

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616-052+616.5-001.1

АДАПТИВНІ ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОДОЛАННЯ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ АЛЕРГІЧНИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

О.Д. Александрук

Івано-Франківський національний медичний університет

АДАПТИВНЫЕ ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

А.Д. Александрук

Івано-Франковський національний медичинський університет

ADAPTIVE TYPES OF PSYCHOLOGICAL COPING WITH DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC ALLERGIC DERMATOSES

O.D. Aleksandruk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Досліджено особливості психологічного подолання захворювання у 261 хворого на хронічні алергічні дерматози: atopічний дерматит, хронічну справжню екзему, хронічну мікробну екзему та обмежений нейродерміт. Обстеження проводилось за допомогою методики ТОБОЛ. Вивчали частоту адаптивних типів ставлення хворих до власної хвороби на 3-й день стаціонарного етапу лікування. Показано відмінності взаємодії пацієнтів з медичним персоналом залежно від дерматологічного діагнозу. Встановлено відмінності в типах адаптивного подолання хвороби залежно від дерматологічного діагнозу, статевих, професійних та сімейних особливостей пацієнтів. Подано прогноз ефективності співпраці з медичним персоналом пацієнтів з atopічним дерматитом, хронічними формами справжньої та мікробної екземи, обмеженим нейродермітом із врахуванням характерних типів ставлення до власної хвороби.

Ключові слова: хронічні алергодерматози, atopічний дерматит, хронічна екзема, обмежений нейродерміт, ставлення до хвороби.

Резюме. Изучено особенности психологического преодоления болезни у 261 больного хроническими аллергическими дерматозами: atopическим дерматитом, хронической истинной экземой, хронической микробной экземой и ограниченным нейродермитом. Обследование проводилось с помощью метода ТОБОЛ. Изучали частоту адаптивных типов отношения больных к собственной болезни на 3-й день стационарного этапа лечения. Показано отличия взаимодействия пациентов с медицинским персоналом в зависимости от дерматологического диагноза. Установлены отличия в типах адаптивного преодоления болезни в зависимости от дерматологического диагноза, половых, профессиональных и семейных особенностей пациентов. Подано прогноз эффективности сотрудничества с медицинским персоналом пациентов с atopическим дерматитом, хроническими формами истинной и микробной экземы, ограниченным нейродермитом с учетом характерных типов отношения к собственной болезни.

Ключевые слова: хронические аллергодерматозы, atopический дерматит, хроническая экзема, ограниченный нейродермит, отношение к болезни.

Summary: Psychological coping with disease was studied in 261 patients suffered from chronic allergic dermatosis: atopical dermatitis, chronic true eczema, chronic microbial eczema and Lichen simplex chronicus. Examination was performed with the help TOBOL methods. Frequency of adaptive types of patients' relations to their disease was examined on 3d day of in-patients treatment. Differences in cooperation between a patient and medical staff depending of dermatologic diagnosis were shown. Differences in types of psychological coping with disease depending on dermatologic diagnosis, sex, occupational and family history were determined. Prognosis of cooperation effectiveness between medical staff and patients with atopical dermatitis, chronic true and microbial eczema, and Lichen simplex chronicus taking into consideration different types of attitudes of patients to their diseases was given.

Key words: chronic allergic dermatosis, atopical dermatitis, chronic eczema, Lichen simplex chronicus, disease coping.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Поширеність алергічних захворювань, які називають «спадкоємцями і хворобами цивілізації», у світі набуває загрозливого характеру як в розвинених індустриальних країнах, та і в країнах, що розвиваються [1]. У відповідності до різних літературних джерел, в даний час більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [13]. Алергічними дерматозами прийнято назвати групу дерматозів, у формуванні яких значну роль відіграють алергічні та імунологічні реакції, які відбуваються в шкірі у відповідь на дію екзогенних і ендогенних алергенів. До цієї групи традиційно відносять atopічний дерматит (АД), екзему та нейродерміт, на долю яких припадає 10-40% усіх шкірних хвороб [2]. За даними ВООЗ, щорічно на алергічні дерматози хворіє до 1 млн. людей [10]. Окрім зростання захворюваності на алергодерматози, відзначається ріст числа їх важких та резистентних форм, суттєве погіршення якості

життя пацієнтів, їх соціальної і психологічної адаптації [3,4].

