

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ВОСТРИКОВА Светлана Александровна
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С
АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ПРОФИЛАКТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

3.1.21. Педиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук, профессор
Маиса Афанасьевна Иванова,
доктор медицинских наук, профессор
Надежда Ильинична Пенкина

Ижевск - 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МАНИФЕСТАЦИЮ, ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	13
1.1. Эпидемиология атопического дерматита у детей.....	13
1.2. Клинико-иммунологические особенности, медицинская помощь детям с атопическим дерматитом в возрасте от 13 до 17 лет.....	16
1.3. Факторы, определяющие манифестацию и течение атопического дерматита	20
1.4. Концепция и методология исследования качества жизни у детей.....	27
Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, ДИЗАЙН И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ	36
2.1. Дизайн исследования.....	36
2.2. Характеристика групп наблюдения и сравнения.....	39
2.3. Методы и объем исследования.....	41
2.4. Статистическая обработка результатов исследования.....	44
Глава 3. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 15-17 ЛЕТ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	48
Глава 4. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13 – 17 ЛЕТ	61
Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13-17 ЛЕТ И	

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ..	89
5.1. Анализ анамнестических данных и медицинских сведений из амбулаторных карт детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет	89
5.2. Роль социально-гигиенических факторов в течении атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет.....	96
Глава 6. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13-17 ЛЕТ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ.....	104
6.1. Качество жизни детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет.....	104
6.2. Алгоритм прогнозирования медико-биологических и социально-гигиенических факторов формирования тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет	118
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	138
Выводы.....	155
Практические рекомендации.....	157
Список литературы.....	158
Приложения.....	187

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АтД – атопический дерматит

АЗ – аллергические заболевания

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

БК и ПК – болезни кожи и подкожной клетчатки

БУЗ – бюджетное учреждение здравоохранения

ГКС – глюкокортикостероиды

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИМВП – инфекции мочевыводящих путей

КЖ – качество жизни

МЗ УР– Министерство здравоохранения Удмуртской Республики

МГК – местные глюкокортикоиды

ОБ – общий балл

ПСЗ – психосоциальное здоровье

ФФ – физическое функционирование

ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы

ШФ – школьное функционирование

ЭФ – эмоциональное функционирование

CD – кластеры дифференцировки, поверхностные антигены лейкоцитов

Ig – иммуноглобулин

«ISAAC» – Internacional Studi of Asthma and Allergi in childhood

SCORAD – Scoring of Atopic Dermatitis

S.aureus – Staphylococcus aureus

S.epidermidis – Staphylococcus epidermidis

Th – Т-хелпер

Dermatophagoides pteronyssinus (D. pteronyssinus) – клещ домашний пылевой европейский

Dermatophagoides Farinae (D. Farinae) – клещ домашний пылевой американский

ОРИ – острая респираторная инфекция

ИМТ – индекс массы тела

Введение

Актуальность темы исследования. В концепции развития здравоохранения в Российской Федерации особая роль отведена диспансеризации детского населения в возрастном интервале от 13 до 17 лет с хроническими заболеваниями, вопросам медицинской и социальной реабилитации (Денисов А.П., 2017; Баранов А.А., 2020; Альбицкий В.Ю. 2021). В структуре хронических заболеваний наблюдается рост атопического дерматита (АтД) (Соколова Т.В., 2019; Ганиев А.А., 2021). Результаты исследований распространенности АтД у детей свидетельствуют о высоком уровне показателя (от 10 до 30%) и ее росте (Шахова Н.В., 2018; Мельниченко Н.Е., 2020; Abuabara K., 2017; AwM., PennJ., 2020). При этом заболевание, начинаясь в раннем возрасте (Маланичева Т.Г., 2022), приобретает хроническое течение (Маланичева Т.Г., 2019; Вахитов Х.М., 2021), нередко с осложнениями (Алексеева И.Г., 2020) и переходом в тяжелую форму, требуя постоянного лечения (Синельникова А.Г., 2019; Смолкин Ю.С., 2020; Мельниченко Н.Е., 2020). Многие исследования, посвященные АтД, касаются изучения факторов риска его развития, клинических особенностей и терапии (Петровская М.И., 2017; Гуцуляк С. А., 2019; SnastI., 2018; VandenplasY., 2019). Однако роль социально-гигиенических и медико-биологических аспектов риска развития тяжелого течения болезни у детей старшего возраста недостаточно изучена. Известно, что течение хронических заболеваний зависит от полноты диспансерного наблюдения, включающего своевременность диагностики, приверженность к лечению, санаторно-курортного оздоровления (Портняга Е.А. 2019; Килина А.В., 2020; Козулин Е.Е., 2019; Кубанов А.А., 2019; Калабашина П.М., 2020; Давиденко М.С. 2020).

Проблема хронического течения АтД заключается в нарушении социальной адаптации ребенка (Винярская И.В., 2020; V. Rajendran, 2010). Изучение качества жизни (КЖ) у детей с АтД позволит своевременно выявить его измененный параметр и провести коррекцию терапии (Тайкун Ч.Д., 2016; Королева Т.В., 2020). Учитывая наличие различных вариантов течения АтД у детей к старшему

возрасту, своевременным и перспективным направлением является изучение причин формирования тяжелых форм болезни, поиск новых подходов к медицинскому наблюдению (Тренева М.С., 2017; Гуцуляк С.А., 2019).

Степень разработанности темы исследования

Патентный поиск по теме диссертационного исследования свидетельствует о наличии публикаций, посвященных факторам риска, манифестации АтД, распространенности проблемы. Вместе с тем, причины, влияющие на различные варианты течения АтД в последующем, формирование тяжелого течения заболевания у многих детей к подростковому возрасту не изучены (Е.Ю. Янчевская, 2018; Васильева Е.А., 2021).

Основной рабочей гипотезой настоящего исследования явилось предположение о значительном влиянии социально-гигиенических и медико-биологических факторов на тяжесть течения АтД, поскольку сведения по данной проблеме неоднозначны и малочисленны (Урбазаева Л.Б., 2017; Жадан И.Ю., 2021). В доступной литературе нет данных по гендерным аспектам КЖ у детей с АтД в возрасте 13-17 лет с учетом степени тяжести заболевания, отношения детей и родителей к самой болезни. Не разработана прогнозная карта риска формирования тяжелого течения АтД в возрасте 13-17 лет, ограничен объем доступной информации по этой проблеме, особенно касаясь различных аспектов КЖ ребенка в возрасте 13-17 лет (Левашова С.В., 2016; Бен М.М., 2017; Гаджиева Н.Н., 2019), что повышает актуальность исследования, направленного на разработку мер профилактики тяжелого течения АтД. В связи с вышеизложенным, изучение медико-биологических, социально-гигиенических аспектов у детей с АтД в возрасте 13-17 лет и качества их жизни в связи с заболеванием, позволит раскрыть причины формирования тяжелых форм течения болезни.

Цель исследования: на основании изучения медико-биологических и социально-гигиенических факторов разработать алгоритм прогнозирования течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.

Задачи исследования:

1. Проанализировать показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопическим дерматитом, среди детского населения в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике за 2000-2021 гг.
2. Изучить результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет в сопоставлении с тяжестью течения болезни.
3. Изучить социально-гигиенические и медико-биологические факторы, влияющие на развитие тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет.
4. Изучить качество жизни детей в возрасте 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом.
5. Разработать алгоритм прогнозирования течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

- получены новые данные, свидетельствующие о росте заболеваемости АД среди детского населения Удмуртской Республики в возрасте 15-17 лет, и необходимости принятия управленческих решений по его профилактике;
- научно обоснована необходимость решения проблемы профилактики формирования тяжелого течения АД у детей в возрасте 13-17 лет;
- научно доказано влияние социально-гигиенических (низкая медицинская активность пациента, отрицательный психоэмоциональный климат в семье) и медико-биологических (высокий уровень IgE в период манифестации заболевания, аллергенспецифических IgE, частая инфекционная патология, отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, ранняя и тяжелая манифестация атопического дерматита) факторов высокого риска на формирование тяжелого течения атопического дерматита, устранение которых позволит избежать тяжелого течения болезни.

- получены новые данные о возможности выделения «управляемых» и «неуправляемых» факторов риска, влияющих на течение АтД и способствующих формированию тяжелого течения болезни у детей в возрасте 13-17 лет;

- показано влияние регулярности и полноты выполнения рекомендаций при проведении диспансерного наблюдения, приверженности к лечению, социального статуса семьи на течение АтД в детском возрасте;

- инновационным направлением работы является изучение качества жизни у детей с АтД в возрасте 13-17 лет, проживающих в Удмуртской Республике, которое показало, что качество жизни в исследуемой группе детей ниже, чем у здоровых сверстников, в зависимости от пола ребенка, степени тяжести заболевания;

- доказано, что из составляющих качества жизни у детей с АтД в возрасте 13-17 лет наиболее значительно снижаются эмоциональное и ролевое функционирование, психосоциальное здоровье;

- выявлена недооценка влияния заболевания АтД на качество жизни ребенка родителями, которая может отразиться на снижении социализации детей в обществе;

- разработаны научно обоснованные мероприятия по повышению качества жизни детей, страдающих АтД, направленные на снижение рецидивов заболевания и повышения социализации в обществе;

- разработан алгоритм прогнозирования течения АтД у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что:

- практические рекомендации, разработанные по результатам исследования и используемые в практическом здравоохранении, направлены на повышение результативности оказания медицинской помощи детям с АтД и повышение качества их жизни;

- принятие управленческих решений, по усилению профилактических мероприятий, позволит добиться снижения растущей заболеваемости АТД у детей Удмуртской Республики в возрасте 13-17 лет;

- результаты исследования качества жизни детей с АТД в возрасте 13-17 лет дают возможность определить направленность лечебно-профилактических мероприятий;

- использование алгоритма прогнозирования течения АТД у детей в возрасте 13-17 лет и порядка формирования индивидуальной профилактической программы позволит избежать тяжелого течения болезни;

- деление факторов риска на «управляемые» и «неуправляемые», играющих роль в формировании тяжелого течения АТД у детей в возрасте 13-17 лет, дает возможность оказывать влияние на течение заболевания;

- результаты диссертационного исследования используются в учебном процессе студентов, ординаторов и аспирантов медицинских ВУЗов;

- по результатам диссертационной работы подготовлены 2 информационных письма, дополнительная профессиональная программа повышения квалификации, учебное пособие для организаторов здравоохранения, врачей-педиатров, врачей-аллергологов-иммунологов, врачей-дерматологов, врачей-гастроэнтерологов, внедрение которых повысит результативность оказания медицинской помощи детям с АТД.

Основные положения, выносимые на защиту

1. На территории Удмуртской Республики сохраняется высокая заболеваемость атопическим дерматитом среди детского населения в возрасте от 15 до 17 лет.
2. Результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований детей с АТД показывают, что на формирование тяжелого течения АТД у детей в возрасте с 13 до 17 лет влияют как медико-биологические, так и социально-гигиенические факторы.
3. Качество жизни детей с АТД в возрасте от 13 до 17 лет зависит от тяжести течения болезни и множества других факторов, выявление которых с помощью

алгоритма прогнозирования позволит повысить результативность диспансерного наблюдения и медико-профилактической помощи.

Методология и методы исследования

Методологической основой для проведения диссертационной работы послужили работы отечественных и зарубежных авторов по теме исследования. На основании применения информационно-аналитического метода были определены направления исследования, сформулированы цель и задачи, определены источники получения информации, методы статистического анализа. Статистическая обработка результатов включала параметрические и непараметрические методы. Использован метод описательной статистики, расчет относительных (экстенсивных и интенсивных) показателей. Прогнозная оценка проводилась с применением вероятностного метода Байеса и последовательного анализа Вальда.

Внедрение результатов исследования

Практические рекомендации внедрены в: БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР»; БУЗ УР «Детская городская клиническая поликлиника №5 МЗ УР»; учебный процесс на кафедрах педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России; кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом дополнительного профессионального образования и кафедры Управления и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России. Подготовлено: 2 информационных письма («Профилактика формирования тяжелых форм течения atopического дерматита у детей в возрасте от 13 до 17 лет» (Ижевск, 2016), «Факторы риска формирования тяжелого течения atopического дерматита у детей в возрасте от 13 до 17 лет» (Ижевск, 2022)) и учебное пособие «Медико-биологические и социально-гигиенические факторы тяжелого течения atopического дерматита в детском возрасте» (Москва, 2023), которые применяются в реализации регионального проекта «Развитие здравоохранения», предназначены для использования в работе организаторов здравоохранения, врачей-педиатров,

дерматологов, аллергологов-иммунологов. Разработана дополнительная профессиональная программа повышения квалификации для педиатров и среднего медицинского персонала.

Личный вклад автора заключается в непосредственном участии на всех этапах диссертационного исследования, разработке плана исследования. Лично сформулированы цель и задачи исследования, положения, выносимые на защиту (95%), проанализированы источники литературы по заявленной теме (100%). Самостоятельно проведен сбор первичного материала, его обработка (100%), текущее наблюдение за исследуемой группой пациентов (95%), подготовлены публикации, оформлена диссертационная работа для представления к защите (95%). Автором разработан алгоритм прогнозирования тяжелого течения заболевания и адресные практические рекомендации (95%), сформулированы выводы и разработаны мероприятия по повышению качества жизни детей с АтД (95%).

