

УДК 616.5-002-053.2-07:316.356.2
DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00056

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

С.А. Вострикова¹, Н.И. Пенкина², Н.М. Попова², М.А. Иванова^{3,4}

¹АПОУ УР «Республиканский медицинский колледж Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», г.Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск

³ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г.Москва

⁴Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Введение. Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных болезней кожи, особенно среди детского населения.

Целью исследования явилось изучение особенностей медико-социальных характеристик детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Группу наблюдения составили 350 детей 13-17 лет с атопическим дерматитом, сравнения – 350 детей аналогичного возраста I-II групп здоровья без аллергических заболеваний. Проведен анализ медицинских документов детей, анкетирование родителей.

Основные результаты. Анализ анамнестических данных и сведений из медицинских документаций детей с атопическим дерматитом показал, что все дети находились на диспансерном наблюдении. Из общего числа исследуемых подростков диагноз атопического дерматита был установлен на первом году заболевания у 90,6%. Выявлена низкая приверженность пациентов к наблюдению в амбулаторных условиях врачами-специалистами, лечению в стационаре, выполнению рекомендаций по лечению, недостаточный охват санаторно-курортным лечением. Анализ лечебной активности пациентов показал, что большинство из них в период дебюта заболевания лечение получали в амбулаторных условиях (65,1%). Дети с атопическим дерматитом, особенно с тяжелым течением, чаще воспитывались в неполных семьях с напряженными отношениями, проживали в неблагоприятных жилищных условиях, испытывали влияние некоторых неблагоприятных факторов. В семьях детей с тяжелой степенью течения атопического дерматита показатель курения в семьях был значительно выше, чем у детей с легкой и средней степенью тяжести заболевания и в семьях группы сравнения.

Выводы. Неблагополучные факторы в семье влияют на степень тяжести заболевания атопическим дерматитом у детей. Санаторно-курортное лечение остается неотъемлемой частью реабилитации для детей хронической патологией

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, медицинские и социальные характеристики

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Vostrikova S.A.¹, Penkina N.I.², Popova N.M.², Ivanova M.A.^{3,4}

¹*Republic medical college of Ministry of Health of Udmurt Republic, Izhevsk.*

²*Izhevsk State Medical Academy of Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk.*

³*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow.*

⁴*Moscow Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow City Health Department, Russia*

Introduction Atopic dermatitis is one of the most common skin diseases, especially among children.

The aim of the study was to study the characteristics of medical and social characteristics of children with atopic dermatitis.

Material and methods. The observation group consisted of 350 children aged 13–17 years with atopic dermatitis, compared to 350 children of similar age I-II health groups without allergic diseases. The analysis of medical documents of children, the survey of parents.

Main results. Analysis of anamnestic data and information from medical records of children with atopic dermatitis showed that all children were under medical observation. Of the total number of adolescents studied, the diagnosis of atopic dermatitis was established in the first year of the disease in 90.6%. Low adherence of patients to outpatient observation by specialist doctors, inpatient treatment, follow-up treatment recommendations, and insufficient coverage with sanatorium-resort treatment was revealed. Analysis of the patient's therapeutic activity showed that most of them were treated on an outpatient basis at the time of the debut of the disease (65.1%). Children with atopic dermatitis, especially with severe course, were more often brought up in single-parent families with strained relations, lived in unfavorable living conditions, were influenced by some adverse factors. In families of children with severe atopic dermatitis, the rate of smoking in families was significantly higher than in children with mild and moderate severity of the disease and in the families of the comparison group.

Conclusion. Dysfunctional factors in the family affect the severity of atopic dermatitis in children. Spa treatment remains an integral part of rehabilitation for children with chronic pathology

Key words: atopic dermatitis, children, medical and social characteristics.

Введение. Атопический дерматит (АД) относится к группе аллергических заболеваний, манифестирует у большей части детей в первые месяцы жизни, нередко принимает хроническое тяжелое течение, требует значительных ограничений в питании и жизни пациентов [1]. Среди других болезней кожи является наиболее распространенным заболеванием [2,3]. Исследования доказали необходимость комплексного подхода к наблюдению, лечению детей с этой патологией [4,5]. Вопросам первичной и вторичной

профилактики заболевания посвящены многочисленные руководства [6]. Поддержание ремиссии АД, предупреждение формирования тяжелых форм заболевания зависит от многочисленных факторов. Ключевую роль играют выполнение рекомендаций диспансерного наблюдения детей с АД с момента постановки диагноза [7,8]. На течение заболеваний оказывают влияние не только медицинские факторы, но и социально-гигиенические [9,10]. Доказано влияние некоторых факторов среды обитания на возраст проявления и тяжесть течения аллергических заболеваний у детей [11,12].

