

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-565-575

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

М.А. Иванова¹, А.В. Одинец²

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

² ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь

Актуальность проблемы организации и оказания медицинской помощи пациентам старшей возрастной группы с хроническими дерматозами в амбулаторных условиях и условиях стационара чрезвычайно высока, поскольку с возрастом все чаще развиваются различные нарушения со стороны внутренних органов и различных систем организма. В этой связи хронические дерматозы в старшей возрастной группе чаще проходят на фоне полиморбидных состояний и требуют особого внимания со стороны медицинского персонала.

Целью исследования явился анализ результатов лечения основной и контрольной группы пациентов старшей возрастной группы с хроническими дерматозами, которые имели различную соматическую патологию.

Материал и методы. Для получения достоверных результатов лечения пациентов старшей возрастной группы с хроническими дерматозами, протекающими на фоне полиморбидной патологии, в основной и контрольной группе, были разработаны критерии включения и исключения. Для получения более достоверных результатов оказания медицинской помощи пациентам, при формировании основной и контрольной группы учитывалась также тяжесть протекания заболевания. В работе применялись описательный метод статистики, проспективное исследование, аналитический и контент-анализ.

Результаты. Наше наблюдение длилось в течение двух лет. Анализировались отдельные группы пациентов с учетом возрастных параметров, условий оказания медицинской помощи и нозологических форм заболеваний кожи и подкожной клетчатки. К примеру, по 27 пациентов с псориазом в возрасте с 55 лет и старше женщины и с 60 и старше мужчины были включены в основную и контрольную группу для проспективного исследования результатов оказания медицинской помощи.

Выводы. Высокая результативность лечения пациентов старшей возрастной группы с полиморбидной патологией, представленных в основной и контрольной группа, выражающаяся в существенном развитии ремиссий заболеваний хроническими дерматозами, установлена среди получивших медицинскую помощь в условиях стационара круглосуточного пребывания и стационара на дому.

Ключевые слова: основная и контрольная группа, медицинская помощь, старшая возрастная группа, ремиссия.

MEDICAL CARE FOR OLDER AGE PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSIS ON THE BACKGROUND OF POLYMORBIDAL PATHOLOGY

Ivanova M.A.¹, Odinets A.V.²

¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Moscow, Russia

²The Federal State Budget educational institution «Stavropol State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

The urgency of the problem of organizing and providing medical care to patients of the older age group with chronic dermatoses on an outpatient basis and in a hospital setting is extremely high, since with age, various disorders of the internal organs and various body systems are increasingly developing. In this regard, chronic dermatoses in the older age group more often pass against the background of polymorbid conditions and require special attention from medical personnel.

The aim of the study was to analyze the results of treatment of the main and control groups of patients of the older age group with chronic dermatoses who had various somatic pathologies.

Material and methods. In order to obtain reliable results of treatment of patients of the older age group with chronic dermatoses occurring against the background of polymorbid pathology, in the main and control groups, inclusion and exclusion criteria were developed. To obtain more reliable results of providing medical care to patients, the severity of the course of the disease was also taken into account when forming the main and control groups. The work used a descriptive method of statistics, prospective research, analytical and content analysis.

Results. Our observation lasted for two years. Individual groups of patients were analyzed taking into account age parameters, conditions of medical care and nosological forms of diseases of the skin and subcutaneous tissue. For example, 27 patients with psoriasis at the age of 55 and older women and 60 and older men were included in the main and control groups for a prospective study of the results of medical care.

Conclusions. The high efficiency of treatment of patients of the older age group with polymorbid pathology, represented in the main and control groups, expressed in the significant development of remissions of diseases of chronic dermatoses, was established among those who received medical care in a 24-hour hospital and a hospital at home.

Key words: main and control group, medical care, older age group, remission.

