

УДК 614.2:616.5-002.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i3;54-66>

Дерматологический индекс качества жизни как инструмент управления процессом и индикатор качества диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами

Н.И. Маркова^{1*}, Е.С. Воробцова²

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, 119071, Российская Федерация, Москва, Ленинский пр-т, д. 17

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Российская Федерация, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

* Автор, ответственный за переписку, email: doc_markova@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Хронические воспалительные дерматозы – псориаз, атопический дерматит и экзема – характеризуются устойчиво высокой распространенностью и выраженным негативным влиянием на качество жизни пациентов. Несмотря на то что оценка дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) закреплена действующими клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ, системная интеграция этого показателя в маршрут диспансерного наблюдения на организационном уровне остается недостаточно проработанной. **Цель исследования.** Оценить уровень ДИКЖ у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами хронических дерматозов, обосновать организационную модель его использования как инструмента управления процессом диспансерного наблюдения. **Материалы и методы.** Проведено одноцентровое наблюдательное аналитическое исследование с поперечным дизайном на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2023–2026). Методом сплошной выборки включено 105 пациентов 18–60 лет со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза (n=42), атопического дерматита (n=38) и экземы (n=25). Тяжесть заболевания оценивалась индексами PASI, SCORAD, EASI; качество жизни – валидированным опросником ДИКЖ/DLQI. Статистическая обработка выполнена в IBM SPSS Statistics 26.0 с применением непараметрических методов, критерия χ^2 , рангового коэффициента корреляции Спирмена. **Результаты.** Средний суммарный балл ДИКЖ в общей выборке составил 14,8, что соответствует категории «очень значительное влияние» заболевания на качество жизни. Различия между нозологическими подгруппами были умеренно выражены, при этом псориаз в целом ассоциировался с несколько более выраженным негативным влиянием на качество жизни (15,6 балла). Наименьшее снижение качества жизни зафиксировано при экземе (13,4 балла), при атопическом дерматите (14,8 балла). Статистически значимых различий ДИКЖ по полу пациентов не выявлено. **Заключение.** Выявлены устойчивый рост заболеваемости псориазом и атопическим дерматитом в Москве, ускорившийся в постпандемийный период, и значимое снижение качества жизни у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами хронических дерматозов. Необходим переход от эпизодической к систематической оценке ДИКЖ в рамках диспансерного наблюдения и предлагаемой организационной модели стратификации маршрута наблюдения по уровню ДИКЖ с интеграцией образовательно-психосоциального сопровождения (школы пациентов).

Ключевые слова: хронические дерматозы; псориаз; атопический дерматит; экзема; качество жизни; дерматологический индекс качества жизни; DLQI; диспансерное наблюдение; управление здравоохранением; маршрутизация пациентов

Для цитирования: Маркова Н.И., Воробцова Е.С. Дерматологический индекс качества жизни как инструмент управления процессом и индикатор качества диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами. *Здоровье мегаполиса.* 2026;7(3):54-66. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i3;54-66>

© Маркова Н.И., Воробцова Е.С., 2026

Этот произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохраниениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 614.2:616.5-002.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i3;54-66>

Dermatology Life Quality Index as a Management Tool and Quality Indicator of Follow-up of Chronic Dermatoses

Natalia I. Markova^{1*}, Elena S. Vorobtsova²

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, 17, Leninskiy prospekt, 119071, Moscow, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author, email: doc_markova@mail.ru

Abstract

Background. Chronic inflammatory dermatoses—psoriasis, atopic dermatitis, and eczema—have a persistently high prevalence and a pronounced negative impact on patients' quality of life. Current clinical guidelines issued by the Ministry of Health of the Russian Federation mandate the assessment of the Dermatology Life Quality Index (DLQI), yet its systematic integration into the follow-up care pathway is still structurally underdeveloped. **Objective.** To substantiate an organizational model for using the Dermatology Life Quality Index (DLQI) as a management tool and quality indicator of the follow-up process by assessing DLQI levels in patients with moderate-to-severe chronic dermatoses. **Materials and methods.** A single-center observational cross-sectional study was conducted at the Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology (2023–2026). Using unselected sampling, 105 patients aged 18–60 years with moderate-to-severe psoriasis (n=42), atopic dermatitis (n=38), or eczema (n=25) were enrolled. Disease severity was assessed with PASI, SCORAD, and EASI scores; quality of life was measured using the validated DLQI questionnaire. Statistical analysis was performed in IBM SPSS Statistics 26.0 using nonparametric methods, the chi-square test, and Spearman's rank correlation coefficient. **Results.** The overall mean DLQI score was 14.8, indicating a very large effect on patient's quality of life. The effect was slightly stronger in psoriasis (mean 15.6) than in atopic dermatitis (14.8) or eczema (13.4), with moderate between-group differences. No statistically significant difference in DLQI was found between sexes. **Conclusion.** The mean DLQI score in the cohort was 14.8 (very large effect), highest in psoriasis (15.6) and lowest in eczema (13.4), with no significant sex-related difference. The growing burden of psoriasis and atopic dermatitis in Moscow, especially in the post-pandemic period, together with significant quality-of-life impairment among patients with moderate-to-severe chronic dermatoses, supports a shift from episodic to systematic DLQI assessment and a proposed organizational model stratifying the follow-up care pathway by DLQI level, integrated with structured educational and psychosocial support (Patient Schools).

Keywords: chronic dermatoses; psoriasis; atopic dermatitis; eczema; quality of life; Dermatology Life Quality Index; DLQI; follow-up care; health management; patient routing.