Цель исследования. Изучить особенности медико-социальных показателей детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Исследование проведено в 2009-2017 годах на кафедре педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ». Объектом исследования явились 350 детей 13-17 лет, страдающих АД. Критериями включения в группу наблюдения явились установленный диагноз АД, возраст от 13 до 17 лет 11 месяцев 29 дней, наличие информированного согласия.

Результаты исследования. Для исследования медико-социальных характеристик детей, больных атопическим дерматитом проведен анализ пациентов с установленным диагнозом. Все дети, включенные в данную группу, в период исследования получали, при необходимости, стационарное лечение, состояли на диспансерном учете в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР» и БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР». Из 350 детей с АД группы наблюдения, мальчики составили – 160 человек (45,7%), девочки – 190 человек (54,3%). Распределение детей в зависимости от степени тяжести заболевания представлено следующим образом: АД легкой степени тяжести - 89 человек (25,4%), средней степени тяжести – 149 человек (42,6%), тяжелой степени – 112 человек (32,0%). В группе наблюдения дети 13 лет составили 43,7 % (153 человека), 14 лет - 15,2% (53 человека), 15 лет - 13,1 % (46 человек), 16 лет – 14,3% (50 детей) и 17-лет – 13,7 (48 человек). В городе проживали 249 детей (71,1%), в селе - 101 (28,9%). Группу сравнения составили 350 детей 13-17 лет, учащихся старших классов трех общеобразовательных школ г.Ижевска (№ 74, №76, №64), I и II групп здоровья, без аллергических заболеваний, с наличием информированного согласия. Из них, мальчики составили 39,4%, девочки – 60,2%. Дети обеих групп воспитывались в основном в полных семьях (83,1% и 82,0%, соответственно).

Исследование проводилось в несколько этапов. Одним из этапов исследования являлся анализ состояния диспансерного наблюдения детей с АД в возрасте 13-17 лет. Для выполнения поставленной цели проведены анализ амбулаторных карт пациентов, анкетирование родителей детей групп наблюдения и сравнения. Изучение семейных медико-социальных факторов проводилось путем анкетирования. Родителям детей предлагалось заполнить анкету, содержащую 14 вопросов, касающихся определенных семейных факторов (состав семьи, образование родителей, наличие вредных привычек в семье, материально-бытовые условия, психоэмоциональная обстановка в семье и др.). Качество диспансерного наблюдения детей с АД оценивалось с момента постановки диагноза заболевания.

Результаты и обсуждение.

Анализ анамнестических данных, сведений из амбулаторных карт детей с АД показал, что все дети находились на диспансерном учете. Из общего количества подростков диагноз АД был выставлен на первом году заболевания 90,6% пациентам. Все дети наблюдались у педиатра по месту жительства и были осмотрены хотя бы однократно дерматологом и/или аллергологом. При анализе систематичности наблюдения у специалистов в течение последних 10 лет выявлено, что педиатром и дерматологом наблюдались 52,0% подростков с легкой степенью тяжести, 50,0% - со средней степенью тяжести и 28,8% - с тяжелой степенью тяжести. Педиатром и аллергологом (24,0%, 14,2% и 32,3%, соответственно степени тяжести). Педиатром, дерматологом и аллергологом (24,0%, 35,4% и 38,6%, соответственно). Оценка регулярности врачебных осмотров проводилась с учетом требований к диспансерному наблюдению детей, рекомендуемых действующими нормативными документами.