Введение. С возрастом частота отклонений со стороны здоровья, в том числе кожных покровов только возрастает. К примеру, установлено, что среди пациентов, получивших лечение в условиях круглосуточного стационаров у 10,99% лиц старше трудоспособного возраста в анамнезе имеются различные новообразования, у 6,06% – заболевания опорно-двигательной системы, а также другие нарушения состояния здоровья [1]. Нарушения целостности кожи также характерны для старшей возрастной группы [2, 3]. При этом хронические дерматозы на фоне сопутствующей патологии вызывают значимую мультифакторную проблему [4, 5, 6, 7], особенно в целях обеспечения безопасности при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста [8].

Следует отметить, что в структуре всех дерматозов отдельную проблему псориаз, для которого характерно хроническое рецидивирующее течение и развитие заболевания на фоне соматической патологии. Так, многие отечественные и зарубежные авторы ключевым звеном патогенеза псориаза, считают иммунные нарушения либо различные нарушения функции внутренних органов и систем, либо генетические факторы [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

В этой связи наряду с изучением механизмов развития различных заболеваний кожи, чрезвычайную актуальность представляет изучение вопросов организации оказания медицинской помощи пациентам, особенно в старшей возрастной группе, поскольку хронические дерматозы чаще протекают на фоне мультифакторных проблем.

Целью исследования явился анализ результатов лечения основной и контрольной группы пациентов старшей возрастной группы с хроническими дерматозами, которые имели различную соматическую патологию.

Материал и методы. Для получения достоверных результатов лечения пациентов старшей возрастной группы с хроническими дерматозами, протекающими на фоне полиморбидной патологии, в основной и контрольной группе, были разработаны критерии включения и исключения, представленные в таблице 1.

Таблица 1.

Основные критерии включения и исключения в группы исследования женщин с 55 и мужчин с 60 лет и старше, имеющих соматические заболевания

<i>n/№</i>	<i>Критерии</i>	<i>включения</i>	<i>исключения</i>
1.	Возраст	с 55 женщины и с 60 мужчины и старше	до 55 лет женщины и до 60 лет мужчины
2.	Наличие сопутствующих хронических заболеваний (ССС, ЖКТ)	Наличие хронических заболеваний в стадии ремиссии	Отсутствие перечисленных заболеваний, либо их наличие в периоде обострения
3.	Школа возрастного пациента	Посещение занятий	отсутствие возможности посещать занятия
4.	Согласие выполнять все лечебные мероприятия	Согласие	Нежелание
5.	Тяжелая соматическая патология	отсутствие	наличие
6.	Дыхательная недостаточность	отсутствие	наличие
7.	Онкология	отсутствие	наличие
8.	4-кратное посещение врача	наличие	отсутствие

Для получения более достоверных результатов оказания медицинской помощи пациентам, при формировании основной и контрольной группы учитывалась также тяжесть протекания заболевания. В работе применялись описательный метод статистики, проспективное исследование, аналитический и контент-анализ.

Результаты. В соответствии с критериями выборки, они получили медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология» в условиях стационара на дому, а также имели возможность ежегодно получать дополнительную медицинскую помощь в условиях санатория.

Нами установлено, что в основной группе 27 пациентов с диагнозом «псориаз», получавших медицинскую помощь в условиях стационара на дому и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, полная ремиссия была выявлена в $98,0 \pm 0,8\%$ случаях. Вместе с тем пациенты контрольной группы аналогичного возраста, равнозначных нозологических форм болезней и с соответствующими критериям включения параметрами, также получали медицинскую помощь в условиях стационара на дому. Однако данная группа пациентов дополнительную медицинскую помощь в условиях санатория получала не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, что отразилось на достижении ремиссии, которая наступила лишь у одной трети пациентов ($33,3 \pm 2,7\%$ напротив $98,0 \pm 0,8\%$ случаях в основной группе), что практически в три раза ($2,95\%$) реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

При этом следует отметить, что из 18 пациентов основной группы с диагнозом «атопический дерматит», получавших медицинскую помощь в условиях стационара на дому и ежегодно получавших поддерживающее лечение в условиях санатория, полная ремиссия наступила лишь в $33,3 \pm 2,7\%$ случаях. В то же время у пациентов контрольной группы, получавших медицинскую помощь в аналогичных условиях, но получавших дополнительное лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия была достигнута только у каждого пятого пациента ($22,2 \pm 2,4\%$), что в 1,5 меньше, чем в основной группе (табл. 2).