For citation: Markova N.I., Vorobtsova E.S. Dermatology Life Quality Index as a Management Tool and Quality Indicator of Follow-up of Chronic Dermatoses. *City Healthcare*. 2026;7(3):54-66. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i3;54-66>

Введение

Хронические воспалительные дерматозы – псориаз, атопический дерматит и экзема – представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения и создают устойчивую и нарастающую нагрузку на систему диспансерного наблюдения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, данной группой заболеваний страдает от 3 до 7% населения планеты, при этом в структуре глобального бремени болезней кожные заболевания в совокупности занимают четвертое место среди основных причин заболеваемости, уступая лишь инфекционным, сердечно-сосудистым заболеваниям и психическим расстройствам [1, 2].

Глобальная распространенность псориаза варьирует от 0,11% в странах Восточной Азии до 1,92% в Западной Европе [3]. По данным Global Burden of Disease Study 2019, в мире зарегистрировано около 40,8 млн случаев заболевания [4]. Атопический дерматит остается наиболее распространенным хроническим воспалительным дерматозом среди детей и взрослых: по данным систематического обзора, однолетняя распространенность диагностированного врачом атопического дерматита у взрослых варьировала от 1,2% (Азия) до 17,1% (Европа), у детей в Азии – от 0,96 до 22,6% [6]; по результатам систематического анализа и моделирования на основе Global Burden of Disease, глобальная точечная распространенность атопического дерматита составляет 2,6% (95% интервал неопределенности 1,9–3,5%), что соответствует примерно 204,05 млн случаев заболевания в мире [5]. Пожизненная распространенность экземы кистей достигает 14,5% (95% ДИ 12,6–16,5%), однолетняя – 9,1% (95% ДИ 8,4–9,8%), точечная – 4,0% (95% ДИ 2,6–5,7%) [7].

В Российской Федерации официальная статистика фиксирует устойчивый рост заболеваемости псориазом и атопическим дерматитом при статистически стабильных показателях заболеваемости экземой [8], что подтверждает необходимость раздельного, а не суммарного анализа отдельных нозологических форм при планировании ресурсов диспансерного наблюдения данной группы пациентов; подробная динамика показателей за 2015–2025 гг. представлена в разделе «Результаты» (табл. 1).

Уровень заболеваемости в Москве стабильно ниже среднероссийского (по псориазу – 55–58%,

по атопическому дерматиту – 34–39% от показателя по РФ) при совпадении направления динамики [9–11], что указывает на общенациональный, а не локальный характер проблемы и обосновывает нарастающую нагрузку на систему диспансерного наблюдения независимо от региона.

Клиническое значение хронических дерматозов не ограничивается морфологическими изменениями кожи. Видимый характер поражений, хронический зуд, нарушения сна и стигматизация формируют устойчивые психоэмоциональные расстройства и ограничивают трудоспособность, межличностные отношения и социальную активность пациентов [12, 13]. Распространенность депрессии у пациентов с псориазом варьирует от 4,8 до 91,9 на 1000 человеко-лет [12], а при атопическом дерматите риск тревожно-депрессивных расстройств повышен в 2–3 раза по сравнению с общей популяцией [14]. Степень снижения качества жизни при среднетяжелых и тяжелых формах хронических дерматозов признается сопоставимой с таковой при других тяжелых хронических неинфекционных заболеваниях [15].

Ограниченность объективных клинических индексов тяжести (PASI, SCORAD, EASI), не отражающих субъективное восприятие болезни пациентом, обусловила внедрение инструментов оценки качества жизни, связанного со здоровьем. Наиболее распространенным из них является Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) (Dermatology Life Quality Index, DLQI), разработанный A.Y. Finlay и G.K. Khan в 1994 г. [16]. К 2024 г. инструмент применен в исследованиях и описан более чем в 3000 публикациях, используется в 80 странах и доступен в 110 переводах, а его психометрические свойства подтверждены систематическим обзором 207 исследований с участием 58 828 пациентов [17].

ДИКЖ включен в клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов по псориазу и атопическому дерматиту в качестве обязательного инструмента мониторинга при принятии терапевтических решений^{1,2}.

Вместе с тем нормативное закрепление ДИКЖ как диагностического инструмента не решает организационной задачи управления потоком пациентов. Действующий порядок диспансерного наблюдения за взрослыми (приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н, в ред. приказа от 28.02.2024 № 91н³) закрепляет

¹ Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Клинические рекомендации «Псориаз». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 23 от 27.12.2022). М., 2023. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540> (дата обращения: 08.06.2026).

² Российское общество дерматовенерологов и косметологов; Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Клинические рекомендации «Атопический дерматит». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 33 от 27.06.2024). М., 2024 URL: <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2024/18203> (дата обращения: 08.06.2026).

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (в ред. приказа Минздрава России от 28.02.2024 № 91н). URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=468441&ysclid=mt0lm9fgda802712584> (дата обращения: 08.06.2026).

принципы индивидуализации и непрерывности наблюдения, однако не определяет, каким образом результат оценки ДИКЖ должен становиться основанием для маршрутизации пациента к дополнительным видам сопровождения – психологическому, образовательному, социальному. На уровне федеральных организационных документов отсутствует регламент, связывающий балл ДИКЖ с конкретным управленческим решением: кратностью осмотров, объемом немедикаментозного сопровождения, направлением в школу пациентов. Международный опыт демонстрирует, что структурированные мультидисциплинарные образовательные программы для пациентов с хроническими дерматозами длительностью 9–12 нед. с психологическим компонентом достоверно улучшают как клинические показатели тяжести заболевания, так и качество жизни пациентов [18, 19], однако в отечественной практике подобные модели остаются единичными и не включены в систему диспансерного наблюдения на организационном уровне [20].