Психологічний стрес розглядається важливим чинником погіршення перебігу хронічних алергічних дерматозів та АД зокрема. Окрім того, саме захворювання є потужним чинником впливу на психологічний стан таких пацієнтів. Хронічний алергодерматоз можна без сумніву розцінювати як важку, виснажливу хворобу як для самого пацієнта, так і для членів його близької родини, що без сумніву суттєво модифікує його психологічний стан та характер взаємодії з соціумом [5,15]. Проте, численні дослідження особливості таких пацієнтів не завжди відповідають на питання, чи можна розцінювати наявність неприємних відчуттів та проявів як присутність психологічних розладів. Спроби ідентифікувати унікальний «психологічний тип» пацієнтів із atopічним дерматитом зазнали невдачі, хоча тривожні та депресивні симптоми часто визначаються в таких пацієнтів [6,7]. Збільшення числа та яскравості психологічних симптомів не обов'язково

проявляється явними розладами настрою чи поведінки. Скоріше, наявність ознак, що дещо нагадують психопатологію, типова для багатьох пацієнтів із хронічними алерго-дерматозами та атопічним дерматитом зокрема [12].

Однією з теорій, які пояснює зв'язок між психічним стресом та загостренням алергодерматозу, розглядають теорію сприйняття лікування. З позицій цієї теорії, психологічний стрес може вплинути на дотримання пацієнтом призначеного лікування і, внаслідок цього, послабити контроль над хворобою. При хронічних захворюваннях депресія постійно асоціюється із поганим дотриманням лікування пацієнтами [9]. За результатами клінічних досліджень [8,11] виявлено значне відхилення в виконанні лікувальної програми достатньо великою частиною пацієнтів з атопічним дерматитом та недостовірне інформування медперсоналу пацієнтами про реально отримане лікування. Пацієнти виконують призначення по нанесенню місцевих протизапальних засобів лише в 50% випадків, хоча звітують про повне виконання призначень в 80% випадків. Частина пацієнтів використовує не більше 40% з призначеної дози місцевого протизапального засобу. Таким чином, окрім безпосереднього впливу нервово-психічних реакцій на патогенез алергічних дерматозів їх перебіг суттєво залежить від реально отриманого, а не призначеного лікування.

Виконання призначень пацієнтом, ефективність його взаємодії з медичним персоналом безпосередньо залежить від ставлення пацієнта до своєї хвороби. Проте саме цей важливий аспект практикуючі дерматологи враховують рідко, сподіваючись на бажання пацієнта співпрацювати як беззаперечний факт. Як результат, частина випадків недостатньої ефективності лікувально-діагностичного процесу пояснюється різними причинами, але тільки не відсутністю ефективної співпраці лікаря та пацієнта. Для прогнозування таких випадків неуспішної співпраці необхідне розуміння реального ставлення пацієнтів до своєї хвороби.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебував 261 хворий з наступними формами хронічних алергічних дерматозів: атопічним дерматитом (АД), справжньою (ХСЕ) і мікробною (ХМЕ) екземами та обмеженим нейродермітом (ОН). Вищезгадані хворі перебували на стаціонарному лікуванні в обласному клінічному дерматовенерологічному диспансері м. Івано-Франківська та отримували комплексне лікування у відповідності із Наказом Міністерства охорони здоров'я №312 від 08.05.2009 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».

З приводу АД спостерігались 67 осіб, з них 47 чоловіків та 20 жінок (віковий діапазон 18-48 років). Ліхеноїдну форму АД діагностували у 76% пацієнтів, еритематозно-сквамозну з ліхеніфікацією в 19%, везикуло-крустозну форму в 3-х осіб групи. Із використанням індексу SCORAD [14] у 42% пацієнтів групи обстеження клінічні прояви АД були розцінені як важкі, в 46% як середньої важкості, в 12% осіб як легкі.