Из 32 пациентов основной группы с диагнозом «аллергический дерматит», получавших медицинскую помощь в условиях стационара на дому и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, полная ремиссия наступила у $15,6 \pm 2,1\%$. Вместе с тем у пациентов контрольной группы, которые получали медицинскую помощь в аналогичных условиях, однако дополнительное лечение в условиях санатория получавших не чаще 1 раза в течении 2-3 года, ремиссия была установлена лишь у незначительной части:

9,4±1,7%. Следовательно, показатель результативности оказания медицинской помощи в основной группе в 1,7 раза выше, чем у пациентов контрольной группы.

Из 43 пациентов основной группы с другими дерматитами (экземой), получавших медицинскую помощь в условиях стационара на дому и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, полная ремиссия отмечена у каждого четвертого (25,6±2,5%) пациента. При этом у пациентов контрольной группы, получивших медицинскую помощь в аналогичных условиях, однако реже получавших дополнительное лечение в условиях санатория, т.е. не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия была установлена только у каждого пятого пациента (у 20,9±2,4%), что в 1,2 реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

В период нашего двухлетнего наблюдения рецидивы заболеваний при оказании медицинской помощи амбулаторно в условиях поликлиники также несколько уменьшились.

Таблица 2

Результативность оказания медицинской помощи пациентам основной и контрольной группы с учетом условий оказания (ремиссия при хронических болезнях кожи и подкожной клетчатки) (в %)

	Нозологические формы	Основная группа (n= 299)			Контрольная группа (n= 299)		
		Поликлиника (-на)	стационар на дому (-на)	Круглосуточный стационар (-на)	Поликлиника (-на)	стационар на дому (-на)	Круглосуточный стационар (-на)
1.	Атопический дерматит	12,5±1,9%	33,3±2,7%	58,3±2,8%	6,3±1,4%	22,2±2,4%	50,0±2,9%
2.	Аллергический дерматит	13,8±1,9%	15,6±2,1%	45,5±2,8%	10,3±1,8%	9,4±1,7%	31,8±2,7%
3.	Псориаз	5,6±1,3%	98,0±0,8%, полная ремиссия	50,3±2,8%	5,6±1,3%	33,3±2,7%	31,3±2,7%
4.	Другие дерматиты (экзема)	18,4±2,2%	25,6±2,5%	42,9±2,8%	0,9±0,5	20,9±2,4%	35,7±2,8%

К примеру, из 18 пациентов с диагнозом «псориаз», включенных в основную группу, получавших медицинскую помощь амбулаторно в условиях поликлиники, а также ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия установлена в 5,6±1,3%

случаях, аналогично контрольной группе пациентов ($5,6 \pm 1,3\%$), которая получала лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет. В данной группе пациентов различия по частоте наступления ремиссии заболевания не прослеживались (табл. 2).

Из 16 пациентов основной группы с диагнозом «аллергический дерматит», получавших медицинскую помощь амбулаторно в условиях поликлиники и имевших возможность ежегодно получать дополнительную медицинскую помощь в условиях санатория, наступление ремиссии установлено в $13,8 \pm 1,9\%$ случаях. Вместе с тем результаты наблюдения за пациентами контрольной группы, которые имели возможность получать дополнительную медицинскую помощь в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, показали, что ремиссия наступала лишь в $10,3 \pm 1,8\%$ случаях, что в 1,3 раза реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

Из 29 пациентов основной группы с диагнозом «атопический дерматит», получавших медицинскую помощь амбулаторно в условиях поликлиники и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия установлена у $12,5 \pm 1,9\%$. При этом у пациентов контрольной группы с аналогичным диагнозом и получавших медицинскую помощь также амбулаторно в условиях поликлиники, но получавших дополнительное лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия установлена лишь в $6,3 \pm 1,4\%$ случаях, что практически в два раза ($1,98$ раза) реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