Изложенное выше определило цель настоящего исследования: оценить уровень ДИКЖ у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами хронических дерматозов (псориаз, атопический дерматит, экзема), установить его взаимосвязь с нозологической формой, степенью тяжести и продолжительностью заболевания, и на этой основе обосновать организационную модель использования ДИКЖ как инструмента управления маршрутом диспансерного наблюдения и индикатором качества этого процесса.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Выполнено одноцентровое наблюдательное аналитическое исследование с поперечным (одномоментным) дизайном на базе ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» в период 2023–2026 гг. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все участники подписали письменное информированное добровольное согласие.

Выборка. Объектом исследования явились пациенты с хроническими воспалительными дерматозами среднетяжелого и тяжелого течения, проходящие диспансерное наблюдение на базе учреждения. Формирование исследуемой груп-

пы осуществлялось методом сплошной выборки. Минимально необходимый объем выборки, рассчитанный на основании ожидаемой доли пациентов с клинически значимым нарушением качества жизни (ДИКЖ ≥ 11) по данным международных исследований ($\approx 60\%$) при $\alpha=0,05$ и мощности $1-\beta=0,80$, составил 97 человек; фактически в исследование включены 105 пациентов.

Критерии включения: возраст 18–60 лет; верифицированный диагноз псориаза (МКБ-10: L40), атопического дерматита (L20) или экземы (L30) среднетяжелого или тяжелого течения; длительность заболевания ≥ 1 года; наблюдение у врача-дерматовенеролога не менее 6 мес. до включения; способность самостоятельно заполнить анкету на русском языке; подписанное информированное согласие. Критерии исключения: легкое течение заболевания (PASI < 10 , SCORAD < 25 , EASI < 7); тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации; острые психические расстройства, препятствующие заполнению анкеты; беременность и период грудного вскармливания; участие в другом интервенционном исследовании; отказ от участия на любом этапе.

Оценка тяжести заболевания проводилась врачом-дерматовенерологом стандартизированными клиническими индексами: PASI (диапазон 0–72; среднетяжелое течение 10–20 баллов, тяжелое > 20) при псориазе⁴; SCORAD (диапазон 0–103; среднетяжелое течение 25–50, тяжелое > 50) при атопическом дерматите⁵; EASI (диапазон 0–72; среднетяжелое течение 7–21, тяжелое > 21) при экземе.

Оценка качества жизни выполнена валидированным опросником ДИКЖ/DLQI (10 пунктов, шесть функциональных доменов: симптомы и субъективные ощущения, повседневная активность, досуг, работа и учеба, личные отношения, лечение), каждый пункт оценивался по 4-балльной шкале Лайкерта (0–3 балла); суммарный балл – от 0 до 30, интерпретация по шкале Hongbo et al. (2005): 0–1 – отсутствие влияния, 2–5 – незначительное, 6–10 – умеренное, 11–20 – очень значительное, ≥ 21 – чрезвычайно сильное влияние на качество жизни [21]. Использована официальная русскоязычная версия опросника; заполнение проводилось пациентом самостоятельно в ходе очного визита, период оценки – предшествующие 7 дней. В качестве минимального клинически значимого изменения использовано значение 4 балла [22].

Дополнительно применялась анкета социального опроса (пол, возраст, образование, трудовой статус, длительность заболевания, коморбидная патология, приверженность лечению, субъективная оценка тяжести заболевания).

⁴ Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Клинические рекомендации «Псориаз». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 23 от 27.12.2022). М., 2023.

⁵ Российское общество дерматовенерологов и косметологов; Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Клинические рекомендации «Атопический дерматит». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 33 от 27.06.2024). М., 2024.

Таблица 1. Заболеваемость по классу болезни кожи в г. Москве (2015–2025)
Table 1. Prevalence of skin diseases (ICD) in Moscow in 2015–2025

Год	L00-L99	Псориаз (L40)	АД (L20)	Экзема (L30)	Доля дерматозов в общей заболеваемости, %
2015	3607,3	134,6	167,9	420,9	73,10
2016	3583,7	128,0	149,6	370,6	68,85
2017	3488,1	128,3	154,2	342,6	73,93
2018	3436,0	132,5	154,0	343,4	73,91
2019	3747,2	138,9	153,6	354,5	72,49
2020	2911,8	130,1	147,9	327,8	71,41
2021	3701,8	165,7	182,0	392,3	71,25
2022	3409,8	183,2	199,1	352,7	69,97
2023	3668,0	194,0	210,0	371,8	71,30
2024	3640,8	214,0	226,7	401,0	67,94
2025	3977,2	234,0	228,2	413,2	65,10

Примечание. АД – атопический дерматит; источник – медицинская информационная система и форма федерального статистического наблюдения № 12 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (собственные данные) [8].

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

Для оценки эпидемиологического контекста дополнительно проанализированы официальные статистические данные о заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (класс XII МКБ-10, L00-L99), псориазом (L40), атопическим дерматитом (L20) и экземой (L30) в Российской Федерации за 2015–2023 гг. (по материалам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России [9]) и в городе Москве за 2015–2025 гг. (медицинская информационная система и форма федерального статистического наблюдения № 12 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»).