З приводу ХСЕ спостерігались 62 особи, зокрема 28 чоловіків та 34 жінки (віковий діапазон 22-48 років). Дизгидротична форма дерматозу спостерігалась в 50% випадків, інтертригінозна форма в 26%, суха монетовидна у 15% осіб, псоріазіформний варіант перебігу визначено у 10% пацієнтів. Із використанням індексу SCORAD у 6% пацієнтів групи обстеження клінічні прояви ХСЕ були розцінені як важкі, в 74% як середньої важкості, в 19% осіб як легкі.

З приводу ХМЕ спостерігались 74 пацієнта, з них 48 чоловіків та 26 жінок (віковий діапазон 18-62 роки). Найбільш часто спостерігалась варикозна форма дерматозу – 74%. Нумулярною формою страждали 23% представника групи, сикозиформний варіант виявлений в 2 осіб. При оцінці важкості перебігу ХМЕ за допомогою шкали SCORAD,

пацієнти із легким перебігом склали 19%, із перебігом середньої важкості 73%, із важким перебігом – 8% хворих групи.

Також під нашим спостереженням перебували 56 хворих на ОН: 43 чоловіка та 13 жінок у віці від 21 до 58 років. При оцінці важкості перебігу ОН за допомогою шкали SCORAD легкий перебіг спостерігався 18% осіб, середньої важкості – 80%, важкий перебіг дерматозу в 1 хворого.

Ставлення пацієнта до хвороби, або «подолання» хвороби (англ. coping) – індивідуальний процес сприйняття значення хвороби для власного здоров'я, перспектив одужання, зміни фізіологічних, професійних, фінансових, сімейних та інших соціальних відносин. В ролі методу вивчення відношення дерматологічних пацієнтів до своєї хвороби було використано методика ТООБЛ (Васерман Л.І., Вукс А.Я., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., 1987, в модифікації 2001) – тест визначення ставлення пацієнта до хвороби.

За допомогою методики вдається діагностувати 12 типів ставлення пацієнта до хвороби. За ознаками збереження соціальної та психічної адаптації до хвороби типи реагування умовно поділяють на три категорії. Найбільш сприятливою для співпраці з пацієнтом можна вважати адаптивну категорією, для якої властиве збереження в повній або частковій мірі як соціальної, так і психічної адаптації хворого. Адаптивна категорія реагування включає наступні три типи: гармонічний, ергопатичний та анозогностичний

У людини реагування на хворобу може бути зразком типового ставлення (так званий, чистий тип реагування), або комбінацією двох (змішаний тип) або більше (дифузний тип) типів ставлення.

Результати та їх обговорення

За результатами тестування виявлено, що у хворих на АД чистий тип реагування був властивий для 36% хворих (25 пацієнтів), змішаний – для 40% (27 пацієнтів), дифузний – для 14% хворих (23 пацієнта). При ХСЕ чистий тип реагування спостерігався в 23% хворих (14 пацієнтів), змішаний – для 37% (23 пацієнта), дифузний – для 40% хворих (25 пацієнтів). Для хворих на ХМЕ чистий тип реагування був властивий в 39% випадків (29 пацієнтів), змішаний – для 45% (33 пацієнта), дифузний – для 16% хворих (12 пацієнтів). При ОН чистий тип реагування був властивий для 34% хворих (19 пацієнтів), змішаний – для 36% (20 пацієнтів), дифузний – для 30% хворих (17 пацієнтів). Як бачимо, в кожній з груп чистий тип реагування на власну хворобу зустрічався лише в частині групи і переважала комбінація з двох і більше типів ставлення одночасно.

При гармонічному (реалістичному) типі реагування пацієнт адекватно сприймає інформацію про свою хворобу, очікувані наслідки та шляхи її діагностики і лікування. Завдяки цьому пацієнт намагається в усюмо сприяти успіху лікування, що реалізується в ідеальній співпраці із медперсоналом та спробі полегшити рідним догляд за собою. Найбільш типовим таке ставлення до хвороби в чистому типі або комбінації з іншими було властиве хворим на ХМЕ (42% з 74 пацієнтів), що достовірно вище, ніж в групах хворих на АД та ОН ($p < 0,05$ та $p < 0,01$ відповідно). В групах спостереження таке ставлення було властиве з однаковою частотою обом статям. Найменш типовим реалістичне ставлення до хвороби спостерігалось в хворих із ОН (9% з 56 пацієнтів). Таким чином, найбільш ефективною співпрацю при роботі з медперсоналом слід очікувати від хворих на ХМЕ, найменшу – від хворих на ОН чоловічої статі.