Связь работы с научными программами. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций. Научные положения, выводы и практические рекомендации сформулированы автором на основе изучения большого объема статистического и клинического материала. Обработка результатов исследования проведена с использованием современных статистических методов и компьютерных Программ. Достоверность и обоснованность результатов, выводов, положений, выносимых на защиту обоснованы репрезентативностью объема первичного материала.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации были представлены на: XV Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2014); XXI всемирном

конгрессе по реабилитации в медицине и иммунореабилитации (Сингапур, 2015); V конференции АДАИР по детской аллергологии и иммунологии для практикующих врачей (Москва, 2016); научно-практической конференции «Кожные заболевания у детей: диагностика, современные принципы лечения» (Ижевск, 2018); X научно-практическом Форуме с международным участием «Здоровье семьи – будущее России» (Ижевск, 2019); 12 Всероссийском форуме Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов «Дерматовенерология и косметология. Синтез науки и практики» (Москва, 2022); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны материнства и детства: уроки пандемии» (Москва, 2022); заседании кафедр ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ (Ижевск, 2022).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 5 – в журналах, входящих в Международные базы цитирования (Scopus) и в Перечень ВАК, 3 – в журналах, входящих в Перечень РУДН.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно пунктам 8, 9 и паспорту специальности 3.1.21. Педиатрия, а именно пунктам 1, 3.

Структура и объем диссертации: диссертация изложена на 194 страницах, состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Иллюстрирована 18 рисунками, 44 таблицами, 2 приложениями. Список литературы включает 246 источника, из них 191 отечественных и 55 зарубежных авторов.

Глава 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МАНИФЕСТАЦИЮ, ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

1.1. Эпидемиология атопического дерматита у детей

Показатели заболеваемости — это важнейшая составляющая комплексной оценки здоровья населения, необходимой для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны стратегическое планирование развития системы здравоохранения и прогнозирование потребности в различных видах ресурсов [13, 149,167]. Показатели заболеваемости детского населения служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений педиатрического профиля и системы здравоохранения в целом. «Атопический дерматит – хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний, стадийностью, частым инфицированием» (МКБ-10, раздел L20).

Данное название заболевания вошло в медицинскую терминологию России в конце 90-х годов. На сегодняшний день существует несколько определений заболевания, используемых в практике. Ассоциация детских аллергологов-иммунологов АтД определяет как аллергическое лихенифицирующее воспалительное заболевание кожи, которое возникает ввиду готовности иммунной системы к аллергической реакции, вследствие воздействия атопических или неатопических механизмов, сопровождается различной интенсивности кожным зудом, и частым инфицированием [161].

По определению, данному Российской ассоциацией врачей-аллергологов и врачей - клинических иммунологов, АтД представляет собой аллергическое

заболевание кожи, возникающее, чаще всего, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к atopическим проявлениям. Данное заболевание связано с присутствием гиперчувствительности к аллергенам и (или) к другим неспецифическим раздражителям. Для заболевания характерно хроническое рецидивирующее течение с наличием возрастных особенностей в морфологических проявлениях очагах воспаления и их локализации, сопровождается кожным зудом. Термин АтД среди всех синонимов названия заболевания наиболее распространен, но, в отдельных европейских странах (Великобритания, Швеция, Нидерланды) чаще используют «атопическая экзема» [177,178,233].

В последние десятилетия распространенность аллергических заболеваний (АЗ), в том числе АтД, в детской популяции неуклонно возрастает [15,37,104,114,124,163]. Эпидемиологические исследования, проведенные ранее с использованием единой стандартизированной международной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in childhood), рекомендованной к использованию ВОЗ, показывают, что распространенность АЗ у детей в различных регионах России колеблется от 10% до 38% [98,101]. Результаты исследований распространенности АтД в странах западной Европы, США и Японии также свидетельствуют о высокой частоте заболевания у детей (Западная Европа - 14,5%-29,8%, США - 17,2%-26,7%, Япония - 24,0%-32,3%) [204,232,234].

В Российской Федерации за последние 10 лет абсолютное число детей, страдающих аллергическими заболеваниями в возрастной группе от 0 до 14 лет, увеличилось в 2,8 раза, в более старшем возрасте - в 3,6 раза [3,14]. Ежегодный прирост аллергических заболеваний у детей в среднем составляет 4,8% [7].

Увеличение показателя распространенности аллергических заболеваний связано с ростом численности населения, страдающих заболеваниями органов пищеварения, эндокринной и сердечно-сосудистой систем, которые способствуют формированию высокого риска развития аллергических проявлений на специфические и неспецифические факторы [7,127,203]. По данным Боговой А.В. и соавт., Масюк В.С., Хурцилавы О.Г. [17,97] у 40,0-50,0% пациентов этой

категории наблюдается пищевая и лекарственная аллергия различной степени выраженности.

Показатели распространенности аллергических заболеваний в детской популяции в разрезе нозологий переменчивы. Вместе с тем лидирующие позиции занимают аллергический ринит, АТД и бронхиальная астма [12,71]. По данным Балаболкина И.И. с соавторами распространенность аллергического ринита у детей Российской Федерации составляет от 1,4% до 39,7%, бронхиальной астмы – от 5,6% до 12,1% [12,71]. Определение доли отдельных классов болезней в структуре аллергических заболеваний сложная задача, так как у большинства пациентов патология, как правило, представлена в виде сочетания двух или более аллергических состояний. По данным исследований АТД в структуре аллергических заболеваний у детей занимает от 50% до 60% и имеет тенденцию к росту [95,97,246].

По результатам исследований по программе ISAAC, проводившихся в 56 зарубежных странах, распространенность АТД за последние три десятилетия увеличилась и составляет от 1,0% до 20%. Показатель распространенности АТД подвержен значительным колебаниям в зависимости от региона, возраста ребенка. Например, у детей до 6 лет, проживающих в Иране, распространенность АД составляет 1,1%, в Албании – 1,0%, в Японии и Швеции более 16%, в Нигерии - 17,0%. Распространенность АТД у детей в возрасте 13-14 лет, по сведениям многих авторов, ниже относительно детей дошкольного возраста [246].

Исследования распространенности АТД у детей по программе ISAAC, проведенные в различных регионах Российской Федерации (Москва, Новосибирск, Иркутск, Махачкала, Ижевск, Томск, Астрахань и др.) выявили переменчивость показателя (от 5,2% до 30%) [19,103,138,181].

Показатели распространенности АТД зависят от возраста детей: до 1 года у 9% -28,5%, в группе детей 6-7 лет – у 5,5%-30,8%, 13-14 лет – у 6,7%-20,8%, 15-17 лет – у 6,5%-26,9% [11,19,52,138,174].

На фоне ухудшения состояния здоровья и сокращения численности детей и подростков уровень заболеваемости АтД в России характеризуется постоянным ростом [5,13,108,112].

Исследования А.А. Мартынова [96] и Ю.В. Кениксфест [67] заболеваемости БК и ПК, в том числе АтД, в разрезе федеральных округов России за период с 1998 по 2007 гг. и с 2005 по 2009 гг., выявили наиболее высокие показатели в таких федеральных округах, как Приволжский, Дальневосточный, Уральский и Северо-Западный, где уровень заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет выше, чем у детей старшей возрастной группы. При этом максимальный прирост заболеваемости зафиксирован у детей 15-17 лет [67,96,97,173].

1.2. Клинико-иммунологические особенности и медицинская помощь детям с атопическим дерматитом в возрасте от 13 до 17 лет

Значительное количество исследователей придерживаются мнения, что АтД – это системное заболевание с поражением не только кожи, но и внутренних органов и систем организма [4,22,147,171]. Патология органов пищеварения, нервной системы, ЛОР-органов, дыхательной системы, мочевой системы, глистно-протозойная инвазия часто сопровождают АтД [116,146,155,187,209]. Еще в начале XX века Соса отмечал, что экзема сочетается с астмой, сенной лихорадкой, соотнося эти заболевания с атопией [209]. Вместе с тем, существует и ошибочное представление об АтД как о заболевании кожи, но не иммунологически обусловленном заболевании, основой которого является аллергическое воспаление [177,178,179].

На сегодняшний день отсутствует единая классификация АтД. Принято выделять такие формы заболевания, как экзогенный или аллергический АтД. При этом экзогенная форма АтД ассоциируется с респираторной аллергией и сенсibilизацией к аэроаллергенам, а эндогенная (неаллергическая) форма АтД обусловлена сенсibilизацией к аллергенам [9,161,180]. Предположительно, доля пациентов, имеющих неаллергическую природу АтД, в общем количестве больных с данным заболеванием, составляет от 5,4% до 20% [140,161].

Классификация заболевания, предложенная Российской ассоциацией врачей - аллергологов и врачей - клинических иммунологов, включенная в Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям, страдающим АД, включает возрастные периоды, стадии болезни, клинко-морфологические формы, а также учитывает тяжесть и клинко-этиологические варианты течения болезни [178,180].

Возрастные градации включают такие возрастные интервалы, как: младенческий (до 2 лет); детский (от 2 до 13 лет); подростковый и взрослый (старше 13 лет) периоды жизни. Стадии развития патологического процесса: обострение заболевания, неполная ремиссия и ремиссия. Согласно клинко-морфологическим характеристикам кожного процесса принято различать экссудативную, эритематосквамозную, эритематосквамозную с лихенификацией, лихеноидную, пруригинозную формы поражения кожи. По степени тяжести течения заболевания различают: легкую, средней тяжести и тяжелую. По распространенности поражения кожи различают ограниченный, распространенный и диффузный процессы. Выделяют клинко-этиологические варианты течения АД, ассоциированные с пищевой, грибковой, клещевой/бытовой и пылевой сенсibiliзацией.

Кунгуров Н.В. [85] выделяет три типа, основанных на патогенетических особенностях и типе реагирования: гиперергический, инфекционный и пролиферативный. Пациенты с гиперергическим типом составляют 29,5%, инфекционным - 30,5%, пролиферативным - 10,0%. У каждого третьего пациента тип течения не уточнен, относится к недифференцированному или смешанному. Исследования показали, что тип кожного процесса и течения заболевания формируется у большинства пациентов после 6-летнего возраста [67,85].

Многообразие клинческих форм, острота и локализация кожного воспалительного процесса зависит от возраста пациента [127,153,177]. АД отличается истинным полиморфизмом клинческих проявлений [30,153,170,171].

Атопический дерматит у детей старшего возраста имеет определенные клинческие особенности. Кожный процесс характеризуется диффузностью,

излюбленной локализацией (лицо, шея, верхняя часть туловища, конечности), особенностями морфологии элементов высыпаний (инфильтрированные и лихенизированные очаги в виде папул, расчесов) [72,85,169]. Постоянный зуд различной интенсивности, сухая кожа с шелушением и участками инфильтрации на открытых частях тела, являются причиной формирования негативного психоэмоционального статуса ребенка, переживающего физиологическую гормональную перестройку организма [6,18,71].

По данным исследований, в подростковом возрасте преобладают лихеноидные и пруригоподобные клинические формы АтД [6,8,67].

Ограниченные очаги высыпаний в виде бляшек, утолщение, уплотнение и выраженная складчатость, сероватый колорит, сухость и шелушение кожи характерны для наиболее распространенной лихеноидной формы. Кожный процесс при этом чаще локализуется в области шеи, локтевых и коленных сгибов, запястий кистей, стоп, подмышечных впадин и половых органов. Часто присутствуют экскориации, трещины, осложненные пиогенной инфекцией [12,116].

Второй по частоте формой у подростков является пруригоподобная форма АтД, характеризующаяся отдельными папулами пруригинозного типа размером до 7 мм. При данной форме отмечается обилие корок и расчесов на пораженных участках, преимущественная локализация на задней поверхности шеи и разгибательных поверхностях конечностей. Пруригоподобная форма – это редкий клинический вариант АтД [7,18].

В последние десятилетия отмечается возрастание интереса исследователей к особенностям иммунного статуса детей старшего возраста, страдающих АтД. Интерес обусловлен ростом заболеваемости в данной возрастной группе, утяжелением клинического течения, а также поиском новых эффективных патогенетических средств терапии АтД [16,34,84,154,197,213]. Комплексные исследования, показывающие состояние иммунного гомеостаза и уровня сенсибилизации у подростков при тяжёлом течении АтД в научной литературе представлены недостаточно.

Исследования свидетельствуют о наличии отклонений от нормы показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей старшего возраста [1,18,24,102,170,193,200,206,210,215,216,217,223]. Нередко сведения о состоянии иммунного статуса в данной возрастной категории противоречивы. Исследованиями, проведенными ведущими специалистами по дерматотвенерологии (Торопова Н.П., Синявская О.А., 1993, 2009, 2014), установлена приоритетная значимость недостаточности хелперной активности Т-лимфоцитов в развитии нарушений иммунологического характера при АтД у детей в возрасте от 13 до 17 лет лежит [161,169,170]. Вместе с тем, по результатам исследований других авторов (Борбоева А.С., 2005), прослеживается повышение Т-хелперной активности, в связи с системной адаптацией детей с АтД в возрасте от 13 до 17 лет к внешнесредовым экологическим условиям. Для иммунной системы детей с АтД данной возрастной категории характерны дисрегуляторные изменения клеточного звена, особенно с повышением количества CD4 и снижением CD19 лимфоцитов, дисиммуноглобулинемией, повышением уровня иммуноглобулинов Е и G, снижением иммуноглобулинов класса М, недостаточностью фагоцитарного звена, снижением фагоцитарной активности нейтрофилов и т.д. [18,128].