Статистический анализ выполнен в IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp., США). Характер распределения количественных переменных оценивался критерием Шапиро–Уилка; количественные переменные с ненормальным распределением описывались медианой и межквартильным размахом Me (Q1–Q3), качественные – абсолютными числами и долями (%) с 95% доверительным интервалом Вильсона. Для сравнения независимых групп применялись критерий Манна–Уитни (две группы) и критерий Краскела–Уоллиса (три и более групп); для таблиц сопряженности – критерий χ^2 Пирсона. Для оценки взаимосвязи ДИКЖ с клиническими и демографическими переменными использован ранговый коэффициент корреляции Спирмена (ρ) с интерпретацией силы связи: $|\rho| < 0,3$ – слабая, $0,3–0,5$ – умеренная, $> 0,5$ –

сильная. Критический уровень статистической значимости – 0,05.

Результаты

Заболеваемость хроническими дерматозами как фактор нагрузки на систему диспансерного наблюдения

Анализ официальных статистических данных ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» показал, что общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки (L00-L99) в городе Москве за 11-летний период носила волнообразный характер: снижение с 3607,3 на 100 000 населения в 2015 г. до 2911,8 в 2020 г. (–22,3% на фоне пандемии COVID-19) с последующим подъемом до 3977,2 в 2025 г. (+10,3% суммарно; $\rho=0,382$; $p=0,247$ – статистически значимого монотонного тренда не выявлено). Динамика по годам и нозологическим формам представлена в табл. 1.

В отличие от суммарного показателя по классу L00–L99, заболеваемость псориазом и атопическим дерматитом демонстрировала статистически значимый рост на всем протяжении периода: псориаз с 134,6 до 234,0 на 100 000 (+73,8%; $\rho=0,873$; $p=0,0005$; линейная регрессия $b=10,6$ на 100 000 в год, $R^2=0,833$, $p=0,0001$); атопический дерматит со 167,9 до 228,2 (+35,9%; $\rho=0,736$; $p=0,0098$; $b=8,14$,

Таблица 2. Структура выборки пациентов для исследования
Table 2. Structure of participants by disease

Нозологическая форма	n	Доля, % (95% ДИ)
Псориаз (L40)	42	40,0 (30,9–49,7)
Атопический дерматит (L20)	38	36,2 (27,3–45,9)
Экзема (L30)	25	23,8 (16,2–33,2)
Итого	105	100,0

Примечание. 95% ДИ рассчитан методом Вильсона.

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

$R^2=0,736$, $p=0,0007$). В послепандемический период (2021–2025) рост обеих нозологий приобрел выраженный монотонный характер ($p=1,000$; $p<0,001$ для обеих форм). Заболеваемость экземой оставалась статистически стабильной (420,9 в 2015 г. и 413,2 в 2025 г.; $-1,8\%$; $p=0,245$; $p=0,467$).

Сопоставление московских показателей с общероссийскими выявило устойчивое системное различие: уровень заболеваемости в Москве по псориазу составлял 55–58% от общероссийского, по атопическому дерматиту – 34–39%, при совпадении направления динамики [9–11]. С управленческой точки зрения это указывает на то, что даже в регионе с относительно благоприятной официальной эпидемиологической картиной абсолютное число пациентов, нуждающихся в структурированном диспансерном наблюдении, продолжает нарастать опережающими темпами по сравнению с общей заболеваемостью болезнями кожи, что обосновывает необходимость пересмотра принципов организации потока таких пациентов, а не только клинического подхода к их ведению.

Общая характеристика исследуемой выборки

В исследование включены 105 пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением хронических дерматозов. Нозологическая структура выборки представлена в табл. 2.

Среди включенных пациентов незначительно преобладали женщины: 58 человек (55,2%) против 47 мужчин (44,8%); различия между нозологическими подгруппами по полу статистически незначимы ($\chi^2=0,253$; $df=2$; $p=0,881$). Медианный возраст участников составил 36 лет (Q1–Q3: 26–46); наименьшим он оказался в подгруппе атопического дерматита – 29 лет (23–38), что отражает известный эпидемиологический феномен более раннего дебюта заболевания.

Медианная длительность заболевания в общей выборке составила 8 лет (Q1–Q3: 4–14); наибольшей она была при атопическом дерматите – 11 лет (6–18), наименьшей при экземе – 6 лет (3–12). Среднетяжелое течение зафиксировано у 66 пациентов (62,9%), тяжелое – у 39 (37,1%), без значимых различий между подгруппами ($\chi^2=0,032$; $df=2$; $p=0,984$). Сводная характеристика представлена в табл. 3.

Ни по одному из проанализированных социально-демографических и клинических показателей статистически значимых различий между тремя нозологическими подгруппами не выявлено ($p>0,05$ во всех случаях), что позволяет атрибутировать выявляемые далее межгрупповые различия по качеству жизни преимущественно по нозологическому фактору, а не структурным особенностям подгрупп.

Уровень дерматологического индекса качества жизни

Средневзвешенный суммарный балл ДИКЖ в общей выборке ($n=105$) составил 14,8 балла, что соответствует категории «очень значительное влияние» заболевания на качество жизни по шкале Hongbo et al. (2005) [21]. Все три нозологические подгруппы попадают в диапазон 11–20 баллов, т.е. само по себе нахождение пациента в исследуемой когорте, независимо от конкретной нозологической формы, сопряжено с клинически значимым нарушением качества жизни.