Соответствие осмотров детей с АД врачами необходимого профиля соответствовало нормативным документам у 32,0% с легкой степенью тяжести заболевания, у 26,0% - со средней степенью и у 38,6% - с тяжелой степенью тяжести. Доля детей нерегулярно наблюдавшихся, только в период обострения заболевания, либо менее 2 раз в год, была достоверно выше, по сравнению с регулярно наблюдавшимися, при всех степенях тяжести, составила 68,0%, 73,8% и 61,3%, соответственно. Анализ лечебной активности пациентов показал, что большинство детей в дебюте заболевания лечение получали в амбулаторных условиях (65,1%). При этом количество пациентов, получавших первично амбулаторное лечение, у которых в последующем сформировалась легкая степень заболевания составило

76,0%, средняя степень - 66,6%, тяжелая - 54,8%. Количество госпитализированных в период манифестации было выше в группе пациентов, у которых сформировалась в последующем тяжелая степень тяжести АД. Это обусловлено преобладанием у детей с АД тяжелой степени более тяжелой манифестации кожного процесса. Все дети в условиях стационара и детской поликлиники получали патогенетическое и симптоматическое лечение дифференцировано, в зависимости от степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии. Улучшение общего состояния и состояния кожных покровов после лечения в период манифестации заболевания отмечали все пациенты. Результаты анализа количества госпитализаций при последующем наблюдении свидетельствуют, что 65,1% детей с АД получали курсы стационарного лечения 2 и более раз. Доля детей, получавших стационарное лечение в период обострения с АД тяжелой степени достоверно выше, чем при легкой и средней степени (5,1%, 78,6% и 93,4%, соответственно), что обусловлено тяжестью состояния детей, отсутствием должного эффекта от лечения в амбулаторных условиях.

В течение первых двух лет от начала заболевания врачебные рекомендации по профилактике обострений выполнялись в полном объеме 54,0% пациентами, а не в полном объеме или (и) только при ухудшении состояния ребенка 40,6% и 4,9%, соответственно. При этом, доля пациентов, выполнявших рекомендации в полном объеме (в том числе базисную терапию), у которых в последующем сформировалась легкая степень тяжести АД, оказалось достоверно выше, чем со средней и тяжелой степенями (76,0%, 61,7% и 25,7%, соответственно).

С течением времени подход родителей пациентов к необходимости соблюдения врачебных рекомендаций по лечению менялся, о чем свидетельствуют полученные нами результаты опроса и анализа амбулаторных карт. Доля детей с тяжелой степенью тяжести АД, которыми рекомендации по профилактике обострений выполнялись в полном объеме, увеличилась до 58,1% и была достоверно выше, чем доля детей легкой и средней степенями тяжести заболевания. Данные результаты вполне объяснимы с точки зрения активности пациента в зависимости от тяжести заболевания, т.к. при тяжелой степени, как правило, не удается достичь улучшения состояния без системности применения базисной и топической терапии.

Санаторно-курортное лечение детей подросткового возраста с АД осуществлялось в санаториях Удмуртской Республики: «Ласточка», «Варзи-Ятчи», «Ува». Санаторно-

курортное лечение получили 22,9% детей группы наблюдения. Из них, 1-2 раза за период заболевания - 18,3% детей, а более 2-х раз – 4,9%. После курсов реабилитации в санаториях все пациенты отмечали улучшение состояния кожных покровов, снижение выраженности субъективных ощущений (зуд и нарушение сна), снижение показателя частоты обострения заболевания. Увеличение продолжительности ремиссии до 3 месяцев отмечали 29,2% подростков с тяжелой степенью тяжести АД. У значительной части детей с легкой и среднетяжелой степенью тяжести заболевания ремиссии достигали 6-9 месяцев.

Нами изучены социально-гигиенические факторы, которые могли оказать влияние на течение заболевания у подростков. Большая часть подростков с АД, как и детей группы сравнения, воспитывались в полных семьях (83,1 и 82,0%, соответственно) (табл.1). Доля детей с тяжелой степенью тяжести заболевания из неполных семей была выше, по сравнению с легкой и среднетяжелой (13,3%, 12,1% и 26,8%, соответственно). Возраст большинства матерей детей групп наблюдения и сравнения, при рождении ребенка, находился в интервале от 20 до 30 лет (76,3% и 68,9%, соответственно). В группе детей с легкой степенью тяжести АД матерей до 20 лет было больше, чем у детей со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания (19,1%, 9,4% и 6,3%, соответственно). У детей с тяжелым течением АД матерей старше 30 лет было больше, чем в группе сравнения (25,8% и 17,7%, $p<0,001$). При легком течении заболевания у ребенка матерей старше 30 лет было достоверно меньше, по сравнению с тяжелым течением заболевания (7,9% и 25,8%, $p<0,001$). Выявлена прямая сильная корреляционная связь между возрастом матери на момент родов старше 30 лет и тяжелым течением АД ($r=0,6$, $p<0,001$).

