



<sup>1</sup> Первый  
Санкт-Петербургский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. акад. И.П. Павлова

<sup>2</sup> Санкт-  
Петербургский  
научно-  
исследовательский  
институт педагогики  
и психологии  
высшего образования

# Иммуновоспалительные дерматозы: от проблем при ведении пациентов к задачам обучения дерматовенеролога

Е.В. Соколовский, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, Е.Р. Аравийская, д.м.н., проф.<sup>1</sup>,  
К.Н. Монахов, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, М.М. Хобейш, к.м.н.<sup>1</sup>,  
Т.В. Красносельских, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, О.В. Швед<sup>1</sup>, И.В. Тельнюк, к.п.н.<sup>1,2</sup>

Адрес для переписки: Евгений Владиславович Соколовский, s40@mail.ru

Для цитирования: Соколовский Е.В., Аравийская Е.Р., Монахов К.Н. и др. Иммуновоспалительные дерматозы: от проблем при ведении пациентов к задачам обучения дерматовенеролога. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (20): 102–109.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-20-102-109

*Тактика ведения пациентов с хроническими иммуновоспалительными дерматозами (ИВД) представляет значительную сложность. Группа этих пациентов многочисленна, дерматозы негативно влияют на качество жизни, трудоспособность, могут привести к инвалидизации и нередко трудно поддаются терапии. В обзоре сформулирован перечень проблем, возникающих при ведении пациентов с ИВД: отсутствие возможности длительного нефармакологического контроля заболевания; снижение качества жизни; недостаточная эффективность терапии; недостаточная осведомленность врачей о современных методах лечения; ошибки при назначении терапии; недооценка важности раннего назначения средств таргетной иммуносупрессивной терапии (особенно при рисках поражения опорно-двигательного аппарата, коморбидных заболеваниях); недооценка значения использования средств базисной терапии; ограниченная доступность и высокая стоимость терапии; нежелание назначать современную терапию вследствие стереотипности мышления; осложнения предшествующей терапии и необходимость ее коррекции; отсутствие единой системы наблюдения за пациентами; отсутствие преемственности в ведении пациента; объективные и субъективные сложности в организации работы смежных специалистов. Эти проблемы носят комплексный многоуровневый характер и требуют всестороннего анализа с точки зрения не только диагностики и терапии, но и организации медицинской помощи. Также нужны определенные изменения в системе последипломной подготовки врачей, которые позволят специалистам оказывать помощь более высокого уровня, что, несомненно, повлияет на эффективность терапии и качество жизни пациентов.*

**Ключевые слова:** иммуновоспалительные дерматозы, проблемы ведения, медицинское образование



## Введение

Увеличение количества пациентов с иммуновоспалительными дерматозами (ИВД) является серьезной нагрузкой для современной системы здравоохранения и требует поиска эффективных подходов к ведению таких больных [1]. Пациенты с ИВД – одна из наиболее сложных групп в практике врача-дерматовенеролога. Вследствие увеличивающейся доли среднетяжелых, тяжелых, торпидных к терапии, часто рецидивирующих и инвалидизирующих форм заболеваний, оказывающих существенное негативное влияние на качество жизни больных [1], а также наличия у пациентов с ИВД коморбидных заболеваний распространенность этих дерматозов в популяции достаточно большая. Выявление и анализ негативных факторов, как в области организации системы медицинской помощи таким пациентам, так и связанных с профессиональными и личностными особенностями врача, социально-психологическими качествами пациентов, позволяют определить основные точки приложения и характер первостепенных и приоритетных мер по устранению имеющихся проблем в ведении пациентов с ИВД.

В представленном исследовании проведен комплексный анализ существующих объективных и субъективных, не до конца разрешенных проблем, устранение которых необходимо для оказания максимально эффективной помощи пациентам с ИВД.