Показники адаптивних типів ставлення до хвороби в групах наведені в таблиці 1.

Для ергопатичного (стенічного) типу реагування властива певна недооцінка наслідків хвороби та применшення її впливу на якість і тривалість життя. Для пацієнтів даного типу реагування властива «втеча від хвороби в роботу», зокрема намагання продовжити роботу за будь-яких

Таблиця 1. Частота спостереження адаптивних типів ставлення в групах спостереження

	реалістичний		ергопатичний		ейфоричний	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АД	13	19	6	9	0	0
ХСЕ	17	27	3	5	9	15
ХМЕ	31	42	22	30	5	7
ОН	5	9	24	43	0	0

обставин. Лікувально-діагностичні процедури набувають другорядності по відношенню до роботи хворого. У зв'язку із цим пацієнт демонструє вибіркове відношення до обстеження та лікування у зв'язку із бажанням продовжувати працювати. Як наслідок, такі пацієнти не завжди проходять весь перелік призначених обстежень чи курс лікування, що може позначитись на його успішності. Найчастіше (43% з 56 осіб) такий тип реагування визначався в хворих на ОН, що достовірно частіше, ніж в групах АД та ХСЕ ($p < 0,01$). Так само цей тип реагування був досить типовим для хворих на ХМЕ (30% з 74 осіб). «Втеча від хвороби на роботу» не мала статевих особливостей у всіх чотирьох групах.

При анозогностичному (ейфоричному) типі ставлення пацієнт схильний відкидати думки про хворобу та оцінювати її як випадкове коливання самопочуття. У зв'язку із цим типова відмова від обстеження та лікування. Розуміння значення хвороби для життя пацієнта та його оточення приходить лише після численних пояснень з боку медичного персоналу та близького оточення. Такий тип ставлення до хвороби зовсім не був властивий хворим на АД та ОН ні в чистому вигляді, ні в комбінації з іншими типами. В групах ХІЕ та ХМЕ ейфоричне ставлення теж зустрічалось з невеликою частотою - 15% з 62 осіб та 7% з 74 осіб відповідно.

Ми проаналізували особливості ставлення до хвороби пацієнтів залежно від їх соціального та сімейного статусу. Своїм завданням на цьому етапі бачили встановлення достовірних відмінностей між частою демонстрацією певного типу ставлення до хвороби залежно від наявності певної соціальної ознаки – сімейного стану, наявності власних дітей, характеру трудової або навчальної діяльності.

Характер виробничої чи навчальної діяльності людини суттєво впливає на взаємодію особи з оточуючим світом і формує ставлення до себе. У хворих на АД гармонійне ставлення до хвороби спостерігалось як у осіб, зайнятих змішаною розумово-фізичною працею (31% з 42 осіб) так і пацієнтів, виробнича діяльність яких була суто розумовою (14% з 21 особи). Ергопатичний тип реагування зустрічався з однаковою частотою при цих видах діяльності. У хворих на ХМЕ ергопатичний характер ставлення достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігався у зайнятих переважно фізичною працею осіб. Гармонійний та ейфоричний тип ставлення зустрічались з приблизно однаковою частотою. У хворих на ХСЕ та ОН достовірної різниці між частотою адаптивних видів реагування на власну хворобу залежно від характеру праці не виявлено. Дані частоти адаптивних видів ставлення до хвороби наведено в таблиці 2.

У цілому, при розумовому характері праці гармонійне подолання хвороби у хворих на ХМЕ зустрічалось достовірно частіше ($p < 0,001$), ніж в пацієнтів з АД та ОН. Ергопатичне ставлення зустрічалось з однаковою частотою. Ейфоричне ставлення властиве лише частині хворих на обидва види хронічної екземи.