Из 38 пациентов основной группы с другими дерматитами, получивших медицинскую помощь амбулаторно в условиях поликлиники и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия установлена в $18,4 \pm 2,2\%$ случаях. В то же время в контрольной группе пациентов, получавших лечение в аналогичных условиях и дополнительное лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, наступление ремиссии установлено лишь в $0,9 \pm 0,5\%$ случаях, что в 20 раз реже, чем в основной группе (табл. 2).

Результаты лечения пациентов основной и контрольной группы с учетом условий оказания медицинской помощи, представленные в таблице 2, свидетельствуют о разнице в частоте развития рецидивов заболевания в основной и контрольной группах пациентов.

В период нашего наблюдения, которое длилось в течение двух лет, рецидивы заболеваний также несколько уменьшились. К примеру, из 16 пациентов основной группы с диагнозом «псориаз», получавших медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия

установлена у каждого второго пациента: в $50,3 \pm 2,8\%$ случаях. При этом у пациентов группы контроля, получавших лечение в аналогичных условиях, но получавших дополнительное лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия наблюдалась лишь у каждого третьего пациента ($31,3 \pm 2,7\%$), что в 1,6 раза реже, чем в основной группе (табл. 2).

Из 12 пациентов основной группы с диагнозом «атопический дерматит», получивших медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия наступала более чем у каждого второго (в $58,3 \pm 2,8\%$ случаях). При этом у пациентов контрольной группы, которые получали лечение в аналогичных условиях, однако дополнительное лечение в условиях санатория могли получать не чаще, чем 1 раза в 2-3 года, наступление ремиссии наблюдалось в $50,0 \pm 2,9\%$ случаях, что в 1,2 раза реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

Из 22 пациентов основной группы с диагнозом «аллергический дерматит», получивших медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия установлена в $45,5 \pm 2,8\%$ случаях. При этом у пациентов контрольной группы, получавших медицинскую помощь в аналогичных условиях, однако получавших дополнительное лечение в условиях санатория не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия установлена в $31,8 \pm 2,7\%$ случаях, что в 1,4 раза реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

Из 28 пациентов основной группы с другими дерматитами (экземой), получивших медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и ежегодно получавших дополнительное лечение в условиях санатория, ремиссия наблюдалась в $42,9 \pm 2,8\%$ случаях. При этом в контрольной группе пациентов, получавших лечение в аналогичных условиях, однако дополнительное лечение в условиях санатория получавших не чаще 1 раза в течении 2-3 лет, ремиссия установлена в $35,7 \pm 2,8\%$ случаях, что в 1,2 раза реже, чем в основной группе пациентов (табл. 2).

Выводы. Высокая результативность лечения пациентов старшей возрастной группы с полиморбидной патологией, представленных в основной и контрольной группа, выражающаяся в существенном развитии ремиссий заболеваний хроническими дерматозами, установлена среди получивших медицинскую помощь в условиях стационара круглосуточного пребывания и стационара на дому.