## Иммуновоспалительные дерматозы в практической деятельности дерматовенеролога

Иммуновоспалительные заболевания – это большая группа патологических состояний, в основе которых лежит нарушение иммунологической толерантности к собственным тканям, ведущее к необратимым органным повреждениям [2]. Для этой группы больных характерно сочетание аутовоспалительных и аутоиммунных реакций, развивающихся в результате генетически детерминированных и индуцированных внешними триггерами дефектов активации врожденного и приобретенного иммунного ответа. К категории иммуновоспалительных дерматозов относят, в частности, псориаз, атопический дерматит, саркоидоз, диффузные болезни соединительной ткани, васкулиты и др. Распространенность ИВД в популяции по разным оценкам достигает 5–10% и по некоторым нозологиям в последние десятилетия отмечается ее рост, не объяснимый исключительно повышением качества диагностики, что с учетом существенного влияния на качество жизни определяет высокую значимость ИВД для общественного здоровья и здравоохранения. В настоящее время в патогенезе многих ИВД отмечают влияние нарушений со стороны эпителиальных барьеров, воздействий внешних триггеров/экспозом-факторов, изменений микробиома, что в итоге

и приводит к стимуляции и поддержанию воспаления [3, 4]. В новой номенклатуре аллергических заболеваний и реакций гиперчувствительности, предложенной М. Jutel и соавт. в 2023 г. [5], в разделе «Индукцированные тканью механизмы» описан V (эпителиальный) тип развития воспаления, характеризующийся наличием дефектов эпителиального барьера и плотных межклеточных контактов, приводящих под влиянием эпигенетических факторов к устойчивым клеточным изменениям в тканях, высвобождению аларминов и медиаторов воспаления. Эти механизмы соответствуют современным представлениям о патогенезе ряда ИВД и, по нашему мнению, открывают перспективы формирования нового направления в терапии ИВД с помощью воздействия на указанные звенья патогенеза и в целом на выраженность клинических проявлений.

ИВД характеризуются хроническим течением с чередованием обострений и периодов ремиссии и вариабельностью симптоматики – от легких малосимптомных форм с поражением только кожных покровов до тяжелых, инвалидизирующих, при которых развиваются необратимые поражения внутренних органов, суставов, органа зрения, нервной и других систем организма. Раннее выявление системных поражений при ИВД крайне важно для выбора эффективной терапевтической тактики и улучшения прогноза. Несвоевременная диагностика и запоздалое назначение адекватной терапии способствуют инвалидизации, снижают качество и сокращают продолжительность жизни пациентов. Таким образом, расширение знаний врачей об особенностях ИВД, современных методах их диагностики, в том числе на ранних стадиях, обучение применению новых высокоэффективных фармакологических средств и методов лечения больных являются насущной потребностью и должны являться неотъемлемой частью непрерывного образования врачей-дерматовенерологов.

Кроме того, у пациентов с ИВД в связи с возможной системной циркуляцией медиаторов воспаления, ряда активированных иммунных клеток и развитием в других органах-мишенях иммуновоспалительного процесса часто выявляют целый спектр коморбидных состояний, затрудняющих лечение основного заболевания. Ведение таких больных предполагает междисциплинарные взаимодействия врачей, что требует повышения их информированности о современных возможностях терапии ИВД и изменениях в тактике ведения пациентов согласно регулярным обновлениям федеральных клинических рекомендаций.

Успех лечения ИВД определяется многими объективными и субъективными факторами: прежде всего организацией оказания медицинской помощи в конкретных регионах и учреждениях, доступностью и стоимостью современных методов терапии, уровнем компетентности врачей, участ-

вующих в ведении больных, поведенческими особенностями самих пациентов. Поэтому трудности, возникающие в процессе ведения пациентов с ИВД, могут формироваться как на организационном уровне (организация системы медицинской помощи), так и на уровне врача и пациента и, соответственно, для их решения требуется комплексный подход. Для понимания, как возможно улучшить существующую ситуацию с ведением больных ИВД, в представленном исследовании сделана попытка проанализировать, какие «болевые точки» существуют на каждом из перечисленных уровней.

### **Проблемы на уровне обеспечения лечебного процесса, организации системы медицинской помощи**

Ни для кого не секрет, что современные высокоэффективные препараты для лечения больных ИВД имеют высокую стоимость и не всегда доступны пациентам, тем более при необходимости их длительного применения. Многие дорогостоящие препараты пациенты имеют право получать бесплатно при условии оформления федеральной/региональной льготы, однако при этом зачастую возникает проблема прохождения определенных бюрократических процедур, что не всегда под силу пациентам с тяжело протекающими, инвалидизирующими ИВД.