Количество семей с двумя и более детей выше в группе наблюдения, чем в группе сравнения (57,7% и 62,0%, соответственно). В группе детей с тяжелой степенью АД количество семей с двумя более детьми достоверно ниже, чем в группе с АД легкой степени ($p<0,001$).

Анализ уровня образования матерей не выявил достоверных различий в группах (табл.2). Матерей с высшим образованием, средним или средним-специальным в группе наблюдения и сравнения было одинаковое количество.

Таблица 1

Социальный портрет семей детей подросткового возраста с атопическим дерматитом
 (в абс. числах, %)

Показатель	Степень тяжести атопического дерматита						Группа сравнения n=350	
	I n=89		II n=149		III n=112			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семья полная	78	86,7	131	87,9	82	73,2	287	82,0
Семья неполная	11	13,3	18	12,1	30	26,8	63	18,0
Один ребенок в семье	10	11,2	73	49,0	65	58,0	133	38,0
Двое и более детей в семье	79	88,8	76	51,0	47	42,0	217	62,0
Возраст матери до 20 лет	17	19,1	14	9,4	7	6,3	47	13,4
Возраст матери от 20 до 30 лет	65	73,0	126	84,6	76	67,9	241	68,9
Возраст матери 30 лет и старше	7	7,9	9	6,0	29	25,8	62	17,7

Количество не работающих матерей (безработных или домохозяек) в группе детей с АД составило 16,7%, в группе здоровых - 12,3%. Показатель не работающих матерей в группе подростков с легкой степенью АД был выше, чем в группе подростков с тяжелой степенью в 3 раза (12,0% и 6,3%, соответственно). При анализе трудового статуса отцов у детей группы наблюдения и сравнения, в зависимости от степени тяжести АД различий не выявлено.

Наличие вредных привычек у подростка с АД и у членов его семьи является фактором, усугубляющим течение заболевания. Изучение распространенности вредных привычек среди подростков групп наблюдения и групп сравнения, а также у членов их семей проводилось путем анкетирования подростков и их родителей, при этом анонимность анкетирования была исключена. В связи с указанным фактором, считаем, что полученные нами данные о распространенности курения, употребления алкоголя и психоактивных

веществ у респондентов-подростков не подлежат анализу, т.к. вызывают большие сомнения их достоверность. Для проведения анализа по распространенности вредных привычек в семье был взят один параметр «курение в семье», без детализации. Согласно полученным данным, доля курения в семьях подростков группы сравнения выше, чем в группе наблюдения (42,0% и 53,1%, соответственно) (табл. 3). В семьях детей с тяжелой степенью тяжести АД показатель курения в семьях значительно выше, чем в семьях подростков с легкой и средней степенью тяжести заболевания и в семьях подростков группы сравнения.

Таблица 2

Социальная характеристика матерей детей с атопическим дерматитом (в абс. числах, %)

Показатель	Степень тяжести атопического дерматита						Группа сравнения n=350	
	I n=89		II n=149		III n=112			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Образование матери среднее или среднее специальное	50	56,0	81	54,0	68	60,0	196	56,0
Образование матери высшее	39	44,0	68	46,0	44	40,0	154	44,0
Трудовой статус матери: безработная или домохозяйка	18	21,0	34	21,0	7	6,3	43	12,3
Трудовой статус матери: работающая	71	79,0	115	77,0	105	93,7	307	87,7

При оценке санитарного состояния жилья большинство родителей подростков групп наблюдения и сравнения оценили санитарное состояние своих квартир (домов) как хорошее или удовлетворительное. Санитарно-гигиенические условия проживания подростков с АД тяжелой степенью были оценены как хорошие или удовлетворительные 44,6%

респондентами, что ниже, чем оценка аналогичного параметра в группе с АД легкой и средней тяжести ($p < 0,001$, $p < 0,001$, соответственно).

Элиминация причинно-значимых аллергенов является одним из главных компонентов базисной терапии АД. Домашние животные являются одним из сенсibiliзирующих факторов. Домашние животные имеются в семьях у 26,0% здоровых детей группы сравнения и у 17,7% семей подростков группы наблюдения. В 6,1% семей домашние животные были приобретены после диагностирования у ребенка АД. Следует отметить, что количество семей подростков с тяжелой степенью АД, в которых имеются домашние животные достоверно ниже, чем в группе сравнения и в семьях подростков с АД легкой и средней степени тяжести.