Список литературы

1. Шляфер С.И. Госпитализированная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации. Успехи геронтологии. 2016;5(29):690-694
2. Иванова М.А., Гречко А.В., Ягудин Р.Т. Возрастные изменения кожи – как факторы развития гнойничковой инфекции кожи. Геронтологические чтения. Белгород. 2010;2:69-70
3. Соловьева Е.В., Юсова Ж.Ю., Иванова М.А. Инволюционные изменения кожи и микроциркуляторного русла. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина. Фармация. Геронтология и гериатрия». 2012;20/1:89-92
4. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Потекаев Н.Н., Билалова У.Г. Псориаз: коморбидности и комедикации. Врач. 2009;5:15-20
5. Путилина М.В. Коморбидность у пациентов пожилого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016;5(116):106-111
6. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Постникова А.Н. и др. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике. Успехи геронтологии. 2011;2(24):285-289
7. Стародубов В.И., Эделева А.Н., Сабгайда Т.П. Полиморбидность лиц старших возрастных групп в городской и сельской местности нижегородской области. Успехи геронтологии. 2018;1(31):25-31
8. Шикина И.Б. Обеспечение безопасности пациентов пожилого и старческого возраста в условиях стационара. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007;6: 44-45
9. Загртдинова Р.М., Иванова М.А., Колодкин Д.Е., Снегитрев А.Я. Влияние озонотерапии на иммунные нарушения у больных псориазом. Вестник дерматологии и венерологии. 2006;3:13-15
10. Загртдинова Р.М., Филимонов М.А. Трусков В.В. и др. Функциональные нарушения гепатобилиарной системы у больных псориазом и возможности их коррекции. Вестник дерматологии и венерологии. 2006;31:13-15
11. Загртдинова Р.М., Филимонов М.А., Иванова М.А., Орлов В.В. Состояние гипофизарно-тиреоидной системы у больных псориазом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006;3:20-24

12. Кубанова А.А., Николас Д.Ф., Пьюиг Л. и др. Иммуные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии. Клиническая дерматология и венерология. 2010; 1: 35-47
13. Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Самцов А.В. Иммуный патогенез псориаза. Вестник дерматологии и венерологии. 2016;4: 20-26
14. Miossec P. Kolls J.K. Targeting IL-17 and TH17 cells in chronic inflammation. Nature Reviews Drug Discovery. 2012;10(11):763-776. DOI: 10.1038/nrd3794
15. Cosmi L., Liotta F., Maggi E. et al. Th17 and non-classic Th1 cells in chronic inflammatory disorders: two sides of the same coin. International Archives of Allergy and Immunology. 2014;3(164):171-177. DOI: 10.1159/000363502
16. Hawkes J.E., Chan N.C., Krueger J. Psoriasis pathogenesis and development of novel targeted immune therapies. Allergy Clinical Immunology. 2017;3(140):645-653. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.07.004

References

1. Shlyafer S.I. Gosospitalizirovannaya zabolevaemost` naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta Rossijskoj Federacii [Hospitalized morbidity of the population older than the working age of the Russian Federation]. Uspexi gerontologii [Successes of gerontology]. 2016;5(29):690-694 (InRussian)
2. Ivanova M.A., Grechko A.V., Yagudin R.T. Vozrastny`e izmeneniya kozhi – kak faktory` razvitiya gnojnichkovoj infekcii kozhi [Age-related skin changes are factors in the development of pustular infection of the skin]. Gerontologicheskie chteniya. Belgorod [Gerontological readings. Belgorod]. 2010;2:69-70 (InRussian)
3. Solov`eva E.V., Yusova Zh.Yu., Ivanova M.A. Involyucionny`e izmeneniya kozhi i mikrocirkulyatornogo rusla [Involutional changes of the skin and microcirculatory bed]. Nauchny`e vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Medicina. Farmaciya. Gerontologiya i geriatriya» [Scientific bulletin of Belgorod State University. The series "Medicine. Pharmacy. Gerontology and Geriatrics"]. 2012;20/1:89-92 (InRussian)
4. Kochergin N.G., Smirnova L.M., Potekaev N.N., Bilalova U.G. Psoriaz: komorbidnosti i komedikacii [Psoriasis: comorbidities and comedications]. Vrach [Doctor]. 2009;5:15-20 (InRussian)