Основными организационными проблемами оказания медицинской помощи больным ИВД могут быть: отсутствие преемственности в ведении пациента в различных учреждениях и системы поэтапной маршрутизации больных; отсутствие должного междисциплинарного взаимодействия специалистов при наличии сопутствующей патологии и сложных клинических ситуаций; ограничение возможности выполнения всего спектра необходимых лабораторных и инструментальных обследований; невозможность своевременного назначения пациентам генно-инженерных биологических и небологических таргетных препаратов ввиду их сравнительной недоступности в том или ином регионе.

### **Проблемы на уровне врача**

Несмотря на междисциплинарный характер проблемы ИВД, ключевая роль в ведении этих пациентов принадлежит врачам-дерматовенерологам как амбулаторного, так и стационарного звена. Именно на них возложена сложная задача по долгосрочному сопровождению пациентов, включающему не только выбор индивидуальной тактики терапии, но и обучение пациентов навыкам жизни с хроническим дерматозом, способствующим поддержанию длительной ремиссии.

К сожалению, в последнее время дерматовенерологи нередко совершают ошибки при ведении пациентов с ИВД. Часть врачей применяет устаревшие схемы терапии, так как не осведомлена

о современных методиках и новых аспектах терапии кожных заболеваний, не посещает тематические конференции и лекции, а лишь формально проходит курсы повышения квалификации. Вышеперечисленные проблемы относятся к последиplomной подготовке врачей и являются общими для многих специальностей. Отсутствие возможности, желания, времени для повышения уровня своей компетентности, а также профессиональное выгорание, к сожалению, актуальны в наше время. Часто сталкиваясь с неоправданным негативным отношением и неуважением со стороны пациентов, длительно работая в условиях высокого эмоционального напряжения, многие врачи утрачивают чувство удовлетворения результатами своей профессиональной деятельности и начинают рассматривать поток больных как своеобразный обезличенный конвейер, в результате чего теряется интерес к проблеме конкретного пациента. Нередко возникают ситуации, когда назначения врачей существенно отличаются от актуальных клинических рекомендаций, и это становится одной из возможных причин невысокой эффективности проводимой терапии. Ввиду нехватки времени на ведение пациента и перегруженности оформлением медицинской документации некоторые врачи выбирают готовый шаблон записи в медицинский документ и такие же шаблонные назначения. При этом упускаются из виду важные индивидуальные нюансы в клинической картине заболевания, а также наличие коморбидной сопутствующей патологии, ограничивающей применение той или иной схемы терапии. В такой ситуации, как правило, превалирует желание внести в медицинскую документацию запись, которая не вызовет вопросов при контроле и с которой «будет легче работать».

В то же время встречаются случаи, когда высококвалифицированные дерматовенерологи, осведомленные обо всех современных методах ведения пациентов с ИВД, не стремятся назначать современную высокоактивную терапию из-за существующего риска развития побочных эффектов, что, как правило, требует расширения стандартного объема обследований, более активного диспансерного наблюдения за пациентами и своевременной коррекции возникающих осложнений. Если же системная терапия (иммуносупрессивная, моноклональными антителами, небологическими таргетными препаратами) была назначена на этапе стационарного лечения, врачи амбулаторного звена не всегда хотят брать на себя ответственность за ведение пациентов после выписки, направляя их опять под наблюдение к тем специалистам, которые назначили системное лечение. В процессе амбулаторного ведения пациентов с ИВД врачи должны четко отслеживать признаки недостаточной эффективности терапии: отсутствие клинического эффекта при применении терапии, отсутствие длительного контроля



над заболеванием, развитие регулярных обострений, побочные эффекты или непереносимость назначаемой терапии [6]. Таким образом, от врача требуется не только наличие знаний о существующих инновационных средствах и методах терапии ИВД, но и умение применять адекватные методы оценки тяжести заболевания и состояния больного, а также обеспечить своевременный лабораторный и инструментальный контроль терапии и т.п. В условиях амбулаторной практики зачастую нежелание врачей назначать таргетную иммуносупрессивную терапию связано и с их недостаточными знаниями о необходимом скрининге и мониторинге при лечении этими препаратами, что необходимо учитывать при разработке программ последипломной подготовки.