Наибольшее среднее значение ДИКЖ зафиксировано у пациентов с псориазом – 15,6 балла; у пациентов с атопическим дерматитом – 14,8 балла; наименьшее при экземе – 13,4 балла (табл. 4). Таким образом, при псориазе влияние хронического дерматоза на качество жизни пациента оказалось в целом несколько более выраженным по сравнению с атопическим дерматитом и экземой, однако

Таблица 3. Структура выборки пациентов для исследования
Table 3. Structure of participants

Показатель	Псориаз (n=42)	АД (n=38)	Экзема (n=25)	χ^2	p
Мужчины, n (%)	20 (47,6)	16 (42,1)	11 (44,0)	0,253	0,881
Женщины, n (%)	22 (52,4)	22 (57,9)	14 (56,0)		
Возраст, лет, Me (Q1–Q3)	38 (28–47)	29 (23–38)	41 (31–50)	–	–
Высшее образование, n (%)	22 (52,4)	21 (55,3)	13 (52,0)	0,193	0,996
Работает/учится, n (%)	32 (76,2)	31 (81,6)	18 (72,0)	0,827	0,935
Длительность болезни, лет, Me (Q1–Q3)	8 (4–14)	11 (6–18)	6 (3–12)	–	–
Среднетяжелое течение, n (%)	26 (61,9)	24 (63,2)	16 (64,0)	0,032	0,984
Тяжелое течение, n (%)	16 (38,1)	14 (36,8)	9 (36,0)		

Примечание. АД – atopический дерматит; Me – медиана; Q1, Q3 – квартили.
 Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

различия между нозологическими подгруппами носили умеренный, а не контрастный характер, что согласуется с общей клинической картиной среднетяжелых и тяжелых форм хронических дерматозов независимо от конкретного диагноза.

При анализе взаимосвязи качества жизни с полом пациента статистически значимых различий не выявлено: снижение качества жизни при среднетяжелых и тяжелых формах хронических дерматозов носит универсальный характер и не зависит от половой принадлежности пациента, что указывает на нецелесообразность дифференциации организационных подходов (в том числе объема психосоциального сопровождения в рамках диспансерного наблюдения) по признаку пола.

Установленная иерархия нозологических подгрупп по степени влияния на качество жизни (псориаз > atopический дерматит > экзема) прослеживалась стабильно, без выраженных разнонаправленных колебаний внутри отдельных составляющих опросника, что позволяет говорить об устойчивом, а не случайном характере выявленного различия между нозологическими формами.

Проект организационной модели маршрутизации пациентов в процессе диспансерного наблюдения по уровню ДИКЖ

Полученные данные о заболеваемости и структуре выборки, а также международный и оте-

чественный опыт применения ДИКЖ как инструмента мониторинга позволяют предложить трехуровневую модель маршрутизации пациентов с хроническими дерматозами в системе диспансерного наблюдения, основанную на балле ДИКЖ при плановой переоценке (после подтверждения на фактических данных исследования пороговые значения и объем вмешательства подлежат уточнению).

Уровень 1 (ДИКЖ 0–5 баллов, отсутствие/незначительное влияние): стандартный режим диспансерного наблюдения в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н⁶, без дополнительного психосоциального сопровождения; переоценка ДИКЖ при очередном плановом визите.

Уровень 2 (ДИКЖ 6–10 баллов, умеренное влияние): сокращение интервала между визитами, включение краткого консультирования по приверженности терапии и повышению уровня информированности пациентов с использованием, например, информационных материалов; при отсутствии положительной динамики в течение двух визитов – рассмотрение перевода на уровень 3.

Уровень 3 (ДИКЖ ≥11 баллов, очень значительное/чрезвычайно сильное влияние): обязательное направление в структурированную образовательную программу, реализуемую на базе

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (в редакции приказа Минздрава России от 28.02.2024 № 91н).

Таблица 4. Средний балл дерматологического индекса качества жизни по нозологическим подгруппам
Table 4. Mean DLQI score by disease

Нозологическая форма	Средний балл ДИКЖ	Категория влияния на КЖ
Псориаз (n=42)	15,6	Очень значительное
Атопический дерматит (n=38)	14,8	Очень значительное
Экзема (n=25)	13,4	Очень значительное
В целом по выборке (n=105)	14,8	Очень значительное

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

медицинской организации (школа пациентов) с психологическим компонентом, усиленный контроль приверженности лечению, при необходимости консультация медицинского психолога; повторная оценка ДИКЖ через 8–12 нед. как критерия эффективности вмешательства.

Управленческая ценность модели заключается в переводе субъективной оценки качества жизни в формализованный критерий принятия управленческих решений: балл ДИКЖ становится не только диагностическим, но и маршрутизирующим показателем, пригодным для включения в медицинскую информационную систему и использования в качестве индикатора при оценке результативности диспансерного наблюдения, а также эффективности работы структурного подразделения и медицинской организации в целом.

Обсуждение

Полученный в настоящем исследовании средний балл ДИКЖ (14,8 в целом по выборке; 15,6 при псориазе; 14,8 при атопическом дерматите; 13,4 при экземе) выше значений, зафиксированных в ряде зарубежных и отечественных работ, и в целом согласуется с данными исследований, демонстрирующих существенное снижение качества жизни у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами хронических дерматозов. В исследовании GfK Disease Atlas Russia (2018), включавшем 300 российских пациентов с умеренно тяжелым течением псориаза, средний балл ДИКЖ составил $7,1 \pm 6,0$ при достоверном нарастании показателя по мере увеличения тяжести по PASI ($p < 0,001$) [23]. При атопическом дерматите и псориазе медианные баллы ДИКЖ, по данным перекрестного исследования (Medicina, 2026), составили 10,5 (Q1–Q3: 6,2–19,7) и 10,0 (5,0–15,0) соответственно [24]. Более высокие значения,

полученные в настоящем исследовании, могут объясняться более строгими критериями включения (только среднетяжелое и тяжелое течение с верификацией по PASI/SCORAD/EASI, тогда как в ряде сопоставляемых выборок диапазон тяжести шире), а также особенностями формирования выборки из числа пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением на базе специализированного центра, в который закономерно направляются пациенты с более выраженным бременем болезни. В многонациональном исследовании CRYSTAL выявлена значимая положительная корреляция между ДИКЖ и абсолютным значением PASI (ρ Спирмена = 0,591; $p < 0,001$) [25], что в целом подтверждает клиническую взаимосвязь тяжести дерматоза и качества жизни, зафиксированную в независимых когортах.