Булиной О.В. [21] дополнены представления о ведущих звеньях патогенеза болезни, выявлены характерные изменения в периоде обострения и ремиссии АтД, отмечен смешанный тип иммунного ответа при АтД у детей в возрасте от 13 до 17 лет, превалирование Th1-типа ответа в период ремиссии при неосложнённых формах болезни и доминирование Th2-типа реагирования, сохраняющегося на протяжении заболевания у пациентов с осложнённым течением. Доказан процесс развития вторичного иммунодефицита в процессе развития болезни, что подтверждает показания к применению иммунокорректирующих препаратов.

Наличие противоречивых, немногочисленных данных об особенностях иммунного реагирования подростков, страдающих АтД, а также рост интереса клиницистов к иммунокорректирующей терапии при АтД, свидетельствует о

необходимости продолжения изучения патогенеза заболевания, с целью предупреждения развития неблагоприятных исходов.

1.3. Факторы, определяющие манифестацию и течение атопического дерматита

Более чем у 60% заболевших АтД манифестация болезни происходит в первые годы жизни. В дальнейшем у 50%-80% детей формируются и другие аллергические заболевания [17,46,97,127,161]. Исследования показали, что к 3-х летнему возрасту у 50% пациентов с ранней манифестацией заболевания, происходит полный регресс симптомов АтД [110].

Исследования, проведенные Смирновой Г.И. [159], свидетельствуют о полном исчезновении симптомов к 11-13 годам у 18% детей, находившихся под наблюдением по поводу АтД в раннем детском возрасте, у 60% развиваются легкие формы заболевания, а у 22% приобретает более тяжелые течение, чем в период дебюта. Причинным фактором, предрасполагающим к тяжелому течению АтД у детей, многие авторы считают отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям. Вместе с тем, клинические наблюдения показывают, что выраженная наследственная предрасположенность к атопии не всегда присутствует у пациентов с тяжелым течением АтД. Эти сведения подтверждают необходимость определения не только ведущих этиологических, но и прогностических факторов, способных оказывать влияние на течение заболевания в определенные возрастные периоды жизни ребенка [11,83,127,136,147,150].

Факторы манифестации АтД являются предметом многочисленных исследований [33,70,75,88,89,144,148,192,235], подробно изучены и хорошо известны. Наличие множества гипотез, доказывающих влияние отдельных факторов риска и их сочетаний на формирование АтД, подтверждают многообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе формирования патологии кожи и зуда у пациентов с этим заболеванием [65, 70, 89, 207,212].

В настоящее время АтД рассматривается как мультифакторное заболевание. Среди этиологических факторов, провоцирующих развитие АтД, принято выделять специфические и неспецифические факторы [71,93,177,218].

Генетические факторы предрасположенности к болезни являются основными факторами риска развития аллергических заболеваний. Риск формирования АтД у ребенка составляет 56% в случае наличия аллергического заболевания у одного из родителей и 81%, при наличии этой патологии у обоих родителей [11, 126,229].

Наряду с генетическими и медико-биологическими факторами развития заболевания (наследственная предрасположенность, атопические проявления, гиперреактивность со стороны кожи, вегетативный дисбаланс и нарушения со стороны высшей нервной системы), установлено влияние отдельных внешнесредовых факторов на реализацию рисков при формировании АтД в раннем детском возрасте и на развитие обострений заболевания в динамике [3,11,37,49,134,145,151]. В патогенезе АтД значительную роль играет неспецифическая, псевдоаллергическая гиперчувствительность, обуславливающая развитие и (или) усиление обострений заболевания в ответ на воздействие провоцирующих неаллергенных факторов [106,139].

К неаллергическим факторам, способным провоцировать обострение АтД, относятся различного рода психоэмоциональные нагрузки, в том числе страх, перевозбуждение, неблагоприятный психологический климат в семье, детских образовательных учреждениях, другие стрессовые состояния [5,19,58,91,141,176,183]. Отрицательные психоэмоциональные и стрессовые воздействия способны приводить к развитию астеноневротических реакций, вегетососудистой дистонии, синдрома гиперреактивности.

В развитии обострений АтД доказана роль экологического неблагоприятия окружающей среды, ксенобиотиков и сезонных колебаний погоды [4,37,46]. Обострения заболевания, как правило, возникают ранней весной и поздней осенью. Именно в эти периоды происходят резкие колебания метеоситуации.

Улучшение кожного процесса, вплоть до полной ремиссии, наступает при изменении климата на устойчивый теплый [67,97].

Нарушения диетического режима рядом исследователей также отнесены к наиболее распространенным экзогенным факторам риска развития и обострения АтД [23,75,76,100,115,118]. Пища может запускать цепь воспалительных реакций за счет псевдоаллергических механизмов. Нерациональное вскармливание детей раннего возраста, в частности ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, несоблюдение врачебных рекомендаций и правил в процессе введения прикорма, избыток белка и углеводов, использование цельного молока, наличие в рационе продуктов, обладающих выраженным либераторным действием, имеют особое значение [106,140,153]. Игрют роль диетические семейные традиции, такие как избыточное употребление глютенсодержащих, консервированных и белковых продуктов, чрезмерное использование в рационе ребенка продуктов с высоким сенсibiliзирующим потенциалом и недостаточное количество овощей и фруктов [73,118,161].

Несоблюдение правил ухода за кожей ребенка, страдающего АтД, применение средств, не предназначенных для определенных возрастных категорий детей, также являются провоцирующими обострения факторами [6, 127,185,211]. Использование средств с высокими значениями рН приводит к усугублению сухости кожи, к закупорке протоков сальных желез, развитию аллергических реакций.

Большое значение в благоприятном прогнозе у детей и подростков с АтД наряду с элиминационными мероприятиями, базисной и ситуационной терапией имеет гигиеническое состояние жилья [32,37,69,97,126]. Высокая (выше +23°C) температура воздуха в жилом помещении, низкая (менее 60%) влажность, несоблюдение требований к уборке и использованию моющих средств, наличие в помещениях синтетических покрытий пола и стен и др. являются неблагоприятными бытовыми факторами [88,159].

Особую негативную значимость имеет пассивное курение, что доказано многочисленными исследованиями [17,19,60,71,127]. Табачный дым относится к группе поллютантов, провоцирующих индукцию повышенного синтеза IgE. Риск развития у ребенка АтД возрастает в 1,5 раза при наличии курения в семье [3,60].

Медикаментозная нагрузка, широкое применение антибактериальных препаратов, полипрагмазия рядом исследователей отнесены к факторам, повышающим аллергическую настроенность организма ребенка и способствующим реализации аллергических заболеваний и развитию их обострений [37,55,56,70]. Возрастающая распространенность заболеваний, связанных с аллергическими проявлениями, в том числе АтД, совпала с повышенным числом назначений антибиотиков в развитых странах. По данным исследований, проведенных Хоскином-Парром Л, Тейханом Э. и соавт. (2013-2014гг), доказана прямая связь между частотой курсов антибиотиков системного действия у детей раннего возраста и формированием у них в последующем АЗ, в том числе АтД [148].

Наряду с большим количеством работ, посвященных изучению этиологии и патогенеза АтД у детей, исследований, доказывающих степень влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов на утяжеление заболевания и формирование тяжелого течения АтД к подростковому периоду жизни недостаточно. На сегодняшний день имеются работы, доказывающие роль наследственных, специфических и неспецифических факторов в развитии обострений заболевания [28,29,108,110,118,116,147], но не позволяющие адекватно прогнозировать тяжесть течения АтД у конкретного пациента к подростковому периоду. С практической точки зрения педиатру для прогнозирования необходимо не только своевременно выявить неблагоприятные прогностические факторы, но и знать степень их влияния, выраженную в прогностических коэффициентах, на утяжеление заболевания в перспективе.

Сложные патогенетические механизмы заболевания, многообразие фенотипических проявлений, стадийность течения процесса системность и полиорганность поражения обуславливают проблематичность лечения больных

АтД. Терапия заболевания должна носить этиопатогенетический характер [6,7,8,15,100,158]. Медицинская, в том числе и реабилитационная помощь, при АтД должна проводиться комплексно, но с учетом индивидуальных особенностей. Показано, что рост аллергических заболеваний, часто сочетается с нарушениями со стороны иммунной системы, а рецидивирование процессов на фоне терапии, доказывают необходимость поиска новых эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации [63,113,124,135,152,153].

Подходы к лечению АтД, в том числе к использованию наружных кортикостероидов, с течением времени претерпели существенные изменения. Периоды широкого применения средств, содержащих ГКС, чередовались с периодами негативного отношения [72, 107,110,116]. На современном этапе у многих подростков, страдающих АтД, отмечена торпидность течения, неэффективность стандартных терапевтических подходов [110], что является поводом для активного поиска оптимального сочетания терапевтических и профилактических методов [19, 67,74,82,100,138].

Основы современных подходов к лечению АтД изложены в ряде документов федерального уровня: Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита, разработанные Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов в 2013г.; Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом, разработанные Российским обществом дерматовенерологов и косметологов в 2015г.; Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом, разработанные Союзом педиатров России, Российским обществом дерматовенерологов, Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, 2015г. [72, 177,178,179,180].

Внедрение клинических рекомендаций в практику способствовало унифицированию подходов к диагностике АтД у детей, терапии, диспансерному наблюдению и реабилитации пациентов. В настоящее время в Российской Федерации применяется поэтапный подход к оказанию медицинской помощи пациентам с АтД, который был предложен в 2012 г. Международным

консенсусом Европейского научного сообщества, объединяющего Европейский Дерматологический Форум, Европейскую Академию Дерматологии и Венерологии, Европейскую Федерацию Аллергии, Европейскую Комиссию по Атопическому Дерматиту, Европейское общество Педиатрической Дерматологии.

Основными целями, при оказании медицинской помощи пациентам с АтД, являются: установление клинической ремиссии болезни; улучшение состояния кожных покровов (устранение или уменьшение воспалительного процесса и зуда, профилактика и устранение вторичной инфекции, восстановление и увлажнение защитных свойств кожи); профилактика тяжелого течения дерматита и респираторных нарушений у пациента с АтД, повышение качества его жизни.

Основные принципы патогенетического оказания медицинской помощи пациентам с АтД, в первую очередь, предусматривают устранение раздражителей и аллергенов, далее – наружное воздействие на очаг поражения, гигиенический уход за кожей, системную лекарственную терапию, аллерген специфическую иммунотерапию, применение физиотерапевтических методов, лечение сопутствующей патологии, обучающие программы, реабилитационные и профилактические мероприятия [80,157,159,161,171,177,180,186]. Объем терапии у детей с АтД определяется возрастом пациента и выраженностью клинических проявлений.

Большинством исследователей [3,7,67,116,129,180] доказана целесообразность назначения при АтД комплексной терапии с учетом тяжести и выраженности клинических проявлений болезни. Показана результативность применения таких топических препаратов, как ГКС, ингибиторы кальциневрина, антибактериальные средства, а также системных препаратов, как антигистаминные, иммуносупрессоры и т.д.

Одним из необходимых компонентов комплексного оказания медицинской помощи пациентам с АтД является наружная терапия, которая должна применяться с учетом выраженности воспалительного процесса. Снижение активности кожного воспалительного процесса, купирование зуда, повышение защитной функции кожи, максимальное восстановление качества водно-липидной

мантии – главные задачи наружного лечения заболевания, которое наряду с применением лечебных средств, подразумевает систематический уход и адекватное гигиеническое содержание кожи [6,9,67,71,170,180].

При легкой форме АТД для снижения воспалительных явлений применяются противогистаминные препараты 2-го поколения, топические ГКС низкой и средней силы действия, топические ингибиторы кальциневрина, профилактические мероприятия [9,177,180]. В случае средней степени АТД применяются в комплексе с системными противогистаминными препаратами 2-го поколения и топическими ингибиторами кальциневрина применяются топические ГКС средней и высокой степени воздействия. В то время как при тяжелом персистирующем течении АТД показаны препараты иммуносупрессивного действия такие, как глюкокортикостероиды, циклоспорин А, азатиоприн, такролимус, микофенолата мофетил в сочетании с глюкокортикостероидами топическими средней и высокой степени активности воздействия, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты второго поколения системного действия, фототерапия [9,177,180]. В периоде затухания воспалительных явлений, но наличии изолированной сухости кожи, рекомендуется базисная терапия, включающая уход за кожными покровами, элиминацию и образовательные мероприятия для пациентов и родителей [46,67,73,208].

Атопический дерматит относится к хроническим аллергическим заболеваниям кожи. В этой связи требуется длительное лечение с последующим диспансерным наблюдением. Показано также проведение комплекса реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, в условиях детского санатория [74,85]. Постоянно совершенствуется комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий для детей с АТД [9,94,116,177,179]. Эффективности реабилитационных мероприятий детям с АТД не уделяется должного внимания, что не нашло отражения в доступной литературе [21,68,171].

Вместе с тем, особую значимость в процессе лечения и реабилитации имеет оптимальный комплаенс врача, пациента и родителей, высокая приверженность лечению. По наблюдениям Г.В. Молоковой (2009г.) при высоком

комплаенсе у 50% детей с ранней и тяжелой манифестацией АтД отмечается полный регресс кожных проявлений к 3-х летнему возрасту, а у 38% степень тяжести меняется на легкую [110].