Стоит также заострить внимание на еще одном важном вопросе в работе врача: особенностях эмоциональных взаимоотношений врача и пациента, степени их психологической совместимости, способах налаживания и поддержания эффективного контакта «врач – пациент» для достижения оптимального результата терапии и построения доверительных отношений, что обуславливает комплаентность пациентов лечению. Эти вопросы, к сожалению, остаются практически за рамками как додипломной, так и последипломной подготовки врачей.

Важнейшей задачей последипломного обучения должно стать систематическое совершенствование компетенций врачей, информирование о результатах последних научных исследований, обновлениях протоколов лечения и стандартов ухода за больными. Необходимость регулярного участия в конференциях, семинарах и курсах повышения квалификации должна восприниматься как неотъемлемый элемент врачебной профессии, способствующий эффективному взаимодействию между врачом и пациентом и обеспечивающий высокое качество медицинской помощи.

### Проблемы на уровне пациента

В настоящее время дерматовенерологи нередко сталкиваются с низкой приверженностью пациентов к лечению, когда рекомендации врача не выполняются либо выполняются не полностью или в искаженном виде. Причин этому может быть множество:

- нежелание пациента применять «вредные», по его мнению, препараты, например глюкокортикостероиды, метотрексат, антибиотики, особенно когда речь идет о долгосрочной терапии;
- замена рекомендованных средств на более дешевые, которые посоветовал работник аптеки, знакомый, или на те, что активно рекламируются;
- ожидание пациента получить быстрое и полное излечение (что сравнимо с поиском «волшебной таблетки»), в связи с чем врач с целью формирования реалистичных ожиданий у пациента дол-

жен проводить с ним целенаправленную работу по разъяснению патогенеза дерматоза, его хронического течения и необходимости длительной терпеливой работы по улучшению качества жизни;

- непонимание необходимости поддерживающей терапии, недопустимости самостоятельной модификации назначенного режима применения или рекомендованных доз препарата, обязательного систематического применения наружных средств для базисного ухода за кожей;
- усталость пациента от необходимости систематического применения лекарственных средств при хроническом течении заболевания или отсутствие самодисциплины.

Все эти причины в большинстве случаев приводят к тому, что достижение и поддержание стойкой ремиссии ИВД становится труднодостижимым или невозможным.

Зачастую пренебрегая рекомендациями врача, пациент предъявляет жалобы на неэффективность терапии, высказывает недоверие к профессионализму лечащего его специалиста и претензии ко всей системе организации медицинской помощи. В подобной ситуации многие врачи, не желая конфликтовать с пациентами, вынуждены многократно пересматривать свои назначения, которые, в свою очередь, вновь не выполняются пациентом, и таким образом замыкается порочный круг взаимного недовольства врача и пациента. В итоге низкая приверженность пациента к терапии негативно отражается на состоянии его здоровья и влечет назначения еще более сложной и дорогостоящей терапии, нередко с меньшей результативностью.

Современной системной терапии, назначаемой по поводу ИВД (иммуносупрессивная, терапия моноклональными антителами, небиологическая таргетная), к сожалению, могут сопутствовать нежелательные явления и осложнения, получив информацию о которых многие пациенты укрепляются в своем скептическом настрое и избегают подобных назначений. В настоящее время является распространенной практика поиска «второго мнения», «независимого мнения», «альтернативного подхода» к терапии, когда пациенты консультируются параллельно или последовательно у нескольких специалистов, сравнивая назначения каждого из них. В дальнейшем нередко такие пациенты сами выбирают себе ту схему лечения, которая, на их взгляд, является удобной, правильной, безопасной и оптимальной, что зачастую способствует лишь утяжелению течения заболевания. Достаточно часто также происходит навязывание личного субъективного мнения пациента и такое же слепое следование чужому опыту, и это, очевидно, связано с отсутствием доверия пациента к своему лечащему врачу.

После внедрения в практику дорогостоящей терапии моноклональными антителами и небиоло-

гической таргетной терапии врачи в своей работе стали сталкиваться с новым явлением – пациенты желают и требуют назначения им «самой современной» терапии, независимо от того, имеются ли показания к такому лечению.

В таких ситуациях от врача требуется проведение длительных разъяснений пациенту о необходимости персонализированного подхода к ведению каждого клинического случая и четкого понимания того факта, что в первую очередь сам пациент ответственен за течение заболевания и достижение стойкой ремиссии имеющегося у него заболевания. Однако неоспоримая необходимость такой работы, требующей дополнительного времени, вступает в противоречие с ограниченными временными рамками, выделенными для приема пациента в амбулаторной сети.

