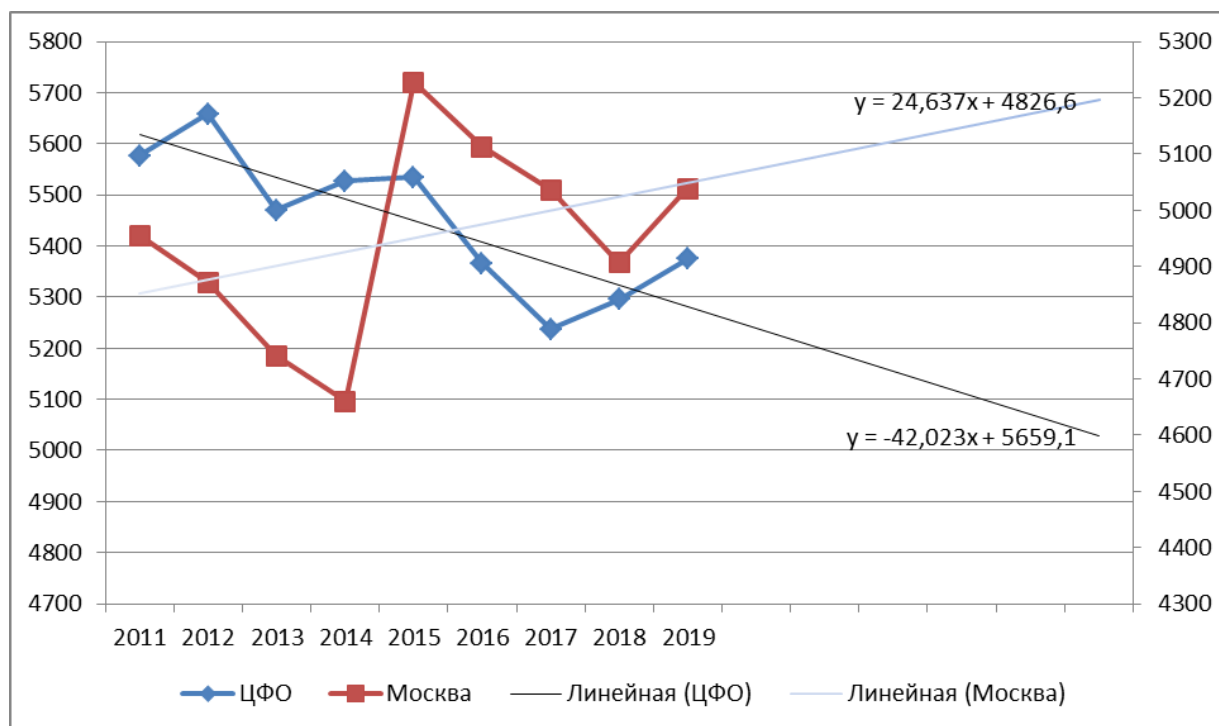


Рисунок 2.2 – Динамика общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве за период 2011-2019 гг. и прогноз на 5-летний период, на 100 000 чел. населения

В целом, оценка динамики и тенденций показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве свидетельствует о разнородных тенденциях: в ЦФО отмечается некоторое снижение данных показателей, особенно по первичным обращениям, при этом отмечается рост показателей общей заболеваемости в г. Москве. По всем прогнозируемым территориям получена линия тренда со среднесрочным прогнозом на 5 лет, не учитывающая ситуацию с обращаемостью за специализированной медицинской помощью по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки ввиду резкого снижения количества обращений в период пандемии COVID-19.

ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Материалом данного раздела исследования послужили данные социологического опроса больных с ХД.

Всего было проанализировано 400 анкет, из общего количества обследуемых женщины составили 58,5%, мужчины – 41,5%.

Прежде всего, в ходе опроса изучены такие показатели, как социальная принадлежность, уровень полученного образования, вид трудовой деятельности, материальное положение, условия проживания и состав семьи, морально-психологический климат в семье, наличие хронических заболеваний и вредных привычек, оценка состояния своего здоровья. В данный раздел главы были включены результаты исследования также медицинских факторов, характеризующих особенности манифестации, течения и развития ХД у опрошенных пациентов. Изучены особенности генеалогического анамнеза, влияния возможных провоцирующих обострение факторов, а также дана характеристика организации лечения пациентов с ХД.

Согласно данным опроса в целом по выборке практически половина респондентов не состояли в браке – 54,3%. Более половины опрошенных имели высшее образование – 53,3%, среднее и средне специальное образование имели 44,2% и 2,5% пациентов не имели оконченного среднего образования. По социальному положению было 31,7% учащихся, скорее всего, студентов, 24,8% служащих, 23,4% рабочих и 20,1% пенсионеров.

Оценка социально-средовых факторов показывает, что почти половина опрошенных больных с ХД расценивали свои жилищно-бытовые условия как хорошие (48,5%), достаточно большой процент отметил условия проживания как «удовлетворительные» (39,7%) и практически каждый десятый пациент – как «неудовлетворительные» (11,8% пациентов).

Оценка материального положения семьи пациентов показала, что удовлетворительные материальные условия имеет половина опрошенных респондентов (49,0%) и более трети – хорошие (33,7%), однако 17,3% больных считают свои материальные условия неудовлетворительными.

Оценка характера трудовой деятельности у больных с ХД представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Характеристика особенностей трудовой деятельности у пациентов с ХД, %

Факторы трудовой деятельности	% респондентов, выбравших фактор
Умственный	73,1
Физический	12,6
Сочетание умственного и физического труда	14,3
В дневное время	76,6
В ночное время	0,5
Посменно	16,6
Сутками	6,3
6 часов	12,3
8 часов	63,3
Более 8 часов	24,4
Один выходной	16,1
Два выходных	79,6
Без выходных	4,3
Работа на открытом воздухе	9,5
Работа в производственных цехах	11,1
Работа в бытовых, учебных и производственных помещениях	79,4

Анализ данных таблицы 3.1 показал, что большинство опрошенных пациентов с ХД занимается умственным трудом (73,1%) и только 14,3% сочетанием умственного и физического, а 12,6% исключительно физическим

трудом. Большая часть пациентов работает в дневное время (76,6%), с продолжительностью рабочего дня 8 часов (63,3%), имеет два выходных дня в неделю (79,6%), в условиях бытовых, учебных и административных помещений (79,4%). Из данных, представленных в таблице 3.1, обращает на себя внимание достаточно высокий процент опрошенных (24,4%), работающих более 8 часов в день, что является нестандартным для обычных условий работы и фактором риска развития и прогрессирования не только ХД, но и многих других заболеваний.

На рисунке 3.1 продемонстрированы результаты частотного анализа данных преимущественного вынужденного положения при работе у опрошенных респондентов.

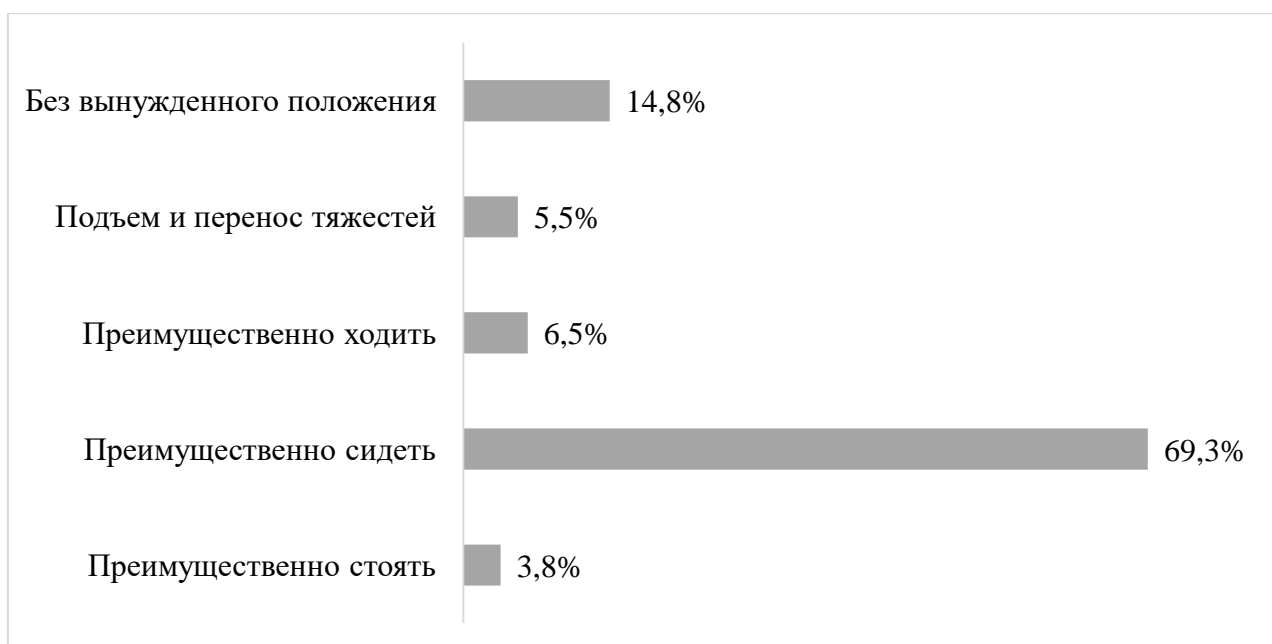


Рисунок 3.1 - Характеристика особенностей вынужденного положения во время работы у пациентов с ХД, %

Данные, представленные на рис. 3.1, свидетельствуют о высокой частоте встречаемости вынужденного рабочего положения сидя, которая составила 69,3% среди всех опрошенных пациентов, а без вынужденного положения работают всего 14,8% всех респондентов.

Вредные факторы, имеющиеся на работе, отметили всего 8,0% опрошенных пациентов с ХД и наиболее часто назывались компьютер (2,5%), пыль (1,7%), химикаты (1,5%).

Ежедневные прогулки на свежем воздухе отметили 47,5% опрошенных респондентов, несколько раз в неделю гуляют 34,4% пациентов с ХД и менее одного раза в неделю – 18,1%. Более половины пациентов с ХД предпочитают отдых на даче (51,8%), четверть пациентов остаются в городе (25,8%), и только пятая часть проводит летний отдых на море (21,6%).

В проведенном анкетировании особое внимание уделено выявлению особенностей питания пациентов с ХД. Показатель употребления продуктов чаще трех раз в неделю расценивался как регулярное употребление. Особенности питания пациентов с ХД по результатам анкетирования представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Характеристика особенностей питания пациентов с ХД, %

Регулярное употребление	% респондентов
Жареные блюда	22,6
Консервы	16,8
Мед	14,8
Копчености	13,8
Цитрусовые	11,6
Фрукты	42,5
Овощи	35,7

Анализ данных таблицы 3.2. показал, что 22,6% всех опрошенных продолжают употреблять в пищу жареные блюда, 16,8% – консервы, 14,8% – мед, 13,8% – копчености, а 11,6% – цитрусовые. Следует обратить внимание, что регулярное употребление таких продуктов как фрукты и овощи отметили всего 42,5% и 35,7% опрошенных, соответственно.

Кроме того, значение рациона питания для пациентов с ХД подтверждается и проведенным корреляционным анализом. Так, найдена

отрицательная корреляционная связь средней силы между показателями «регулярное употребление овощей» и «бытовые условия» ($r = -0,34$, $p = 0,95\%$); отрицательная корреляционная связь средней силы между показателями «регулярное употребление овощей» и «материальная обеспеченность» ($r = -0,37$, $p = 0,95\%$); положительная корреляционная связь средней силы между показателями «регулярное употребление консервов» и «продолжительность рабочего дня» ($r = 0,32$, $p = 0,95\%$); положительная корреляционная связь средней силы между показателем «овощи» и «фрукты» ($r = 0,62$, $p = 0,95\%$).

Оценка физической активности и занятий спортом у пациентов с ХД показала, что регулярные занятия физической культурой отметили только 52,0% респондентов, из них всего 4,5% занимаются спортом ежедневно. У остальных опрошенных (48,0%) физическая активность представлена нерегулярными занятиями с кратностью менее одного раза в неделю. В этой связи абсолютно очевидными являются результаты самооценки респондентами своего физического здоровья: 43,7% опрошенных поставили оценки «хорошо», 33,7% – «удовлетворительно», 12,8% «плохо» и только 9,8% «отлично». Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции между показателями «самооценка здоровья» и «жилищно-бытовые условия» ($r = 0,26$, $p = 0,95\%$); положительной корреляции между показателями «самооценка здоровья» и «материальная обеспеченность» ($r = 0,31$, $p = 0,95\%$).

Несколько иначе выглядит самооценка пациентами с ХД своего настроения, а именно только 62,8% отмечают, что большую часть времени настроение ровное и спокойное. Остальная часть опрошенных указывает, что испытывает состояние нервного напряжения, при этом 22,9% – большую часть времени пребывают в этом состоянии, а 13,8% – достаточно часто испытывают нервное напряжение.

Существенная роль в патогенезе кожных и аллергических заболеваний отводится наследственной предрасположенности. Оценка фактора

наследственной предрасположенности к развитию ХД у опрошенных пациентов представлена в таблице 3.3.

Таблица 3.3 - Наличие кожных заболеваний у кровных родственников больного, %

Кровные родственники	% респондентов, отметивших наличие кожного заболевания у родственника
Отец	28,6
Мать	12,4
Оба родителя	7,7
Другие кровные родственники	9,3
Нет ни у кого	42,0

Анализ данных наследственной предрасположенности пациентов с ХД показал, что 58,0% всех респондентов имеют родственников с проявлениями какого-либо кожного заболевания, при этом у каждого третьего больного отягощение отмечено по линии отца 28,6% и только в 12,4% случаев со стороны матери. Следует отметить, что почти в половине случаев 42,0% факторов наследственной предрасположенности выявить не удалось.

Важной частью клинической характеристики пациентов с ХД является степень выраженности симптомов основного заболевания. Отвечая на вопросы анкеты, пациентам предлагалось оценить степень выраженности субъективных ощущений (чувства жжения, зуда, болезненности). Более половины опрошенных (51,7%) отметили умеренную степень выраженности симптомов заболевания, 21,9% – очень сильную и 16,9% – слабую.

Одной из дифференциально-диагностических особенностей течения многих аллергических заболеваний является сезонность обострений. Характеристика сезонности обострений у больных с ХД по данным проведённого опроса представлена на рис. 3.2.

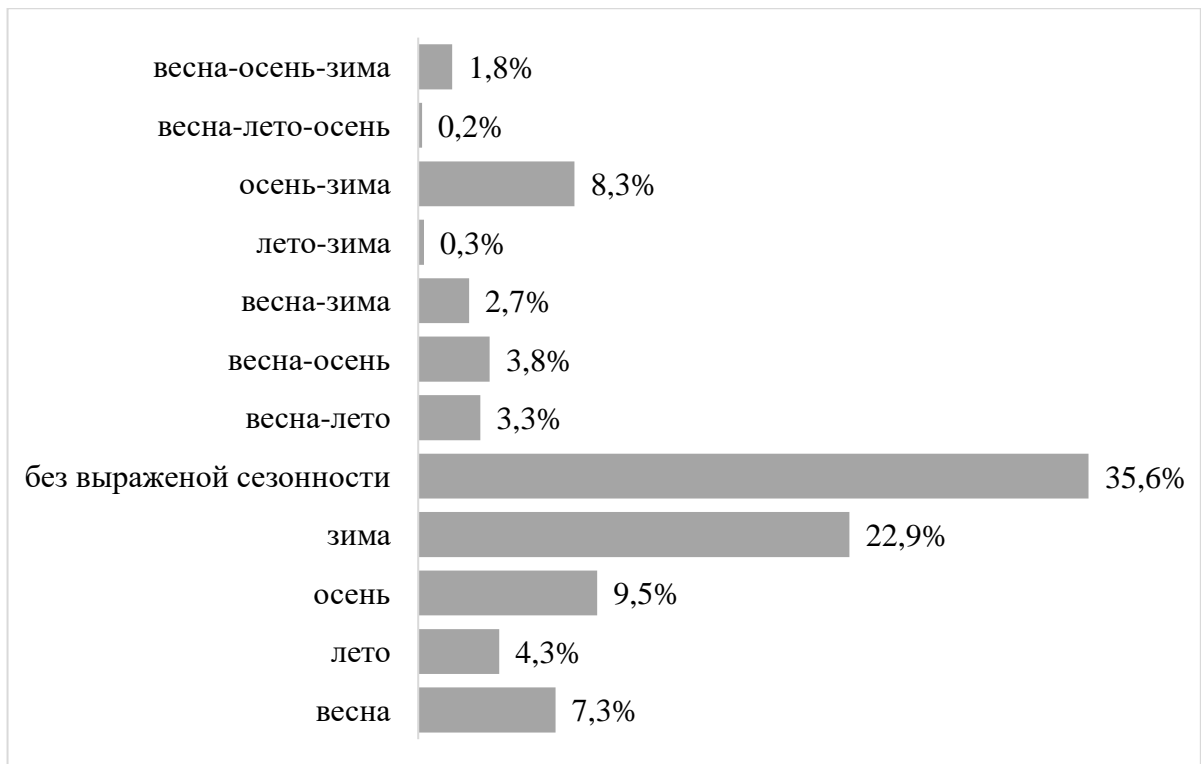


Рисунок 3.2 - Характеристика сезонности обострений у больных с ХД, %

Данные, иллюстрированные рис. 3.2. убедительно свидетельствуют о том, что каждый третий опрошенный (35,6%) не отмечал у себя выраженной сезонности появления субъективных симптомов ХД. Каждый пятый пациент с ХД 22,9% указывал на появление чувства жжения, зуда и болезненности в зимнее время года. Частота появления указанных симптомов у больных с ХД в другие сезоны не превышала 10,0%.

