

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

© Татьяна Владимировна Каурова, Галина Львовна Микиртичан

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2

Контактная информация: Татьяна Владимировна Каурова — к.м.н., старший преподаватель, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: meditanika@gmail.com

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена изучению качества жизни (КЖ) подростков в возрасте 13–18 лет, страдающих хроническими дерматозами легкой и средней степени тяжести. Для этого была использована адаптированная русская версия общего опросника PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Questionnaire). Результаты показали, что все компоненты КЖ подростков с хроническими кожными заболеваниями достоверно ниже, чем здоровых сверстников; при всех кожных заболеваниях субъективные переживания выдвигаются на первый план. Было установлено, что качество жизни у подростков с хронической дерматологической патологией находится под влиянием таких факторов, как пол и нозология. Кроме того, данные опросника позволили «увидеть» систему психологической защиты подростка. Кожные заболевания, не неся реальной угрозы витальным потребностям, оказывают значительное влияние на самосознание пациента, в особенности подростка, поскольку нередко поражение захватывает такой важный орган межличностной коммуникации как лицо. Исследование КЖ детей открывает возможность комплексного анализа состояния ребенка, позволяет наряду с объективными медицинскими данными учитывать мнение самого подростка о своем благополучии, которое может отличаться от мнения лечащего врача. Таким образом, оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни; хронические дерматозы; подростки.

THE EXPERIENCE OF STUDYING QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC DERMATOSES

© Tatiana V. Kaurova, Galina L. Mikirtichan

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact information: Tatiana V. Kaurova, Department of Humanities and bioethics. E-mail: meditanika@gmail.com

ABSTRACT: The article is devoted to the study of the quality of life (QL) of adolescents aged 13–18 years, suffering from chronic dermatoses of mild and moderate form. The adapted Russian version of the General questionnaire PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Questionnaire) was used for this purpose. The results showed that all components of QL in adolescents with chronic skin diseases are significantly lower than in healthy peers; in all skin diseases subjective experiences are brought to the foreground. The quality of life in adolescents with chronic dermatological pathology was found to be influenced by factors such as gender and nosology. In addition, the data of the questionnaire allowed to «see» the system of psychological protection of the teenager. Skin diseases, not causing a real threat to vital needs, have a significant impact on the self-consciousness of the patient, especially a teenager, because often the defeat captures such an important organ of interpersonal communication as a person's face. The study of QOL of children opens up the possibility of a comprehensive analysis of the child's condition, allows along with objective medical information take into account

the opinion of teenager about his well-being, which may differ from the opinion of the attending physician. Thus the assessment of QOL made by the patient himself is a valuable and reliable indicator of his general condition.

KEY WORDS: the quality of life; chronic dermatosis; teenagers.

На современном этапе хронические дерматозы (атопический дерматит, псориаз, акне и др.) являются важной медико-социальной проблемой, актуальность которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, хроническим и рецидивирующим течением патологического процесса, нередко с развитием вторичных осложнений бактериальной и грибковой этиологии, резистентностью к традиционной терапии. Так, по данным ВОЗ и Всемирной организации по аллергии (WAO), atopический дерматит занимает четвертое место среди социально значимой медицинской патологии. Многоцентровыми исследованиями установлено, что почти 30% детского населения экономически развитых стран страдает atopическим дерматитом, который персистирует более чем у 1/3 из них и во взрослом возрасте. За последние три десятилетия число пациентов с этим заболеванием увеличилось примерно в 2–3 раза в большинстве регионов мира, что составляет серьезную проблему общественного здравоохранения, особенно в промышленно развитых странах. В РФ за последние 5 лет отмечается рост заболеваемости детей atopическим дерматитом примерно в 1,9 раза. По распространенности среди хронических дерматозов у детей псориаз занимает второе место после atopического дерматита [4, 8]. В последние годы также наблюдается рост заболеваемости детским псориазом, что с большей долей вероятности, связано с эмоционально-стрессовыми ситуациями, а также увеличение числа тяжелых, атипичных, инвалидизирующих форм заболевания [6]. Хронические дерматозы часто осложняются различной сопутствующей патологией. Все это существенно ухудшает качество жизни детей и их семей, оказывая влияние на эмоциональную, психосоциальную и финансовую сферы жизни больных детей и их семей. В зарубежной литературе хронические кожные заболевания (в особенности псориаз и atopический дерматит) рассматриваются с позиции социопатий; часто можно встретить такой термин как социальная стигматизация кожной патологии [3, 9]. Феномен «стигматизации» является частым явлением, сопутствующим дерматологическим болезням. Для пациентов стрессовым являются не только сами кожные проявления, но и реакция окру-