### **Основные направления развития и совершенствования помощи пациентам с ИВД**

Выявив и проанализировав основные трудности, с которыми чаще всего приходится сталкиваться в практике ведения пациентов с ИВД, необходимо сформулировать основные положения, которые позволят в лучшей/наибольшей степени преодолеть их.

Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 г. (далее – Стратегия) предусматривает поиск подходов к решению таких важных задач, как формирование условий для увеличения доступности и качества медицинской помощи и профилактики заболеваний [7]. Стратегия является документом долгосрочного планирования, разработанным в целях обеспечения национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, ее реализация позволит обеспечить рост ожидаемой продолжительности жизни жителей России, а также продолжительности активной трудовой жизни, сокращение периодов временной нетрудоспособности и улучшение качества жизни. Среди задач Стратегии важное место занимает контроль за наиболее значимыми хроническими заболеваниями (модели ведения пациентов, реализация индивидуальных планов ведения граждан с хроническими заболеваниями, создание школ для пациентов) [1, 8].

В успехе лечения ИВД огромную роль играет здоровьесберегающее поведение самого пациента, его приверженность строгому соблюдению рекомендаций врача. В формировании приверженности пациента лечению играют роль две важные составляющие:

1. Роль врача-специалиста как ключевой фигуры, от которой зависит точность информирования пациента. Коммуникативная компетентность врача особенно важна при терапии хронических заболеваний в связи с необходимостью длительной фармакотерапии, а также в большинстве случаев коррекции образа жизни и поведения паци-

ента [9]. По информации ВОЗ, в развитых странах отмечается низкая (около 50%) приверженность терапии среди пациентов с хроническими заболеваниями, а в развивающихся странах этот показатель еще ниже [9]. Проблема несоблюдения режима лечения отражается и на системе здравоохранения в целом. Только высокая приверженность терапии со стороны пациентов позволяет «снизить финансовые затраты за счет сокращения числа дополнительных медицинских услуг/вмешательств: повторных визитов к врачу, дополнительных обследований, повторных назначений лекарственных препаратов (если препараты предоставляются пациенту за счет средств государственного бюджета), длительности и частоты госпитализаций (которые чаще всего необходимы при осложнениях заболевания) и т.д. К социальным и экономическим последствиям низкой приверженности относятся удорожание медико-социальной помощи пациентам, дополнительное обеспечение пособиями по временной нетрудоспособности больного или членов семьи, несвоевременная утрата трудоспособности с последующим недополучением доходов в казну государства» [9]. Несомненно, в психологически комфортном формировании комплаенса ключевую роль играет эффективная коммуникация пациента с врачом [10], формированию навыков и приемов которой не уделяется должного времени ни на одном из этапов подготовки врача. К традиционным методам повышения приверженности лечению относят информирование пациента, убеждение его в необходимости правильного применения назначенной медикаментозной и немедикаментозной терапии, а также своевременный контроль за соблюдением рекомендаций. Однако подобные методы не всегда работают, поскольку пациент зачастую не понимает «особенностей своего заболевания, не осознает его тяжесть и последствия неправильного приема препаратов, не понимает возможных осложнений, не учитывает особенности собственного образа жизни. В результате врач сталкивается с ситуацией, когда назначенная в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями терапия не дает ожидаемого эффекта и у пациента ухудшается состояние здоровья или качество жизни. Доверие больного медицинскому работнику в немалой степени определяется особенностями поведения врача на каждой консультации, в том числе доброжелательным тоном его голоса, правильно подобранными словами для пояснений по течению заболевания, искренней заинтересованностью и сочувствием пациенту. В ряде исследований по разным нозологиям продемонстрировано, что эмпатичное слушание, проявление сострадания к больному положительно влияют на долгосрочную перспективу эффективных взаимоотношений «врач – пациент», а также на сам процесс лечения ввиду повышения при-

верженности». Следует отметить, что для достижения высокого уровня понимания и доверия с пациентом во время общения врачу рекомендуется использовать простые, понятные обывателю выражения [9].