Проведенная оценка влияния бытовых аллергенов на возникновение обострения показала, что только 33,2% опрошенных указали отсутствие влияния, тогда как 47,2% пациентов отмечают умеренное влияние, а 18,1% указывают о сильном влиянии бытовых аллергенов.

Учитывая, что ХД характеризуются длительным и волнообразным течением, представляет практический интерес изучение вопросов влияния данного заболевания на наиболее значимые сферы жизни человека, а именно на занятия спортом, учебу и повседневную работу, общение с семьей, друзьями и родственниками. Результаты изучения данного влияния представлены в таблице 3.4.

Таблица 3.4 - Самооценка влияния заболевания на сферы жизни пациентов с ХД, %

Характеристика влияния	Занятия спортом, % ответов	Учеба и выполнение повседневной работы, % ответов	Общение с семьей, друзьями и родственниками, % ответов
очень сильно	3,8	20,9	11,1
умеренно	10,3	40,2	20,6
незначительно	23,8	18,8	27,3
не влияет	62,1	20,1	41,0

Данные, представленные в таблице 3.4. показывают, что большинство пациентов с ХД не отмечают существенного влияния ХД на такие сферы жизни, как занятия спортом и общение с семьей, друзьями и родственниками. Иная картина представляется при оценке влияния основного заболевания на учебу и выполнение повседневной работы. Так, только 20,1% опрошенных указывают на отсутствие влияния заболевания на данную сферу своей жизни, тогда как часть респондентов (61,1%) характеризуют влияние как очень сильное и умеренное.

Важной и достаточно влиятельной сферой жизни современного человека является внутрисемейный микроклимат. В настоящем исследовании проведена детальная оценка влияния особенностей взаимоотношений в семьях пациентов с ХД, используя такие характеристики, как оценка семейных взаимоотношений, отношение семьи к заболеванию, характеристика конфликтной обстановки в семьях пациентов с ХД и удовлетворенность помощью семьи.

Преимущественное большинство респондентов оценивают взаимоотношения между членами семьи «хорошо» 47,0% и «удовлетворительно» 48,0% и всего 5,0% - как «плохие». Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции средней силы между показателем «оценка взаимоотношений в

семье» и «жилищно-бытовые условия» ($r=0,41$, $p=0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «оценка взаимоотношений в семье» и «материальная обеспеченность» ($r=0,33$, $p=0,95\%$); отрицательной корреляции средней силы между показателем «оценка взаимоотношений в семье» и «регулярное употребление фруктов» ($r=-0,29$, $p=0,95\%$); отрицательной корреляции средней силы между показателем «оценка взаимоотношений в семье» и «регулярное употребление овощей» ($r=-0,35$, $p=0,95\%$).

Оценка отношения семьи к заболеванию показала следующие результаты: участливое отношение отмечают 140 (35,2%) опрошенных пациентов с ХД, сочувственное – 175 (43,9%), безразличное – 74 (18,6%) и негативное – 9 (2,3%).

Характеристика конфликтной обстановки в семьях пациентов с ХД представлена в таблице 3.5.

Как видно из данных, представленных в таблице 3.5, у 38,9% опрошенных конфликтная обстановка в семье очень редкое явление, 18,6% отмечают конфликты ежемесячно и почти половина пациентов (42,5%) указали, что конфликтные ситуации возникают в семьях достаточно регулярно, а именно, с периодичностью один раз в неделю отметили 25,9% и один раз в день – 16,6% опрошенных пациентов с ХД.

Личное отношение к конфликтам в семье как тяжелое эмоциональное переживание охарактеризовали 53,5% респондентов, спокойно относятся к происходящему 39,5% и безразличное отношение высказывают 7,0%.

Оценивая результаты опроса о влиянии конфликтов в семье на течение основного заболевания и возникновение обострения обращает на себя внимание достаточно высокая доля ответов «почти не влияет», которая составила 30,9%. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции средней силы между показателями «влияние конфликтов» и «степень выраженности симптомов заболевания» ($r = 0,30$, $p = 0,95\%$).

Таблица 3.5 - Характеристика конфликтной обстановки в семьях пациентов с ХД, %

Характеристика конфликтной обстановки	Частота положительных ответов, %
Кратность конфликтной ситуации	
Ежедневно	16,6
Еженедельно	25,9
Ежемесячно	18,6
Очень редко/не происходит совсем	38,9
Личное отношение к конфликтам в семье	
Тяжёлое эмоциональное переживание	53,5
Спокойно	39,5
Безразлично	7,0
Влияние конфликтов на течение основного заболевания	
Сильное	41,0
Слабое	28,1
Почти не влияет	30,9

Оценивая удовлетворенность помощью членов семьи в лечении ХД только 73,6% респондентов ответили положительно, а 26,4%, то есть каждый четвертый из опрошенных, не удовлетворен помощью своей семьи. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной слабой корреляции между показателями «удовлетворенность помощью семьи» и «жилищно-бытовые условия» ($r = 0,21$, $p = 0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «оценка взаимоотношений в семье» и «оценка взаимоотношений» ($r = 0,43$, $p = 0,95\%$).

Важным аспектом в оценке качества оказания медицинской помощи пациентам с ХД на амбулаторно-поликлиническом этапе, в том числе при обращении к врачам общей практики, является мнение пациентов об уровне ее организации и причинах принятия тех или иных решений для выбора методов и средств лечения.

Сроки первого обращения при манифестации основного заболевания имеют принципиальное значение для диагностики ХД и во многом определяют характер его течения в последующем. На основании представленных данных по опросу пациентов с ХД 34,9% всех опрошенных обратились за медицинской помощью в течение первого месяца заболевания, 26,4% – в течение 6 месяцев от начала заболевания, 20,9% – только через год, а 17,8% – через несколько лет от появления первых признаков ХД. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции малой силы между показателями «срок первого обращения» и «удовлетворенность помощью семьи» ($r = 0,26$, $p = 0,95\%$).

Анализируя данные настоящего исследования, вызывает тревогу тот факт, что уже назначенное врачом-специалистом лечение полностью выполняет только 51,0% опрошенных респондентов, 41,5% пациентов с ХД выполняют назначения частично, а 7,5% не выполняют вовсе.

На рис. 3.3 представлена диаграмма, демонстрирующая причины невыполнения врачебных рекомендаций больными ХД.

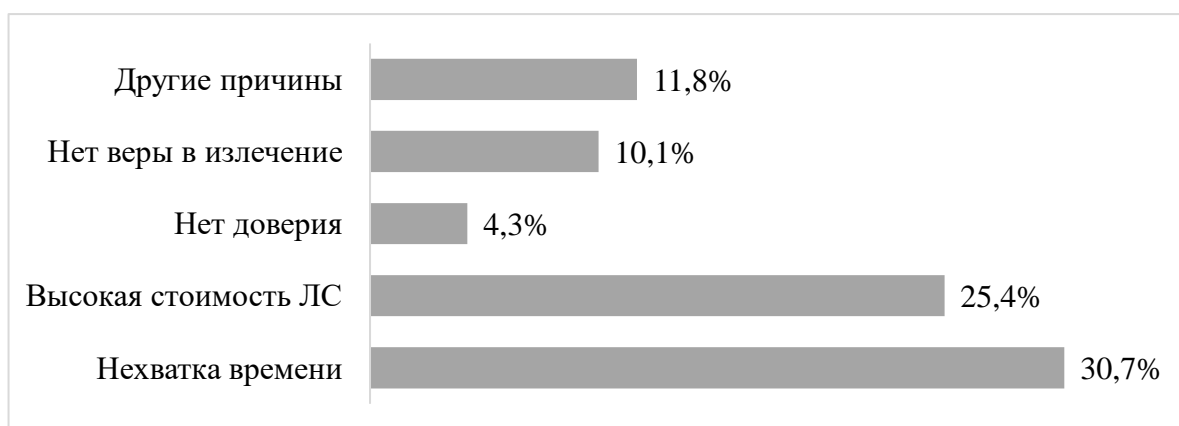


Рисунок 3.3 Характеристика причин невыполнения врачебных назначений, %

Данные, представленные на рис. 3.3, свидетельствуют о том, что наиболее частыми причинами невыполнения рекомендаций врача-специалиста, по мнению самих же пациентов с ХД, являются нехватка времени (30,7%), а также высокая стоимость ЛС (25,4%). Гораздо с более низкой частотой среди опрошенных респондентов назывались такие причины как отсутствие веры в излечение (10,1%) и отсутствие полного доверия к врачу (4,3%).

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции средней силы между показателями «высокая стоимость ЛС» и «жилищно-бытовые условия» ($r = 0,4$, $p = 0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «высокая стоимость ЛС» и «материальная обеспеченность» ($r = 0,44$, $p = 0,95\%$); положительной корреляции слабой силы между показателем «нехватка времени» и «продолжительность рабочего дня» ($r = 0,26$, $p = 0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «высокая стоимость ЛС» и «удовлетворенность помощью семьи» ($r = 0,41$, $p = 0,95\%$).

С учетом выявленных особенностей лечения среди опрошенных респондентов проведен анализ вариантов самолечения, которые предпринимаются пациентами с ХД, диаграмма с данными представлена на рис. 3.4.

Анализ показал, что наиболее приемлемым вариантом самолечения для опрошенных является самостоятельное назначение ЛС, ранее рекомендованных врачом-дерматологом (59,3%), однако, обращает на себя внимание тот факт, что почти каждый пятый из анкетированных пациентов предпочитает лечиться домашними средствами (18,8%), что вызывает серьёзную настороженность.



Рисунок 3.4 - Характеристика вариантов самолечения у пациентов с ХД, %

По данным проведенного анкетирования 2/3 респондентов (65,3%) были на приеме у врача общей практики по поводу своего хронического заболевания, всего 1/3 пациентов с ХД 34,9% проведено обследование и только каждому десятому 14,1% назначено лечение на уровне терапевтического звена.

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии положительной корреляции средней силы между показателями «прием врача общей практики» и «высокая стоимость ЛС» ($r=0,26$, $p=0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «прием врача общей практики» и «обследование» ($r=0,50$, $p=0,95\%$); положительной корреляции слабой силы между показателем «назначения врача общей практики» и «прием врача общей практики» ($r=0,29$, $p=0,95\%$); положительной корреляции средней силы между показателем «назначения врача общей практики» и «проведено обследование» ($r=0,41$, $p=0,95\%$).

Таким образом, проведенная медико-социальная характеристика пациентов с ХД позволила выявить некоторые особенности: пациенты отличаются хорошими и удовлетворительными материальными и жилищно-бытовыми условиями; трудовая деятельность пациентов связана с умственными трудом и вынужденным положением сидя, работой в дневное время с продолжительностью рабочего дня 8 и более часов, а также двумя выходными. Отмечено наличие отрицательных медико-социальных факторов, способных негативно влиять на длительность и течение хронических заболеваний кожи: низкая физическая активность, недостаточное выполнение профилактических мероприятий и основных аспектов здорового образа жизни, наличие нервного напряжения и конфликтные ситуации в семье. Выявлены такие особенности пациентов с ХД, как позднее обращение или необращение к врачу в случае обострения заболевания; невыполнение назначений врача в полном объеме из-за нехватки времени или высокой стоимости ЛС; повышение тенденции к самолечению и высокая частота получения информации о лечении из перечня ранее назначенных препаратов и домашних средств; недостаточный объем оказания помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

Данные корреляционного анализа подтверждают существенный вклад в течение и развитие ХД у пациентов таких социально-средовых факторов, как жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, продолжительность рабочего дня, регулярное употребление овощей и фруктов, взаимоотношения в семье, отсутствие свободного времени, а также медицинских факторов – наличие консультаций и обследования на уровне первичного медико-санитарного звена.

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

4.1. Взаимосвязь медико-социальных факторов и показателей оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами

Материалом данного раздела главы послужили наиболее значимые медико-социальные факторы, выявленные в предыдущем разделе исследования и оказывающие существенное влияние на развитие и течение заболевания у пациентов с ХД. С помощью таблиц сопряженности и точного критерия Фишера были установлены статистически значимые зависимости между медико-социальными факторами и некоторыми показателями качества оказания медицинской помощи больным с ХД на амбулаторно-поликлиническом этапе в условиях общей врачебной практики.

Прежде всего, проведена оценка зависимости сроков первого обращения пациентов с ХД за медицинской помощью от характера жилищно-бытовых условий, результаты которой представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1 - Зависимость сроков первого обращения пациентов с ХД от характера жилищно-бытовых условий, %

Характеристика бытовых условий	Срок первого обращения				
	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через несколько лет	Не обращался
Хорошие	39,9%	31,61%	16,06%	11,92%	0,52%
Удовлетворительные	34,18%	21,52%	25,32%	18,99%	0%
Неудовлетворительные	17,02%	21,28%	25,53%	36,17%	0%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Как видно из данных таблицы сопряженности 4.1, по мере ухудшения жилищно-бытовых условий увеличивается частота обращения пациентов в более поздние сроки от момента манифестации первых клинических проявлений.

Так, 71,5% пациентов с хорошими бытовыми условиями при первых признаках заболевания обращаются в амбулаторно-поликлиническую сеть в течение 6 месяцев, тогда как 46,8% больных, имеющие неудовлетворительные условия проживания обращаются за помощь в срок от 6 месяцев до 1 года, а 36,2% респондентов этой категории – через несколько лет от начала заболевания.

Результаты оценки зависимости сроков первого обращения пациентов с ХД за медицинской помощью от уровня материальной обеспеченности представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2 - Зависимость сроков первого обращения пациентов с ХД от уровня материальной обеспеченности, %

Уровень материальной обеспеченности	Срок первого обращения				
	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через несколько лет	Не обращался
Хорошие	40,3%	29,85%	16,42%	12,69%	0,75%
Удовлетворительные	36,92%	27,18%	22,05%	13,85%	0%
Неудовлетворительные	18,84%	17,39%	26,09%	37,68%	0%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Анализ данных таблицы 4.2 показал, что пациенты с ХД и хорошим уровнем материальной обеспеченности обращались за медицинской помощью в более короткие сроки с момента манифестации первых клинических проявлений и суммарная частота первого обращения в течение 6 месяцев после начала заболевания составляет 70,2% в этой группе пациентов. Только 18,8% больных ХД, имеющих неудовлетворительную

материальную обеспеченность, обращаются за помощью в течение 1 месяца от появления первых признаков заболевания, 43,5% пациентов – в период от 6 месяцев до 1 года, а 37,7% респондентов этой категории – через несколько лет от начала заболевания.

Таблица 4.3 представляет данные зависимости сроков первого обращения от продолжительности рабочего дня.

Таблица 4.3 - Зависимость сроков первого обращения пациентов с ХД от продолжительности рабочего дня, %

Продолжительность рабочего дня	Срок первого обращения				
	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через несколько лет	Не обращался
6 часов	42,86%	26,53%	16,33%	14,29%	0%
8 часов	38,1%	25%	21,83%	15,08%	0%
Более 8 часов	22,68%	29,9%	20,62%	25,77%	1,03%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,047

Анализ данных таблицы 4.3 показал, что большинство пациентов (69,4%), длительность рабочего дня которых не превышает 6 часов, обращаются за медицинской помощью при появлении первых симптомов заболевания в первые 6 месяцев. С увеличением продолжительности рабочего дня у больных с ХД, увеличивается и частота обращения пациентов в более поздние сроки от начала заболевания. Обращает на себя внимание доля опрошенных пациентов 25,8% с длительностью рабочего дня более 8 часов, которые обратились за квалифицированной помощью через несколько лет от манифестации кожного заболевания.

Результаты анализа таблиц сопряженности по выявлению зависимости полноты выполнения врачебных назначений больными с ХД от характера жилищно-бытовых условий представлены в таблице 4.4.