Несмотря на широкий спектр всевозможных схем оказания медицинской помощи при АтД, комплексного воздействия на этиопатогенетические факторы, проблему в оказании медицинской помощи пациентам с АтД представляет трудность достижения желаемой ремиссии и профилактики формирования тяжелого течения болезни. Все это представляет актуальность изучения механизмов развития болевания, выявление факторов, снижающих эффективность терапии, назначаемой в соответствии со стандартами, и разработки программ профилактики и реабилитации.

1.4. Концепция и методология исследования качества жизни у детей

«Качество жизни – это многомерное комплексное понятие, охватывающее многие стороны жизни» [95] и определяющее общее благополучие человека [5,26]. Общепринятое определение качества жизни (КЖ) не сформулировано, что обусловлено сложностью объединения всех компонентов этого понятия [122].

По определению Международного общества по исследованию качества жизни: «КЖ - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии» [122,123]. КЖ – представляет собой степень достижения внутренней комфортности для самого человека (пациента) и комфортности проживания в обществе [123].

Изучение КЖ представляет собой междисциплинарное научное исследование, направленное на выявление природно-социально-психологических условий проживания человека [48].

Особую актуальность имеет исследование КЖ в медицине, в связи с тем, что улучшение КЖ пациента - конечная цель любого медицинского

вмешательства, важный критерий эффективности терапии, выбора препарата, качества реабилитационных мероприятий [20,226].

Традиционно в медицине принято обращать внимание на объективные биомедицинские аспекты заболевания: клинические и метаболические параметры, характеризующие состояние больного и отражающие результаты лечения. Однако часто на первый план выходит влияние заболевания на жизнь пациента, его психический и социальный статус, на семью и профессиональное окружение [27,131].

Медицинские аспекты КЖ, характеризующие оценку состояния здоровья, отношение к здоровью и качество медицинской помощи выделены из общей концепции КЖ. Термин «healthrelated quality of life» (качество жизни, связанное со здоровьем) был впервые предложен в 1982 году Kaplan и Bush [26]. Детальный анализ и учет врачом показателей КЖ пациента наравне с данными объективных исследований - обязательное условие для соблюдения основного принципа медицины, сформулированного в середине 19 века: «Лечить больного, а не болезнь» [92].

Наиболее важными сферами применения исследований КЖ в медицине являются: стандартизация и экспертиза новых методов лечения, мониторинг динамики состояния пациента и респондентов из групп риска; оценка результатов лечения; прогнозирование течения и исхода заболевания; проведение популяционных исследований социального и медицинского направления; объективная оценка качества и эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий; финансово-экономическое обоснование различных способов оказания медицинской помощи с учетом показателей «цена-качество», «стоимость-эффективность» и др. фармакоэкономических критериев.

В мире существует большое количество научных сообществ и высших учебных заведений, занимающихся разработкой современных методов изучения КЖ, из них: 6 международных центров (США, Германия, Франция, Канада, Нидерланды) являются ведущими в исследованиях КЖ детей [26,105,123].

Координацию деятельности по изучению КЖ осуществляет MAPI Research Institute, созданный в 1995 году во Франции [26,27]. Ведущую роль в стандартизации подходов по исследованию КЖ представляет Международное общество, занимающееся исследованием качества жизни - International Society for Quality of Life Research – ISOQOL. В Российской Федерации в 1999 году организовано представительство Общества. С 2004 года систематизацию и обобщение исследований КЖ российских детей проводит лаборатория Научного центра здоровья детей РАМН по изучению проблем медицинского обеспечения и качества жизни детей [27].

Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2001г. рекомендована к использованию в исследовательской деятельности, разработанная с участием экспертов Межнационального центра исследования КЖ, концепция КЖ. Концепция определяет: понятие КЖ; методологию исследования КЖ; направления использования в медицине [105,189,190]. Применение принципов доказательной медицины – обязательное условие при проведении изучения КЖ [222,225].

Принятие концепции является важной вехой в изучении КЖ, так как многие исследования, проводившиеся до этого в РФ, нельзя было считать корректными в связи с несоблюдением методологии. Зачастую использовались инструменты, не прошедшие языковую и (или) возрастную адаптацию, допускалось дополнение либо исключение из инструментов разделов, что является нарушением требований, предъявляемых к исследованиям подобного рода [27,105,142,143].

Исследования КЖ проводятся во многих разделах медицины. Большое количество исследований КЖ проведено по направлениям: ревматология, трансплантология, гастроэнтерология, гематология, паллиативная медицина, геронтология, эндокринология, кардиология, нефрология, неврология, онкология, гинекология, дерматовенерология, психиатрия, пульмонология, травматология, урология, хирургия [22,50,66,142,189,190,230,231,234].

Актуальность исследования КЖ в педиатрии в Российской Федерации обусловлена ухудшением здоровья детей [13,14,79,87,100]. Страдают не только физическое благополучие детей, но и такие важные составляющие здоровья детей, как психологическо-эмоциональное и социальное благополучие [31,36,90,137,184].

По данным официальной статистики Российской Федерации заболеваемость детей до 14 лет за период с 1992 по 2014 гг. увеличилась на 50% [14,111]. Показатели составили в 1992 г. – 105130, в 2014 г. - 157597,5 на 100000 детей соответствующего возраста. Распространённость болезней возросла на 94% (1992г. – 104358, 2014 г. – 202435,3 на 100000 детей соответствующего возраста). Уровень заболеваемости детей в возрасте с 15 до 17 лет вырос на 64% (1992 г. – 61220,2, 2014г. – 100469,1 на 100000 детей соответствующего возраста). Вызывает тревогу также и то, что в последние годы среди детей старшего возраста увеличивается распространённость хронических заболеваний (у детей до 14 лет рост составил 23%, в 15-17 лет – 26%). По данным ежегодных профилактических осмотров, практически здоровыми могут считаться только 20,8% школьников, 20,7% детей - страдают хроническими, в том числе, инвалидизирующими заболеваниями [5, 86,87,105,159].

В рамках очередного этапа социально-экономического развития страны разработан и принят новый документ, направленный на улучшение здоровья детей, который был утвержден Указом Президента РФ от 1 июня 2012 года № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017гг.» [Медведев Д.А., 2015].

Одним из главных направлений по осуществлению реализации Национальной стратегии является формирование здравоохранения, дружественного к детям и здорового образа жизни [117].

Концепция исследования КЖ в педиатрии содержит ряд принципиальных положений, предполагающих использование показателя в комплексе первичных диагностических данных, учет его при оценке эффективности программ лечения и реабилитации ребенка, включает анализ

физического и психического состояния, а также социального функционирования ребенка, обусловленных заболеванием и лечением [26].

Исследователи указывают на целесообразность включения исследования КЖ в качестве скрининга в профилактические программы здравоохранения, что позволит оценить и провести своевременную коррекцию психологической и социальной дезадаптации ребенка [131,182, 205,206].

При исследовании КЖ в педиатрии необходимо соблюдение комплексного подхода, учитывающего мнение окружающих ребенка людей и самого ребенка. КЖ ребенка до 5-летнего возраста определяется родителями, а в более старшем возрасте - в ее оценке участвуют не только родители, но и сами дети.

Proxy-report представляет оценку КЖ ребенка родителями, близким окружением, медицинским персоналом и другими лицами, находящимися в окружении ребенка. В то время как self-report представляет оценку КЖ самим ребенком после достижения ему 5-летнего возраста. В литературе описан феномен разногласий (proxy-problem), выявленный при анализе оценки КЖ, данной детьми и родителями [238,239,241,243].

В зависимости от возраста ребенка выявляются отличия основных составляющих КЖ («age-specificity»), наличие этой особенности оказывает влияние на изменение структуры шкал опросников, предназначенных для оценки КЖ в педиатрической практике. В младшем детском возрасте социальное функционирование ребенка оценивается по уровню игровой активности и коммуникации с детьми в дошкольной организации, в то время как в школьном возрасте – по адаптации и коммуникации в коллективе сверстников, а также по успеваемости [27,105,123,240,242].

Согласно концепции исследования КЖ, методология изучения КЖ включает 8 этапов: разработка протокола исследования; выбор инструмента исследования; обследование больных; сбор данных; формирование базы данных; шкалирование данных опросника; статистическая обработка данных; анализ и интерпретация результатов» [123].

Инструментами изучения КЖ являются стандартизированные опросники, включающие применение психометрических методов, прошедших апробацию в исследованиях в клинической практике [95,111,234]. К опросникам, применяемым в педиатрии, предъявляются определенные требования: они должны быть многомерными, простыми и краткими, применимыми в различных языковых и социальных средах; обладать удовлетворительными психометрическими свойствами (надежность, валидность, чувствительность); быть доступными для понимания детьми различных возрастных групп; содержать параллельные формы для детей и родителей [122].

Опросники подразделяют на общие (для детей и взрослых) и специальные (для определенных разделов медицины, по нозологии) [105,219,220,222]. Общие опросники, применяются в основном в популяционных исследованиях, для сопоставления отдельных параметров КЖ пациентов с патологией и здоровых респондентов, специальные - для оценки результативности оказания медицинской помощи [77,121,131, 205,214,219, 220]. Для изучения КЖ детей в России разработаны и рекомендованы русские версии общих опросников PedsQL™4.0, CHQ, TACQOL, KINDL и QUALIN. Недостаточное количество отечественных версий стандартизированных специальных опросников сдерживает рост исследований КЖ в педиатрии Российской Федерации [14,27,105].

В детской практике для изучения КЖ чаще применяется опросник Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™4.0 Generic Core Scales (Varni J. et al., USA), который переведен на множество языков, апробирован в мультицентровых исследованиях во многих развитых странах, в том числе США, Канаде, Великобритании, Германии, Франции, Китае. Данный опросник соответствует всем требованиям, предъявляемым к опросникам, для применения в педиатрической практике. Русскоязычный вариант опросника PedsQL адаптирован Межнациональным центром исследования качества жизни. Инструмент обладает возможностью применяться в различных возрастных группах детей (от 2 до 18 лет).

PedsQL™4.0 имеет 7 специальных нозологических модулей PedsQL Disease Specific Modules, в том числе модули «Бронхиальная астма», «Сахарный диабет», «Ревматология», «Кардиология» и «Удовлетворенность медицинским обслуживанием». Опросник содержит три возрастных блока – с 5 до 7 лет, с 8 до 12 и с 13 до 18 лет, включающие формы опроса для детей и родителей, а также отдельный блок для детей в возрасте с 2 до 4 лет, который предназначен для заполнения только родителями. Итоговая оценка опроса для всех модулей определяется по 100-балльной шкале путем проведения шкалирования: высокий уровень итогового значения свидетельствует о хорошей степени качества жизни ребенка [27,121,240,241].

По данным зарубежной литературы, при патологических состояниях КЖ исследуется в различных возрастных группах детей [194,195,196,197, 198,199,227,236,237,244,245]. В Российской Федерации исследования КЖ проводились у детей с бронхолегочной патологией, патологией органов пищеварения, органов зрения, онкологической [119,120,160,164]. Исследовалось КЖ у детей различных медико-социальных групп, в т.ч. детей-инвалидов, детей из малообеспеченных и многодетных семей. К примеру, в работе Винярской И.В. (2008) был адаптирован для использования в РФ инструмент для исследования КЖ детей от 0 до 3 лет QUALIN, определены параметры для здоровых детей и подростков в зависимости от пола и возраста [26,27,125]. Исследование проводилось с использованием общего стандартизированного опросника PedsQL™4.0 Generic Core Scales.

Понятия КЖ в педиатрии и КЖ у взрослых имеют принципиальное отличие, которое обусловлено прямой или опосредованной зависимостью детей от окружения (родителей, ровесников, одноклассников), демографическими факторами т.д. Субъективное восприятие своего здоровья, функционирования и КЖ ребенком – это значимый фактор для выявления особенностей его медико-биологической и социальной адаптации [105,122,123].

В последние годы большой интерес вызывает определение критериев КЖ у детей с учетом наличия и вида хронической патологии, возраста - у детей и

подростков, территории проживания. В исследованиях, проведенных И.В. Винярской, С.А. Валиуллиной, Е.В. Антоновой, С.М. Кушнир, Л.Р. Гатиятуллиной, Г.А. Шуляк, В.А. Малиевского и Е.С. Голенецкой, в период с 2007 по 2015гг. в гг. Москве, Калининграде, Уфе и др. выявлено наличие региональных особенностей показателей КЖ здоровых детей в возрасте от 13 до 18 лет [22,27,36,105]. Наиболее низко свое КЖ оценивают подростки г.Москвы (ОБ - 79,0), наиболее высоко - подростки Уфы (ОБ - 81,2) [26,27,36].

Количество исследований КЖ детей и подростков с АтД в России невелико. Атопический дерматит - явление психосоциальное, в зарубежной литературе наряду с другими хроническими дерматозами рассматривается с позиции социопатий [91,188,190,191,220,224].

Хроническое течение болезни с частыми рецидивами неизбежно ведет к снижению КЖ подростков [55,65]. Изучение КЖ у детей с АтД позволяет планировать, своевременно корректировать программы лечения, профилактики и реабилитации [95,105]. Это может быть одним из направлений формирования длительной и стойкой ремиссии заболевания.