жающих на них. Для больных с кожными проявлениями характерны такие виды стигматизации, как ожидание отвержения, сенситивность к мнению окружающих, скрытность. Подобные проблемы усугубляются в подростковом возрасте, учитывая, что сам подростковый возраст является одним из критических этапов в жизни человека. В этих условиях особенно актуальным является исследовательское направление в области изучения КЖ в педиатрической практике [7]. Информация об индивидуальном КЖ помогает более точно планировать и своевременно корректировать программу лечения и профилактики, осуществлять постоянный мониторинг состояния больного, что особенно важно при лечении длительно текущих хронических заболеваний кожи.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение качества жизни (КЖ) подростков 13–18 лет, страдающих хроническими дерматозами, и их семей с помощью адаптированной русской версии общего опросника PedsQL 4.0.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для этого нами были опрошены подростки 13–18 лет с различными хроническими кожными заболеваниями преимущественно с легким и среднетяжелым течением, с давностью заболевания не менее 1 года, а также их родители. Одним из критериев включения больных в исследование было письменное согласие на участие в исследовании. Перед началом обработки данных анализировалась тщательность заполнения ответов. Среди респондентов (157) преобладали девушки (53,5%), юношей было соответственно 46,5%. Подростки в возрасте 16–18 лет составили 58,6%; 41,4% — в возрасте 13–15 лет. В зависимости от формы заболевания больные были разделены на приблизительно равные группы. Надежность опросника определялась путем вычисления коэффициента Кронбаха отдельно для каждой шкалы (оценка внутреннего постоянства). Уровень надежности считали удовлетворительным при значении коэффициента Кронбаха равном 0,70 и больше.

Основными инструментами для изучения качества жизни в современной медицине являются стандартизированные опросники, составленные с помощью психометрических методов. Данный опросник (Pediatric Quality of Life Questionnaire) является одним из наиболее популярных опросников в мире, переведен более чем на 20 языков; зарекомендовал себя как простой, надежный, чувствительный метод изучения КЖ здоровых и больных детей различного возраста (2–18 лет). Опросник содержит следующие шкалы: физическое, эмоциональное, социальное и ролевое (школьное) функционирование. Опросник состоит из 23 вопросов, физическое функционирование включает 8 вопросов, эмоциональное — 5 вопросов, социальное — 5 вопросов, ролевое (школьное) — 3–5 вопросов в зависимости от возраста детей. Кроме того, могут быть получены суммарные баллы, в том числе суммарный балл по всем шкалам опросника и суммарный балл психосоциального компонента КЖ — характеристика шкал эмоционального, социального и ролевого функционирования. Опросник имеет формы для заполнения детьми и родителями. Общее количество баллов для всех модулей рассчитывается по 100-балльной шкале после процедуры шкалирования: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами проведен анализ уровней всех компонентов КЖ детей старшего возраста с хроническими кожными заболеваниями (табл. 1). Уровень компонентов, составляющих КЖ, оказался различным: наиболее низкие значения получены по эмоциональному ($59,5 \pm 18,6$ балла) и ролевому ($63,8 \pm 15,2$ балла) функционированию. Это подтверждает положение о том, что у дерматологических больных доминирующая роль в определении качества жизни принадлежит фактору личного дискомфорта (смущения) [3, 5, 7].