При змішаному характері праці

Таблиця 2. Частота спостереження адаптивних типів ставлення в групах спостереження залежно від домінуючого характеру виробничої діяльності

	тип ставлення	розумовий		змішаний		фізичний	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
		АД	реалістичний	3	14	13	31
	ергопатичний	3	14	3	7	-	-
	ейфоричний	-	-	-	-	-	-
ХСЕ	реалістичний	6	29	3	18	8	33
	ергопатичний	-	-	-	-	3	13
	ейфоричний	5	24	2	12	2	8
ХМЕ	реалістичний	12	60	7	29	12	40
	ергопатичний	6	30	4	17	12	40
	ейфоричний	1	5	4	17	-	-
ОН	реалістичний	3	10	2	12	-	-
	ергопатичний	11	37	8	47	5	56
	ейфоричний	-	-	-	-	-	-

гармонійне ставлення до хвороби в групах достовірно не відрізняло за виключенням хворих на ОН, яким цей тип реагування не був властивий. Ергопатичний тип подолання був достовірно частіший ($p < 0,01$) при ХМЕ, ніж в інших хворих. Ейфоричний тип був не властивий всім групам, за виключенням 2 хворих із ХСЕ.

При переважанні фізичного виду професійної діяльності лідерами по частоті гармонійного ставлення до своєї хвороби були хворі на екземи, особливо ХМЕ, із достовірно вищою частотою, ніж при АД та ОН ($p < 0,01$). Ергопатичний характер ставлення спостерігався однаково часто в групах ХСЕ, ХМЕ та ОН. Ейфоричне ставлення була властиве лише хворим на екземи.

Характер сімейних відносин є важливим складником формування психологічного стану людини. Оскільки практикуючий дерматолог не в змозі проводити тривалі діагностичні бесіди для вивчення цього впливу, ми провели вивчення ставлення хворих до своєї недуги лише в залежності від того, чи перебуває пацієнт в шлюбі та чи має власних дітей. Дані частоти провів адаптивних типів ставлення до хвороби наведені в таблиці 3.

Достовірної відмінності частоти проявів адаптивних типів подолання хвороби у хворих всіх чотирьох груп в залежності від сімейного статусу не виявлено. Проте спостерігалась певна особливість реагування на хворобу в залежності від того, чи має пацієнт власних дітей. Так, хворі на АД достовірно частіше ($p < 0,05$) демонстрували гармонійне ставлення до хвороби при наявності власних дітей.

Ми також проаналізували відповідність незадоволення своїми матеріально-побутовими умовами, вказаними пацієнтом при первинній бесіді із лікуючим лікарем, та типами ставлення пацієнта до хвороби. Виявлено, що хворі на ОН,

Таблиця 3. Частота спостереження адаптивних типів ставлення в групах спостереження залежно від сімейного стану та власної невдоволеності матеріально-побутовими умовами

	тип ставлення	одружені		холості		є діти		бездітні		незадов. мат. поб. умови.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		АД	реалістичний	8	29	5	13	5	42	8	15
	ергопатичний	4	14	2	5	2	17	4	7	3	17
	ейфоричний	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ХСЕ	реалістичний	11	33	6	21	10	38	7	19	7	24
	ергопатичний	-	-	3	10	-	-	3	8	1	3
	ейфоричний	3	9	6	21	3	12	6	17	5	17
ХМЕ	реалістичний	18	41	13	43	13	37	18	46	11	48
	ергопатичний	15	34	7	23	13	37	9	23	6	26
	ейфоричний	3	7	2	7	6	23	3	8	1	4
ОН	реалістичний	3	17	2	5	3	23	2	5	2	7
	ергопатичний	6	33	18	47	3	23	21	49	15	54
	ейфоричний	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

незадоволені своїм матеріально-побутовим становищем, достовірніше, ніж пацієнти інших груп, демонструють гармонійне ставлення до хвороби. Ці ж пацієнти достовірніше частіше інших хворих демонструють ергопатичний характер ставлення до своєї недуги.