2. Доступность бесплатной высокоэффективной терапии – задача государства, которая решается за счет средств государственного бюджета. Именно поэтому за несоблюдение предписаний врача и отсутствие комплаентности при приеме дорогостоящих препаратов система медицинского обеспечения должна быть вправе (но не всегда это возможно) отказать в получении льготы. Многие пациенты не понимают ценности бесплатной дорогостоящей высокоэффективной терапии. В реальной практике сложилось устойчивое представление о том, что государство и медики должны бесплатно предоставлять пациентам все необходимое для успешного лечения. Поэтому иногда, принимая во внимание психологию и мотивы пациента, необходимо донести до него, что такая бесплатная помощь доступна не каждому и ее следует ценить.

В условиях реальной клинической практики все более остро встает вопрос об обеспечении длительного наблюдения за больными с ИВД и преемственности их ведения. Для преодоления этой проблемы на текущем этапе предлагается комплекс мер, включающий интенсивное развитие единого электронного документооборота по всей стране. Главной целью всеобщего использования электронной документации является оптимизация работы сотрудников и быстрый доступ к необходимым медицинским записям. Электронный документооборот в медицинских организациях позволяет сократить время на заполнение медицинских документов, увеличить производительность сотрудников и сократить трудозатраты на бумажную работу, обмениваться документами с государственными контролирующими органами и соответствовать требованиям законодательства [11].

Основными преимуществами единого электронного документооборота являются:

- возможность получения доступа к медицинской документации коллегами из других медицинских учреждений, что позволит не только обеспечить второе мнение, но и быстро передать историю болезни смежному специалисту, провести консилиум;
- подготовка высококвалифицированных врачей-специалистов, которые будут обладать достаточными знаниями для продолжения терапии, начатой в другом медицинском учреждении, и готовностью продолжить терапию «чужого пациента»;
- исходя из региональных особенностей, разработка и утверждение регламентирующих документов по маршрутизации пациентов с ИВД для обеспечения: преемственности и непрерывно-

сти ведения больных, доступности выполнения своевременной диагностики и эффективной терапии, снижения затрат на дорогостоящие методы терапии, улучшения прогноза в плане снижения показателей инвалидизации и повышения трудоспособности, повышения качества жизни пациентов при ИВД.

Недостаточная осведомленность некоторых врачей о современных методах лечения, приводящая к ошибкам при назначении терапии, диктует необходимость разработки и проведения в рамках последиplomной подготовки врачей регулярно обновляющихся курсов по ведению пациентов с ИВД. При этом важно уделять внимание освоению врачом навыков общения с пациентом.

Функции контроля над последиplomным образованием и допуска врачей к самостоятельной медицинской деятельности должны осуществляться медицинским сообществом. Однако профессиональное развитие медицинских специалистов предполагает не менее значимые личные качества: внутренний самоконтроль и мотивацию к обучению и совершенствованию [12], так как качество функционирования системы здравоохранения прямо зависит от уровня подготовки медицинских кадров.

Если попытаться сформулировать хотя бы часть проблем в ведении пациентов с ИВД в некоей структурированной форме, то список будет достаточно большим, но не исчерпывающим все особенности этого вопроса:

- отсутствие возможности длительного нефармакологического контроля заболевания;
- снижение качества жизни пациента;
- недостаточная эффективность терапии;
- недостаточная осведомленность врачей о современных средствах и методах лечения;
- ошибки врачей при назначении терапии;
- недооценка значения раннего назначения/использования средств таргетной иммуносупрессивной терапии (особенно при наличии рисков развития поражения опорно-двигательного аппарата, коморбидных заболеваниях);
- недооценка значения использования средств базисной терапии, особенно при распространенном поражении кожи;
- недоступность или ограниченная доступность терапии, высокая стоимость терапии;
- нежелание врачей назначать современную терапию вследствие стереотипности мышления;
- осложнения / нежелательные явления предшествующей терапии, необходимость их коррекции;
- отсутствие единой системы необходимого динамического наблюдения за пациентами с ИВД;
- отсутствие преемственности в ведении пациента в различных учреждениях;
- объективные и субъективные сложности в организации работы смежных специалистов.