Как и ожидалось, физическое функционирование у больных такого профиля нарушено меньше всего. Достаточно высокие значения, полученные по социальному функционированию, свидетельствуют с большей долей вероятности о том, что больной подросток не всегда может адекватно проанализировать («отрефлексировать») свое состояние, переоценивает уровень своего здоровья, тем самым выражая желание быть «не хуже других», «я такой, как все». Кроме того, необходимо учитывать особенности подростковой субпопуляции, опреде-

Таблица 1

Параметры КЖ подростков с хроническими дерматозами (баллы)

Параметры КЖ	Подростки	Родители
Физическое функционирование (ФФ)	$80,7 \pm 14,5$	$76,5 \pm 14,7$
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	$59,5 \pm 18,6$	$59,1 \pm 15,7$
Социальное функционирование (СФ)	$79,8 \pm 17,1$	$79,9 \pm 16,7$
Ролевое функционирование (РФ)	$63,8 \pm 15,2$	$58,4 \pm 14,1$
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	$65,8 \pm 14,1$	$66,5 \pm 13,1$
Общий балл (ОБ)	$72,4 \pm 12,8$	$69,5 \pm 12,5$

ленный психологический статус больных дерматологического профиля, что оказывает влияние на ответы подростков (не всегда правдивые).

Необходимо отметить, что родители оценили благополучие своих детей почти так же, как сами подростки; выраженных разногласий в ответах респондентов не выявлено, что с большей долей вероятности, связано со спецификой дерматологической патологии. Однако прослеживается некоторая тенденция к более низким показателям КЖ по шкалам «физическое» и «ролевое» функционирование. Между родителями и сыновьями разногласий в оценке КЖ получено несколько больше, чем у родителей, имеющих дочерей.

Было проведено сравнение параметров КЖ подростков с хроническими дерматозами и здоровых детей соответствующего возраста. Как видно из таблицы 2, все компоненты КЖ подростков с хроническими кожными заболеваниями оказались ниже, чем их здоровых сверстников (различия достоверны, $p < 0,05$). Достоверных различий не получено только по шкале «физическое функционирование». Особенно нарушенным, по мнению подростков, оказалось эмоциональное функционирование, т.е. больные дети чаще, чем здоровые, испытывали чувство страха, грусти, злости, беспокойный сон.

Что касается результатов опроса родителей, то достоверные различия обнаружены также по всем аспектам КЖ, кроме физического функционирования, но уровень различий оказался несколько меньше. Здесь необходимо отметить, что родители здоровых детей склонны занижать КЖ своих детей [2]. И, наоборот, в условиях хронической дерматологической патологии как у подростков, так и у их родителей, с большей долей вероятности, активно срабаты-

Таблица 2

Параметры КЖ подростков с хроническими дерматозами и их здоровых сверстников (баллы)

Шкалы КЖ	Дети 13–18 лет			Родители		
	Здоровые	Дерматозы	T	Здоровые	Дерматозы	t
Физическое функционирование (ФФ)	84,0±14,5	80,7±14,5	1,85	80,2±15,7	76,5±14,7	1,81
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	71,2±17,6*	59,5±18,6*	5,38	69,6±17,4**	59,1±15,7**	4,65
Социальное функционирование (СФ)	88,7±11,9*	79,8±17,1*	5,32	84,0±17,0**	79,9±16,7**	2,30
Ролевое (школьное) функционирование (РФ)	70,9±16,0*	63,8±15,2**	3,69	65,3±16,6**	58,4±14,1**	3,24
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	76,9±15,2*	65,8±14,1*	5,06	73,0±17,0**	66,5±13,1**	3,51
Общий балл (ОБ)	78,0±12,7*	72,4±12,8*	3,62	73,9±14,9**	69,5±12,5**	2,32
t-критерий Стьюдента; * — значимые различия между детьми с хроническими дерматозами и их здоровыми сверстниками ($p<0,05$); ** — значимые различия между родителями детей с хроническими дерматозами и родителями их здоровых сверстников ($p<0,05$)						