Таблица 4.4 - Зависимость полноты выполнения врачебных назначений пациентами с ХД от характера жилищно-бытовых условий, %

Характеристика бытовых условий	Полнота выполнения врачебных назначений			
	Полностью	Частично	Почти не выполняют	Совсем не выполняют
Хорошие	66,84%	32,12%	1,04%	0%
Удовлетворительные	41,14%	50%	8,86%	0%
Неудовлетворительные	19,15%	51,06%	27,66%	2,13%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Анализ данных таблицы 4.4 показал, что большая часть пациентов 66,8%, которые имели хорошие жилищно-бытовые условия полностью выполняли назначения врача и 32,1% частично. С ухудшением бытовых условий у пациентов с ХД, снижается и полнота выполнения назначений. Так, половина пациентов 51,1%, которые расценили свои бытовые условия как неудовлетворительные, частично выполняют рекомендации по лечению и почти треть больных 27,7% почти не выполняют назначения.

Результаты анализа таблиц сопряженности по выявлению зависимости полноты выполнения врачебных назначений больными с ХД от уровня материальной обеспеченности представлены в таблице 4.5.

Таблица 4.5 - Зависимость полноты выполнения врачебных назначений пациентами с ХД от уровня материальной обеспеченности, %

Уровень материальной обеспеченности	Полнота выполнения врачебных назначений			
	Полностью	Частично	Почти не выполняют	Совсем не выполняют
Хорошие	66,42%	32,84%	0,75%	0%
Удовлетворительные	50,26%	44,1%	5,64%	0%
Неудовлетворительные	23,19%	50,72%	24,64%	1,45%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Анализ данных таблицы 4.5. показал, что большая часть пациентов 66,4%, которые имели хороший уровень материальной обеспеченности полностью выполняли назначения врача и 32,8% частично.

С ухудшением материального положения у пациентов с ХД, снижается и полнота выполнения назначений. Так, половина пациентов (50,7%), которые расценили свой материальный уровень как неудовлетворительный, частично выполняют рекомендации по лечению и четверть больных (24,6%) почти не выполняют назначения.

Анализ данных таблицы сопряженности зависимости полноты выполнения врачебных назначений от продолжительности рабочего дня представлен в таблице 4.6.

Таблица 4.6 - Зависимость полноты выполнения врачебных назначений пациентами с ХД от продолжительности рабочего дня, %

Продолжительность рабочего дня	Полнота выполнения врачебных назначений			
	Полностью	Частично	Почти не выполняют	Совсем не выполняют
6 часов	55,1%	42,86%	2,04%	0%
8 часов	55,16%	40,87%	3,97%	0%
Более 8 часов	38,14%	42,27%	18,56%	1,03%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Как видно из данных, представленных в таблице 4.6, по мере увеличения продолжительности рабочего дня отмечается увеличение частоты частичного выполнения или невыполнения врачебных назначений.

Анализ таблиц сопряженности по выявлению зависимости различных причин невыполнения врачебных назначений показал следующие результаты. В таблице 4.7 представлены данные по выявлению зависимости частоты невыполнения врачебных назначений пациентами с ХД по причине нехватки времени от характера жилищно-бытовых условий.

Таблица 4.7 - Зависимость частоты невыполнения назначений по причине нехватки времени пациентами с ХД от характера жилищно-бытовых условий, %

Характеристика бытовых условий	Частота невыполнения по причине нехватки времени	
	Не является причиной	Является причиной
Хорошие	72,54%	27,46%
Удовлетворительные	70,25%	29,75%
Неудовлетворительные	53,19%	46,81%

Примечание: Значение хи-квадрата - 6,756841. число степеней свободы - 2. уровень значимости $p < 0,001,034$

Анализ представленных в таблице 4.7 данных показал, что почти половина пациентов 46,8%, имеющих неудовлетворительные жилищно-бытовыми условиями причиной невыполнения врачебных назначений указали нехватку времени, тогда как среди пациентов с хорошими и удовлетворительными условиями быта таковых было почти в два раза меньше 27,5% и 29,8%, соответственно.

Результаты анализа таблицы сопряженности по зависимости невыполнения врачебных назначений по причине нехватки времени у пациентов с ХД от длительности рабочего дня представлены в таблице 4.8.

Таблица 4.8 - Зависимость частоты невыполнения назначений по причине нехватки времени пациентами с ХД от продолжительности рабочего дня, %

Продолжительность рабочего дня	Частота невыполнения по причине нехватки времени	
	Не является причиной	Является причиной
6 часов	83,67%	16,33%
8 часов	75%	25%
Более 8 часов	47,42%	52,58%

Примечание: Значение хи-квадрата - 30,45377. число степеней свободы - 2. уровень значимости $p < 0,001$.

Анализ данных таблицы 4.8 показал, что при увеличении продолжительности рабочего дня, доля пациентов, которые считают

причиной невыполнения врачебных назначений нехватку времени, значительно выше и составляет в группе пациентов с длительностью рабочего дня более 8 часов 52,6%, то есть половина больных этой группы.

Весьма показательными представляются данные полученные после составления таблицы сопряженности по выявлению зависимости частоты невыполнения врачебных назначений пациентами с ХД по причине высокой стоимости ЛС от характера жилищно-бытовых условий, представленные в таблице 4.9.

Таблица 4.9 - Зависимость частоты невыполнения назначений по причине высокой стоимости ЛС пациентами с ХД от характера жилищно-бытовых условий, %

Характеристика бытовых условий	Частота невыполнения по причине высокой стоимости ЛС	
	Не является причиной	Является причиной
Хорошие	90,67%	9,33%
Удовлетворительные	66,46%	33,54%
Неудовлетворительные	36,17%	63,83%

Примечание: Значение хи-квадрата - 68,51933. число степеней свободы - 2. уровень значимости $p < 0,001$.

Как видно из данных таблицы 4.9, при хороших жилищно-бытовых условиях только 9,3% пациентов назвали причиной невыполнения рекомендаций врача высокую стоимость назначенных ЛС. По мере ухудшения условий проживания отмечается возрастание частоты невыполнения назначений пациентами с ХД по причине высокой стоимости ЛС, и при неудовлетворительных условиях быта две трети пациентов 63,8% не покупают ЛС из-за их высокой стоимости.

Следует отметить, что при изучении причин невыполнения рекомендаций из-за высокой стоимости ЛС от уровня материальной обеспеченности пациентов установлено, что большинство материально обеспеченных больных не отнесли указанный показатель к причинам

невыполнения назначений (91,8% и 79,5%, соответственно). Однако, вполне очевидным представляется выявленный факт, что при неудовлетворительном уровне материального обеспечения 72,5% опрошенных относят высокую стоимость ЛС к основной причине невыполнения лечения ($\chi^2 = 104,0784$; $p < 0,001$).

Аналогичные изменения отмечены и при анализе зависимости невыполнения назначений врача по причине отсутствия веры в излечение. Так, при неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях доля пациентов с ХД, ответивших положительно на данный вопрос составила 23,4% против 5,2% пациентов, проживающих в хороших условиях.

При анализе зависимости исследуемой причины неисполнения лечения пациентами с ХД от уровня материальной обеспеченности, также большинство материально обеспеченных опрошенных не считали, что отсутствие веры в излечение является причиной невыполнения, рекомендованного врачом лечения (94,8% и 91,3%, соответственно), тогда как среди пациентов с неудовлетворительным материальным положением почти каждый четвертый больной (23,2%) утверждал обратное ($\chi^2 = 17,01037$; $p < 0,001$).

В таблице 4.10 представлены данные по выявлению зависимости частоты различных вариантов самолечения у пациентов с ХД от характера жилищно-бытовых условий.

Данные представленные в таблице 4.10 свидетельствуют о том, что в группе пациентов с хорошими жилищно-бытовыми условиями большинство опрошенных (70,5%) предпочитают в качестве самолечения использовать лекарственные средства, которые ранее назначались врачами-специалистами. В группе опрошенных с удовлетворительными условиями проживания наряду с использованием ранее назначенных схем терапии, частота использования домашних средств возрастает до 20,3%.

Таблица 4.10 - Зависимость частоты вариантов самолечения у пациентов с ХД от характера жилищно-бытовых условий, %

Характеристика бытовых условий	Частота вариантов самолечения						
	ЛС, ранее назначенные врачом	ЛС, рекомендованные близкими	Домашние средства	Сочетание ЛС от врача + от близких	Сочетание ЛС от врача + домашних средств	Сочетание ЛС от близких + домашних средств	Сочетание ЛС от врача + от близких + домашних средств
Хорошие	70,47%	5,18%	11,4%	1,55%	7,25%	1,55%	2,59%
Удовлетворительные	54,43%	10,13%	20,25%	2,53%	9,49%	1,27%	1,9%
Неудовлетворительные	29,79%	2,13%	44,68%	2,13%	12,77%	4,26%	4,26%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Можно назвать тревожной ситуацией среди пациентов с неудовлетворительными бытовыми условиями, которые в 44,7% случаев предпочитают лечение домашними средствами, только 29,8% опрошенных в этой группе применяют ЛС, ранее назначенные врачом.

Аналогичные изменения были отмечены и при анализе таблиц сопряженности по изучению зависимости рассматриваемых вариантов самолечения, которые применяли пациенты с ХД от уровня материальной обеспеченности. Данные представлены в таблице 4.11.

Как видно из данных таблицы сопряженности 4.11, почти половина (47,8%) респондентов с неудовлетворительным уровнем материального обеспечения предпочитают лечиться домашними средствами, а треть пациентов этой категории (30,4%) принимает, как вариант самолечения ЛС, ранее назначенные врачом-специалистом.

Результаты анализа данных по выявлению зависимости частоты вариантов самолечения у пациентов с ХД от длительности рабочего дня не

показал существенных различий по частоте распределения вариантов самолечения у опрошенных респондентов.

Таблица 4.11 - Зависимость частоты вариантов самолечения у пациентов с ХД от уровня материальной обеспеченности, %

Уровень материальной обеспеченности	Частота вариантов самолечения						
	ЛС, ранее назначенные врачом	ЛС, рекомендованные близкими	Домашние средства	Сочетание ЛС от врача + от близких	Сочетание ЛС от врача + домашних средств	Сочетание ЛС от близких + домашних средств	Сочетание ЛС от врача + от близких + домашних средств
Хорошие	70,9%	5,22%	11,19%	1,49%	8,21%	0%	2,99%
Удовлетворительные	61,54%	8,72%	13,85%	3,08%	9,23%	1,54%	2,05%
Неудовлетворительные	30,43%	4,35%	47,83%	0%	8,7%	5,8%	2,9%

Примечание: Уровень значимости p для точного критерия Фишера = 0,001

Анализ таблиц сопряженности по выявлению зависимости частоты присутствия на приеме врача общей практики от жилищно-бытовых условий показал, что при хороших жилищно-бытовых условиях только 27,5% пациентов посетили такой прием, тогда как при неудовлетворительных условиях проживания таких пациентов было в два раза больше – 55,3% ($\chi^2 = 13,7733$; $p < 0,001$).

В группе пациентов с ХД, которые указали хорошие и удовлетворительные бытовые условия, необходимое обследование по их основному заболеванию отсутствовало у каждого третьего пациента (39,4% и 34,8%, соответственно), тогда как среди пациентов с неудовлетворительными условиями проживания частота проведенного обследования составила 83% ($\chi^2 = 8,313809$; $p < 0,001$).

Таким образом, проведенный анализ по оценке оказания медицинской помощи пациентам с ХД (на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения в условиях общей врачебной практики) выявил существенную зависимость характера амбулаторно-поликлинического лечения пациентов с ХД от некоторых наиболее значимых медико-социальных факторов и, прежде всего, от уровня жилищно-бытовых условий и материальной обеспеченности, а также от длительности рабочего дня.

4.2. Анализ мнения врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций

Предметом данного раздела исследования являлись данные социологического опроса врачей. В ходе опроса были изучены объем общего врачебного стажа и стажа в качестве врача общей практики, общее число принимаемых пациентов в месяц и число пациентов с заболеваниями кожи, частота направления таких пациентов к дерматологу, частота самостоятельного назначения обследования и лечения таким больным, уверенность в самостоятельной диагностике и лечении, а также частота возвращения пациентов к врачу после консультации дерматолога.

Согласно данным опроса, в целом по выборке во время работы врачами участковыми терапевтами 93,1% респондентов направляли к дерматологу 1-10 пациентов с заболеваниями кожи в месяц, 6,9% респондентов направляли 10-20 пациентов в месяц. После начала работы в качестве врача общей практики 89,7% респондентов стали направлять 1-10 пациентов/месяц, 10,3% - 10-20 пациентов/месяц. Частота направления пациентов с заболеваниями кожи к дерматологу как до, так и после начала общей врачебной практики, в группах респондентов по общему врачебному стажу не отличалась.

С помощью таблицы сопряженности и точного критерия Фишера была выявлена статистически значимая связь частоты обращения пациентов с

заболеваниями кожи к врачу и частоты направления таких пациентов к дерматологу врачами после начала общей врачебной практики (табл. 4.12). При этом частота направления пациентов к дерматологу респондентами во время работы участковыми терапевтами от частоты обращения пациентов не зависела.

Таблица 4.12 - Зависимость частоты направления пациентов с заболеваниями кожи к дерматологу от частоты обращения таких пациентов к врачу общей практики

Частота обращения, пациентов/месяц	Частота направления к дерматологу, пациентов/месяц	
	1-10	10-20
1-10	100%	0%
10-20	62,5%	37,5%

Как видно из таблицы 4.12, при частоте обращения пациентов от 1-го до 10-ти пациентов в месяц, все больные направляются к дерматологу. При увеличении частоты обращения до 10-20 пациентов в месяц большинство врачей (62,5%) направляют к дерматологу от 1-го до 10-ти таких пациентов, доля врачей, направляющих к дерматологу 10-20 пациентов, значительно ниже - 37,5% ($p=0,015$). Таким образом, чем выше частота обращения пациентов, тем большая доля врачей ведет часть таких пациентов самостоятельно.

По данным опроса в целом по выборке 55,2% врачей всегда назначают пациентам с заболеваниями кожи обследование до направления их к дерматологу. Иногда назначают обследование 31,0% врачей, никогда этого не делают 13,8% врачей. Треть опрошенных врачей (34,5%) всегда назначают лечение больным с дерматозами самостоятельно, 51,7% делают так иногда, 13,8% врачей никогда не назначают лечение самостоятельно. При этом об

уверенности в самостоятельной диагностике и лечении таких больных заявляют всего 34,5% респондентов.

Доли врачей, всегда назначающих обследование пациентам с заболеваниями кожи до направления их к дерматологу, возрастают с увеличением объема общего врачебного стажа: от 20,0% - 36,4% в группах со стажем до 5-ти лет и 5-10 лет до 84,6% в группе со стажем более 10-ти лет ($p=0,013$). Доли врачей, никогда не назначающих обследование таким больным, в группах по общему врачебному стажу практически не отличаются: 20,0% в группе со стажем до 5-ти лет, 9,1% – со стажем 5-10 лет, 15,4% – со стажем более 10-ти лет.

Доли врачей, иногда назначающих обследование, также не отличаются в группах врачей со стажем до 5-ти лет и 5-10 лет: 60,0% и 54,5% соответственно. Врачи с общим врачебным стажем более 10-ти лет однозначно относятся к назначению обследования таким пациентам перед направлением к дерматологу – при ответе на данный вопрос анкеты вариант «иногда» не выбрал ни один врач этой группы.

В группе врачей с общим врачебным стажем до 5-ти лет по 40,0% врачей всегда самостоятельно назначают лечение больным с дерматозами либо делают так иногда, 20,0% никогда его не назначают. В группе врачей со стажем 5-10 лет 27,3% всегда назначают лечение, 54,5% назначают его иногда, 18,2% – никогда.

В группе врачей со стажем более 10-ти лет 38,5% всегда назначают лечение, при этом доля иногда назначающих лечение – 53,8% – значительно выше доли врачей, никогда так не делающих (7,7%). Однако, статистически значимые различия по частоте самостоятельного назначения лечения больным с дерматозами между врачами в группах по общему врачебному стажу отсутствуют.

Уверенность в самостоятельной диагностике и лечении больных с заболеваниями кожи в группах по объему общего врачебного стажа не

отличается. В группе врачей со стажем до 5-ти лет она составляет 40,0%, 5-10 лет – 27,3%, более 10-ти лет – 38,5%.

Частота самостоятельного назначения врачами общей практики лечения больным с дерматозами зависит от частоты обращения к ним пациентов с заболеваниями кожи (табл. 4.13), частоты назначения обследования перед направлением к дерматологу (табл. 4.14) и от уверенности в самостоятельной диагностике и лечении таких больных (табл. 4.15).