Вместе с тем в популяционных, а не сугубо клинических выборках корреляция между объективными индексами тяжести и субъективной оценкой качества жизни оказывается слабее, чем в контролируемых клинических исследованиях: по данным ретроспективного анализа 4004 пациентов с псориазом, коэффициент корреляции PASI и ДИКЖ составил лишь $r=0,37$ ($p < 0,001$), а в подгруппе с выраженным нарушением качества жизни (ДИКЖ >10) снижался до $r=0,16$ [26]. Это подтверждает самостоятельную управленческую ценность систематической оценки качества жизни как критерия маршрутизации, независимо от клинических индексов тяжести, которые сами по себе не позволяют надежно идентифицировать пациентов, нуждающихся в дополнительном сопровождении.

С организационной точки зрения полученные результаты обосновывают переход от эпизодической к систематической оценке ДИКЖ в рамках диспансерного наблюдения. Действующий порядок диспансерного наблюдения за взрослыми (приказ Минздрава России от

15.03.2022 №168н⁷⁾ закрепляет принципы индивидуализации и непрерывности наблюдения, а клинические рекомендации по псориазу и атопическому дерматиту включают оценку ДИКЖ в перечень обязательных диагностических мероприятий^{8, 9}; однако механизм использования результатов этой оценки как основания для маршрутизации пациента к дополнительным видам сопровождения на уровне федеральных организационных документов не регламентирован. В связи с этим предложенная в настоящем исследовании трехуровневая модель маршрутизации призвана восполнить этот управленческий пробел, переводя результат опросника в конкретное организационное решение, воспроизводимое на уровне медицинской организации без изменения нормативной базы федерального уровня.

Международный опыт свидетельствует: низкий уровень информированности пациентов об этиологии и патогенезе, характере течения, факторах, провоцирующих обострение патологического процесса, особенностях лечения и правилах ухода за кожей и др., который может быть значительно повышен за счет структурированных мультидисциплинарных образовательных программ, реализуемых в школе пациентов, продолжительностью 9–12 нед. с обязательным психологическим компонентом, достоверно улучшают как клинические показатели тяжести дерматоза, так и качество жизни пациентов. Так, в рандомизированном исследовании Bostoen et al. (2012) 12-недельная программа обеспечила достоверное снижение балла ДИКЖ у пациентов с псориазом ($p=0,019$) с сохранением эффекта не менее 6 мес. [18]; в исследовании HautTief (2022) 9-недельная программа обеспечила клинически значимое улучшение психоэмоционального статуса участников ($p = 0,016$) [19]. Это подтверждает целесообразность закрепления в отечественной дерматологической практике школы пациентов как обязательного компонента маршрута третьего уровня в предложенной авторами данного исследования модели, а не факультативной опции.

С позиций управления медицинской организацией внедрение подобной модели требует решения нескольких задач: включения поля «балл

ДИКЖ» и категории маршрута в структуру медицинской информационной системы; закрепления ответственности за фиксацию результата и инициацию маршрутизации за лечащим врачом. Подобный подход согласуется с общей логикой пациентоориентированного управления, в рамках которой субъективная оценка исхода лечения пациентом используется не только для клинической оценки оказанной медицинской помощи, но и для принятия организационно-управленческих решений.

Заключение

У пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами хронических дерматозов (псориаз, атопический дерматит, экзема), подлежащих диспансерному наблюдению в условиях специализированного дерматологического учреждения, на фоне устойчивого роста заболеваемости псориазом и атопическим дерматитом в Москве регистрируется существенное снижение дерматологического индекса качества жизни (средний балл 14,8, категория «очень значительное влияние»), ассоциированное с нозологической формой заболевания: наиболее выраженное снижение качества жизни отмечено при псориазе (15,6 балла), наименее выраженное – при экземе (13,4 балла), при этом различия по полу пациентов статистически незначимы. Попадание всех трех нозологических подгрупп в диапазон клинически значимого нарушения качества жизни подтверждает, что систематическая оценка ДИКЖ актуальна для всей категории пациентов с хроническими дерматозами среднетяжелого и тяжелого течения независимо от конкретного диагноза.

Предложенная по результатам проведенного исследования трехуровневая модель маршрутизации пациентов с хроническими дерматозами в процессе диспансерного наблюдения с учетом ДИКЖ может рассматриваться как один из механизмов совершенствования организации диспансерного наблюдения, так и системы оказания специализированной медицинской помощи данному контингенту пациентов в медицинских организациях амбулаторного типа в целом.

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (в ред. приказа Минздрава России от 28.02.2024 № 91н).

⁸ Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Клинические рекомендации «Псориаз». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 23 от 27.12.2022). М., 2023.

⁹ Российское общество дерматовенерологов и косметологов; Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Клинические рекомендации «Атопический дерматит». Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России (протокол № 33 от 27.06.2024). М., 2024.