5. Putilina M.V. Komorbidnost` u pacientov pozhilogo vozrasta [Comorbidity in elderly patients]. Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov]. 2016;5(116):106-111(InRussian)
6. Proshhaev K.I., Il`niczkij A.N., Postnikova A.N. i dr. Klinicheskaya patologiya polimorbidnosti v geriatricheskoj praktike [Clinical pathology of polymorbidity in geriatric practice]. Uspexi gerontologii [Successes of gerontology]. 2011;2(24):285-289 (InRussian)
7. Starodubov V.I., E`deleva A.N., Sabgajda T.P. Polimorbidnost` licz starshix voznrastny`x grupp v gorodskoj i sel`skoj mestnosti nizhegorodskoj oblasti [Polymorbidity of older age groups in urban and rural areas of the Nizhny Novgorod region]. Uspexi gerontologii [Successes of gerontology]. 2018;1(31):25-31 (InRussian)
8. Shikina I.B. Obespechenie bezopasnosti pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta v usloviyax stacionara [Ensuring the safety of elderly and senile patients in a hospital setting]. Problemy` social`noj gigieny`, zdravooxraneniya i istorii mediciny` [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. 2007;6: 44-45 (InRussian)
9. Zagrtidinova R.M., Ivanova M.A., Kolodkin D.E., Snegirev A.Ya. Vliyanie ozonoterapii na immunny`e narusheniya u bol`ny`x psoriazom [The effect of ozone therapy on immune disorders in patients with psoriasis]. Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. 2006;3:13-15 (InRussian)
10. Zagrtidinova R.M., Filimonov M.A. Trusov V.V. i dr. Funkcional`ny`e narusheniya gepatobiliarnoj sistemy` u bol`ny`x psoriazom i vozmozhnosti ix korrekcii [Functional disorders of the hepatobiliary system in patients with psoriasis and the possibility of their correction]. Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. 2006;31:13-15 (InRussian)
11. Zagrtidinova R.M., Filimonov M.A., Ivanova M.A., V.V. Orlov. Sostoyanie gipofizarno-tireoidnoj sistemy` u bol`ny`x psoriazom [The state of the pituitary-thyroid system in patients with psoriasis]. Rossijskij zhurnal kozhny`x i venericheskix boleznej [Russian Journal of Skin and Venereal Diseases]. 2006;3:20-24 (InRussian)
12. Kubanova A.A., Nikolas D.F., P`yuig L. i dr. Immunny`e mexanizmy` psoriaza. Novy`e strategii biologicheskoy terapii [Immune mechanisms of psoriasis. New strategies of biological therapy]. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya [Clinical dermatology and venereology]. 2010; 1: 35-47 (InRussian)

13. Hajrutdinov V.R., Belousova I.E., Samczov A.V. Immunnyj patogenez psoriaza [Immune pathogenesis of psoriasis]. Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. 2016;4: 20-26 (InRussian)
14. Miossec P, Kolls J.K. Targeting IL-17 and TH17 cells in chronic inflammation. Nature Reviews Drug Discovery. 2012;10(11):763-776. DOI: 10.1038/nrd3794
15. Cosmi L., Liotta F., Maggi E. et al. Th17 and non-classic Th1 cells in chronic inflammatory disorders: two sides of the same coin. International Archives of Allergy and Immunology. 2014;3(164):171-177. DOI: 10.1159/000363502
16. Hawkes J.E., Chan N.C., Krueger J. Psoriasis pathogenesis and development of novel targeted immune therapies. Allergy Clinical Immunology. 2017;3(140):645-653. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.07.004

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

Иванова Маиса Афанасьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением «Нормирование труда медицинских работников» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: maisa961@mail.ru, ORCID: 0000-0002-7714-7970; SPIN:1518-2481

Одинец Алексей Васильевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России. 355017, Россия, г. Ставрополь, улица Мира, 310, e-mail: odinets1@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-3257-4343; SPIN: 7755-0484

Information about authors

Odinets Aleksey Vasilievich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Stavropol State Medical University, 355017, Russia, Stavropol, Mira Street, 310, tel. e-mail: (hidden) ORCID: 0000-0003-3257-4343

Ivanova Maisa Afanasyevna – MD, Professor, head of Department of regulation of work of health workers, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11 tel. 8(495) 618-43-88 (exe.504), e-mail: maisa@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-7714-7970, SPIN: 1518-2481.

Статья получена: 01.08.2021 г.

Принята к публикации: 28.09.2021 г.