Таблица 3

Характеристика санитарно-гигиенических факторов семей детей с атопическим дерматитом

(в абс.числах, %)

Показатель	Степень тяжести атопического дерматита						Группа сравнения n=350	
	I n= 89		II n= 149		III n= 112			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Курение родителей	23	25,8	45	30,2	75	67,0	186	53,1
Санитарное состояние жилья удовлетворительное	53	59,6	105	70,5	50	44,6	239	68,3
Санитарное состояние жилья неудовлетворительное	35	39,3	42	28,2	61	54,5	110	31,4
Наличие животных в доме	28	31,5	24	16,1	10	8,9	91	26,0

Психоэмоциональный климат в семье подростка с АД является важным фактором. Родителям подростков было предложено охарактеризовать отношения между членами семьи как спокойные и доброжелательные, либо, как преимущественно напряженные с частыми ссорами. Согласно данным, полученным нами, неблагоприятная психоэмоциональная обстановка в семьях чаще отмечалась в группе наблюдения, чем в группе сравнения (20,2% и 8,0% соответственно, $p < 0,001$). В семьях детей с АД тяжелой степени внутрисемейные

отношения характеризовались как напряженные с частыми ссорами чаще, чем в семьях подростков с легкой и средней степенью тяжести (7,0%, 14,0% и 38,4%, соответственно).

Питание является не только важной гигиенической характеристикой, но и важной составляющей частью терапии пациента с АД. Рекомендации по формированию рациона с учетом индивидуальной сенсibilизации входят в стандарт наблюдения больного с АД. Анализ полученных в ходе анкетирования данных показал, что в течение предшествующих опросу 10 лет, значительно ограниченным питание своих детей считают 33,7% родителей детей с АД. Причиной чаще всего называлась необходимость соблюдения гипоаллергенной диеты из-за заболевания (по ответам 79,6% респондентов). Вместе с тем, лишь 39,7% детей с АД в течение указанного временного промежутка систематически соблюдали строгую гипоаллергенную диету, с учётом переносимости продуктов, причем количество подростков существенно не отличалось в зависимости от степени тяжести АД. Более половины детей с АД гипоаллергенную диету соблюдают непостоянно, а преимущественно при ухудшении состояния кожных покровов.

Обсуждение. Атопический дерматит представляет чрезвычайно актуальную медико-социальную проблему в связи с широким распространением среди детского населения. В этой высока актуальность исследования психоэмоционального климата в семьях, воспитывающих детей для разработки механизмов профилактики формирования атопического дерматита. Особого внимания заслуживают данные, полученные при анализе качества выполнения пациентами врачебных рекомендаций на начальных этапах заболевания, в подростковом возрасте, при наличии длительного стажа заболевания. Санаторно-курортное лечение является неотъемлемой частью реабилитации детей и подростков с хронической патологией. Сложностью организации санаторно-курортного лечения у детей и подростков с аллергическими заболеваниями, в том числе и с АД, является необходимости обеспечения гипоаллергенного режима питания и быта с учетом индивидуальной сенсibilизации.

Заключение. По поводу заболевания значительная часть детей с АД наблюдаются нерегулярно. Количество госпитализированных в период манифестации заболевания выше в группе пациентов, у которых сформировалась в последующем тяжелая степень тяжести АД. Рекомендации по профилактике обострений заболевания выполнялись в полном объеме преимущественно при тяжелом течении, по сравнению с легкой и средней степенями тяжести заболевания. Данные результаты вполне объяснимы с точки зрения активности

пациента в зависимости от тяжести заболевания, т.к. при тяжелой степени, как правило, не удается достичь улучшения состояния без системности применения базисной и топической терапии. Дети с АД тяжелой степени тяжести чаще воспитывались в неполных семьях, возраст их матерей на момент родов был выше, среди этих матерей меньше безработных и домохозяек. Психоэмоциональный климат в семьях детей с АД чаще был напряженным, чем у детей группы сравнения. В семьях детей с тяжелой степенью заболевания он был более напряженным, по сравнению с семьями подростков с легкой и средней степенью тяжести. Дети с тяжелой степенью тяжести заболевания в большей степени, чем с более легкими степенями заболевания и группы сравнения находились под влиянием некоторых неблагоприятных санитарных факторов (курение в семье, чрезмерно сухое или чрезмерно влажное жилое помещение). Питание детей с АД можно охарактеризовать, как значительно ограниченное по набору пищевых продуктов. Однако, значительная часть детей с АД не соблюдает гипоаллергенную диету. Проведенный анализ свидетельствует о наличии возможностей для достижения длительной ремиссии заболевания и предупреждения формирования тяжелого течения АД в последующем.