В работе Мартынова А.А. (2003г) исследовано КЖ взрослых людей с включением в состав обследуемого контингента подростков с 14-летнего возраста (средний возраст контингента 29 лет), доказано, что показатели КЖ у больных с АтД прогрессивно снижаются по мере прогрессирования и утяжеления заболевания. Определение КЖ является важным этапом для оценки эффективности терапии заболевания вне зависимости от периода течения [95,96]. Исследования КЖ пациентов с АтД в возрасте 8-12 лет и их родителей, проведенные Торхоевой Р.М. в 2007 году [27], показали, что КЖ детей и родителей достоверно ниже среднепопуляционных значений за счет психосоциального здоровья. Увеличиваются трудопотери родителей при наличии АтД у ребенка, формируется социальная дезадаптация детей в более старшем возрасте.

Оценка КЖ подростков с АтД с 12 до 17 лет проведена И.А. Горлановым (2007) по адаптированному для подростков индексу DermatologyLife Quality

Index (DLQI) - «Дерматологический индекс качества жизни» (ДДИКЖ), предназначенному для детей 5-16 лет больных дерматозами. В исследовании показана зависимость КЖ и тяжести АтД. Галлямовой Ю.А. (2010) было доказано снижение КЖ младшей возрастной группы детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в том числе АтД.

Качество жизни детей старшего возраста (от 13 до 17), страдающих хроническими дерматозами (псориаз, АтД, акне) с применением общего опросника PedsQL™4.0 проведено Кауровой Т.В. (2011г.). Доказано снижение КЖ подростков с хроническими дерматозами в целом [64].

Качество жизни позволяет выявить психологическую, социальную дезадаптацию ребенка, оценить его самочувствие, самооценку, отношение к болезни, учитывать собственное мнение ребенка, вне зависимости от мнения лечащего врача и родителей, о своем благополучии [5,13,27].

Исследований КЖ у детей подросткового возраста с АтД с использованием стандартизированного общего опросника PedsQL™4.0 в Удмуртской Республике ранее не проводилось. Значимым критерием целесообразности выбора методов лечения и реабилитации у подростков с АтД послужит контроль КЖ, который поддается количественному описанию и измерению.

Резюме

Анализ источников литературы свидетельствует о высокой актуальности изучения социально-гигиенические и медико-биологических факторов, влияющих на развитие тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет, а также клинических и лабораторно-инструментальных исследований детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет в сопоставлении с тяжестью течения болезни для разработки алгоритма прогнозирования течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.

Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, ДИЗАЙН И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (ректор, д.м.н., профессор А.Е. Шкляев) на кафедре педиатрии и неонатологии в период с 2010 г. по 2021 г. в рамках исследования состояния здоровья детского населения.

Исследование открытое, нерандомизированное, ретроспективное, наблюдательное проводилось с соблюдением Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации (Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве объекта исследования, 1993).

В соответствии с задачами, поставленными в работе, был разработан дизайн исследования (табл.1). Представлены этапы, методы, организация и база исследования.

Таблица 1. Дизайн исследования

Задачи				
Проанализировать показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в т.ч. АтД, среди детского населения в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике за 2000-2021гг.	Изучить результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований детей с АтД в возрасте 13-17 лет в сопоставлении с тяжестью течения болезни.	Изучить социально-гигиенические и медико-биологические факторы, влияющие на развитие тяжелого течения болезни АтД у детей в возрасте 13-17 лет.	Изучить качество жизни детей в возрасте 13-17 лет, страдающих АтД	Разработать алгоритм прогнозирования течения АД у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.
Этапы исследования				
1 этап	2 этап	3 этап	4 этап	5 этап
1. Анализ отечественных и зарубежных источников литературы. 2. Определение базы, предмета, объекта, цели, задач, методов и объема диссертационного исследования. 3. Сбор первичного материала.	1. Изучение показателей, характеризующих заболеваемость детей АтД в возрасте 13-17 лет, с 2000 по 2021 гг. 2. Публикация результатов исследования.	1. Разработка анкеты для изучения медико-биологических и социально-гигиенических факторов, анкетирование по КЖ. 2. Анкетирование по КЖ. 3. Публикация результатов исследования.	1. Изучение заболеваемости детей АтД, клинических особенностей, медико-биологических и социально-гигиенических факторов, КЖ 2. Публикация результатов исследования	1. Определение прогностических факторов формирования тяжелого течения АтД у детей в возрасте 13 – 17 лет. 2. Разработка алгоритма прогнозирования АтД. 3. Публикация результатов исследования
Источник информации и объем исследования				
55 источников зарубежной и 191 отечественной литературы. Выкопировка данных из формы №12 за 2000-2021 гг.	Форма №12 по УР за период с 2000 по 2021 гг (n=21)	Анкеты для родителей детей с АтД по изучению медико-биологических и социально-гигиенических факторов (n=350 ед.)	Анкеты для изучения КЖ детская и родительская формы (n=1400 ед.)	Результаты диссертационного исследования, информационные письма
Методы исследования и сбора информации				
Контент-анализ, эпидемиологический	Аналитический, выкопировка данных из медицинской документации, ф.№12 за 2000-2021 гг.	Статистический. Социологический.	Аналитический, статистический, текущее наблюдение, экспертная оценка	Статистический, аналитический, экспертная оценка
Практическая реализация результатов исследования				
Результаты исследования использованы при подготовке информационных писем, учебного пособия для организаторов здравоохранения, врачей, аспирантов, ординаторов и учащихся медицинских ВУЗов, дополнительной профессиональной программы повышения квалификации для врачей-педиатров и специалистов со средним медицинским образованием				

Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе проведен анализ литературных источников по состоянию здоровья детей 13-17 лет, особенностям течения атопического дерматита в этом возрасте, методологических подходов к оценке качества жизни, особенностей этого процесса в педиатрии.

На втором этапе изучены состояние здоровья детей 13-17 лет Удмуртской Республики (УР), основные тенденции заболеваемости детского населения, сведения официальной медицинской статистической отчетности по организации медицинского обеспечения детского населения медицинскими организациями УР.

На третьем этапе проведено углубленное клинико-лабораторное обследование детей 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом, и детей группы сравнения. Осуществлялись изучение медицинской документации, клиническое обследование, определение степени тяжести заболевания, проведение общеклинических, биохимических, иммунологических и инструментальных исследований.

Дети обследованы в условиях стационара и поликлинического отделения в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики и БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер Министерства здравоохранения Удмуртской Республики».

На четвертом этапе проводилось анкетирование детей в возрасте 13-17 лет и их родителей с целью изучения качества жизни с помощью адаптированной русской версии общего опросника PedsQL4.0 (Varni J. et al., USA, 2001), возрастной блок 13-18 лет, детская и родительская. На данном этапе осуществлялось сотрудничество со специалистами Лаборатории качества жизни НЦЗД РАМН, г.Москвы. Анкетирование детей с атопическим дерматитом проводилось индивидуально в период нахождения пациентов на лечении.

Анкетирование детей в возрасте 13-17 лет из группы сравнения проводилось групповым методом в течение учебного года в школе. Перед анкетированием респонденты были ознакомлены с правилами заполнения

опросника. Для изучения медико-биологических и социально-гигиенических факторов проведено анкетирование детей и родителей по разработанной анкете.

На пятом этапе проведен статистический анализ медико-биологических и социально-гигиенических факторов, выделены ведущие, влияющие на прогноз течения заболевания у детей в возрасте 13-17 лет, разработан комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития тяжелых форм АТД.

2.2. Характеристика групп наблюдения и сравнения

Объектом исследования явились дети в возрасте 13-17 лет, страдающие атопическим дерматитом. Предмет исследования – профилактика причин формирования тяжелого течения атопического дерматита. Единицы наблюдения – показатели, характеризующие качество жизни пациентов, медико-биологические и социально-гигиенические факторы. Минимальный объем исследования для анализа качества жизни и медико-биологических и социально-гигиенических факторов определен по формуле Закса Л. (1976г).

Источники информации: данные формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (2000-2021гг.); медицинская карта стационарного больного (форма 003/у); медицинская карта, пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у-04); изучение качества жизни с применением адаптированной русскоязычной версии общего опросника PedsQL 4.0 (VarniJ. etal., USA, 2001), возрастной блок 13-18 лет, детская и родительская формы; анкеты по изучению социально-гигиенических и медико-биологических факторов; приказ МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Объектом исследования явились 350 детей в возрасте 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом. В группу наблюдения вошли дети 13-17 лет с атопическим дерматитом, находившиеся на стационарном лечении в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР» (главный врач П.В. Пупков), БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР»

(главный врач М.С. Алексеева), на приеме у аллерголога-иммунолога, дерматовенеролога консультативных поликлиник указанных медицинских организаций. Все пациенты были обследованы лично автором. Для стандартизации исследования были использованы критерии включения и исключения детей в проводимое исследование.

Критерии включения в группу наблюдения: установленный клинический диагноз атопического дерматита, возраст от 13 до 17 лет, наличие письменного добровольного информированного согласия, знание русского языка, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, отсутствие умственных или психических расстройств, полное заполнение анкет по КЖ и социально - гигиеническим факторам.

Критерии исключения из группы наблюдения: отсутствие информированного согласия, недостаточное знание русского языка, незаполнение (полное или частичное) анкет по качеству жизни и социально-гигиеническим факторам, умственные или психические нарушения анкетируемых, отказ от лабораторного обследования при отсутствии результатов необходимых исследований сроком давности не более 3-х месяцев в медицинской документации.

Всего на этапе отбора в группу наблюдения было обследовано и проанализирована медицинская документация у 378 пациентов 13-17 лет с АтД, в исследование включено – 350 человек. Все 350 пациентов, принявших участие в исследовании, соответствовали критериям включения. Из 350 детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом группы наблюдения, юноши составили –161 человек (46,0%), девушки – 189 человека (54,0%). Распределение детей в зависимости от степени тяжести течения заболевания представлено следующим образом: с атопическим дерматитом легкой степени тяжести течения- 89 человек (25,4%), со среднетяжелым течением – 150 человек (42,8%), тяжелым течением - 111 человек (31,8%). В группе наблюдения дети 13 лет составили 43,7% (153 человека), 14 лет - 15,4 % (54 человека), 15 лет - 13,2 % (46 человек), 16 лет - 14,3% (50 детей) и 17 лет - 13,4% (47 человек). В городе проживали 250 детей

(71,4%), в селе - 100 (28,6%), в полных семьях воспитывались 293 ребенка (83,7%), в неполных – 57 (16,3%).

С целью определения нормативных значений изучаемых показателей была сформирована группа сравнения. Отбор в группу сравнения осуществлялся среди учащихся старших классов трех общеобразовательных школ г.Ижевска (№74, №76, №64). Критериями включения в группу сравнения явились: I и II группы здоровья, возрастной интервал от 13 до 17 лет, наличие информированного согласия, знание русского языка, полное заполнение анкет по качеству жизни и социально-гигиеническим факторам.

При отборе в группу сравнения обследовано до 361 детей в возрасте 13-17 лет, из них соответствовали всем критериям 350 человек, I и II группы здоровья, которые были включены в исследование.

Группы наблюдения и сравнения сопоставимы по возрасту, гендерному составу, месту проживания и по составу семьи.

2.3. Методы и объем исследования

Клиническое обследование исследуемой группы детей, включало сбор анамнеза, осмотр, изучение индивидуальной медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного форма № 025/у-04, медицинская карта стационарного больного форма 003/у). Степень тяжести атопического дерматита определяли на основе анализа течения заболевания и оценки проявлений атопического дерматита по индексу SCORAD [81]. Вычисление индекса SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) проводилось по утвержденной методике путем анализа следующих информационных блоков: распространенность кожных поражений (А), выраженность поражений кожи или интенсивность (В) и субъективные симптомы (С). Индекс SCORAD вычислялся по формуле: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где А – площадь пораженной кожи, в %; В – сумма баллов объективных признаков (эритема, отек, мокнутие, эксфолиации,

лихенификация, сухость); С – сумма баллов, оценивающих субъективных ощущения (зуд, потеря сна).

В зависимости от полученных результатов индекса устанавливалась степень тяжести течения заболевания. В соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов легкая степень коррелирует со значением индекса до 25 баллов, средняя степень тяжести - от 25 до 50 баллов, тяжелая форма - более 50 баллов [78,178].

Лабораторно-инструментальное обследование детей 13-17 лет включало:

- общеклинические методы исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование);
- исследование биохимических показателей (оценка активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), уровня холестерина, В-липопротеидов, общего билирубина и его фракций, общего белка и фракций);
- исследование иммунологических показателей (определение уровня сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G (метод радиальной иммунодиффузии по Манчини); иммуноглобулина класса Е (метод иммуноферментного анализа, набор фирмы «Вектор БЕСТ», г.Уфа; аллергенспецифических иммуноглобулинов класса Е (метод иммуноферментного анализа, наборы фирмы ООО «Компания Алкор БИО», г. Санкт-Петербург). Определялись аллергенспецифические антитела класса Е к бытовым, пищевым, эпидермальным и пыльцевым антигенам, сгруппированные в типовые для средней полосы России панели. При интерпретации результатов исследования показатели оценивались как отрицательные при отсутствии или наличии очень низкого количества аллергенспецифических антител класса Е, положительными - показатели содержания специфических IgE от 0,35 МЕ/мл и выше. Положительные результаты по уровню содержания специфических IgE распределялись на 4 группы: низкий уровень - от 0,35 до 0,99 МЕ/мл; умеренный уровень - от 1,0 до 2,99 МЕ/мл; высокий от 3,0 до 6,99 МЕ/мл; очень высокий – от 7,0 до 16,99 МЕ/мл;

- бактериологические методы исследования (бактериологические посевы с очагов поражения кожных покровов).

Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

С целью изучения КЖ был выбран общий опросник, рекомендованный Межнациональным центром исследования качества жизни, Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™4.0 (Varni J. et al., USA, 2001), возрастной блок 13-18 лет, детская и родительская формы. Статистическая обработка и перекодировка опросников осуществлялась в НЦЗД РАМН с помощью программного продукта, разработанного в ходе выполнения диссертационного исследования И.В. Винярской (2008г.) [26] совместно с программистами компании ООО «Би-Ай-Ти Консалтинг» «PedsQL», предназначенном для обоих опросников.

Опросник, выбранный для проведения исследования, прост в оформлении, статистической обработке данных и анализе результатов опроса, имеет удовлетворительные параметры и хороший возрастной диапазон (от 2 до 18 лет), а также формы для опроса родителей. Опросник содержит 23 вопроса, которые объединены в пять групп (шкал):

- физическое функционирование (ФФ) - 8 вопросов,
- эмоциональное функционирование (ЭФ) - 5 вопросов,
- социальное функционирование (СФ) - 5 вопросов,
- ролевое функционирование - функционирование в детском саду (ФДС) или школьное функционирование (ШФ) - 3 или 5 вопросов (в зависимости от возраста детей).

Оценка ответов осуществлялась по 5 – балльной шкале Ликкерта: 0 баллов – «никогда», 1 балл – «почти никогда», 2 балла – «иногда», 3 балла – «часто», 4 балла – «почти всегда». После статистической обработки и перекодировки оценивались параметры качества жизни по вышеописанным шкалам с последующим определением итогового результата, оцениваемого в баллах.

Шкала физического функционирования характеризуется суммарным баллом физического компонента оценки КЖ; шкалы эмоционального, социального и

ролевого функционирования – суммарным баллом психосоциального компонента качества жизни. В то время как суммарный (общий) балл по всем шкалам представляет характеристику шкал физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования ребенка.

Исследование проведено в соответствии с международными требованиями.

С целью исключения взаимного влияния ответов, заполнение опросников детьми и родителями осуществлялось отдельно друг от друга

Изучение социально-гигиенических факторов проводилось путем анкетирования одновременно с анкетированием по качеству жизни. Родители детей 13-17 лет заполняли анкету, которая содержала 12 вопросов, в отношении некоторых семейных факторов (состав семьи, образование родителей, наличие вредных привычек у членов семьи, материально-бытовые условия, психоэмоциональная обстановка в семье и др.).

2.4. Статистическая обработка результатов исследования

Формирование групп наблюдения и сравнения осуществлялось методом случайной простой выборки. Объем минимальной выборки для исследования рассчитан по формуле Закса Л. (1976г): $n=N:(1+\Delta^2N)$, где n-численность выборочной совокупности, N - численность генеральной совокупности, Δ -предельно допустимая ошибка (0,1).

За численность генеральной совокупности нами взято количество детей Удмуртской Республики, страдающих атопическим дерматитом от 0 до 17 лет включительно. В 2010 году, по данным официальной статистической отчетности, они составили 7342 ребенка, из них, дети от 0 до 14 лет - 6698, в возрасте 15-17 лет - 644. Используя формулу ($n=7342:(1+0,1^2\cdot 7342)$), минимальный объем выборки составил 98 человек.

Статистическая обработка материала (программное обеспечение Microsoft Office 2010, STATISTICA v.8.0. (StatSoft)) выполнена с использованием параметрических и непараметрических методов. Результаты абсолютных величин

представлены в виде средней, ошибки средней, стандартных отклонений. Результаты относительных величин представлены на 100 обследованных, в процентах. Сравнение данных двух групп с нормальным распределением производили с использованием t-критерия (Стьюдента) для абсолютных величин и χ^2 - для относительных. Статистически значимыми считались различия $p < 0,05$. Установление связи между степенью тяжести атопического дерматита, параметрами качества жизни, медико-биологическими и социально-гигиеническими факторами с применением корреляционного анализа. Корреляционный анализ проводился методом ранговой корреляции Спирмена (r). Динамика показателей заболеваемости анализировалась с использованием метода анализа динамического ряда, темпов прироста, убыли.

Выбор прогностически-значимых факторов, оказывающих влияние на формирование тяжелого течения атопического дерматита у детей 13-17 лет, осуществлялся путем расчета относительного риска с определением границ 95% доверительного интервала.

Влияние факторов на развитие тяжелых форм атопического дерматита у детей оценивалось с использованием неоднородной процедуры, которая основана на вероятностном методе Байеса и последовательном анализе Вальда. Информативность факторов (R) определялась с помощью информационной меры Кульбака по формуле:

$$R = 0.5 \times (P_2 - P_1) \times \dot{I}$$

где P_1 -частота встречаемости фактора X в контрольной группе; P_2 -частота встречаемости фактора X в основной группе;

\dot{I} -прогностический коэффициент, рассчитываемый по формуле:

$$\dot{I} = 5 \times \lg P_2 / P_1$$

Информативность выявленных факторов риска позволила оценить их влияние на формирование тяжести течения заболевания атопическим дерматитом у детей в возрасте 13-17 лет. Определение прогностических групп по формированию тяжелого течения атопическим дерматитом осуществлялось путем определения для каждого фактора R и \dot{I} . В зависимости от значений R и \dot{I}

факторы риска отнесены к определенным группам прогноза. Объем проведенных исследований представлен в таблице 2.

Таблица 2 - Объем проведенных исследований

Методы исследования	Число исследований
Выкопировка из медицинской документации:	
- медицинская карта амбулаторного больного форма № 025/у-04,	739
- медицинская карта стационарного больного форма 003/у	158
Анализ статистических отчетных форм:	
- форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения»	21
- форма № 30 «Сведения о медицинских организациях»	21
- форма № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»	21
Объективный осмотр	700
Общеклинические лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование)	1080 (по 4 вида исследований у 360чел)
Исследование кала на глистно-протозойную инвазию	281
Биохимические исследования (активность АЛТ, АСТ, уровень холестерина, В-липопротеидов, общего билирубина и его фракций, общего белка и фракций)	2300
Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G, Е	820 (по 4 вида исследований у 205чел)
Исследование аллергенспецифических антител класса Е к бытовым, пищевым, эпидермальным и пыльцевым антигенам (всего 40)	9800 (245 чел)
Бактериологический посев с кожи	221
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	250
Изучение КЖ (анкетирование с применением опросника PedsQL)	1400
Анкетирование по социально- гигиеническим факторам	700
Анализ медико-биологического и социально-гигиенического анамнеза	700
Всего	19212

Резюме

Комплекс аналитических, статистических, математических и прогностических, социально-гигиенических, клинико-anamnestических методов исследования и текущего наблюдения за детьми с атопическим дерматитом в возрасте 13 - 17 лет были использованы в достижении поставленной цели исследования влияния различных факторов в формировании тяжелого течения атопического дерматита.

Глава 3. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 15-17 ЛЕТ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости является одним из основных критериев здоровья населения [117]. Структура показателей общей и первичной заболеваемости имеет существенные отличия в различных возрастных группах. При этом известно, что уровень заболеваемости у детей, имеет тенденцию к росту. Заболеваемость детей 15-17 лет характеризуется более высокими показателями хронической патологии [14,53,87,109,156], значительную долю в ее структуре занимают болезни кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопический дерматит, течение которого оказывает отрицательное влияние на физическое развитие ребенка и способствует формированию психологических проблем [10,46,71,162]. Снижение уровня заболеваемости АтД и формирование тяжелых форм, несмотря на достижения современной медицины в изучении патогенеза, диагностики и лечения заболевания, происходит в медленном темпе. Основными источниками информации об уровне заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе АтД, являются официальные формы государственной статистической отчетности, которые формируются медицинскими организациями по фактам обращения граждан за медицинской помощью, реже - результатами, получаемыми при проведении эпидемиологических исследований.

В Удмуртской Республике с 2000 по 2021г. общая численность детей в возрасте 15-17 лет сократилась на 40,7% (2000г. – 84100 детей, 2021г. - 49882 детей). За этот период увеличилась общая и первичная заболеваемость детей на 21,4 % и 28,4 % соответственно (общая заболеваемость детей в 2000г. составила 1750,0‰, в 2021г. – 2124,9‰.; первичная заболеваемость в 2000г. – 1014,6‰, в 2021г. – 1302,8‰ соответственно), выросли показатели заболеваемости БК и ПК. Показатели общей и первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет за анализируемый период в РФ также увеличились [38,39,40,41,42,43,44,45,80]. (рис.1).

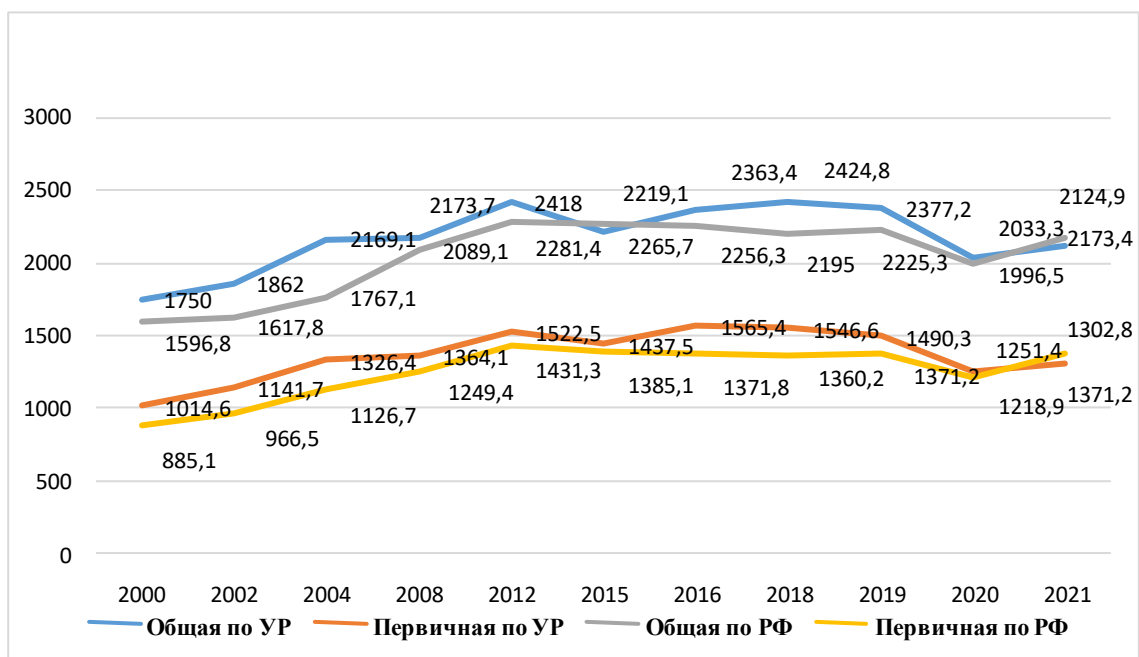


Рисунок 1 - Общая и первичная заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг. (на 1000 детей аналогичного возраста).

В структуре общей заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет показатель болезни кожи и подкожной клетчатки (в том числе АТД) за период с 2000 по 2021 гг. вырос (2000г. – 92,8‰, 2021г. – 114,9‰), заняв пятое ранговое место после болезней органов дыхания (833,8‰), болезней глаза и его придаточного аппарата (208,4‰), травм и отравлений (170,3‰) и болезней органов пищеварения (119,8‰).

Показатель первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (в том числе атопическим дерматитом) за аналогичный период характеризовался лабильностью, в 2021 году впервые снизился по отношению к уровню 2000 года (2000г.-74,3‰, 2021г. – 69,6 ‰), и занимал в структуре первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет 3 место после болезней органов дыхания (716,2‰), травм и отравлений (172,7‰). В 2021 году БК и ПК (в том числе атопическим дерматитом) в структуре общей и первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет составили 5,4% и 5,3% соответственно.

Пиковые значения показателя общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике были в 2009 (137,7 на 1000 детей

исследуемого возраста), 2016 г. (134,0 на 1000 детей исследуемого возраста). Далее следовало снижение до 2020 года. Однако в 2021 году, относительно предыдущего года, общая заболеваемость у детей выросла на 8,7% (с 105,7 до 114,9 на 1000 детей исследуемого возраста) (табл. 4).

Максимальное пиковое значение показателя общей заболеваемости атопическим дерматитом в исследуемой группе детей было в 2006 году (16,9 на 1000 детей исследуемого возраста), что на 1 год позже, чем максимальное значение общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2004 году. Далее показатели были стабильными. Второе пиковое значение общей заболеваемости атопическим дерматитом совпало с максимальным значением общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2016 году (9,9 и 134,0 на 1000 детей исследуемого возраста).

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей в возрасте 15-17 лет в Республике, характеризовалась выраженной нестабильностью показателей, в 2021г. общая заболеваемость увеличилась на 23,8% по отношению к аналогичным показателям 2000г. (табл. 3).