вают механизмы психологической защиты: наиболее характерным являются отрицание, механизм вытеснения (что проявляется в несколько завышенных показателях КЖ по ответам подростков и родителей). Полученные результаты исследования могут свидетельствовать, с одной стороны, о недостаточном понимании влияния дерматозов на КЖ как самими подростками, так и их родителями; но с другой стороны, о своего рода подсознательном отрицании болезни, нежелании признать всю полноту влияния кожного заболевания на свою жизнь. Кроме того, как известно, при хроническом заболевании больной как бы «привыкает» к нему, и КЖ может снова повыситься.

Также нами изучались гендерные особенности влияния хронических дерматозов на КЖ подростков. Анализ этих особенностей позволил выявить некоторые различия (табл. 3, рис. 1). Исходя из полученных данных, более низкие значения параметров КЖ отмечаются у девушек с хронической дерматологической патологией по сравнению с юношами по всем шкалам, особенно значимые различия получены по шкале «эмоциональное функционирование» (55,8±19,4 и 63,7±16,8 балла соответственно).

Кроме того, интересными представляются результаты сравнения параметров КЖ девочек и мальчиков с хроническими дерматозами и их здоровых сверстников. Так, более выраженные разногласия с высоким уровнем достоверности ($p<0,001$) получены между ответами девочек подросткового возраста с дерматологической патологией и их здоровых сверстниц по сравнению с мальчиками-подростками и их здоровыми сверстниками. Из результатов исследова-

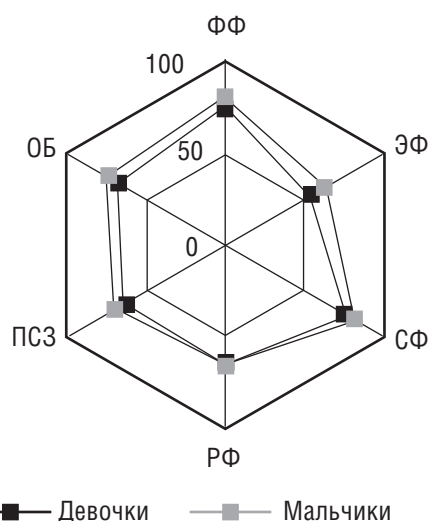
Таблица 3

Гендерные особенности параметров КЖ детей 13–18 лет с хроническими дерматозами (баллы)

Шкалы КЖ	Девочки	Мальчики	T
Физическое функционирование (ФФ)	79,0±15,4	82,8±12,3	1,34
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	55,8±19,4*	63,7±16,8*	2,13
Социальное функционирование (СФ)	76,9±18,3	83,1±14,9	1,82
Ролевое функционирование (РФ)	63,3±15,5	64,5±14,9	0,37
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	65,4±14,6	70,4±13,7	1,76
Общий балл (ОБ)	70,2±13,5	74,9±11,6	1,81
* — значимые различия между мальчиками и девочками $p<0,05$			

ния очевидно, что девушки острее реагируют на существующие проблемы с кожей, достоверно чаще испытывают эмоциональный дискомфорт, более заинтересованы во мнении окружающих и, соответственно, чаще испытывают трудности в общении в связи с дерматологической патологией.