На современном этапе одним из элементов, оказывающих влияние на качество предоставления меди-

цинских услуг в организациях сферы здравоохранения, является «направление развития кадрового потенциала, которое должно включать повышение квалификации сотрудников и обновление их профессиональных компетенций, совершенствование системы профессионального образования и трудовой мотивации» [13]. К сожалению, формирование умений и навыков клинического мышления нередко заканчивается для многих врачей на этапе подготовки в клинической ординатуре либо в первые годы деятельности, и в дальнейшем начинаются десятилетия рутинной работы, что и создает предпосылки для профессионального выгорания. Но именно в условиях непрерывного профессионального медицинского образования должным образом может оттачиваться стиль клинического мышления, проявляющийся в лучшем понимании и толковании этиологии, клиники и патогенеза заболеваний, в совершенствовании выбора терапевтической тактики, проведении поддерживающего лечения на этапах терапевтической ремиссии или рецидива болезни.

Ведение больных с хроническими заболеваниями, в частности с ИВД, подразумевает высокие экономические затраты на каждого пациента, связанные с назначением современной дорогостоящей высокоэффективной терапии. Рациональное и своевременно раннее ее назначение, эффективное использование – важная, трудная, но выполнимая задача как для каждого врача-специалиста при условии его хорошей подготовки и неравнодушия, так и для всей системы организации специализированной медицинской помощи, которая должна стремиться не только к исполнению целевых показателей, а прежде всего быть ориентирована на конкретного пациента, нуждающегося в долгосрочном контроле заболевания и в повышении качества жизни.

## Заключение

Проблема ИВД остается одной из наиболее значимых в клинической практике «в связи с распространенностью патологии во всех возрастных группах, частыми рецидивами, отсутствием стойкой ремиссии, высокой долей больных со среднетяжелым, тяжелым, торпидным течением, частым формированием инвалидизирующих форм, что оказывает негативное влияние на качество жизни

## Литература

1. Камынина Н.Н., Аликперова Н.В., Ярашева А.В., Панина Е.Д. Медико-социальное сопровождение хронических больных: старые проблемы, новые решения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022; 30 (спецвыпуск): 1016–1022.
2. Насонов Е.Л., Авдеева А.С. Иммуновоспалительные ревматические заболевания, связанные с интерфероном типа I: новые данные. Научно-практическая ревматология. 2019; 55 (4): 452–461.
3. Sun N., Ogulur I., Mitamura Y., et al. The epithelial barrier theory and its associated diseases. Allergy. 2024; 79 (12): 3192–3237.
4. Akdis C.A. The epithelial barrier hypothesis proposes a comprehensive understanding of the origins of allergic and other chronic noncommunicable diseases. J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2022; 149 (1): 41–44.

пациентов» [14]. В настоящее время благодаря постоянно обновляющимся знаниям о патогенезе этих заболеваний существует возможность применения патогенетически обоснованной таргетной (биологической и небологической) терапии, что позволяет достигать стойкой клинической ремиссии и долгосрочного контроля заболевания, предотвращения инвалидизации, улучшения общего прогноза. Однако ведение пациентов с ИВД – долгосрочный процесс, предполагающий с их стороны как строгое соблюдение назначенной терапии, так и, возможно, изменение образа жизни. Соблюдение пациентом предписаний лечащего врача – первостепенная задача, поскольку с течением времени наблюдается естественная тенденция к снижению комплаентности.

Важным аспектом профилактики частоты обострений и развития осложнений хронических дерматозов является ранняя диагностика заболеваний и своевременное взятие пациентов под диспансерное наблюдение [15]. Совместная работа врачей-дерматовенерологов и врачей смежных специальностей способствует выявлению коморбидной и сопутствующей патологии, позволяет разработать принципы междисциплинарного взаимодействия, направленного на повышение эффективности лечения, качества оказания медицинской помощи и улучшение качества жизни. Многоуровневый подход в виде стандартизации комплекса диагностических, лечебно-профилактических мероприятий, с одной стороны, и качественное взаимодействие врача и пациента – с другой, будут являться залогом успешного результата терапии в целом.