Таблица 4.13 - Зависимость частоты самостоятельного назначения лечения больным с дерматозами от частоты обращения к врачам пациентов с заболеваниями кожи

Частота обращения, пациентов/месяц	Частота самостоятельного назначения лечения		
	Всегда	Никогда	Иногда
1-10	23,8%	9,5%	66,7%
10-20	62,5%	25%	12,5%

Как видно из таблицы 4.13, с увеличением частоты обращения пациентов возрастают доли врачей, всегда самостоятельно назначающих лечение больным с дерматозами (23,8% против 62,5%), и доли врачей, никогда этого не делающих (9,5% против 25%), а доля врачей, иногда назначающих лечение самостоятельно (66,7% против 12,5%), наоборот, сокращается ($p=0,025$).

Таблица 4.14 - Зависимость частоты самостоятельного назначения лечения больным с дерматозами от частоты назначения обследования до направления к дерматологу

Частота назначения обследования до направления к дерматологу	Частота самостоятельного назначения лечения		
	Всегда	Никогда	Иногда
Всегда	50,0%	6,2%	43,8%
Никогда	0%	75,0%	25,0%
Иногда	22,2%	0%	77,8%

Большинство врачей, всегда обследующих пациентов перед направлением к дерматологу, всегда (50,0%) или иногда (43,8%) назначают лечение больным с дерматозами самостоятельно. Большинство врачей, никогда не обследующих пациентов перед направлением к дерматологу (75,0%), никогда не назначают лечение самостоятельно и лишь 25,0% делают это иногда ($p=0,009$). В целом связь этих показателей можно охарактеризовать как прямую для противоположных категорий врачей – всегда назначающих обследование и никогда его не назначающих.

Таблица 4.15 - Зависимость частоты самостоятельного назначения лечения больным с дерматозами от уверенности в диагностике и лечении таких больных

Частота самостоятельного назначения лечения	Уверенность в диагностике и лечении больных с дерматозами	
	Нет	Есть
Всегда	30,0%	70,0%
Никогда	75,0%	25,0%
Иногда	86,67%	13,33%

Две трети врачей, всегда самостоятельно назначающих лечение больным с дерматозами (70,0%), уверены в их диагностике и лечении. Ожидаемо, большая часть врачей, никогда не назначающих лечение самостоятельно (75,0%), в диагностике и лечении таких больных не уверены ($p=0,014$). Однако 84,2% (16 чел.) врачей, не уверенных в диагностике и лечении, все-таки самостоятельно назначают лечение таким больным.

Оценивая возвращение пациентов к врачам общей практики после консультации дерматолога, можно отметить, что только к 37,9% врачей общей практики возвращаются больные после консультации дерматолога. Доля врачей, к которым возвращаются больные, статистически значимо выше в группе врачей со стажем более 10-ти лет, чем в группе врачей со стажем 5-10 лет – 69,2% против 9,1% ($p=0,005$). Доля таких врачей в группе

со стажем до 5-ти лет составляет 20,0% и не отличается от долей в других группах.

С помощью таблицы сопряженности и точного критерия Фишера была найдена связь факта возвращения больных к врачу общей практики после консультации у дерматолога и частоты назначения обследования больного до направления к дерматологу (табл. 4.16).

Таблица 4.16 - Зависимость факта возвращения больных после консультации у дерматолога от частоты назначения обследования до направления к дерматологу

Частота назначения обследования до направления к дерматологу	Возвращение пациентов после консультации	
	Нет	Да
Всегда	37,5%	62,5%
Никогда	75,0%	25,0%
Иногда	100%	0,0%

Как видно из таблицы 4.16, доля врачей, к которым возвращаются пациенты после визита к дерматологу, максимальна среди тех, кто всегда направляет больных на обследование (62,5%). Доля врачей, к которым пациенты не возвращаются, максимальна среди тех, кто никогда (75,0%) не назначает такого обследования или назначает его иногда (100%) ($p=0,003$). Это может объясняться тем, что активное участие врача общей практики в самостоятельной диагностике до направления к дерматологу вызывает больше доверия как у пациента, так и у врача-специалиста.

С помощью критерия Спирмена были найдены статистически значимые корреляции факта возвращения пациентов к врачу общей практики после консультации дерматолога (табл. 4.17).

Согласно найденным корреляционным связям, вероятность возвращения пациента к врачу общей практики после консультации дерматолога возрастает при увеличении объема общего врачебного стажа и снижается при увеличении объема стажа общей врачебной практики.

Таблица 4.17 - Корреляции факта возвращения пациента к врачу после консультации дерматолога

Пара показателей	Коэффициент корреляции	Уровень значимости, р	95% ДИ
Возвращение пациентов к врачу после консультации дерматолога – объем общего врачебного стажа	0,52	0,004	0,18;0,74
Объем стажа общей врачебной практики – возвращение пациентов к врачу после консультации дерматолога	-0,59	0,006	-0,82;-0,2

В результате исследования выявлено, что нагрузка пациентами с заболеваниями кожи на большую часть врачей общей практики минимальна. Большинство врачей общей практики направляет к дерматологу до 10-ти пациентов в месяц, с такой же частотой респонденты направляли больных дерматологу, работая в качестве участковых терапевтов. При этом, чем выше частота обращения пациентов с заболеваниями кожи, тем большая доля врачей ведет часть таких пациентов самостоятельно.

Половина врачей всегда назначают пациентам обследование до направления к дерматологу, треть – всегда самостоятельно назначают больным лечение. При увеличении частоты обращений пациентов возрастает доля врачей, всегда назначающих лечение самостоятельно. Об уверенности в самостоятельной диагностике и лечении пациентов с заболеваниями кожи заявляет всего треть респондентов. При этом более двух третей врачей, не уверенных в диагностике и лечении больных занимаются этим самостоятельно.

Доля врачей, к которым пациенты после консультации дерматолога возвращаются, максимальна среди всегда назначающих обследование до консультации. Эта доля увеличивается с ростом объема общего врачебного стажа.

В целом отмечается низкая активность врачей общей практики в самостоятельном ведении больных с заболеваниями кожи и, как следствие, перенос этой нагрузки на врачей-дерматологов. Внушает опасения также низкая уверенность врачей в диагностике и лечении таких пациентов. В связи с этим можно заключить, что в настоящее время врачи общей практики не выполняют свои функции при обращении к ним пациентов с заболеваниями кожи.

Таким образом, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости ХД в ЦФО и г. Москве, проведенный анализ медико-социальных данных у пациентов с ХД, а также оценка полноты и качества медицинского обслуживания больных на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения выявили некоторые особенности. Пациенты с ХД отличаются низким уровнем мотивации на формирование здорового образа жизни с раннего возраста, недооценкой некоторых факторов риска социально-средового анамнеза, недооценкой и незнанием основных аспектов первичной профилактики ХД. Проведенный анализ по оценке оказания медицинской помощи больным с ХД выявил существенную зависимость характера амбулаторно-поликлинического лечения пациентов с ХД от таких социальных факторов как уровень жилищно-бытовых условий и материальной обеспеченности, а также длительность рабочего дня. Отмечена низкая активность врачей общей практики в самостоятельном ведении больных с заболеваниями кожи, низкая уверенность врачей в диагностике и лечении таких пациентов.

4.3. Пути совершенствования организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях развития общей врачебной практики

На основании проведенного комплексного обзора литературных данных по проблеме ХД, изучения динамики и тенденций показателей

заболеваемости, социально-гигиенической характеристики, анализа существующей системы оказания медицинской помощи больным на амбулаторно-поликлиническом этапе исследования и оценки полноты выполнения врачами общей практики своих функций сформулированы предложения для практического здравоохранения по повышению эффективности дерматологической помощи и схемы взаимодействия врача общей практики и врача-дерматовенеролога в условиях развития общей врачебной практики.

Полученные в ходе данного исследования результаты позволили сформировать медико-социальный портрет пациента с ХД, обратившегося к врачу общей практики по поводу своего заболевания кожи, с учетом данных корреляционного анализа, подтверждающих существенный вклад в течение и развитие ХД таких социально-средовых факторов, как жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, продолжительность рабочего дня, регулярное употребление овощей и фруктов, взаимоотношения в семье, отсутствие свободного времени, а также медицинских факторов – наличие консультаций и обследования на уровне первичного звена здравоохранения.

Почти половина опрошенных больных с ХД расценивали свои жилищно-бытовые условия как хорошие (48,5%), удовлетворительные – 39,7% и неудовлетворительный уровень условий проживания отметили лишь 11,8% пациентов: наличия положительной корреляции между показателями «самооценка здоровья» и «жилищно-бытовые условия» ($r = 0,26$, $p = 0,95\%$). Удовлетворительные материальные условия имели половина опрошенных респондентов (49,0%) и более трети – хорошие (33,7%), однако 17,3% больных считают свои материальные условия неудовлетворительными: наличие положительной корреляции между показателями «самооценка здоровья» и «материальная обеспеченность» ($r = 0,31$, $p = 0,95\%$).

Большинство опрошенных больных с ХД занимались умственным трудом (73,1%) в дневное время (76,6%), с продолжительностью рабочего дня 8 часов (63,3%), имели два выходных дня в неделю (79,6%) в условиях

бытовых, учебных и административных помещений (79,4%). Обращает на себя внимание достаточно высокий процент опрошенных (24,4%), работающих более 8 часов в день, что является нестандартным для обычных условий работы и фактором риска развития и прогрессирования не только ХД, но и многих других заболеваний. Отмечена высокая частота встречаемости вынужденного рабочего положения сидя, которая составила 69,3% среди всех опрошенных пациентов.

Оценка особенностей питания больных с ХД показала, что 22,6% всех опрошенных продолжают употреблять в пищу жареные блюда, 16,8% – консервы, 14,8% – мед, 13,8% – копчености, а 11,6% – citrusовые. Следует обратить внимание, что регулярное употребление таких продуктов как фрукты и овощи отметили всего 42,5% и 35,7% опрошенных, соответственно. При этом, выявлена отрицательная корреляция средней силы между показателями «регулярное употребление овощей» и «бытовые условия» ($r=-0,34$, $p=0,95\%$); отрицательная корреляция средней силы между показателями «регулярное употребление овощей» и «материальная обеспеченность» ($r=-0,37$, $p=0,95\%$); положительная корреляция средней силы между показателями «регулярное употребление консервов» и «продолжительность рабочего дня» ($r=0,32$, $p=0,95\%$).

Среди отрицательных медико-социальных факторов, способных негативно влиять на длительность и течение хронических заболеваний кожи, 48,0% пациентов отмечают низкую физическую активность, 12,8% неудовлетворительно оценивают свое собственное физическое здоровье, 13,8% отмечают частое нервное напряжение.

Анализ данных наследственной предрасположенности больных с ХД подтверждает значимость данного фактора: более половины (58,0%) всех респондентов имеют родственников с проявлениями какого-либо кожного заболевания, при этом у каждого третьего больного отягощение отмечено по линии отца (28,6%) и только в 12,4% случаев со стороны матери.

Характеризуя социальную активность данной категории пациентов, можно отметить, что большинство пациентов с ХД не отмечают существенного влияния ХД на такие сферы жизни как занятия спортом и общение с семьей, друзьями и родственниками. Однако, установлено, что у 61,1% больных ХД заболевание оказывает влияние на учебу и выполнение повседневной работы, а 53,5% пациентов тяжело эмоционально реагируют на конфликты.

Мнение пациентов об уровне организации медицинской помощи и причинах принятия тех или иных решений для выбора методов и средств лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе является важным аспектом в оценке качества оказания медицинской помощи больным с ХД.

Обращает на себя внимание достаточно низкий уровень комплаентности пациентов с ХД к лечению: уже назначенное врачом-специалистом лечение полностью выполняет только 51,0% опрошенных респондентов, 41,5% больных ХД выполняют назначения частично, а 7,5% не выполняют вовсе. Причиной невыполнения назначений врача в полном объеме из-за нехватки времени называют 30,7% пациентов, высокой стоимости ЛС – 25,4% опрошенных. Распространено самолечение, которое выражается в самостоятельном назначении ЛС, ранее рекомендованных врачом-дерматологом (59,3%), почти каждый пятый из анкетированных пациентов предпочитает лечиться «домашними средствами» (18,8%), что вызывает серьезную настороженность.

Выявленные зависимости характера амбулаторно-поликлинического лечения пациентов с ХД от некоторых наиболее значимых медико-социальных факторов, и, прежде всего, от уровня жилищно-бытовых условий и материальной обеспеченности, длительности рабочего дня, также были использованы при разработке путей совершенствования медицинской помощи.

Так, необходимо учитывать, что по мере ухудшения жилищно-бытовых условий увеличивается частота обращения пациентов в более поздние сроки

от момента манифестации первых клинических проявлений. Пациенты с ХД и хорошим уровнем материальной обеспеченности обращаются за медицинской помощью в более короткие сроки с момента манифестации первых клинических проявлений и суммарная частота первого обращения в течении 6 месяцев после начала заболевания составляет 70,2% в этой группе пациентов. Большинство пациентов (69,4%), длительность рабочего дня которых не превышает 6 часов, обращаются за медицинской помощью при появлении первых симптомов заболевания в первые 6 месяцев. Обращает на себя внимание доля опрошенных пациентов (25,8%) с длительностью рабочего дня более 8 часов, которые обратились за квалифицированной помощью через несколько лет от манифестации кожного заболевания. Большая часть пациентов (66,8%), которые имели хорошие жилищно-бытовые условия, полностью выполняли назначения врача и 32,1% частично. С ухудшением бытовых условий у пациентов с ХД, снижается и полнота выполнения назначений. В группе пациентов с хорошими жилищно-бытовыми условиями большинство опрошенных (70,5%) предпочитают в качестве самолечения использовать лекарственные средства, которые ранее назначались врачами-специалистами. При этом, почти половина (47,8%) респондентов с неудовлетворительным уровнем материального обеспечения предпочитают лечиться «домашними средствами», а треть пациентов этой категории (30,4%) принимает, как вариант самолечения, ЛС, ранее назначенные врачом-специалистом.

Своевременное выявление, патогенетически обоснованная коррекция нарушений и адекватно разработанная тактика ведения пациентов с ХД являются в настоящее время условиями для улучшения качества жизни и предотвращения жизнеугрожающих осложнений, что вызвало необходимость разработки схемы по совершенствованию диагностической помощи пациентам с ХД на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи, представленной на рисунке 4.1.

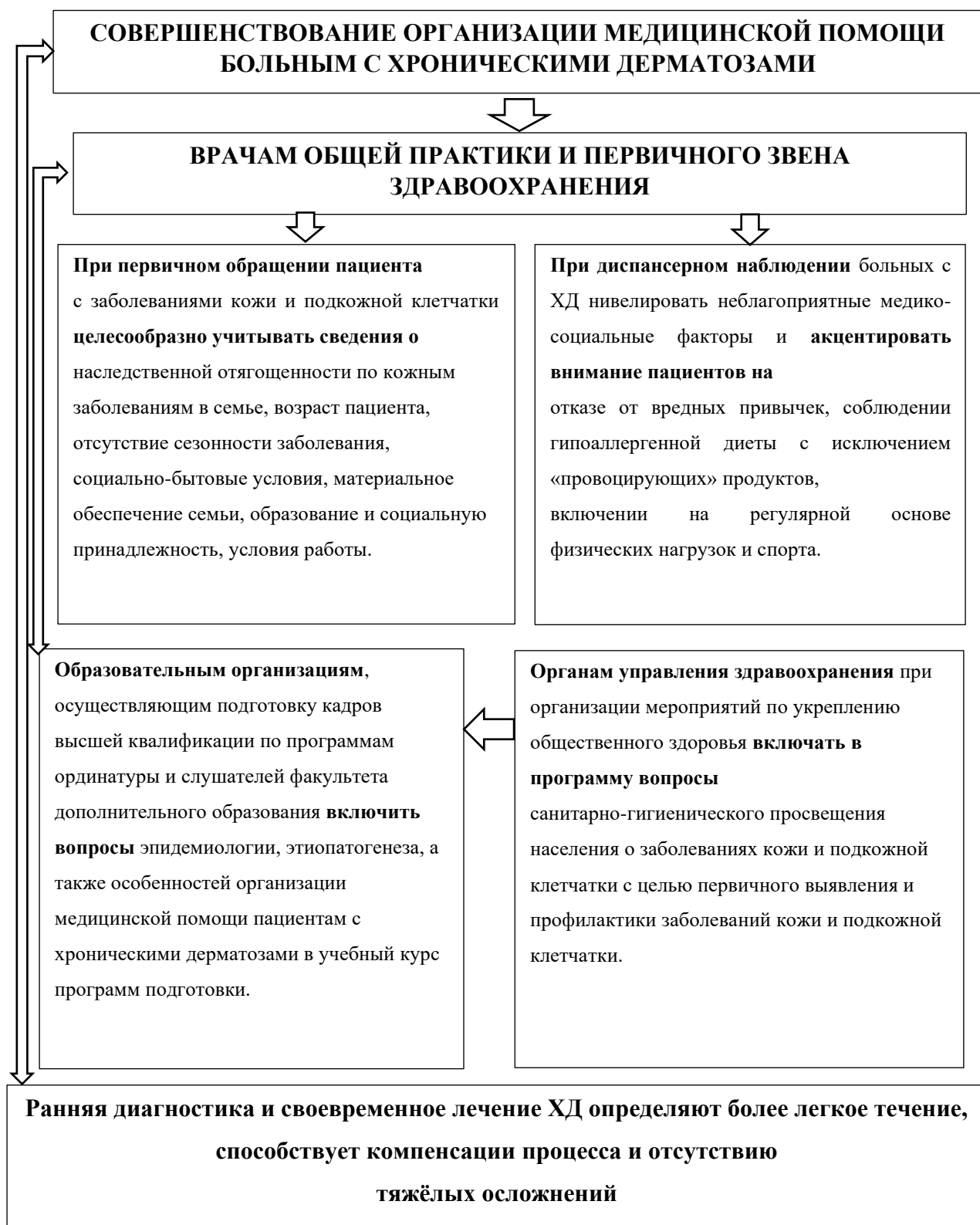


Рис. 4.1 - Схема по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики

В перечне задач, стоящих перед врачами общей практики при сборе анамнеза на догоспитальном уровне медицинского обеспечения, особенно при первичном обращении пациента с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, необходимо учитывать сведения о наследственной отягощенности по кожным заболеваниям в семье, возраст пациента, отсутствие сезонности заболевания, социально-бытовые условия и материальное обеспечение семьи, уровень полученного образования, социальную принадлежность и условия работы.