Таблица 3 - Общая и первичная заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет болезнями кожи и подкожной клетчатки в Удмуртской Республике в 2000-2021гг. (на 1000 детей аналогичного возраста, детей в возрасте, ‰)

Годы	Заболеваемость БК и ПК			
	Общая	В том числе АтД	Первичная	В том числе АтД
2000	92,8	5,9	74,3	3,4
2001	97,2	8,1	71,3	3,5
2002	97,2	8,2	72,8	3,9
2003	118,4	9,8	110,2	4,0
2004	141,8	13,3	112,4	5,7
2005	131,9	11,8	109,8	5,4
2006	134,7	16,9	110,0	9,5
2007	132,3	13,2	107,7	6,6

2008	132,6	13,1	109,0	7,7
2009	137,7	12,7	111,4	6,4
2010	129,5	12,3	104,2	6,6
2011	133,8	11,0	108,1	5,1
2012	133,6	9,7	104,1	4,4
2013	124,3	12,4	94,9	7,0
2014	124,4	9,3	95,0	4,6
2015	119,1	8,3	82,6	4,5
2016	134,0	9,9	99,4	4,0
2017	126,7	8,6	95,0	3,3
2018	125,9	8,3	91,7	3,0
2019	116,9	7,4	81,3	5,3
2020	105,7	7,5	74,5	3,3
2021	114,9	7,4	69,6	2,8

Показатель первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки также претерпел два пиковых значения, в том числе в 2004 г. (112,4 на 1000 детей исследуемого возраста) и 2016 г. (99,4 на 1000 детей исследуемого возраста) аналогично показателю заболеваемости атопическим дерматитом. При этом второй максимальный подъем первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2016 г. (134,0 на 1000 детей исследуемого возраста) совпал со вторым пиковым значением общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (134,0 на 1000 детей исследуемого возраста) и с первым пиковым значением общей заболеваемости атопическим дерматитом (табл.4).

Первое пиковое значение показателя первичной заболеваемости атопическим дерматитом (9,5 на 1000 детей исследуемого возраста) совпало с первым максимальным значением общей заболеваемости атопическим дерматитом (16,9 на 1000 детей исследуемого возраста). Второе максимальное значение показателя было зарегистрировано в 2019 году, после чего следовало снижение заболеваемости. Таким образом, за последние три года первичная заболеваемость атопическим дерматитом у детей в возрасте от 13 до 17 лет в Удмуртской Республике снизилась на 47,2% (табл.4).

Показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки по Российской Федерации были значительно ниже, чем по Удмуртской Республике. К примеру, по стране в целом в 2021 г. общая заболеваемость составила 90,9‰, первичная заболеваемость – 61,2‰.

АтД у детей занимает значимую часть среди заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. В структуре общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки доля атопического дерматита в период с 2000 по 2021гг. составляла от 6,3% до 12,5%. Максимальное значение доли заболевания отмечалась в 2006 году (12,5%), а по данным за 2021г. показатель доли сравнился с показателем 2000 г. и составил 6,4% (табл.4).

Таблица 4. Доля атопического дерматита в структуре общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	БК и ПК Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	АтД Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Доля АтД (%)
2000	92,8	5,9	6,4
2001	97,2	8,1	8,4
2002	97,2	8,2	8,4
2003	118,4	9,8	8,3
2004	141,8	13,3	9,4
2005	131,9	11,8	8,9
2006	134,7	16,9	12,5
2007	132,3	13,2	9,9
2008	132,6	13,1	9,9
2009	137,7	12,7	9,2
2010	129,5	12,3	9,5
2011	133,8	11,0	8,2
2012	133,6	9,7	7,2
2013	124,3	12,4	9,9

2014	124,4	9,3	7,5
2015	119,1	8,3	6,9
2016	134,0	9,9	7,4
2017	126,7	8,6	6,7
2018	125,9	8,3	6,6
2019	116,9	7,4	6,3
2020	105,7	7,5	7,0
2021	114,9	7,4	6,4

В структуре первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки наименьший удельный вес атопического дерматита (3,4%) был зарегистрирован в 2018г., наибольший (8,6%) - в 2006г., это был период максимального нарастания первичной заболеваемости атопическим дерматитом в условиях стабильности первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (табл.5).

Таблица 5. Доля атопического дерматита в структуре первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	БК и ПК Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	АтД Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Доля АтД (%)
2000	74,3	3,4	4,6
2001	71,3	3,5	5,4
2002	72,8	3,9	5,36
2003	110,2	4,0	3,6
2004	112,4	5,7	5,1
2005	109,8	5,4	4,9
2006	110,0	9,5	8,6
2007	107,7	6,6	6,1
2008	109,0	7,7	7,1

2009	111,4	6,4	5,7
2010	104,2	6,6	6,3
2011	108,1	5,1	4,7
2012	104,1	4,4	4,2
2013	94,9	7,0	7,4
2014	95,0	4,6	4,8
2015	82,6	4,5	5,4
2016	99,4	4,02	4,0
2017	95,0	3,3	3,7
2018	91,7	3,08	3,4
2019	81,3	5,3	6,5
2020	74,5	3,3	4,4
2021	69,6	2,8	4,0

Уменьшение доли атопического дерматита в структуре первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки зафиксировано в 2017-2018гг. Однако, учитывая, что в этот период сохранялся рост показателя первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки на фоне стабильных показателей общей заболеваемости, данный факт заслуживает особого внимания и может свидетельствовать о наличии гиподиагностики случаев болезни, либо о дефектах учета, связанных с увеличением обращаемости пациентов за медицинской помощью в неподведомственные Министерству здравоохранения медицинские организации. Увеличение доли атопического дерматита в структуре первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2019г. и значительное ее снижение в 2021г. отражает нестабильность показателя.

Общая заболеваемость атопическим дерматитом у детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике за период с 2000 по 2021гг. выросла (2000г. - 5,9‰, 2021г. – 7,4‰) первичная заболеваемость - снизилась (2000г. – 3,4‰, 2021 – 2,8‰) (табл. 6).

Таблица 6. Общая и первичная заболеваемость атопическим дерматитом детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике и Российской Федерации в 2000-2021гг. (на 1000 детей аналогичного возраста)

Годы	Заболеваемость АД			
	Общая в УР	Общая в РФ	Первичная в УР	Первичная в РФ
2000	5,9	9,7	3,4	3,9
2004	13,3	10,9	5,7	4,2
2006	16,9	11,1	9,5	4,6
2008	13,1	11,2	7,7	4,4
2010	12,3	14,5	6,6	4,6
2012	9,7	11,5	4,4	4,7
2014	9,3	11,4	4,6	4,7
2015	8,3	11,5	4,5	4,3
2016	9,9	11,6	4,0	4,1
2017	8,6	11,4	3,5	3,8
2018	8,3	11,2	3,1	3,7
2019	7,4	11,2	5,3	3,7
2020	7,5	10,1	3,3	3,1
2021	7,4	10,5	2,8	3,3

Характерной особенностью динамики показателей заболеваемости атопическим дерматитом в Удмуртской Республике является их нестабильность. Максимальные значения показателей общей и первичной заболеваемости были зарегистрированы с 2004 г. по 2010 г. Следует отметить, что в 2004-2006 гг. в Республике было проведено клинико-эпидемиологическое исследование распространенности атопического дерматита у детей и подростков по программе «ISAAC», которое выявило, что официальные показатели частоты заболевания, ниже фактических в 12,5 раз.

Анализ показателей общей заболеваемости атопическим дерматитом с 2000 по 2021гг. выявил наибольшие приросты в 2004г. (+55,3%), в 2006г. (+54,5%) и в 2013г. (+39,4%), а максимальный темп увеличения общей

заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки с 2001г. по 2004г., прирост составил +52,8% (табл.7, 8). В течение последних 8 лет в Удмуртской Республике наметилась устойчивая тенденция к снижению общей заболеваемости атопическим дерматитом, темп убыли показателя в 2021г. по сравнению с 2014г. составил -15,2%.

Таблица 7 - Динамика общей заболеваемости атопическим дерматитом детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Темп роста (убыли) %	Темп прироста (убыли) %, +, -	*Динамика по отношению к 2000 г.
2000	5,9	-	-	-
2001	8,1	138,9	+38,9	+38,9
2002	8,2	101,23	+37,7	+38,95
2003	9,8	119,5	+11,9	+66,1
2004	13,3	156,4	+55,3	+125,4
2005	11,8	88,7	-67,7	+100,0
2006	16,9	143,2	+54,5	+186,4
2007	13,2	78,1	-65,1	+123,7
2008	13,1	99,3	-21,2	+122,0
2009	12,7	96,9	-2,4	+115,2
2010	12,3	96,8	-0,1	+108,5
2011	11,0	89,4	-7,4	+86,4
2012	9,7	88,2	-1,2	+64,4
2013	12,4	127,8	+39,6	+110,2
2014	9,3	74,8	-53	+57,6
2015	8,3	90,0	-14,4	+40,7
2016	9,9	120,0	+30,0	+67,8
2017	8,6	87,0	-33,0	+45,8
2018	8,3	97,0	-10,0	+40,7
2019	7,4	90,0	-7,4	+26,0
2020	7,5	101,3	+11,3	+27,1

2021	7,4	98,7	-2,6	+25,4
------	-----	------	------	-------

* динамика интенсивного показателя

Таблица 8 - Динамика общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Темп роста (убыли) %	Темп прироста (убыли) %,+-	*Динамика по отношению к 2000 г.
2000	92,8	-	-	-
2001	97,2	104,7	+4,7	+4,7
2002	97,2	-	-	+4,7
2003	118,4	121,8	+ 17,1	+27,6
2004	141,8	145,88	+52,8	+52,8
2005	131,9	93,0	-7,0	+42,1
2006	134,7	102,1	+2,1	+45,2
2007	132,3	98,2	-1,8	+42,6
2008	132,6	100,2	+0,2	+42,9
2009	137,7	103,9	+3,9	+48,4
2010	129,5	94,1	-5,9	+39,5
2011	133,8	103,3	+3,3	+43,1
2012	133,6	100,0	0	+43,1
2013	124,3	92,9	-7,1	+33,9
2014	124,4	100,1	+0,1	+34,1
2015	119,1	95,7	-4,2	+28,3
2016	134,0	113,3	+12,5	+44,4
2017	126,7	94,6	-5,4	+36,5
2018	125,9	99,4	-0,6	+35,7
2019	116,9	92,8	-6,6	+20,6
2020	105,7	90,4	-2,4	+13,9
2021	114,9	108,7	+18,3	+23,8

* динамика интенсивного показателя

Согласно проведенному анализу динамического ряда показателей первичной заболеваемости атопическим дерматитом детей 15-17 лет, наибольший

темп роста произошел в 2006г. – плюс 75,9% (табл.9). Показатель также характеризовался выраженными колебаниями, максимальная убыль его зафиксирована в 2014г. и составила минус 34,3%. Зарегистрировано три периода снижения: с 2007г. по 2012г., с 2014г. по 2015г. и с 2016г. по 2018г., однако, относительно 2000 года, в 2019г., первичная заболеваемость атопическим дерматитом вновь выросла на 35,8%.

Таблица 9 - Динамика первичной заболеваемости атопическим дерматитом детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Темп роста (убыли) %	Темп прироста (убыли) %, +, -	*Динамика по отношению к 2000г.
2000	3,4	-	-	-
2001	3,5	114,7	+14,7	+14,7
2002	3,9	102,6	+2,6	+17,6
2003	4,0	97,5	-2,5	+14,7
2004	5,7	146,1	+46,2	+67,7
2005	5,4	94,7	-5,3	+58,8
2006	9,5	175,9	+75,9	+179,4
2007	6,6	69,5	-30,5	+94,1
2008	7,7	116,7	+16,7	+126,5
2009	6,4	83,1	-16,9	+88,2
2010	6,6	103,1	+3,1	+94,1
2011	5,1	77,3	-22,7	+50,0
2012	4,4	86,3	-13,7	+29,4
2013	7,0	159,1	+59,1	+105,9
2014	4,6	65,7	-34,3	+33,3
2015	4,5	97,8	-2,2	+32,4
2016	4,0	89,3	-10,7	+117,6
2017	3,3	87,3	-12,7	+102,9
2018	3,0	87,7	-12,2	-9,1
2019	5,3	71,0	+41,5	+35,8

2020	3,3	62,3	-8,7	-3,0
2021	2,8	84,8	+22,5	-17,6

* динамика интенсивного показателя

Максимальный рост первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в возрастной группе детей 15-17 лет в Удмуртской Республике отмечался в 2004г. (+51,4) (табл.10). В целом, колебания показателя за период с 2000г. составили от убыли минус 2,3% до роста плюс 51,4%. По отношению к 2000г. динамика показателя первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, составила в 2021г. -3,7%.

Таблица 10 - Динамика первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2000-2021гг.