Было проведено сравнение параметров КЖ подростков с хроническими дерматозами двух возрастных групп — подростков 13–15 лет и 16–18-летних. Анализ возможных особенностей влияния хронических дерматозов на КЖ подростков 13–18 лет в зависимости от возраста позволил выявить некоторую тенденцию к более низким значениям КЖ по всем шкалам у 13–15-летних по сравнению с 16–18-летними. Кроме того, получены достоверные различия по шкале ролевого функционирования между



ФФ — физическое функционирование; ЭФ — эмоциональное функционирование; СФ — социальное функционирование; РФ — ролевое функционирование; ПСЗ — психосоциальное здоровье; ОБ — общий балл

Рис. 1. Сравнение результатов исследования КЖ в группе детей в зависимости от гендерных различий

показателями КЖ подростков 13–15 лет и 16–18-летними. Возможно, это связано с тем, что у детей старшего возраста появляется много других увлечений, «доминант», а это отвлекает их от своих переживаний, связанных с заболеванием; с другой стороны, им сложнее «признаться» в существующих проблемах, тем более, в связи со спецификой кожной патологии (табл. 4).

Родители подростков 13–15 лет оценивают КЖ своих детей ниже, чем родители 16–18-летних с достоверными различиями ($p < 0,05$) между группами по шкалам эмоционального и социального функционирования, суммарной шкале (табл. 4). Возможно, это связано с недо-

статочным участием родителей в жизни старших подростков, они видят только то, что на поверхности, не вникают во внутренний мир, в то, чем живет, с кем общается современный подросток, считая его условно взрослым и самостоятельным.

Также мы проводили исследование показателей КЖ подростков в зависимости от формы заболевания. Анализ полученных данных показал, что у подростков, страдающих псориазом, наиболее уязвимым параметром КЖ оказалось эмоциональное функционирование ($51,4 \pm 19,5$ балла). Больные псориазом чаще подвержены эмоциональным переживаниям, затруднениям в общении, адаптации в обществе. Во многом это обусловлено безразличным отношением в обществе к больным псориазом, бытующим мнением о заразности данного дерматоза (второе название псориаза — чешуйчатый лишай). Больные привыкают к тому, что люди к ним прикасаются неохотно, поэтому они и сами часто не протягивают руки. Только одно это довольно значительно влияет на качество жизни больных с псориазом [1, 5]. Для многих родителей этот диагноз звучит как приговор. Больные псориазом зачастую неуверенные в себе, интравертированы, подвержены сменам настроения, имеют сложности в отношениях с родителями и при контакте с окружающими, с противоположным полом, испытывают трудности в последующей профессиональной деятельности (табл. 5).

У больных с атопическим дерматитом наиболее уязвимыми аспектами КЖ также оказались эмоциональное ($54,1 \pm 17,8$ баллов) и ролевое функционирование ($60,5 \pm 15,9$ баллов). Надо отметить, что наименьшие разногласия у больных различными формами дерматологической патологии получены по такому аспекту благополучия, как ролевое функционирование. Сравнительно более высокие значения

Таблица 4

Параметры КЖ детей старшего возраста в зависимости от возраста (баллы)

Шкалы КЖ	Возраст			
	Дети		Родители	
	13–15 лет	16–18 лет	13–15 лет	16–18 лет
Физическое функционирование (ФФ)	79,3 $\pm$ 12,8	82,2 $\pm$ 15,3	74,7 $\pm$ 14,8	78,9 $\pm$ 14,6
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	58,4 $\pm$ 16,3	60,5 $\pm$ 20,6	55,8 $\pm$ 16,3*	63,7 $\pm$ 13,7*
Социальное функционирование (СФ)	78,2 $\pm$ 15,7	81,4 $\pm$ 18,2	74,6 $\pm$ 15,8*	84,8 $\pm$ 16,4*
Ролевое функционирование (РФ)	60,4 $\pm$ 13,6*	67,1 $\pm$ 16,1*	57,7 $\pm$ 13,1	59,5 $\pm$ 16,4
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	65,7 $\pm$ 13,8	69,6 $\pm$ 14,7	62,8 $\pm$ 13,6*	69,4 $\pm$ 11,5*
Общий балл (ОБ)	70,6 $\pm$ 12,4	74,1 $\pm$ 13,1	67,1 $\pm$ 12,9*	72,8 $\pm$ 11,3*

* — значимые различия между детьми разного возраста, а также между родителями детей разного возраста; $p < 0,05$