Рекомендовать врачам первичного звена здравоохранения, осуществляющим диспансерное наблюдение больных с ХД, вести разъяснительную работу по нивелированию неблагоприятных медико-социальных факторов и акцентировать внимание пациентов на отказе от вредных привычек, соблюдении гипоаллергенной диеты с исключением «провоцирующих» продуктов, включении на регулярной основе физических нагрузок и спорта с учетом выраженного влияния указанных факторов на течение и обострение ХД.

В системе подготовки кадров высшей квалификации в настоящее время особое значение имеет реализация программ повышения квалификации с актуальной и постоянно обновляемой информацией по специальности. Поэтому представляется целесообразным образовательным организациям включить вопросы современных исследований по эпидемиологии, этиопатогенезу ХД, а также особенностей организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в учебный курс программ подготовки врачей первичного звена здравоохранения, включая врачей общей врачебной практики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости и распространённости хронических дерматозов во всём мире. В литературных работах подчеркивается, что хронические дерматозы являются заболеваниями многофакторной природы, в которых важную роль играют как эндогенные (наследственность, эндокринные нарушения), так и экзогенные факторы (различные аллергены животного, растительного, химического происхождения; нарушение питания, психоэмоциональный стресс). Это заставляет отнести выявление причинно-следственных факторов и лечение хронических дерматозов к наиболее важным медико-социальным и экономическим проблемам. Так, отмечаемая высокая распространённость атопического дерматита и экземы среди городских жителей, по сравнению с сельским населением, дает основание причислить хронические дерматозы к «болезням цивилизации». В настоящее время сохраняется проблема недостаточного ответа на терапию, периодов частых обострений, связанных с неадекватным лечением, несмотря на то, что разработаны эффективные программы лечения хронических дерматозов. По мнению авторов, одним из выходов из сложившейся ситуации служит налаживание четкого взаимодействия между врачами первичного звена, включая врачей общей практики, и врачами-специалистами при выявлении хронического кожного заболевания с момента предъявления жалоб пациента врачу общей практики с последующим направлением в специализированное кожно-венерологическое медицинское учреждение с последующей постановкой на учет с назначением соответствующего лечения. В настоящее время проводится работа по увеличению результативности такого взаимодействия, развиваются и внедряются новые модели организации медицинской помощи, повышается качество медицинской помощи. Однако, ещё требуется совершенствование и разработка новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторного звена, а

также в профилактике хронических заболеваний. Большое значение в профилактике хронических дерматозов имеет формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни. В литературных работах указывается на необходимость своевременного обращения к специалисту, выполнения всех назначений врача, отказ от пропуска лекарств и самолечения, получения должной информации о лекарственных средствах от врача.

Оценка динамики и тенденций показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве свидетельствует о разнородных тенденциях: в ЦФО отмечается некоторое снижение данных показателей, особенно по первичным обращениям, при этом отмечается рост показателей общей заболеваемости в г. Москве. По всем прогнозируемым территориям получена линия тренда со среднесрочным прогнозом на 5 лет, не учитывающая ситуацию с обращаемостью за специализированной медицинской помощью по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки ввиду резко снижения количества обращений в период пандемии COVID-19.

Полученная в ходе исследования медико-социальная характеристика пациентов с ХД позволила выявить некоторые особенности: пациенты отличаются хорошими и удовлетворительными материальными и жилищно-бытовыми условиями; трудовая деятельность пациентов связана с умственными трудом и вынужденными положением сидя, работой в дневное время с продолжительностью рабочего дня 8 и более часов, а также двумя выходными. Отмечено наличие отрицательных медико-социальных факторов, способных негативно влиять на длительность и течение хронических заболеваний кожи: низкая физическая активность, недостаточное выполнение профилактических мероприятий и основных аспектов здорового образа жизни, наличие нервного напряжения и

конфликтные ситуации в семье. Выявлены такие особенности пациентов с ХД, как позднее обращение или необращение к врачу в случае обострения заболевания; невыполнение назначений врача в полном объеме из-за нехватки времени или высокой стоимости ЛС; повышение тенденции к самолечению и высокая частота получения информации о лечении из перечня ранее назначенных препаратов и домашних средств; недостаточный объем оказания помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

Данные корреляционного анализа подтверждают существенный вклад в течение и развитие ХД у пациентов таких социально-средовых факторов, как жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, продолжительность рабочего дня, регулярное употребление овощей и фруктов, взаимоотношения в семье, отсутствие свободного времени, а также медицинских факторов – наличие консультаций и обследования на уровне первичного медико-санитарного звена.

В результате исследования выявлено, что нагрузка пациентами с заболеваниями кожи на большую часть врачей общей практики минимальна. Большинство врачей общей практики направляет к врачу-дерматологу до 10-ти пациентов в месяц, с такой же частотой респонденты направляли больных дерматологу, работая в качестве участковых терапевтов. При этом, чем выше частота обращения пациентов с заболеваниями кожи, тем большая доля врачей ведет часть таких пациентов самостоятельно.

Половина врачей всегда назначают пациентам обследование до направления к дерматологу, треть – всегда самостоятельно назначают больным лечение. При увеличении частоты обращений пациентов возрастает доля врачей, всегда назначающих лечение самостоятельно. Об уверенности в самостоятельной диагностике и лечении пациентов с заболеваниями кожи заявляет всего треть респондентов. При этом более двух третей врачей, не уверенных в диагностике и лечении больных занимаются этим самостоятельно.

Доля врачей, к которым пациенты после консультации дерматолога возвращаются, максимальна среди всегда назначающих обследование до консультации. Эта доля увеличивается с ростом объема общего врачебного стажа.

В целом отмечается низкая активность врачей общей практики в самостоятельном ведении больных с заболеваниями кожи и, как следствие, перенос этой нагрузки на врачей-дерматологов. Внушает опасения также низкая уверенность врачей в диагностике и лечении таких пациентов. В связи с этим можно заключить, что в настоящее время врачи общей практики не выполняют свои функции при обращении к ним пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки.

На основании проведенного комплексного обзора литературных данных по проблеме ХД, изучения динамики и тенденций показателей заболеваемости, социально-гигиенической характеристики, анализа существующей системы оказания медицинской помощи больным на амбулаторно-поликлиническом этапе исследования и оценки полноты выполнения врачами общей практики своих функций сформулированы предложения для практического здравоохранения по повышению эффективности организации медицинской помощи данной категории пациентов в условиях развития общей врачебной практики.

ВЫВОДЫ

1. За период 2011-2020 гг. отмечаются различные тенденции показателей общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве. В ЦФО за период 2011-2019 гг. произошло уменьшение первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки на 11,3%, по г. Москве – на 2,9%. Значительное уменьшение данного показателя в 2020 году (темп роста по ЦФО составил 85,9%, по г. Москве – 85,1%) обусловлено снижением числа обращений населения за медицинской специализированной помощью ввиду ограничений в период пандемии COVID-19. Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки за период 2011-2020 гг. в ЦФО снижалась, в г. Москве, наоборот, увеличивалась с наибольшей интенсивностью в период 2014-2015 г., достигнув к 2019 г. 5038,0 обращений на 100 000 чел. населения, что составило рост показателя на 1,7% по сравнению с 2011 годом. Для прогностических значений на 5-летний период по изменению показателя общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в ЦФО и г. Москве характерны противоположные тенденции: снижение данного показателя в ЦФО и, наоборот, увеличение повторных обращений по поводу имеющихся диагнозов по г. Москве.
2. Среди выявленных современных проблем организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики остается налаживание четкого взаимодействия между врачами первичного звена, включая врачей общей практики, и врачами-специалистами при выявлении хронического кожного заболевания. Требуется совершенствование и разработка новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторного звена, а также в профилактике хронических заболеваний.

3. Выявлены медико-социальные и поведенческие характеристики пациентов с хроническими дерматозами, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики. Медико-социальная характеристика пациентов с ХД позволила выявить некоторые особенности: пациенты отличаются хорошими и удовлетворительными материальными и жилищно-бытовыми условиями; трудовая деятельность большинства пациентов связана с умственным трудом и вынужденным положением сидя, работой в дневное время с продолжительностью рабочего дня 8 и более часов, а также двумя выходными. Выявлены такие особенности пациентов с ХД, как позднее обращение или необращение к врачу в случае обострения заболевания; невыполнение назначений врача в полном объеме из-за нехватки времени или высокой стоимости ЛС; повышение тенденции к самолечению и высокая частота получения информации о лечении из перечня ранее назначенных препаратов и домашних средств.
4. Анализ влияния медико-социальных факторов на показатели оценки организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики позволил установить зависимости характера амбулаторно-поликлинического лечения пациентов с ХД от некоторых наиболее значимых медико-социальных факторов, и, прежде всего, от уровня жилищно-бытовых условий и материальной обеспеченности, длительности рабочего дня. Пациенты с ХД, имеющие хороший уровень материальной обеспеченности, обращаются за медицинской помощью в более короткие сроки с момента манифестации первых клинических проявлений и суммарная частота первого обращения в течении 6 месяцев после начала заболевания составляет 70,2% в данной группе. Большинство пациентов (69,4%), длительность рабочего дня которых не превышает 6 часов, обращаются за медицинской помощью при появлении первых симптомов заболевания в первые 6 месяцев.

Большая часть пациентов (66,8%), которые имели хорошие жилищно-бытовые условия, полностью выполняли назначения врача.

5. При изучении мнения врачей общей практики об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами и полноты выполнения своих функций установлено, что с увеличением частоты обращения пациентов возрастают доли врачей, всегда самостоятельно назначающих лечение больным с дерматозами, и доли врачей, никогда этого не делающих, а доля врачей, иногда назначающих лечение самостоятельно, наоборот, сокращается ($p=0,025$); при этом 84,2% врачей, не уверенных в диагностике и лечении, все-таки самостоятельно назначают лечение. Возвращение пациентов к врачам общей практики после консультации дерматолога отмечено лишь в 37,9% случаев. Доля врачей, к которым пациенты после консультации дерматолога возвращаются, максимальна среди всегда назначающих обследование до консультации. Эта доля увеличивается с ростом объема общего врачебного стажа. В целом отмечается низкая активность врачей общей практики в самостоятельном ведении больных с заболеваниями кожи.
6. На основании медико-социальной характеристики пациентов с хроническими дерматозами и анализа мнения об организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами, как пациентам, так и врачам общей практики разработаны предложения по совершенствованию медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Органам управления здравоохранения при организации мероприятий по укреплению общественного здоровья включать в программу вопросы санитарно-гигиенического просвещения населения о заболеваниях кожи и

подкожной клетчатки с целью первичной профилактики хронических дерматозов.

Врачам общей практики при сборе анамнеза на догоспитальном этапе при первичном обращении пациента с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки целесообразно учитывать сведения о наследственной отягощенности по кожным заболеваниям в семье, возраст пациента, отсутствие сезонности заболевания, социально-бытовые условия и материальное обеспечение семьи, уровень полученного образования, социальную принадлежность и условия работы.

Образовательным организациям, осуществляющим подготовку кадров высшей квалификации по программам ординатуры и слушателей факультета дополнительного образования включить вопросы по эпидемиологии, этиопатогенезу ХД, а также особенностям организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в учебный курс программ подготовки врачей первичного звена здравоохранения, включая врачей общей врачебной практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаменко, А.Д. Методологические аспекты клинико-экспертного заключения при освидетельствовании призывников с болезнями дерматовенерологического профиля / А.М. Адаменко, Е.В. Василевская // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. - №5. – С.117-121.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни. – 2-е изд. / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. – М.: Мед. лит., 2009. – 672 с.
3. Алгоритм идентификации этиологии торпидных форм атопического дерматита // Ю.В. Максимова, Е.В. Свечникова, В.Н. Максимов и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - №3. – С.61-66.
4. Белоусова, Т.А. Топические стероиды в современной клинической практике /Т.А. Белоусова, М.В. Горячкина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – №4. – С.83-88.
5. Белоусова, О.В. Исследование социального статуса потребителей лекарственных средств, применяемых для лечения атопического дерматита / О.В. Белоусова, Е.А. Белоусов, О.В. Герасимова // Молодой ученый. – 2016. – №14. – С. 212-214.
6. Бильдюк, Е.В. Качество жизни больных до и после лечения в условиях дерматовенерологического стационара / Е.В. Бильдюк, Л.А. Юсупова // Лечащий Врач. – 2016. – №11. – С. 17-21.
7. Болевич, С.Б. Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез / С.Б. Болевич, А.А. Уразалина// Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. – 2013, №2(42) – С.202-206.
8. Бутарева, М.М. Стационарозамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации / М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №4. – С.23-29.
9. Вирусология и фитотерапия псориаза: руководство по клинической фитотерапии / В.Ф. Корсун, А.А. Кубанова, Е.В. Корсун – Спб.: «Изд-во Н-Л», 2009. – 368 с.

10. Влияние течения хронических дерматозов на качество жизни пациентов / А.Н. Беловол, А.А. Береговая, Н.Л. Колганова, В.Б. Кондрашова // Дерматология та венерология. – 2012. – №2. – С.27-35.
11. Волкославская, В.Н. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2012. – №1. – С. 19-22.
12. Вострикова, С.А. Медико-социальная характеристика детей с атопическим дерматитом / С.А. Вострикова, Н.И. Пенкина, Н.М. Попова, М.А. Иванова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. - №3. – С.1-15.
13. Вялов, С.С. Коррекция кожного зуда у пациентов с зудящими дерматозами, сенильным и идиопатическим зудом / С.С. Вялов, Г.А. Дроздова // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – №3. – С.40-48.
14. Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша, осложненный тромбозом глубоких вен нижних конечностей / Е.А. Бахлыкова, Н.Н. Филимонкова, С.А. Матусевич и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №1. – С.39-43.
15. Глазкова, А.К. Нозогении в дерматологической практике: пути коррекции. / А.К.Глазкова, Н.В.Волкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – №4. – С.46-51.
16. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. – М., Практика, 1998 – 459 с.
17. Гришаева, Е.В. Организация и оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным хроническими дерматозами в Уральском НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии // Е.В. Гришаева, М.М. Кохан, Ю.В. Кениксфест // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. – № 3. – С. 74-80.

18. Дерматовенерологическая помощь: стратегические и правовые ориентиры / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, В.А. Игликов, М.М. Кохан. Екатеринбург: Изд-во «VIP-Урал», 2012. – 260 с.
19. Дурдыева, М.М. Социальные аспекты состояния здоровья больных псориазом / М.М. Дурдыева, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2008. – №2. – С. 5-7.
20. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). Численность врачей всех специальностей (физических лиц) в организациях, оказывающих медицинские услуги населению, на конец отчетного года [Электронный ресурс] // Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС): [сайт]. URL: <https://fedstat.ru/indicator/31547> (дата обращения 15.07.2019)
21. Ермошина, Е.А. Анализ заболеваемости дерматозами с временной утратой трудоспособности в амбулаторно-поликлинических условиях / Е.А. Ермошина, Д.Б. Сонин // 3-й Всерос. конгр. дерматовенерологов. Казань, 2009. Режим доступа: <http://www.dermatology.ru/collections/analiz-zabolevaemosti-dermatozami-s-vremennoi-utratoi-trudosposobnosti-v-ambulatorno-pol> (дата обращения 14.02.2018)
22. Есипова, Е.А. Динамика психологического статуса у больных экземой на фоне традиционной терапии / Е. А. Есипова, Ю. Е. Харахордина, Н. Е. Шварц [и др.] // Актуальные вопросы современной медицины: Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием, Екатеринбург, 03 марта 2014 года / Некоммерческое партнёрство «Инновационный центр развития образования и науки». – Екатеринбург: Инновационный центр развития образования и науки, 2014. – С. 100-102.