Список литературы

1. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Елисеева Т.И. Иммунопатогенез и современные возможности терапии атопического дерматита у детей. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2017; 2; 12-22
2. Иванова М.А., Николаева Т.В., Воронина Л.Г., Пострелко М.Д., Частота распространения болезней кожи и подкожной клетчатки в Оренбургской области в 2001-2009 гг. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, 2011;1:73-76
3. Иванова М.А., Николаева Т.В., Воронина Л.Г., Пострелко М.Д. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Московской области. Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 16. Сборник научных трудов и воспоминаний о В.А. Миняеве. г.С.-Петербург: МЗ и СР РФ, ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский ГМУ им.акад. И.П. Павлова». 2011;1:73-76

4. Мигачева Н.Б., Жестков А.В., Каганова Т.И. Эффективность комбинированного подхода к первичной профилактике атопического дерматита у детей из группы риска. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2017; 4; 16-24
5. Репкина О.В. Атопические дерматиты у детей. Управление качеством медицинской помощи. 2016; 1-2; 104-113
6. Овсянникова О.Б. Атопические дерматиты в амбулаторной практике. Медицинский совет. 2012; 3; 96-101
7. Разумов А.Н., Хан М.А., Вахова Е.Л. Роль санаторно-курортного лечения в педиатрии. Современные медицинские технологии. 2009; 2; 77-83
8. Лян Н.А., Микитченко Н.А., Ковальчук Л.В. Санаторно-курортный этап медицинской реабилитации детей с аллергическими заболеваниями. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2016; 2. Т93 (2):97
9. Баранов А. А., В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник РАМН. 2011; 5; 6-11
10. Кубанова А.А. Клинические рекомендации по ведению больных с атопическим дерматитом. М.: ДЭКС- Пресс, 2011
11. Согласительный документ АДАИР «Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра». – М., 2004. – 94 с.
12. Альбицкий В. Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки. М.: Союз педиатров России, 2012

References

1. Balabolkin I. I., Bulgakova V. A., Eliseeva T. I. Immunopatogenez i sovremennye vozmozhnosti terapii atopicheskogo dermatita u detej [Immunopathogenesis and modern opportunities of treatment of atopic dermatitis in children.] Allergologiya i immunologiya v pediatrii [Allergology and immunology in Pediatrics]. 2017; 2; 12-22 (In Russian)
2. Ivanova M. A., Nikolaeva T. V., Voronina L. G., Postrelko M. D. CHastota rasprostraneniya boleznej kozhi i podkozhnoj kletchatki v Orenburgskoj oblasti v 2001-2009 gg. [The frequency of disease of the skin and subcutaneous tissue in the Orenburg region in 2001-2009] Sovremennye

problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoj kosmetologii [Modern problems of dermatovenerology, immunology and medical cosmetology]. 2011;1:73-76 (In Russian)

3. Ivanova M. A., Nikolaeva T. V., Voronina L. G., Petrenko M. D. Zabolevaemost' boleznyami kozhi i podkozhnoj kletchatki v Moskovskoj oblasti [The incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue in the Moscow region] Problemy gorodskogo zdravoohraneniya. Vypusk 16. Sbornik nauchnyh trudov i vospominaj o V.A. Minyaevе [Quaestio 16. Collection of scientific operatur, et commentaria de V. A. Minyaev.] St. Petersburg: Ministry de curis in Russian Foederatio GOU VPO "S. Petersburg state medical University, im акд. I.P. Pavlov ». 2011;1:73-76 (In Russian)

4. Migacheva N. B., Zhestkov A.V., Kaganova T. I. Efficaciam compositae aditus ad primum ne atopie dermatitis in filios, ne in periculum [The effectiveness of a combined approach to primary prevention of atopic dermatitis in children at risk.] Allergology et immunology in Pediatrics [Allergology and immunology in Pediatrics]. 2017; 4; 16-24 (In Russian)