Список литературы

1. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C. et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010: An Analysis of the Prevalence and Impact of Skin Conditions. *Journal of Investigative Dermatology*. 2014;134(6):1527-1534. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.446>
2. Karimkhani C., Dellavalle R.P., Coffeng L.E. et al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*. 2017;153(5):406-412. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2016.5538>
3. Parisi R., Iskandar I.Y.K., Kontopantelis E. et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
4. Damiani G., Bragazzi N.L., Karimkhani Aksut C. et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:743180. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.743180>
5. Tian J., Zhang D., Yang Y. et al. Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *British Journal of Dermatology*. 2024;190(1):55-61. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad339>
6. Bylund S., von Kobyletzki L.B., Svalstedt M., Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Dermato-Venereologica*. 2020;100(12):320-329. <https://doi.org/10.2340/00015555-3510>
7. Quaade A.S., Simonsen A.B., Halling A.S. et al. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population – A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2021;84(6):361-374. <https://doi.org/10.1111/cod.13804>
8. Форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»: данные медицинской информационной системы ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за 2015–2025 гг.
9. Богданова Е.В., Кубанов А.А. Итоги деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю дерматовенерология, в 2020 году: работа в условиях пандемии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2021;97(4):8-32. <https://doi.org/10.25208/vdv1261>
10. Гудинова Ж.В., Охлопков В.А., Полещук Е.И., Жернакова Г.Н. Заболеваемость псориазом в зависимости от региона Российской Федерации. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2018;21(2):85-89. <https://doi.org/10.18821/1560-9588-2018-21-2-85-89>
11. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Дерматовенерология в Российской Федерации: итоги 2023 г. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2024;100(4):9-24. <https://doi.org/10.25208/vdv16795>
12. Luna P.C., Chu C.Y., Fatani M. et al. Psychosocial Burden of Psoriasis: A Systematic Literature Review of Depression Among Patients with Psoriasis. *Dermatology and Therapy*. 2023;13:3043-3055. <https://doi.org/10.1007/s13555-023-01060-5>
13. Huang L., Feng Z., Xu C. et al. Stigma and psychological health in psoriasis patients based on the dual-factor model of mental health: the chain mediating roles of social appearance anxiety and alexithymia. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1499714. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1499714>
14. Rønnstad A.T.M., Halling-Overgaard A.-S., Hamann C.R. et al. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;79(3):448-456.e30. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.03.017>
15. LeBovidge J.S., Schneider L.C. Depression and anxiety in patients with atopic dermatitis: Recognizing and addressing mental health burden. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2025;134(5):506-515. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2025.02.017>
16. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994;19(3):210-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>

17. Vyas J., Johns J.R., Ali F.M. et al. A Systematic Review of 207 Studies Describing Validation Aspects of the Dermatology Life Quality Index. *Acta Dermato-Venereologica*. 2024;104:adv41120. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.41120>
18. Bostoen J., Bracke S., De Keyser S. et al. An educational programme for patients with psoriasis and atopic dermatitis: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*. 2012;167(5):1025-1031. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11113.x>
19. Sahin U., Reeve K., Tochtermann G. et al. HautTief Multidisciplinary Educational Program for Patients with Psoriasis or Atopic Dermatitis: A Randomized Controlled Study. *Dermatology*. 2022;238(6):1050-1059. <https://doi.org/10.1159/000524225>
20. Dressler C., Lambert J., Grine L. et al. Therapeutic patient education and self-management support for patients with psoriasis – a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(7):1328-1336. <https://doi.org/10.1111/ddg.13840>
21. Hongbo Y., Thomas C.L., Harrison M.A. et al. Translating the science of quality of life into practice: what do Dermatology Life Quality Index scores mean? *Journal of Investigative Dermatology*. 2005;125(4):659-664. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23621.x>
22. Basra M.K.A., Salek M.S., Camilleri L. et al. Determining the Minimal Clinically Important Difference and Responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): Further Data. *Dermatology*. 2015;230(1):27-33. <https://doi.org/10.1159/000365390>
23. Kubanov A.A., Bakulev A.L., Fitileva T.V. et al. Disease Burden and Treatment Patterns of Psoriasis in Russia: A Real-World Patient and Dermatologist Survey. *Dermatology and Therapy*. 2018;8:581-592. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0262-1>
24. Arnīte A., Bondare-Ansberga V., Reinberga L. et al. Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Medicina*. 2026;62(1):164. <https://doi.org/10.3390/medicina62010164>
25. Raam L., Hartmane I., Valiukevičienė S. et al. Disease severity, treatment patterns, and quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis routinely managed with systemic treatment: results of the CRYSTAL observational study in Central and Eastern European countries. *Frontiers in Immunology*. 2024;15:1410540. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1410540>
26. Yang J., Hu K., Li X. et al. Psoriatic Foot Involvement is the Most Significant Contributor to the Inconsistency Between PASI and DLQI: A Retrospective Study from China. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2023;16:443-451. <https://doi.org/10.2147/CCID.S396997>

References

1. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C. et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010: An Analysis of the Prevalence and Impact of Skin Conditions. *Journal of Investigative Dermatology*. 2014;134(6):1527-1534. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.446>
2. Karimkhani C., Dellavalle R.P., Coffeng L.E. et al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*. 2017;153(5):406-412. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2016.5538>
3. Parisi R., Iskandar I.Y.K., Kontopantelis E. et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
4. Damiani G., Bragazzi N.L., Karimkhani Aksut C. et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:743180. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.743180>
5. Tian J., Zhang D., Yang Y. et al. Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *British Journal of Dermatology*. 2024;190(1):55-61. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad339>
6. Bylund S., von Kobyletzki L.B., Svalstedt M. et al. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Dermato-Venereologica*. 2020;100(12):320-329. <https://doi.org/10.2340/00015555-3510>