23. Ефименко, С.А. Социально-экономическое значение здоровья трудоспособного населения / С.А. Ефименко // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 17–24.
24. Жильцова, Е.Е. Удовлетворенность больных хроническими дерматозами получаемой медицинской помощью / Е.Е. Жильцова, Л.Р. Чахоян, О.Е. Коновалов, М.А. Ходорович // Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6, № 4. – С. 168-173.
25. Зудин, А.Б. Совершенствование организации и оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами / А.Б. Зудин, Л.Р. Чахоян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. - № 3. – С. 433- 437
26. Иванова, М.А. Нормирование труда в дерматовенерологической помощи в условиях внедрения эффективного контракта / М.А. Иванова, Т.А. Соколовская // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №.6 – С.4-7.
27. Каверина, Е.В. Медико-социальные основы организации медицинской помощи больным с хроническими кожными заболеваниями на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения: монография / Е.В. Каверина, А.В. Фомина. – М.: РУДН, 2017. – 195 с.
28. Каюмова, Л.Н. Генетические и эпигенетические факторы развития некоторых иммунозависимых дерматозов / Л.Н. Каюмова, А.Б. Ханбабян, С.А. Брусникин, Н.Г. Кочергин, О.Ю. Олисов // Доктор.Ру. Аллергология Дерматология. – 2013. – №4 (82). – С.40-46.
29. Кенигсфест Ю.В., Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Сазонов С.В. Атопический дерматит: иммуноморфологические особенности кожи у больных с различными вариантами клинического течения // Практическая медицина. – 2009. –№5(37). – С.56-59.
30. Кимбол, А.Б. Псориаз. Серия 100 вопросов к врачу / А.Б. Кимбол, К.Г. Бергстем. // Пер. с англ. М. М. Виноградовой под редакцией Н. А.

- Михайловой и канд. биол. наук Е. Р. Тимофеевой – М., «Практика». – 2007. – 152 с.
31. Клинико-эпидемиологические и гендерные характеристики псориаза в республике Башкортостан / Н.В. Кунгуров, Б.Г. Латыпов, Ф.Х. Камилов [и др.] // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – №6. – С.9-13.
 32. Клинические случаи сочетанных заболеваний. Псориаз и атопический дерматит // Г.С. Кудлинская, И.В. Хамаганова, О.Н. Померанцев [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – №4. – С.22-26.
 33. Кожные и венерические болезни / Под ред. О. Л. Иванова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина» – 2007. – 336 с.
 34. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 544 с.
 35. Кондратьева, Ю.С. Топическая терапия аллергических дерматозов лица / Ю.С. Кондратьева, Т.Н. Шепилева, Е.А. Субботин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – №5. – С.109-115.
 36. Коновалов, О.Е. Динамика и тенденции заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Москвы, ЦФО И РФ / О.Е. Коновалов, Л.Р. Чахоян, Е.Е. Жильцова // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2019.- № 4. – С. 26-29.
 37. Кочергин Н.Г. Современный взгляд на проблему выбора лекарственной формы наружной терапии. / Н.Г. Кочергин, Д.Д.Петрунин // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – №6. – С.78-86.
 38. Круглова, Л.С. Поливалентные бактериофаги: перспективы применения в дерматологии / Л.С. Круглова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №1. – С.79-84.
 39. Кубанов, А.А. Российский регистр больных хроническими заболеваниями кожи /А.А. Кубанов, А.А. Алмазова, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – №3. – С.16-20.

40. Кубанова, А.А. Повышение качества дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в рамках реализации государственных программ / А.А. Кубанова, Л.И. Тихонова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2004. – №3. – С. 13-14.
41. Кунгуров, Н.В. Организационные аспекты оказания специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров, Ю.В. Кениксфест, Н.В. Зильберберг, М.В. Пазина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – №5. – С. 22-28.
42. Кунгуров, Н.В. Опыт организации системы контроля и управления качеством и доступностью специализированной медицинской помощи в Уральском федеральном округе / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг, М. А. Уфимцева, В. А. Игликов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 58. – № 1. – С. 20-26.
43. Лезвинская, Е.М. К вопросу о трансформации псориаза в Т-клеточную злокачественную лимфому кожи: клинические наблюдения / Е.М. Лезвинская, Е.Д. Нефедова, Л.Б. Важбин, Н.В. Махнеева / Клиническая дерматология и венерология. – 2014. - №2. – С.55-60.
44. Липова, Е.В. Адьювантная терапия хронических дерматозов, протекающих на фоне патологии желудочно-кишечного тракта / Е.В. Липова, А.Б. Яковлев // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - №5. – С.146-151.
45. Малишевская, Н.П. Состояние заболеваемости и диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами населения Свердловской области / Н.П. Малишевская, М.В. Пазина // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – №6. – С. 62–68.
46. Мартин, М. Реформа больниц в новой Европе. / М. Мартин, Х. Джудит – Москва: Весь Мир. – 2003. – 319 с.

47. Матушевская, Е.В. Эффективность и безопасность микронизированных лекарственных препаратов и их применение в дерматологической практике / Е.В. Матушевская, Е.В. Свиршевская // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №5. – С.4-10.
48. Место ультразвуковой диагностики при псориатическом артрите у детей / С.Н. Чебышев, Н.А. Геппе, А.В. Мелешкина и др. // Лечащий врач. – 2015. – №8. – С.54-56.
49. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при atopическом дерматите. Приложение к приказу № 770н.
50. Министерство здравоохранения Российской Федерации Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах atopического дерматита, резистентного к другим видам системной терапии. Приложение к приказу N 1588н
51. Мишина, О.С. Анализ заболеваемости псориазом и псориатическим артритом в Российской Федерации за 2009–2011 гг. / О.С. Мишина, А.С. Дворников, Е.В. Донцова // Дерматология. – 2013. – Т.82. – № 4. – С. 52–55.
52. Морозова, Е.В. Анализ междисциплинарной работы в рамках реализации мероприятий по диспансеризации пациентов дерматовенерологического профиля / Е.В. Морозова, О.Б. Чертухина // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. – Т.4. – № 5. – С. 1517–22.
53. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы. Порядок предоставления дерматовенерологической помощи, Приказ № 255 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.mosderm.ru/uploads/gazeta/Dermatolog_No.7.pdf.

54. Мутации в гене филаггрина и атопический дерматит / Ю.В. Максимова, Е.В. Свечникова, В.Н. Максимов, С.Г. Лыкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – №3. – С.58-62.
55. Наумченко, М.А. Оценка эффективности иммунокорректирующей терапии больных атопическим дерматитом / М.А. Наумченко, К.И. Разнатовский // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №2. – С.60-65.
56. Нелюбова О.И. Региональные особенности заболеваемости псориазом и псориатическим артритом / О.И. Нелюбова, Г.Ю. Сазанова, О.П. Раздевилова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 14, № 4. – С. 724-727.
57. Нолте Е., Мартин М. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиции системы здравоохранения: ВОЗ. – 2011. – 237 с.
58. О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. №84 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51982/68f8050329c552b9c0c135bcbe49c26d742b398f/
59. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 августа 1992 г. №237 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/e9c34b4a266d08e8cec7b516687f8582d2fcbde8/
60. О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября

- 2002 г. №350 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс».
Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40057/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddf518/
61. Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 1999 г. №463 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=288224#7uMlaLTEUnIkw9tp>
 62. Особенности наружной терапии атопического дерматита в современной интерпретации / О.В. Жукова, Л.С. Круглова, Р.И. Пташинский, С.А. Масюкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №6. – С.103-107.
 63. Пантелеева, Г.А. Клинические примеры редкого сочетания дерматозов / Г.А. Пантелеева, И.В. Суздальцева, Т.С. Гончаренко // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. - №4. – С.21-25.
 64. Пегано Дж. О. А. Лечение псориаза – естественный путь. – М.: ФОЙЛИС, 2010. – 248 с.
 65. Перламутров, Ю.Н. Совершенствование терапии распространенных дерматозов у больных с нарушениями в психоэмоциональной сфере / Ю.Н. Перламутров, К.Б. Ольховская, А.О. Ляпон // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – №6. – С.119-124
 66. Перламутров, Ю.Н. Новые перспективы терапии атопического дерматита / Ю.Н. Перламутров, В.Ю. Пестова, К.Б. Ольховская // Доктор.Ру. Аллергология Дерматология. – 2013. – №4 (82). – С.46-49.
 67. Перламутров, Ю.Н. Пути повышения эффективности системной терапии псориаза / Ю.Н. Перламутров, К.Б. Ольховская // Доктор.Ру. Аллергология Дерматология. – 2014. – №5 (93). – С.44-46.

68. Персати, М.А. Психоэмоциональный статус у больных с хроническими дерматозами / М.А. Персати // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. №5. – С.579-579.
69. Пешкова, Г.И. Растения в домашней косметике и дерматологии. Справ. / Г.И. Пешкова, А.И. Шретер. – М.: Изд. Дом МСП, 2001. – 688 с., с.178-187.
70. Пивень, Е.А. Гигиеническая характеристика больных хроническими дерматозами с различной тяжестью течения заболевания / Е.А. Пивень, Н.П. Пивень // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 1. – С. 55-61.
71. Пивень, Е.А. Анализ распространенности сопутствующей патологии среди населения города Москвы, страдающего хроническими дерматозами / Е.А. Пивень, Н.П. Пивень, Н.С. Манякина // Земский врач. – 2014. – №2(23). – С.45-46.
72. Пивень, Н. П. Качество жизни пациентов с хроническими дерматозами / Н. П. Пивень, Е. А. Пивень // Дерматология в России. – 2017. – № S1. – С. 79-80.
73. Пивень, Н.П. Характеристика распространенности хронических дерматозов в Москве / Н.П. Пивень, Е.А. Пивень // Вестник РУДН. Медицина. – 2004. – Т. 26. – № 2. – С. 83–88.
74. Позднякова М.А. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди жителей Нижегородской области по данным эпидемиологического мониторинга / М.А. Позднякова, С.О. Семисынов, А.А. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, № 1. – С. 3-6.
75. Полиморфизм некоторых генов иммунного ответа при atopическом дерматите / Ю.В. Максимова, Е.В. Свечникова, В.Н. Максимова и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №5. – С.24-27.
76. Померанцев, О.Н. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема / О.Н. Померанцев, Н.Н.

- Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – №6. – С.4-6.
77. Постановление Правительства РФ от 24.12.2015 №949 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год».
 78. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
 79. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 №1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества безопасности медицинской деятельности».
 80. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
 81. Правительство Российской Федерации. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/media/files/z4YWAmlKswA.pdf>.
 82. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.10.2012 №1090 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.11.2009 №1400».
 83. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.09.2012 № 988 «О порядке госпитализации больных дерматовенерологического профиля в специализированные стационары Департамента здравоохранения города Москвы».
 84. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.07.2012 №660 «О порядке организации медицинского обслуживания на дому пациентов, нуждающихся в специализированной (дерматовенерологической) помощи в г. Москве».

85. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 02.10.2013 № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».
86. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 31.01.1995г. №448 «О Московских городских стандартах амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для взрослого населения».
87. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2010 №243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».
88. Приказ № 834 от 26.11.2015 «О порядке оказания дерматовенерологической помощи в филиалах ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии». Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг».
89. Практикум по дерматовенерологии: учеб. пособие / Под ред. А.Л. Тищенко. – 4-е изд. – М.: РУДН, 2009. – 217 с.
90. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема / М.М. Глиш, М.И. Карташевская, Е.О. Бойко, О.Г. Зайцева // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – №2. – С.104-109.
91. Путырский, И. Здоровая кожа и растительные средства / И. Путырский, В. Прохоров. – М.: Махаон; Мн.: Книжный дом, 2000. – 192 с.
92. Распространенность генетических факторов риска псориаза среди населения Российской Федерации /А.А. Кубанов, А.А. Кубанова, А.Э. Карамова, А.А. Минеева// Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – №6. – С.69-76.
93. Распространенность токсигенных штаммов Staphylococcus Aureus при атопическом дерматите / А.Ф. Шамсутдинов, Ю.А. Тюрин, А.А. Ризванов, А.А. Шарифуллина // Практическая Медицина. – 2016. – №3(95). – С.68-72.

94. Роль инфекции в патогенезе аллергодерматоза / Е.В. Свиршевская, Е.В. Матушевская, Д.Б. Чудаков, Ю.И. Матушевская // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №2. – С.4-10.
95. Роль очагов инфекции при различных кожных заболеваниях / А.В. Патрушев, А.В. Сухарев, А.М. Иванов, А.В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – №5. – С.34-41.
96. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом [Электронный ресурс]. URL: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/.
97. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом [Электронный ресурс]. URL: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/.
98. Снарская, Е.С. Парадигма топической терапии ксероза кожи при атопии/ Е.С. Снарская, А.Е. Богадельникова // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – №2. – С.116-122.
99. Соколова, Т.В. Этиопатогенетические аспекты экзогенной и эндогенной форм атопического дерматита. Случаи из практики и диагностические ошибки / Т.В. Соколова, Л.А. Сафронова, Е.В. Панкратова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №3. – С.76-84.
100. Стандарты медицинской помощи [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>.
101. Стародубов, В.И. Принципы организации медицинской и социальной помощи населению на основе модели «сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» (на примере больных псориазом) / В.И. Стародубов, О.С. Мишина, А.С. Дворников // Социальные

- аспекты здоровья населения. – 2015. – №3. Режим доступа:
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/676/30/lang,ru/>
102. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007.– 264 с.
103. Соловьева, С.Ю. Медицинская помощь пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики / С.Ю. Соловьева, А.В. Фомина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –2018. –Т. 26, № 5. –С. 317-319. DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-317-319
104. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – 2-е, исправленное и дополненное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. – 544 с.
105. Трофимова, И.Б. Повышение эффективности патогенетической терапии псориаза с помощью инфузионных сукцинатсодержащих растворов / И.Б. Трофимова, Е.Е. Константинова, З.Я. Фаттахетдинова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – №5. – С.141-145.
106. Угай, В.Г. Новые подходы к иммуномодулирующей терапии больных нуммулярной экземой / В.Г. Угай, В.Ю. Уджуху, Н.Н. Потеев // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – №4. – С.42-45.
107. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2012 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8029-statisticheskaya-informatsiya-2012>.
108. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом / А.Л. Бакулев, Л.Ф. Знаменская, М.М. Хобейш, О.Ю. Олисова // Российское общество дерматовенерологов и косметологов, Москва, 2013.

109. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазическим артритом/ А.Л. Бакулев, Е.Л. Насонов, Т.В. Коротаева и др. // Российское общество дерматовенерологов и косметологов, Москва, 2013.
110. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом / В.В. Чикин, Л.Ф. Знаменская, К.Н. Монахов и др.// Российское общество дерматовенерологов и косметологов, Москва, 2013.
111. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных экземой/ В.А. Охлопков, О.В. Правдина, Е.Ю. Зубарева// Российское общество дерматовенерологов и косметологов, Москва, 2013.
112. Федеральный закон от 31.03.2010 №61-ФЗ (ред. от 14.12.2015) «Об обращении лекарственных средств».
113. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
114. Федеральный справочник. Здравоохранение России: [информационно-аналитическое издание]; Т. 14 / Центр стратегического партнерства. – М.: НП «Центр стратегического партнерства», 2014. – 412 с.
115. Федеральный справочник. Здравоохранение России: [информационно-аналитическое издание]; Т. 15 / Центр стратегического партнерства. – М.: НП «Центр стратегического партнерства», 2014. – 432 с.
116. Федеральный справочник. Здравоохранение России: [информационно-аналитическое издание]; Т. 16 / Центр стратегического партнерства. – М.: НП «Центр стратегического партнерства», 2015. – 360 с.
117. Филимонкова, Н.Н. Комбинированная топическая терапия хронических дерматозов / Н.Н. Филимонкова, Е.А. Бахлыкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – №3. – С.147-152.
118. Фомина, А.В. Медико-социальная характеристика пациентов с хроническими дерматозами / А.В. Фомина, С.Ю. Соловьева // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. URL:

<http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27064> (дата обращения 15.04.2022)

119. Шагалина, А.У. Профессиональные заболевания кожи у работающих в контакте с производственными аллергенами в Республике Башкортостан / А. У. Шагалина, Т. П. Тихонова, А. С. Хафизова, С. Х. Чурмантаева // Медицина труда и экология человека. – 2015. – № 2. – С. 45-49.
120. Шагиева, Д.Р. Индивидуальный прогноз риска возникновения хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами по комплексу медико-биологических факторов / Д.Р. Шагиева, Л.А. Юсупова, Ф.Ф. Гатин // Практическая медицина. – 2011. – №2. – С.51-53.
121. Ярмолик, Е.С. Роль хеликобактерной инфекции в развитии хронических кожных заболеваний // Журнал ГГМУ. – 2012. – № 4. – С. 18–22.
122. Akiyama, M. FLG mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema: spectrum of mutations and population genetics / M. Akiyama // Br. J. Dermatol. – 2010. – Vol.162. – №3. – P. 472-7.
123. Alsaad, K.O. My approach to superficial inflammatory dermatoses / K.O. Alsaad // J. Clin. Pathol. – 2005. – Vol.58. №12. – P.1233-1241.
124. Altomare, G. et al. Cyclosporine in psoriasis: comparison of a 25-year real world Italian experience to current European guidelines / G. Altomare et al. // G. Ital. Dermatol. Venereol. – 2016. – Aug; 151(4). – P. 432-435.
125. Amer, M.A. et al. Lichen planus and hepatitis C virus prevalence and clinical presentation in Egypt / M.A. Amer et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2007. – Vol.21. №9. – P. 1259-60.
126. Bergboer, J.G.M. Genetics of Psoriasis: Evidence for Epistatic Interaction between Skin Barrier Abnormalities and Immune Deviation / J.G.M. Bergboer, P.L.J.M. Zeeuwen, J. Schalkwijk // J. Invest. Dermatol. – 2012. – Vol.132. №10. – P. 2320-2331.

127. Çakmur, H. The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey / Hülya Çakmur, Emine Derviş // *European Journal of Dermatology* – 2015. – Volume 25, numéro 2, April. – P.169-176. DOI : 10.1684/ejd.2014.2511
128. Carretero, G. et al. Guidelines for the use of acitretin in psoriasis. Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology / G. Carretero et al. // *Actas Dermosifiliogr.* – 2013. – Vol.104, №7. – P. 598-616.
129. Chandra, A. et al. Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis / A. Chandra et al. // *Mol. Immunol.* – 2015. – Vol.64, №2. – P. 313–23.
130. Compton, J.G. et al. Mapping of the associated phenotype of an absent granular layer in ichthyosis vulgaris to the epidermal differentiation complex on chromosome 1 / J.G. Compton et al. // *Exp. Dermatol.* – 2002. – Vol.11, №6. – P.518-26.
131. Confino-Cohen, R. et al. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study / R. Confino-Cohen et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2012. – Vol.129, №5. – P. 1307-13.
132. Eichenfield, L.F. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis / L.F. Eichenfield et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2014. – Vol.70, №2. – P. 338-51.
133. Eichenfield, L.F. и др. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies / L.F. Eichenfield et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2014. – Vol.71, №1. – P. 116-32.
134. Eyrech, R. Immunology of atopic eczma: overcoming the Th1/Th2 paradigm / R. Eyrech, N. Novak // *Allergy.* – 2013. – №68. – P.974-982.
135. Extrinsic and intrinsic types of atopic dermatitis/ Tokura Y. et al.// *J Dermatol Sci.* – 2010. – №58 (1). – P.1-7.

136. Ferrándiz, C., Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics / C. Ferrándiz, J.M. Carrascosa, M. Toro // *Actas dermo-sifiliográficas*. 2014. – Vol.105, №5. – P. 504-509.
137. Filipiak-Pittroff, B. et al. Predictive value of food sensitization and filaggrin mutations in children with eczema / B. Filipiak-Pittroff // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011. – Vol.128, №6. – P.1235-1241.
138. Gao, P.-S. et al. Filaggrin mutations that confer risk of atopic dermatitis confer greater risk for eczema herpeticum / P.-S. Gao et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2009. – Vol.124, №3. – P.507-513.
139. Glinski, W. Atopic dermatitis: pathogenesis and treatment-international principle / W. Glinski // *Pneumonol. Alergol. Pol.* – 2002. – Vol.70, Suppl. 1. – P.39-40.
140. Gu, H. et al. Association between *Helicobacter pylori* Infection and Chronic Urticaria: A Meta-Analysis / H. Gu // *Gastroenterol. Res. Pract.* – 2015. №32. – P. 1-9.
141. Gudjonsson, J.E. Psoriasis: epidemiology / J.E. Gudjonsson, J.T. Elder // *Clin. Dermatol.* – 2007. – Vol.25, №6. – P. 535-546.
142. Guttman-Yassky, E. Contrasting pathogenesis of atopic dermatitis and psoriasis -Part I. Clinical and pathologic concepts. / Guttman-Yassky E., Nograles K.E., Krueger J.G. // *J Allergy Clin Immunol.* – 2011. – №127. P.1110-1118.
143. Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles/ Takahashi H. et al. // *J Dermatol.* – 2013. – №40 (5). – P. 370-373. doi: 10.1111/1346-8138.12087
144. Jeziorkowska, R. Topical steroid therapy in atopic dermatitis in theory and practice / Jeziorkowska R., Sysa-Jędrzejowska A., Samochocki Z. // *Author Inform.* – 2015. – Jun. №32 (3). – P.162-166. doi: 10.5114/pdia.2014.40962
145. Harden J.L. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review / J.L. Harden, J.G. Krueger, A.M. Bowcock // *J. Autoimmun.* – 2015. –Nov, №64. – P.66-73. doi: 10.1016/j.jaut.2015.07.008

146. Hata M. et al. Assessment of epidermal barrier function by photoacoustic spectrometry in relation to its importance in the pathogenesis of atopic dermatitis / M. Hata // *Lab. Invest.* – 2002. – Vol. 82, № 11. – P. 1451-1461.
147. Helmick, C.G. et al. Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003-2006 and 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys / C.G. Helmick // *Am. J. Prev. Med.* – 2014. – Vol. 47, №1. – P. 37–45.
148. Hsu, C.-K. et al. Analysis of Taiwanese ichthyosis vulgaris families further demonstrates differences in FLG mutations between European and Asian populations / C.-K. Hsu // *Br. J. Dermatol.* – 2009. – Vol. 161, №2. – P. 448-451.
149. Irvine, A.D. Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis / A.D. Irvine, W.H.I. McLean // *J. Invest. Dermatol.* – 2006. – Vol. 126, №6. – P.1200-1202.
150. Kapp, A. Neurodermatitis / A. Kapp, T. Werfel // *Hautarzt.* – 2006. – Vol.57, №7. – P. 566.
151. Kastelan, M. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of psoriasis / M. Kastelan // *Liječnički Vjesn.* – Vol.135, №7-8. – P.195–200.
152. Kubota, K. et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database / K. Kubota // *BMJ Open.* – 2015. – Vol.5. №1. – P. e006450. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006450
153. Küster, W. et al. A family study of atopic dermatitis. Clinical and genetic characteristics of 188 patients and 2,151 family members / W. Küster // *Arch. Dermatol. Res.* – 1990. – Vol.282, №2. – P.98-102.
154. Langen, U. Prevalence of allergic diseases in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) / U. Langen, R. Schmitz, H. Steppuhn // *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz.* – 2013a. – Vol.56, №5-6. – P.698-706.

155. Langen, U. Prevalence of allergic diseases in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) / U. Langen, R. Schmitz, H. Steppuhn // Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. – 2013b. – Vol.56, №5-6. – P.698-706.
156. Lebwohl, M. Psoriasis. / M. Lebwohl // Lancet. – 2003. – 361. – P.1197-1204.
157. Li, W. Smoking and risk of incident psoriatic arthritis in US women / W. Li, J. Han, A.A. Qureshi // Ann Rheum Dis. – 2012. – №71. – P.804-808.
158. Lowes, M.A. Immunology of psoriasis. Annu / M.A. Lowes, M. Suarez-Farinas, J.G. Krueger // Rev. Immunol. – 2014. – №32. – P.227-255.
159. Lønnberg, A.S. et al. Smoking and risk for psoriasis: a population-based twin study / A.S. Lønnberg // Int. J. Dermatol. – 2016. – Feb; №55(2). – P.e72-78. doi: 10.1111/ijd.13073
160. Ludvigsson J.F. et al. Does urticaria risk increase in patients with celiac disease? A large population-based cohort study / J.F. Ludvigsson // Eur. J. Dermatol. – 2013. – Vol.23, №5. – P. 681-7.
161. Lucky, A.W. Comparison of micronized formulation of isotretinoin gel 0,05% and tretinon gel microsphere 0,1% in young adolescents with acne: a post hoc analysis of efficacy and tolerability data / A.W. Lucky, J. Sugarman // Cutis. – 2011 – Jun, №87 (6). – P.305-310.
162. Mahboob, A. et al. Frequency of anti-HCV antibodies in patients with lichen planus / A. Mahboob // J. Coll. Physicians Surg. Pak. – 2003. – Vol.13, №5. – P. 248-251.
163. Marenholz, I. et al. The eczema risk variant on chromosome 11q13 (rs7927894) in the population-based ALSPAC cohort: a novel susceptibility factor for asthma and hay fever / I. Marenholz // Hum. Mol. Genet. – 2011. – Vol.20, №12. – P. 2443-2449.

164. Marenholz, I. Shared genetic determinants between eczema and other immune-related diseases / I. Marenholz, J. Esparza-Gordillo, Y.-A. Lee // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* – 2013. – Vol.13, №5. – P.478–486.
165. Mease, P.J. Psoriatic Arthritis: update on pathophysiology, assesment and management / P.J. Mease // *Ann Rheum Dis.* – 2011. – 70 (suppl). – P.77-84.
166. Murphy, M. The histopathologic spectrum of psoriasis / M. Murphy, P. Kerr, J. Grant-Kels // *Clin Dermatol.* – 2007. – Vol.25. №6. – P.524-528.
167. Nagao, Y. et al. Epidemiological survey of oral lichen planus among HCV-infected inhabitants in a town in Hiroshima Prefecture in Japan from 2000 to 2003 / Y. Nagao // *Oncol. Rep.* – 2007. – Vol.18. №5. – P.1177-11781.
168. Nast, A. et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. / A. Nast // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2015. – Dec; 29(12). – P.2277-2294. doi: 10.1111/jdv.13354
169. Nutten, S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors / S. Nutten // *Ann. Nutr. Metab.* – 2015. – Vol.66. №1. – P.8-16.
170. Ohtsuki, M. et al. Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2013 version) / M. Ohtsuki // *J. Dermatol.* – 2013. – Vol.40. №9. – P.683-95.
171. Oord, R.A.H.M. van den Filaggrin gene defects and risk of developing allergic sensitisation and allergic disorders: systematic review and meta-analysis / R.A.H.M. van den Oord, A. Sheikh // *BMJ.* – 2009. – Vol.339. – P. b2433.
172. Obesity in early adulthood as a risk factor for psoriatic arthritis. / R. Soltani-Arabshahi, B. Wong, B.J. Feng et al. // *Arch Dermatol* – 2010. – №146. – P.721–726.
173. Palmer, C.N.A. et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis / C.N.A. Palmer // *Nat. Genet.* – 2006. – Vol.38. №4. – P. 441-446.

174. Parisi, R. et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence / R. Parisi // J. Invest. Dermatol. – 2013. – Vol.133. №2. – P. 377-385.
175. Parisi, Rosa Symmons / Rosa Symmons Parisi, P.M Deborah. Griffiths, E.M. Christopher, M. Ashcroft Darren // Journal of Investigative Dermatology . Feb 2013. – Vol. 133. – Issue 2. – P.377-385.
176. Pesce, G. et al. Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors / G. Pesce // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – Vol.29. №6. – P. 1180-1187.
177. Probiotics and primary prevention of atopic dermatitis^ a metaanalysis of randomized controlled studies / M. Panduru, N.M. Panduru, C.M. Salavastru, G.-S. Tiplica // Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology – 2015. – Vol.29, Is.2. – P.232-242.
178. Psoriatic arthritis sine psoriasis / I. Olivieri, A.Padula, S. D'Angelo et al. // J Rheumatol. – 2009. – Suppl. – 83. – P.28-29.
179. Puig, L. et al. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of psoriasis with biologic agents, 2013. Part 1: on efficacy and choice of treatment. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology / L. Puig // Actas Dermosifiliogr. – 2013. – Vol.104. №8. – P. 694-709.
180. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Электронный ресурс] // R Development Core Team: [сайт]. [2008]. URL: <http://www.R-project.org>
181. Rodríguez, E. Genetics of atopic eczema. An update / E. Rodríguez, S. Weidinger // Hautarzt. – 2015. – Vol.66. №2. – P.84-89.
182. Rönmark, E.P. et al. Eczemaamong adults: prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden / E.P. Rönmark // Br. J. Dermatol. – 2012. – Vol.166. №6. – P. 1301-1308.

183. Rüksam, K. et al. Lichen planus and hepatitis virus infections: causal association? / K. Rüksam // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2011. – Vol.9. №6. – P. 464-468.
184. Sánchez-Regaña M. et al.. Evidence-based guidelines of the spanish psoriasis group on the use of biologic therapy in patients with psoriasis in difficult-to-treat sites (nails, scalp, palms, and soles). // *Actas Dermosifiliogr.* – 2014. – Vol. 105. № 10. – P. 923–934.
185. SchramM.E. et al. Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. // *Br. J. Dermatol.* – 2010. – Vol. 162. № 5. – P. 964–973.
186. Schuttelaar M.L.A. et al. Filaggrin mutations in the onset of eczema, sensitization, asthma, hay fever and the interaction with cat exposure. // *Allergy.* – 2009. – Vol. 64. №12. – P.1758–1765.
187. Sidbury R. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2014. – Vol. 71. № 2. – P. 327–49.
188. Silverberg J.I., Hanifin J.M. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2013. – Vol. 132. № 5. – P.1132–1138.
189. Sørensen J.A. et al. Tobacco smoking and hand eczema - is there an association? // *Contact Dermatitis.* – 2015. – Dec, 73(6). – P.326-335. doi: 10.1111/cod.12429
190. Stefanova-Petrova D. V et al. Chronic hepatitis C virus infection: prevalence of extrahepatic manifestations and association with cryoglobulinemia in Bulgarian patients. // *World J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 13. № 48. – P. 6518–6528.
191. Stemmler S. et al. Two common loss-of-function mutations within the filaggrin gene predispose for early onset of atopic dermatitis. // *J. Invest. Dermatol.* – 2007. – Vol. 127. № 3. – P. 722–724.

192. Steigleder, G.K. Eosinophilic leucocytes in the skin lesions of psoriasis and atopic dermatitis / Steigleder, G.K. and Inderwisch, R. // Arch. Dermatol. Res. – 1975. – vol. 254. – P. 253–255. DOI: 10.1007/BF00557966
193. Strohal R., Psoriasis beyond the skin: an expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common co-morbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis / R. Strohal, B. Kirby, L. Puig on behalf of the Psoriasis Expert Panel (G. Girolomoni, K. Kragballe, T. Luger, F.O. Nestle, J.C. Prinz, M. St_ahle, N. Yawalkar) // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2014. – Dec, 28(12). – P.1661-1669. doi: 10.1111/jdv.12350.
194. Sybilski A.J. et al. Atopic dermatitis is a serious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study. // Postępy dermatologii i Alergol. – 2015. – Vol. 32. № 1. – P. 1–10.
195. Systematic review, network meta-analysis and economic evaluation of biological therapy for the management of active psoriatic arthritis / Matthew Richard Cawson, Stephen Andrew Mitchell, Chris Knight, Henry Wildey, Dean Spurden, Alex Bird, Michelle Elaine Orme // BMC Musculoskeletal Disorders 2014, doi:10.1186/1471-2474-15-26.
196. The dermatological consequences of obesity. /Tobin A.M., Ahern T., Rogers S et al. // Int J Dermatol. – 2013. –№ 52(8). – P.927-932.
197. Thomas, CL , The microbiome and atopic eczema: More than skin deep. / Thomas CL , Fernández-Peñás P. // The Australasian Journal of Dermatology [2016] DOI: 10.1111/ajd.12435 Version of Record online: 28 JAN 2016
198. Thyssen J.P. et al. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. // Contact Dermatitis. – 2010. – Vol. 62. № 2. – P. 75–87.
199. Tomb, R.R. Profile of skin diseases observed in a department of dermatology (1995-2000) / Tomb RR , Nassar JS // The Lebanese Medical Journal. – 2000. – Vol. 48(5). – P.302-309.