5. Repkina O. V. Atopicheskie dermatity u detej [Atopic dermatitis in children] Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi [Managing quality of medical care.]. 2016; 1-2; 104-113

6. Ovsyannikova O. B. Atopicheskie dermatity v ambulatornoj praktike [Atopic dermatitis in outpatient practice] Medicinskij sovet [Medical advice]. 2012; 3; 96-101 (In Russian)

7. Razumov A. N., Khan M. A., Vakhova E. L. Rol' sanatorno-kurotnogo lecheniya v pediatrii [The role of sanatorium-and-Wellness treatment in Pediatrics] Sovremennye medicinskie tekhnologii [Modern medical technologies]. 2009; 2; 77-83 (In Russian)

8. Liang N. A., Mikitchenko N. A., Kovalchuk L. V. Sanatorno-kurortnyj etap medicinskoj rehabilitacii detej s allergicheskimi zabolevaniyami [The sanatorium-resort stage of medical rehabilitation of children with allergic diseases.] Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury [Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical training]. 2016; 2. T93 (2): 97 (In Russian)

9. Baranov A. A., V. R. Kuchma, L. M. Sukhareva. Sostoyanie zdorov'ya sovremennyh detej i podrostkov i rol' mediko-social'nyh faktorov v ego formirovanii [The state of health of children and adolescents and the role of health and social factors in its formation] Vestnik RAMN [Vestnik RAMN] 2011; 5; 6-11 (In Russian)

10. Kubanova A. A. Klinicheskie rekomendacii po vedeniyu bol'nyh s atopicheskim dermatitom [Clinical guidelines for the management of patients with atopic dermatitis] Moscow: DEKS- Press [DEKS - Press]. 2011 (In Russian)

11. Soglasitel'nyj dokument ADAIR «Sovremennaya strategiya terapii atopicheskogo dermatita: programma dejstvij pediatra» [Consensus document ADAIR "Modern strategy of therapy of atopic dermatitis: programme of action of the pediatrician]. Moscow, 2004. - 94 p. (In Russian)

12. Albitsky V. Yu. Aktual'nye problemy social'noj pediatrii [Actual problems of social Pediatrics] Izbrannye ocherki. M.: Soyuz pediatrov Rossii [Selected essays. M.: Union of pediatricians of Russia]. 2012 (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Вострикова Светлана Александровна – заместитель директора по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию Автономного профессионального образовательного учреждения Удмуртской Республики «Республиканский медицинский колледж министерства здравоохранения Удмуртской Республики», 426034, Россия, г. Ижевск, ул. Красногеройская, д.12, e-mail: vostrikova.sa@rmkur.ru

Пенкина Надежда Ильинична – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. 426034, Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, e-mail: nad.penkina@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4427-3900

Попова Наталья Митрофановна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. 426034, Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281

Иванова Маиса Афанасьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением «Нормирование труда медицинских работников» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: maisa@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-7714-7970; SPIN: 1518-2481

Information about authors

Vostrikova Svetlana Alexandrovna – Deputy Director for professional training and additional professional education of an Autonomous professional educational institution of the Udmurt Republic "Republican medical College of the Ministry of health of the Udmurt Republic", 426034, Russia, Izhevsk, ul Krasnogeroyeskaya, d. 12, e-mail: vostrikova.sa@rmkur.ru

Penkina Nadezhda Ilinichna. – doctor of medical Sciences, Professor, Department of Pediatrics and neonatology of the "Izhevsk state medical Academy" Russian Ministry of health. 426034, Russia, Izhevsk, street of Communards, d. 281, e-mail: nad.penkina@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4427-3900.

Popova Natalia Mitrofanovna. - doctor of medical Sciences, Professor, head of Department of public health and the health of the "Izhevsk state medical Academy" Russian Ministry of health. 426034, Russia, Izhevsk, street of Communards, d. 281.

Ivanova Maisa Afanasievna – doctor of Sciences, Professor, head of Department of "Standardization of medical workers". Central scientific-research Institute of organization and Informatization of health Ministry of health of Russia. 127254, Russia, Moscow, ul Dobrolyubova, 11, e-mail: maisa@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-7714-7970; SPIN: 1518-2481

Статья получена: 01.02.2020 г.
Принята к публикации: 01.09.2020 г.