7. Quaade A.S., Simonsen A.B., Halling A.S. et al. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population – A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2021;84(6):361-374. <https://doi.org/10.1111/cod.13804>
8. Federal Statistical Observation Form No. 12 "Information on the number of diseases registered in patients living in the service area of a medical organization": data from the medical information system of the Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, 2015–2025. (In Russ.)
9. Kubanov A.A., Bogdanova E.V. Dermatovenereology of Russian Federation in 2020: Working Under a Pandemic. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2021;97(4): 8–32. <https://doi.org/10.25208/vdv1261> (In Russ.)
10. Gudina Zh.V., Okhlopov V.A., Poleshchuk E.I. et al. Incidence of psoriasis depending on the region of the Russian Federation. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2018;21(2):85–89. <https://doi.org/10.18821/1560-9588-2018-21-2-85-89> (In Russ.)
11. Kubanov A.A., Bogdanova E.V. Dermatovenereology in the Russian Federation: results of 2023. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2024;100(4): 9–24. <https://doi.org/10.25208/vdv16795> (In Russ.)
12. Luna P.C., Chu C.Y., Fatani M. et al. Psychosocial Burden of Psoriasis: A Systematic Literature Review of Depression Among Patients with Psoriasis. *Dermatology and Therapy*. 2023;13:3043-3055. <https://doi.org/10.1007/s13555-023-01060-5>
13. Huang L., Feng Z., Xu C. et al. Stigma and psychological health in psoriasis patients based on the dual-factor model of mental health: the chain mediating roles of social appearance anxiety and alexithymia. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1499714. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1499714>
14. Rønnstad A.T.M., Halling-Overgaard A.-S., Hamann C.R. et al. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;79(3):448-456.e30. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.03.017>
15. LeBovidge J.S., Schneider L.C. Depression and anxiety in patients with atopic dermatitis: Recognizing and addressing mental health burden. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2025;134(5):506-515. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2025.02.017>
16. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994;19(3):210-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
17. Vyas J., Johns J.R., Ali F.M. et al. A Systematic Review of 207 Studies Describing Validation Aspects of the Dermatology Life Quality Index. *Acta Dermato-Venereologica*. 2024;104:adv41120. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.41120>
18. Bostoen J., Bracke S., De Keyser S. et al. An educational programme for patients with psoriasis and atopic dermatitis: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*. 2012;167(5):1025-1031. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11113.x>
19. Sahin U., Reeve K., Tochtermann G. et al. HautTief Multidisciplinary Educational Program for Patients with Psoriasis or Atopic Dermatitis: A Randomized Controlled Study. *Dermatology*. 2022;238(6):1050-1059. <https://doi.org/10.1159/000524225>
20. Dressler C., Lambert J., Grine L. et al. Therapeutic patient education and self-management support for patients with psoriasis – a systematic review. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2019;17:685-695. <https://doi.org/10.1111/ddg.13840>
21. Hongbo Y., Thomas C.L., Harrison M.A. et al. Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? *Journal of Investigative Dermatology*. 2005;125(4):659-664. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23621.x>
22. Basra M.K.A., Salek M.S., Camilleri L. et al. Determining the Minimal Clinically Important Difference and Responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): Further Data. *Dermatology*. 2015;230(1):27-33. <https://doi.org/10.1159/000365390>
23. Kubanov A.A., Bakulev A.L., Fitileva T.V. et al. Disease Burden and Treatment Patterns of Psoriasis in Russia: A Real-World Patient and Dermatologist Survey. *Dermatology and Therapy*. 2018;8:581-592. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0262-1>

24. Arnīte A., Bondare-Ansberga V., Reinberga L. et al. Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Medicina*. 2026;62(1):164. <https://doi.org/10.3390/medicina62010164>
25. Raam L., Hartmane I., Valiukevičienė S. et al. Disease severity, treatment patterns, and quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis routinely managed with systemic treatment: results of the CRYSTAL observational study in Central and Eastern European countries. *Frontiers in Immunology*. 2024;15:1410540. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1410540>
26. Yang J., Hu K., Li X. et al. Psoriatic Foot Involvement is the Most Significant Contributor to the Inconsistency Between PASI and DLQI: A Retrospective Study from China. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2023;16:443-451. <https://doi.org/10.2147/CCID.S396997>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Маркова Наталья Игоревна – врач-дерматовенеролог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0009-0005-2356-0646>

Воробцова Елена Сайдзяновна – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0002-6236-8412>

Вклад авторов

Маркова Н.И. – концепция и дизайн исследования, набор и клиническое обследование пациентов, сбор и анализ данных, статистическая обработка результатов, написание текста рукописи; Воробцова Е.С. – методическое руководство исследованием, критический пересмотр содержания рукописи.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции
Маркова Наталья Игоревна
doc_markova@mail.ru

Статья поступила 09.06.2026
Принята к печати 03.09.2026
Опубликована 22.09.2026

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About authors

Natalia I. Markova – dermatologist and venereologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0009-0005-2356-0646>

Elena S. Vorobtsova – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor, Department of Healthcare Organization and Public Health, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0002-6236-8412>

Contribution of the authors

N.I. Markova – study concept and design, patient recruitment and clinical examination, data collection and analysis, statistical processing of the results, drafting of the manuscript; E.S. Vorobtsova – methodological supervision of the study, critical revision of the manuscript.

The authors read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author
Natalia I. Markova
doc_markova@mail.ru

Received 09.06.2026
Accepted for publication 03.09.2026
Published 22.09.2026