200. Topical corticosteroid abuse on face: a prospective, multicenter study of dermatology out patients./ Saraswat A, Lahiri K, Chatterjee H, et al. // Indian J Dermatol Venereol Lepros. – 2011. – №77(2). – P.160-166. doi: 10.4103/0378-6323.77455.
201. Vinding G.R. et al. Is adult atopic eczema more common than we think? - A population-based study in Danish adults. // Acta Derm. Venereol. – 2014. – Vol. 94. № 4. – P. 480–482.
202. WAO White Book on Allergy / Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T., Lockey R.F. 2011-2012:WAO., 2011., Milwaukee., Wisconsin., USA:1-220. http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-onAllergy_web.pdf
203. Watson W., Kapur S. Atopic dermatitis // Allergy, Asthma Clin. Immunol. 2011. – Vol. 7. № Suppl 1. – P. S4.
204. Wedi B. et al. Urticaria. // J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2014. – Vol. 12. № 11. – P. 997–1007; quiz 1008–9.
205. Weigle N., McBane S. Psoriasis. // Am. Fam. Physician. – 2013. – Vol. 87. № 9. – P. 626–33.
206. Werfel T. et al. The diagnosis and graded therapy of atopic dermatitis. // Dtsch. Arztebl. Int. – 2014. – Vol. 111. № 29-30. – P. 509–520, i.
207. Zweegers J. и др. Summary of the Dutch S3-guidelines on the treatment of psoriasis 2011. Dutch Society of Dermatology and Venereology. // Dermatol. Online J. – 2014. – Vol. 20. № 3.

**АНКЕТА ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИКО-
ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ДЕРМАТОЗА**

1. Число членов Вашей семьи
2. Семейное положение:
 - не состою в браке
 - состою в браке
3. Социальное положение
 - рабочий(ая) 1
 - служащий (ая) 2
 - учащийся 3
 - пенсионер 4
4. Образование:
 - начальное 1
 - среднее 2
 - высшее 3
5. Жилищно-бытовые условия семьи:
 - хорошие 1
 - удовлетворительные 2
 - неудовлетворительные (плохие) 3
6. Материальная обеспеченность семьи:
 - хорошая 1
 - удовлетворительная 2
 - неудовлетворительная 3
7. Характер труда:
 - умственный 1
 - физический 2
 - сочетание умственного и физического труда 3
8. Режим работы:
 - в дневное время 1
 - в ночное время 2
 - посменно 3

- сутками 4
9. Продолжительность рабочего дня:
- 6 часов 1
 - 8 часов 2
 - более 8 часов 3
10. Количество выходных дней в неделю:
- один 1
 - два 2
 - без выходных 3
11. Производственные условия труда:
- работа на открытом воздухе 1
 - в производственных цехах 2
 - в бытовых, учебных и административных помещениях 3
12. Какое вынужденное положение при работе?
- преимущественно стоять 1
 - преимущественно сидеть 2
 - преимущественно ходить 3
 - поднимать и переносить тяжести 4
 - нет вынужденного положения 5
13. Какие вредные факторы имеются на работе?
14. Как часто моетесь (в день, в неделю)?
- а) в день
- б) в неделю
15. Укажите регулярность прогулок на свежем воздухе:
- ежедневно 1
 - несколько раз в неделю 2
 - реже одного раза в неделю 3
16. Где преимущественно проводите летний отдых?
- дача 1
 - в городе 2
 - море 3
17. Какие продукты употребляете чаще трех дней в неделю?
- жареные блюда 1

- копчености 2
- консервы, соления 3
- citrusовые 4
- мед 5
- овощи 6
- фрукты 7
- другие продукты 8

18. Сколько сигарет выкуриваете в день?

19. Как часто употребляете спиртные напитки?

20. Занятия спортом:

- ежедневно 1
- несколько раз в неделю 2
- реже одного раза в неделю 3

21. Как Вы оцениваете свое физическое здоровье?

- отличное или очень хорошее 1
- хорошее 2
- удовлетворительное 3
- плохое 4

22. Как Вы оцениваете свое настроение?

- большую часть времени настроение ровное и спокойное 1
- большую часть времени пребываю в состоянии нервного напряжения 2
- достаточно часто пребываю в состоянии нервного напряжения 3

23. Укажите основные типы стрессовых ситуаций, провоцирующих обострение заболевания:

- другие заболевания 1
- бытовые проблемы 2
- работа 3

24. Кто из кровных родственников имеет такое же кожное заболевание?

- отец 1
- мать 2
- оба родителя 3
- другие кровные родственники 4
- нет ни у кого 5

25. В каком возрасте появились первые признаки заболевания?

26. Укажите степень выраженности субъективных ощущений (чувство жжения, зуда, болезненности) при заболевании:

- очень сильная 1
- умеренная 2
- небольшая (слабая) 3
- практически без ощущений 4

27. В какое время года возникает обострение заболевания?

- весной 1
- летом 2
- осенью 3
- зимой 4
- без выраженной сезонности 5

28. Как влияют бытовые аллергены на заболевание?

- очень 1
- умеренно 2
- не влияют 3

29. Как влияет заболевание на занятия спортом?

- очень сильно 1
- умеренно 2
- незначительно 3
- не влияет 4

30. Как влияет заболевание на занятия учебой и выполнение повседневной работы?

- очень сильно 1
- умеренно 2
- незначительно 3
- не влияет 4

31. Как влияют заболевания на общение с семьей, друзьями и родственниками?

- очень сильно 1
- умеренно 2
- незначительно 3
- не влияет 4

32. Как Вы оцениваете взаимоотношения между членами вашей семьи?

- хорошие, дружные 1
- удовлетворительные 2
- плохие, недружные 3

33. Как члены семьи относятся к Вашему заболеванию?

- участливо 1
- сочувственно 2
- безразлично 3
- негативно 4

34. Как часто происходят конфликты в Вашей семье?

- ежедневно 1
- еженедельно 2
- ежемесячно 3
- очень редко или не происходят совсем 4

35. Как вы относитесь к конфликтам в Вашей семье?

- тяжело переживаю 1
- спокойно 2
- безразлично 3

36. Как влияют конфликты в семье на обострение Вашего кожного заболевания?

- сильно 1
- слабо 2
- практически не влияют 3

37. Удовлетворены ли Вы помощью членов семьи в Вашем лечении?

- да 1
- нет 2

38. Через сколько времени Вы обратились к врачу-дерматологу по поводу кожного заболевания после его появления?

- через 1 месяц 1
- через 6 месяцев 2
- через 1 год 3
- через несколько лет 4

39. Как Вы выполняете назначения врач

- 1 - полностью
- 2 - частично

3 - не выполняю

40. С чем связано невыполнение врачебных назначений?

- не хватает времени 1
- высокая стоимость лекарств 2
- нет полного доверия к врачу 3
- нет веры в излечение 4
- другие причины 5

41. Какие средства используете для лечения в случае необращения к врачу?

- 1 - лекарства, ранее рекомендованные врачом-дерматологом
- 2 - лекарства, рекомендованные родными, соседями
- 3 - различные домашние средства

42. Были ли на приеме у терапевта?

- 1 - да
- 2 - нет

43. Было ли проведено обследование?

- 1 - да
- 2 - нет

44. Назначалось ли лечение терапевтом?

- 1 - да
- 2 - нет

45. Через сколько дней после приема терапевта попали к дерматологу?

**АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ
ИЗУЧЕНИЯ ПОЛНОТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СВОИХ ФУНКЦИЙ**

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! АНКЕТА АНОНИМНАЯ

1. ВАШ СТАЖ РАБОТЫ

- ДО 5 ЛЕТ

- 5-10 ЛЕТ

- БОЛЕЕ 10 ЛЕТ

2. КАК ДАВНО ВЫ ВЕДЕТЕ ПРИЕМ КАК ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?

3. КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕСЯЦ

4. КАК ЧАСТО К ВАМ ОБРАЩАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ?

- 1-10

- 10-20

- БОЛЕЕ 20 В МЕСЯЦ

5. СКОЛЬКО ИЗ НИХ ВЫ НАПРАВЛЯЛИ К ДЕРМАТОЛОГУ РАНЬШЕ?

- 1-10

- 10-20

- БОЛЕЕ 20 В МЕСЯЦ

6. СКОЛЬКО НАПРАВЛЯЕТЕ ТЕПЕРЬ, КАК ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?

- 1-10

- 10-20

- БОЛЕЕ 20 В МЕСЯЦ

7. НАЗНАЧАЕТЕ ЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ НАПРАВИТЬ К
ДЕРМАТОЛОГУ?

- ДА - НЕТ - ИНОГДА

8. НАЗНАЧАЕТЕ ЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫМ
ДЕРМАТОЗАМИ?

- ДА - НЕТ - ИНОГДА

9. ВОЗВРАЩАЮТСЯ ЛИ К ВАМ ПАЦИЕНТЫ ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ
ДЕРМАТОЛОГА?

- ДА - НЕТ

10. ЧУВСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ УВЕРЕННОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ?

- ДА - НЕТ

«УТВЕРЖДАЮ»
Первый проректор,
проректор по научной работе РУДН,
д.ф.н., профессор
Н.С. Кирабаев



16 МАЯ 2017 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ в учебный процесс

- 1. Наименование предложения для внедрения:** материалы диссертационного исследования «Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики».
- 2. Авторы предложения:** Соловьева С.Ю. – аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН.
- 3. Где и когда внедрено:** используется в учебном процессе кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН при изучении разделов: «Заболеваемость населения», «Организация амбулаторно–поликлинической помощи населению».
- 4. Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности обучения студентов, ординаторов, аспирантов, детализация учебного процесса по решению актуальных задач организации медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями на основе развития общей врачебной практики.
- 5. Замечания и предложения:** нет.


Ответственный за внедрение:

Зав. кафедрой общественного здоровья,
здравоохранения и гигиены, профессор

 А.В. Фомина

Согласовано:

Начальник УОП

 О.В. Игнатьев

Адрес организации: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН)

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ФГБНУ «Национальный
НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко»
д.м.н. А.Б. Зудин
«30» сентября 2019 г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ в учебный процесс

1. **Наименование предложения для внедрения:** учебно-методическое пособие «Организация специализированной медицинской помощи (на примере дерматовенерологии)».
2. **Авторы предложения:** Каверина Е.В., Фомина А.В., Соловьева С.Ю.
3. **Где и когда внедрено:** используется в учебном процессе Центра высшего и дополнительного профессионального образования при изучении разделов: «Организация лечебно-профилактической помощи населению и функционирование основных подсистем здравоохранения», «Организация специализированной медицинской помощи населению».
4. **Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности обучения ординаторов и аспирантов, детализация учебного процесса по решению актуальных задач организации лечебно-профилактической помощи населению.
5. **Замечания и предложения:** нет.

Ответственный за внедрение:

Руководитель центра высшего и дополнительного
профессионального образования, д.м.н



Е.А. Берсенева

Адрес организации: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д.12, строение 1
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

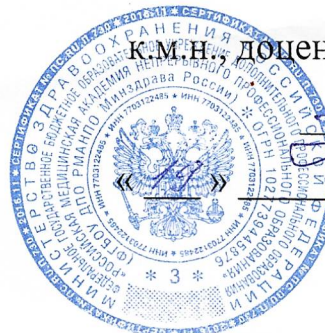
Заместитель директора

по науке и развитию

КГМА – филиала ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава России

к.м.н., доцент Г.М. Ахмедова



09 2022 г.

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
- филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения дополнительного
профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ»
(КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России)

улица Муштары, д. 11,
г. Казань, 420012.

Тел. 8(843)267-61-51, 8(843)267-61-52

E-mail: ksma.rf@tatar.ru

ОГРН 1027739445876, ОКПО 05844889, ИНН/КПП 17703122485/165543001

№ _____
На № _____ от _____

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. Наименование предложения для внедрения: учебно-методическое пособие «Организация специализированной медицинской помощи (на примере дерматовенерологии)».
2. Авторы предложения: Каверина Е.В., Фомина А.В. Соловьева С.Ю.
3. Где и когда внедрено: используется в учебном процессе кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины.
4. Результаты и эффективность внедрения: повышение эффективности обучения ординаторов и аспирантов, слушателей циклов повышения квалификации в области организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики.
5. Замечания и предложения: нет.

Ответственный за внедрение:

Заведующий кафедрой терапии, гериатрии и
семейной медицины КГМА – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
доктор медицинских наук, доцент

 А.О. Поздняк

Подпись д.м.н., доцента А.О. Поздняка заверяю:

Ученый секретарь КГМА – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
доктор медицинских наук, доцент



 Е.А. Ацель

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Клинико-диагностический центр №4
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «КДЦ №4 ДЗМ» филиал № 1)

Крылатские Холмы д.3, Москва, 121609
Телефон/факс: (495) 413-17-64/(495) 415-73-63;
<https://kdc4.mos.ru>, e-mail: kdc4@zdrav.mos.ru
ОКПО 40015968; ОГРН 1027739302326;
ИНН/КПП 7731062728/773101001

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий филиалом №1

ГБУЗ «КДЦ № 4 ДЗМ»

Чарквиани Г.Г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- 1. Наименование предложения для внедрения:** материалы диссертационного исследования «Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики».
- 2. Авторы предложения:** Соловьева С.Ю.-аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН
- 3. Где и когда внедрено:** используется в филиалом №1 ГБУЗ «КДЦ № 4 ДЗМ»
- 4. Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики в повседневной работе врачей.
- 5. Замечания и предложения:** нет

Ответственный за внедрение:

Заведующий терапевтическим отделением филиала №1 Мнацаканян Э.А.

Адрес организации: 121248, г. Москва, Кутузовский проспект, дом 14

10.10.2022г.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
**«МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»
ООСМП**

127473, Российская Федерация, город Москва, улица Селезневская, дом 20
Телефон: (499) 978-05-36, факс: (495) 952-34-43
ОКПО 05007739, ОГРН 1027700456156, ИНН/КПП 7725034169/772501001



«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий ООСМП
МНПЦДК ДЗМ

Д.Н.Серов

16.12.2019

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- 1. Наименование предложения для внедрения:** материалы диссертационного исследования «Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики».
- 2. Авторы предложения:** Соловьева С.Ю.-аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН
- 3. Где и когда внедрено:** используется в ООСМП МНПЦДК ДЗМ
- 4. Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики в повседневной работе врачей.
- 5. Замечания и предложения:** нет

Ответственный за внедрение :

Заведующий ДВО-2 Горностаева М.А.

Адрес организации: 127473 г. Москва ул. Селезневская д.20



ЭСТЕТИКА ГРУПП

КОСМЕТОЛОГИЯ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА

ООО «Эстетика Групп»
ИНН/КПП 5047216477/504701001
Россия, Московская область, г. Химки,
ул. М. Рубцовой, дом 7
8 (800) 222-17-73
+7 (495) 407-63-12
info@esthetica-group.ru



«СВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

ООО «Эстетика Групп»

К.Ю. Федотова

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

17.03.2022

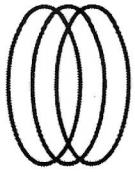
- 1. Наименование предложения для внедрения:** материалы диссертационного исследования «Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики».
- 2. Авторы предложения:** Соловьева С.Ю. - аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН.
- 3. Где и когда внедрено:** используется в работе сети медицинских клиник «Эстетика Групп», «Центр диагностики родинок».
- 4. Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики в повседневной работе врачей.
- 5. Замечания и предложения:** нет

Ответственный за внедрение:

Главный врач ООО «Эстетика Групп»

Горностаева М.А.

Адрес организации: 141410, Московская область, г. Химки, ул. М. Рубцовой, д.7, ком./пом.ХІ. Общество с ограниченной ответственностью «ЭСТЕТИКА ГРУПП»



КЛИНИКА
НИКОЛАЯ
ДОЦЕНКО

ООО «КДД»

Адрес: 119530, город Москва,
Очаковское шоссе, дом 34, этаж 1 пом II ком 2,4,5
ИНН 9729283378, КПП 7729010011

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор ООО «КДД»
Доценко Николай Александрович

14.03.2022г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- 1. Наименование предложения для внедрения:** материалы диссертационного исследования «Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики».
- 2. Авторы предложения:** Соловьева С.Ю. - аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН.
- 3. Где и когда внедрено:** используется в работе
ООО «КДД» Клиника доктора Доценко
- 4. Результаты и эффективность внедрения:** повышение эффективности организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики в повседневной работе врачей.
- 5. Замечания и предложения:** нет

Ответственный за внедрение:

Главный врач Глушков Василий Михайлович

Адрес организации: 119530, Россия, Москва, Очаковское шоссе, 34, помещение II эт I ком 2 4 5