Таблица 5

Параметры КЖ подростков в зависимости от формы заболевания (баллы)

Шкалы КЖ	Псориаз	Атопический дерматит	Акне
Физическое функционирование (ФФ)	79,0±12,3	76,2±13,8	83,9±14,4*
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	51,4±19,5	54,1±17,8	62,8±16,3**
Социальное функционирование (СФ)	77,8±18,3	77,1±18,1	82,9±15,7
Рольное функционирование (РФ)	62,5±12,6	60,5±15,9	64,4±15,1
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	63,9±13,7	63,9±14,7	70,1±12,3
Общий балл (ОБ)	69,3±12,2	68,3±11,4	75,0±11,8*

* — значимые различия между оценками КЖ детей с атопическим дерматитом и с акне, $p < 0,05$ ** — значимые различия между оценками КЖ детей с псориазом и детей с акне, $p < 0,05$

показателей КЖ были получены у больных акне, одним из наиболее распространенных заболеваний кожи у лиц молодого возраста, и, возможно, поэтому в меньшей степени мешающим общению сверстников между собой. Широкая реклама наружных средств ухода и лечения для проблемной кожи в средствах массовой информации, Интернете также оказывает определенное влияние на подростков, косвенно повышая показатели качества их жизни. Кроме того, в исследовании приняли участие преимущественно подростки с легкими и среднетяжелыми дерматозами, что подтверждает зависимость показателей КЖ от тяжести процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оценка КЖ детей старшего возраста с хронической дерматологической патологией позволила выявить ряд закономерностей. Прежде всего, установлено, что качество жизни подростков с хронической дерматологической патологией достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников; исключение составляет лишь физическое функционирование, которое, по всей видимости, у больных данного профиля страдает в меньшей степени. В большей степени у подростков с дерматологической патологией страдает эмоциональное функционирование. Также было установлено, что на уровень КЖ подростков больных хроническими дерматозами влияют такие факторы, как пол и форма заболевания. Кроме того, при оценке КЖ необходимо учитывать средовые факторы (окружение ребенка — подростка, семья, школа, вуз и т.п., отношение к болезни и др.), а также личностные особенности подростка, внутренние мотивы личности (а именно самоотношение, стремление к принятию и страх отвержения, отношения с родителями, ценностные ориентации).

Необходимо отметить, что полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что важную роль в развитии и поддержании заболевания (дерматоза) играет восприимчивость и уязвимость психики пациента, подростка, в основе которой лежат глубокие психологические механизмы — преморбидные особенности личности, внутриличностные противоречия, адаптационно-защитные механизмы (активные психологические защиты). Так, данные опросника позволяют «увидеть» систему психологической защиты ребенка, выражающуюся в таких ее механизмах, как отрицание и вытеснение. Необходимо заметить, что повседневными, нормальными являются психологические адаптивные реакции, но не реакции психологической защиты. Последняя тормозит полет творческой фантазии, работу интуиции, она выступает в качестве барьера, который сужает, заслоняет и искажает полноценное восприятие и переживание мира [3, 7].

Специфика дерматологической патологии отражает особые психологические ощущения ребенка, кроме того, сказываются особенности подросткового возраста. Необходимо также учитывать, что существенное место в развитии тех или иных психосоматических нарушений занимает внутренняя картина болезни, т.е. все представления пациента о характере, опасности имеющихся нарушений, прогнозе заболевания, трудности переносимости применяемых методов лечения, уровне негативных переживаний, связанных с болезнью.