Выявление особенностей и анализ медико-социальных проблем пациентов с ИВД позволят сбалансировать и оптимизировать структуру оказания медицинской помощи, определить характер приоритетных мер по улучшению и укреплению здоровья и качества жизни пациентов по профилю «дерматовенерология». ●

### **Источник финансирования.**

*Рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.*

### **Конфликт интересов.**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

5. Jutel M., Agache I., Zemelka-Wiacek M., et al. Nomenclature of allergic diseases and hypersensitivity reactions: adapted to modern needs: An EAACI position paper. *Allergy*. 2023; 78 (11): 2851–2874.
6. Boguniewicz M., Alexis A., Beck L., et al. Expert perspectives on management of moderate-to-severe atopic dermatitis: a multidisciplinary consensus addressing current and emerging therapies. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2017; 5 (6): 1519–1531.
7. Указ Президента Российской Федерации от 8 декабря 2025 года №896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года». <http://www.kremlin.ru/acts/bank/52681>.
8. Камынина Н.Н., Комолова О.А. Повышение уровня доступности для населения услуг здравоохранения. Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы: материалы VIII Международной научно-практической конференции, 2022 / Отв. ред. А.В. Ярашева. ИСЭПН ФНИСЦ РАН. М.: ИСЭПН ФНИСЦ РАН, 2023. 250 с.
9. Ковалева К.А., Немайных О.Д., Оковитый С.В. Комплаентность пациентов врачебным рекомендациям: реалии и перспективы. *Терапия*. 2025; 11 (2): 137–148.
10. De Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003; 2 (4): 323.
11. Стрельченко О.В., Лейтан Т.А. О роли электронного документооборота в совершенствовании деятельности стационара медицинского центра. *Научные труды*. Том 10. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2022.
12. Чернышова Т.С. Современные проблемы профессиональной переподготовки, повышения квалификации медицинских работников и пути повышения их решения в регионах. *Мир науки, культуры, образования*. 2015; 6 (65): 131–133.
13. Чернецкий В.Ю. Повышение квалификации сотрудников медицинских организаций как элемент трудовой мотивации. *Экономика и управление: научно-практический журнал*. 2022; 5 (167): 136–142.
14. Глиш М.М., Кузнецова Т.Г. Медико-социальные проблемы ведения пациентов с хроническими дерматозами. *Лечащий врач*. 2019; 1: 77.
15. Теплякова Е.Д., Щербаков С.М. Совершенствование организации проведения профосмотров и диспансеризации в амбулаторных условиях на основе имитационного моделирования. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015; 4: 124–130.

### Immunoinflammatory Dermatoses: from the Problems in Patient Management to the Tasks of Training a Dermatovenereologist

E.V. Sokolovskiy, PhD, Prof.<sup>1</sup>, E.R. Araviiskaia, PhD, Prof.<sup>1</sup>, K.N. Monakhov, PhD, Prof.<sup>1</sup>, M.M. Khobeysh, PhD<sup>1</sup>, T.V. Krasnoselskikh, PhD, Prof.<sup>1</sup>, O.V. Shved<sup>1</sup>, I.V. Telnyuk, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Pavlov University, St. Petersburg

<sup>2</sup> St. Petersburg Research Institute of Pedagogics and Psychology of Higher Education

Contact person: Evgeny V. Sokolovskiy, s40@mail.ru

*The tactics of managing patients with chronic immune-inflammatory dermatoses (IID) is a considerable challenge. The group of these patients is large enough, and dermatoses negatively affect the quality of their life, working capacity, can lead to disability and are often difficult to treat. The authors formulate a list of problems arising in managing patients with IID: lack of the possibility of long-term non-pharmacological control of the disease; decreased quality of life of the patient; insufficient effectiveness of therapy; insufficient awareness of doctors about modern means and methods of treatment; errors of doctors when prescribing therapy; underestimation of the importance of early prescription/use of targeted immunosuppressive therapy (especially in the presence of risks of developing damage to the musculoskeletal system, comorbid diseases); underestimation of the importance of using basic therapy, especially in widespread skin lesions; unavailability or limited availability of therapy, high cost of therapy; reluctance of doctors to prescribe modern therapy due to stereotypical thinking; complications/adverse events of previous therapy, the need for their correction; lack of a unified system of necessary dynamic monitoring of patients with IID; lack of continuity in patient care in different institutions; objective and subjective difficulties in organizing the work of related specialists. The problems are complex and multi-leveled, requiring a comprehensive analysis not only in terms of diagnosis and treatment but also in terms of health care. Certain changes are needed in the system of postgraduate training of physicians, that will allow specialists to provide higher-level care, which will undoubtedly affect the effectiveness of therapy and the patients' quality of life.*

**Keywords:** immunoinflammatory dermatoses, management problems, medical education