Висновки

Таким чином, лише частина хворих з хронічними алергічними дерматозами демонструє адаптивне ставлення до своєї хвороби в чистому типі або в комбінації з іншими типами ставлення. Серед них найбільш ефективною співпрацю при роботі з медперсоналом внаслідок більш частого реалістичного ставлення до своєї хвороби слід очікувати від хворих на хронічну мікробну екзему. Для таких хворих характерна висока ймовірність гармонійного ставлення до хвороби як при розумовій, так і при фізичній професійній діяльності, та значно вища ймовірність «втечі від хвороби до роботи» (ергопатичний тип ставлення) при переважно фізичному характері праці та статусі одруженої особи.

Для дорослих пацієнтів з atopічним дерматитом ефективною співпраці з медичним персоналом внаслідок вищої ймовірності реалістичного ставлення до своєї хвороби слід очікувати при змішаному розумовому та фізичному характері їх професійної діяльності. При виключно розумовій направленості професії пацієнта така взаємодія буде менш ймовірною. Характер сімейного стану достовірно не відбивається на адекватності ставленні до хвороби цих пацієнтів.

Для хворих на хронічну справжню екзему не властива залежність ефективності співпраці з медперсоналом ні від характеру праці, ні від сімейного статусу.

Серед хворих на хронічні алергодерматози найрідше реалістичне ставлення до власної хвороби спостерігається у хворих на обмежений нейродерміт. Цій категорії пацієнтів більш властива «втеча від хвороби в роботу», особливо при веденні пацієнтом «чистої» фізичної чи змішаної професійної діяльності, холостому способі життя та незадоволенні своїм матеріально-побутовим станом.

Перспективи подальших досліджень

Подальше вивчення динаміки ставлення пацієнтів до власної хвороби в лікувальному процесі із оцінкою його ефективності.

Література

1. Калюжна Л.Д., Ошивалова О.О., Бойчук А.М., Резнікова А.А.

Погляд на лікування алергодерматозів // Український журнал дерматології, венерології та косметології. -2011- №4(43). – С.56-60.

2. Калюжная Л. Д., Стычинская Л. П. Регуляторные механизмы циклических нуклеотидов при атопическом дерматите // Реактивность и резистентность: Тез. докл. - Киев, 1987. - С. 451.

3. Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Диагно-стика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть 1) // Вестн.дерматол. и венерол.- 1998. - № 2. - С.34-37.

4. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский С.И., Писаренко М.Ф. Атопический дерматит. Саратов, 1998. -168 с.

5. Bender B., Ballard R., Canono B., et al: Disease severity, scratching, and sleep quality in patients with atopic dermatitis. // J Am Acad Dermatol. – 2008. –no.58.- P. 415-420.

6. Brenninkmeijer E., Legierse C., Sillevius Smitt J., et al: The course of life of patients with childhood atopic dermatitis. // Pediatr Dermatol. – 2009. – no. 26.-P. 14-22.

7. Buske-Kirschbaum A., Ebrecht M., Kern S., et al: Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions. // Brain Behav Immun. – 2008. – no. 22. – P.762-768.

8. Conde J., Kaur M., Fleischer A.J., et al: Adherence to clocortolone pivalate cream 0.1% in a pediatric population with atopic dermatitis. // Cutis. – 2008. – no.81.-P.435-441.

9. Dimatteo R., Lepper H., Croghan T.: Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence.// Arch Intern Med. – 2000. – no.160. – P. 2101-2107.

10. European Allergy White Paper / Allergic diseases as a public health problem in Europe / The UCD institute of Allergy, 1997. – 118 p.

11. Krejci-Manwaring J., Tusa M., Carroll C., et al: Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis. // J Am Acad Dermatol. – 2007. – no. 56. – P. 1-9.

12. Magin P., Pond C., Smith W., et al: A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2008. - no 22.-P. 1435-1444.

13. Schafer T., Vieluf D., Nienhaus A. Epidemiology of atopic eczema in the general population // J.Allergy Clin.Imm.International. – 1997. - Suple.4- P. 13.

14. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology.-1993. – no.186(1). – P. 23-31.

15. Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H., et al: Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. // Acta Derm Venereol. – 2004. – no.84. – P. 205-212.

Одержано 05.11.2012 року.