Полученные данные подчеркивают необходимость комплексных методик в оценке КЖ больных с кожными заболеваниями, в том числе с использованием психодиагностических тестов, с учетом таких факторов, как социальное благополучие семьи, индивидуальные особенности личности, межличностные отношения, а

также отношение к заболеванию в семье, восприятие болезни пациентом и т.п. Дерматологические больные требуют персонализированного подхода с привлечением различных специалистов — дерматологов, педиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников, что особенно важно при работе с подростками, страдающими хроническими кожными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; N1: 51–56.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. М.: Союз педиатров России; 2010.
3. Каурова Т.В. Влияние хронических дерматозов на качество жизни детей старшего возраста. Врач-аспирант. 2011; 2(45): 32–38.
4. Каурова Т.В., Микиртичан Г.Л. Врач, семья и пациент: некоторые проблемы взаимоотношений в детской дерматологической практике. Медицина и организация здравоохранения. 2017; N1: 35–41.
5. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии. Вестник дерматологии и венерологии. 2004; N4: 16–19.
6. Ларионова М.Г., Ковкова Г.Ю., Матусевич С.Л., Бахлыкова Е.А., Хорошева О.Н., Ворожбицкая С.А. Особенности течения псориаза у детей раннего возраста. Клиническая дерматология и венерология. 2015; N3: 57–60.
7. Микиртичан Г.Л., Горланов И.А., Каурова Т.В. Проблемы медицинской этики (биоэтики) в детской дерматологии: пособие для врачей. СПб: Издание ГПМА; 2011.
8. Соколова Т.В., Сафонова Л.А., Панкратова Е.В. Этиопатогенетические аспекты экзогенной и эндогенной форм atopического дерматита. Клиническая дерматология и венерология. 2015; N3: 76–83.
9. Chamlin S.L. The psychosocial burden of childhood atopical dermatitis. Dermatologic Therapy. 2006; Vol. 19: 104–107.
1. Adaskevich V.P., Dubrova V.P. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacienta v dermatologii (nekotorye sovety psihologa). [Psychological support of the patient in dermatology (some advices of the psychologist)]. Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2003; N1: 51–56. (in Russian).
2. Baranov A.A., Al'bickij V.YU., Vinyarskaya I.V. Izuchenie kachestva zhizni v pediatrii. [Study of quality of life in Pediatrics]. M.: Soyuz pediatrov Rossii; 2010. (in Russian).
3. Kaurova T.V. Vliyanie hronicheskikh dermatozov na kachestvo zhizni detej starshego vozrasta. [The impact of chronic dermatosis on the quality of life of older children]. Vrach-aspirant 2011; 2(45): 32–38. (in Russian).
4. Kaurova T.V., Mikirtichan G.L. Vrach, sem'ya i pacient: nekotorye problemy vzaimootnoshenij v detskoj dermatologicheskoy praktike. [Doctor, family and patient: some problems of relationship in pediatric dermatological practice]. Medicine and health care organization. 2017; N1: 35–41. (in Russian).
5. Kubanova A.A., Martynov A.A. Konceptiya i opredelenie kachestva zhizni bol'nyh v dermatovenerologii. [Concept and definition of quality of life of patients in dermatovenerology]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2004; N4: 16–19. (in Russian).
6. Larionova M.G., Kovkova G.YU., Matusevich S.L., Bahlykova E.A., Horosheva O.N., Vorozhbickaya S.A. Osobennosti techeniya psoriaza u detej rannego vozrasta. [Features of the course of psoriasis in young children Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya]. 2015; N3: 57–60. (in Russian).
7. Mikirtichan G.L., Gorlanov I.A., Kaurova T.V. Problemy medicinskoj ehtiki (bioehtiki) v detskoj dermatologii: posobie dlya vrachej. [Problems of medical ethics (bioethics) in pediatric dermatology: Handbook for doctors]. SPb: Izdanie GPMA; 2011. (in Russian).
8. Sokolova T.V., Safonova L.A., Pankratova E.V. EHtiopatogeneticheskie aspekty ehkzogennoj i ehndogennoj form atopicheskogo dermatita. [Etiopathogenetic aspects of exogenous and endogenous forms of atopical dermatitis]. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2015; N3: 76–83. (in Russian).
9. Chamlin S.L. The psychosocial burden of childhood atopical dermatitis. Dermatologic Therapy. 2006; Vol. 19: 104–107.