Год	Число случаев на 1000 детей аналогичного возраста	Темп роста (убыли) %	Темп прироста (убыли) %, +, -	*Динамика по отношению к 2000 г.
2000	74,3			
2001	71,3	97,9	-2,0	-2,1
2002	72,7	99,8	-0,1	-2,1
2003	110,2	151,6	+ 51,7	+48,3
2004	112,4	151,3	+51,4	+51,3
2005	109,8	97,7	-2,3	-2,3
2006	110,0	100,2	+0,2	+0,2
2007	107,7	97,9	-2,1	+45,0
2008	109,0	101,2	+1,2	+46,7
2009	111,4	102,2	+2,2	+49,9
2010	104,2	93,5	-6,5	+40,2
2011	108,1	103,7	+3,7	+45,5
2012	104,1	96,3	-3,7	+40,1
2013	94,9	91,2	-8,8	+27,7
2014	95,0	100,1	+0,1	+27,9
2015	82,6	86,9	-13,1	+11,1
2016	99,4	120,4	-20,4	+33,8
2017	95,0	95,6	-4,4	+27,9

2018	91,7	96,5	-3,4	+23,4
2019	81,3	88,6	-12,7	+8,6
2020	74,5	91,6	+3	+0,3
2021	69,6	93,4	+1,8	-3,7

*динамика интенсивного показателя

Резюме

В Удмуртской Республике с 2000 по 2021гг. у детей 15–17 лет сохраняются высокие показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в целом и атопическим дерматитом в частности. Общая и первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, а также атопическим дерматитом, характеризовались нестабильностью показателей. Данные официальных форм государственной статистической отчетности о заболеваемости, формируемых по обращаемости в медицинские организации, не всегда соответствуют фактической картине, о чем свидетельствуют нестабильность и значительные колебания темпов роста (убыли) интенсивных показателей общей и первичной заболеваемости, а также доли атопического дерматита, занимаемой в общей структуре болезней кожи и подкожной клетчатки. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования учета общей и первичной заболеваемости детей болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопическим дерматитом.

Глава 4. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13 – 17 ЛЕТ

Нами проведен анализ анамнестических данных, особенностей клинических проявлений заболевания, лабораторных показателей, анализ сопутствующей патологии у 350 детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом. Дети обследованы в период стационарного и амбулаторного лечения в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР» и БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР».

Сведения для исследования анамнеза заболевания получены при анализе медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного форма № 025/у-04, медицинская карта стационарного больного форма 003/у), а также путем интервьюирования пациентов и их родителей. Проведенный анализ позволил выявить особенности клинического течения АД у детей в возрасте 13-17 лет.

В период обследования все дети находились в состоянии обострения заболевания, преимущественно в фазе выраженных клинических проявлений. Локализованные проявления на кожных покровах (площадь поражения кожи менее 10%) были выявлены у 24,5% детей, распространенный процесс (площадь поражения 10-50%) - у 53,1% детей, диффузный кожный процесс (площадь поражения более 50%) - у 22,4% пациентов.

Тяжесть и характер клинических проявлений атопического дерматита оценивались с использованием индекса SCORAD, позволяющего провести объективное определение степени тяжести обострения заболевания с учетом субъективных параметров (табл.11). Распределение пациентов на группы в зависимости от степени тяжести течения заболевания было проведено на основании значений индекса SCORAD, частоты и тяжести обострений в течение года. К группе с легкой степенью тяжести течения атопического дерматита

отнесены пациенты в возрасте 13-17 лет с ограниченной или распространенной формой заболевания с низкой или умеренной воспалительной активностью, значениями индекса SCORAD до 25 баллов, с легкими и редкими (до 2-х раз в год) обострениями, среднетяжелым течением - пациенты с преимущественно распространенной формой, с умеренной и сильной воспалительной активностью, значениями индекса SCORAD от 25 до 50 баллов, с обострениями до 4 раз в год, тяжелым течением - с распространенным и диффузным кожным процессом, высокой воспалительной активностью, значениями индекса SCORAD более 50 баллов, с обострениями более 4 раз в год, непрерывно-рецидивирующим течением.

Значения индекса SCORAD при легком течении атопического дерматита составили $18,1 \pm 0,3$, среднетяжелом – $39,2 \pm 0,4$, тяжелом - $77,5 \pm 0,5$ баллов. Индекс SCORAD при среднетяжелом течении заболевания был выше, чем при легком в 2,1 раза, а при тяжелом - в 4,1 раза по сравнению с легким течением заболевания.

Таблица 11 – Значения индекса SCORAD у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в период обострения заболевания

Показатель	Степень тяжести течения АД			Уровень значимости	
	I n = 89 min-max M±m	II n = 150 min-max M±m	III n = 111 min-max M±m	t -критерий Стьюдента	p
SCORAD (баллы)	9-24 $18,1 \pm 0,3$	26-48 $39,2 \pm 0,4$	58-83 $77,5 \pm 0,5$	42,2 101,8 59,8	p I- II<0,001 p I - III<0,001 p II - III<0,001

Площадь поражения кожных покровов у детей в возрасте 13-17 лет с легким течением атопического дерматита составляла от 5%, с локализованной формой, до 15% - с распространенной формой, при среднетяжелом течении - от 9,0% до 50%, при тяжелом - от 63,0% до 94,5%. Статистически значимых различий площади поражения при легкой и средней степени тяжести течения заболевания не

выявлено ($p>0,05$). Значимые различия выявлены при сравнении площади поражения при тяжелом течении с легким ($p<0,001$) и среднетяжелым ($p<0,001$).

Анализ, интенсивности клинических симптомов, выявил статистически значимые различия между легкой и средней степенью тяжести течения, а также между средней и тяжелой степенями атопического дерматита. Интенсивность клинических симптомов при легкой степени составляла от 3 до 5 баллов, на коже отмечались очаги лихенизации, полиморфной сыпи и сухости, при средней степени тяжести - от 8 до 10 баллов, при тяжелой - от 11 до 15 баллов. Изменения характеризовались выраженной сухостью кожных покровов, наличием очагов инфильтрации, эритемы, эскориаций, корок, экссудации. Все указанные изменения были более выражены при обострении тяжелой степени. Субъективные ощущения, такие как зуд и нарушение сна, дети с легкой степенью тяжести заболевания оценивали от 1 до 6 баллов, при средней степени тяжести - от 3 до 6 баллов ($p>0,05$). Зуд и нарушение сна дети с тяжелым обострением атопического дерматита оценивали от 10 до 19 баллов, медиана - 14,7 балла, превысив данные средней степени тяжести протекания болезни в 3,3 раза ($p<0,02$).

Таким образом, при обострении атопического дерматита легкой и средней степени тяжести у детей в возрасте 13-17 лет по площади поражения ($p>0,05$) и субъективным ощущениям ($p>0,05$), составляющих шкалы SCORAD статистически значимых различий не получено. Вместе с тем, степень выраженности симптомов при обострении средней тяжести была выше, чем при легкой степени тяжести ($p<0,001$). Площадь поражения, степень выраженности симптомов, субъективные ощущения, составляющие шкалы SCORAD при тяжелом обострении заболевания были выше, чем при среднетяжелом.

У большинства детей (67,4%) заболевание дебютировало в течение первого года жизни, причем доля детей с ранней манифестацией выше при среднетяжелом и тяжелом течении атопического дерматита, чем при легком (28,1%, 66,7%, 100%, соответственно степени тяжести течения атопического дерматита) (табл.12). Наиболее часто на первом году жизни ребенка заболевание дебютировало в

возрастной период с 3 до 6 месяцев, реже – до 3 месяцев и во втором полугодии жизни (26,6%, 19,4%, 21,4%, соответственно). Манифестация атопического дерматита наступила в возрасте 1-3 года у 14,3% детей группы наблюдения, после 5-летнего возраста - у 18,3% детей. Поздняя манифестация атопического дерматита зарегистрирована в группе пациентов с легким течением заболевания и преимущественно с ограниченной формой поражения. Полученные данные свидетельствуют о наличии связи между возрастом дебюта заболевания и тяжестью течения болезни. Чем раньше манифестирует атопический дерматит, тем чаще формируется тяжелое течение заболевания ($r=-0,37$, $p<0,001$)

Таблица 12 - Возраст манифестации атопического дерматита у детей

Показатель	Степень тяжести течения АтД			Уровень значимости	
	I n = 89	II n =150	III n =111	χ^2	p
До 1 года	25 (28,1%)	100 (66,7%)	111 (100%)	33,3 17,3 45,7	pI-II <0,001 pI-III <0,001 pII-III<0,001
С 1года до 3х лет	21(23,6%)	29 (19,3%)	-	0,613 29,26 24,12	pI-II >0,05 pI-III <0,001 pII-III<0,001
С3х лет и позднее	43(48,3%)	21 (14%)	-	33,54 68,32 14,18	pI-II <0,001 pI-III <0,001 pII-III<0,001

Манифестация заболевания на первом году жизни чаще наступала после введения прикормов, нарушения диеты со стороны матери, кормящей грудным молоком, реже - в период острых заболеваний, после проведения профилактических прививок. У детей старше 1 года основными причинами появления клинических симптомов атопического дерматита родители отмечали алиментарный фактор, проведение профилактических прививок, прием лекарственных препаратов.

Отягощенная наследственность по заболеваниям аллергической природы выявлена у 69,4% детей группы наблюдения и у 19,1% детей группы сравнения

($\chi^2=17,9$; $p<0,001$). Аллергические заболевания у матери и/или у родственников материнской линии выявлялись чаще (36,9%), чем по линии отца (16,3%) (табл.13).

Сочетание аллергических заболеваний у родственников по обеим линиям было выявлено у 16,3% детей с атопическим дерматитом. У пациентов с тяжелым течением заболевания отягощенная наследственность по линии матери и отца регистрировалась у каждого пятого ребенка (22,5%).

Доля детей с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям выше при тяжелом течении заболевания, чем при среднетяжелом и легком (56,0%, 59,5%, 93,7%, соответственно степени тяжести течения атопического дерматита). Выявлена прямая связь между отягощенной аллергологической наследственностью и тяжестью заболевания ($r=0,33$, $p<0,001$). Частота отягощенной наследственности при среднетяжелом и легком течении заболевания встречалась одинаково часто.

Таблица 13 - Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД			IV группа наблюдения n = 350	V группа сравнения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111			χ^2	p
Не отягощена	39 (43,8%)	61(40,7%)	7 (6,3%)	107 (30,6%)	283(80,9%)	0,22 39,29 39,09 179,3	p I-II>0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001 p IV-V<0,001
Отягощена	50 (56,2%)	89 (59,3%)	104 (93,7%)	243 (69,4%)	67(19,1%)	0,22 39,29 39,09 179,3	p I-II>0,05 p I-III<0,01 p II-III<0,001 p IV-V<0,001

Показатель распространенности грудного вскармливания у детей группы наблюдения был значительно ниже, чем в группе сравнения (табл.14).

Полученные данные свидетельствуют о том, что количество детей с атопическим дерматитом, находившихся на грудном вскармливании непродолжительное время (до 1 месяца), либо не получавших грудное вскармливание, выше среди детей с тяжелым течением заболевания, чем со средней и легкой степенью тяжести (15,7%, 13,7% и 39,6%, соответственно степени тяжести течения атопического дерматита). Доля детей, находившихся на грудном вскармливании до 6 мес. и старше, в группе детей с легким течением заболевания была выше (71,9%), чем в группе с тяжелым течением (51,4%). Выявлена обратная связь низкой продолжительности грудного вскармливания и тяжелого течения атопического дерматита ($r=-0,7$, $p<0,001$).

Таблица 14 - Продолжительность грудного вскармливания у детей с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АДД			IV Группа наблюдени я n = 350	V Группа сравнения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111			χ^2	p
Искусственное вскармливание с периода новорожденнос ти	14 (15,7%)	20 (13,3%)	44 (39,6%)	78 (22,3%)	24(6,9%)	0,26 13,7 22,4 33,4	p I-II> 0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001 p IV-V<0,001
Грудное вскармливание до 3х месяцев	11 (12,4%)	29 (19,3%)	10 (9,0%)	50 (14,2%)	33 (9,4%)	1,94 0,59 5,35 3,95	p I-II> 0,05 p I-III> 0,05 p II-III=0,021 p IV-V=0,047
Грудное вскармливание 6 мес и старше	64 (71,9%)	101 (67,4%)	57 (51,4)	222 (63,5%)	293 (83,7%)	0,54 8,74 6,8 37,0	p I-II> 0,05 p I-III =0,04 p II-III=0,01 p IV-V<0,001

На первом году каждый третий ребенок группы наблюдения был переведен на искусственное вскармливание к трехмесячному возрасту (36,5%) (табл. 15). Искусственное вскармливание проводилось, преимущественно, адаптированными молочными смесями, реже - профилактическими или лечебными смесями на основе частичного или полного гидролиза белка. Лечебные смеси чаще при искусственном вскармливании использовали детей со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания, по сравнению с легким течением, статистически значимых различий по видам искусственного вскармливания не получено. Более раннее введение прикормов (до 4 месяцев) было выявлено в группе детей с тяжелым течением атопического дерматита (38,7%), чем в группе с легкой степенью (12,6%, $\chi^2=7,904$; $p<0,05$).

Таблица 15 - Характеристика искусственного вскармливания детей с атопическим дерматитом на первом году жизни

Показатель	Степень тяжести течения АД			Всего n = 128	Уровень значимости	
	I n = 25	II n = 49	III n = 54		χ^2	p
Адаптированные молочные смеси	12 (48%)	24 (48,9%)	28 (51,9%)	64(50,0%)	0,06 1,01 0,085	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III>0,05
Лечебные смеси	5 (20%)	18 (36,7%)	22 (40,7%)	45(35,2%)	2,164 3,26 0,174	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III>0,05
Неадаптированные молочные смеси	8 (32%)	7 (14,3%)	4 (7,4%)	19(14,8%)	3,23 8,023 1,27	p I-II>0,05 p I-III<0,05 p II-III>0,05

Анализ перенесенных заболеваний детьми группы наблюдения за 10-летний период свидетельствует, что острые заболевания, такие как ОРВИ, инфекционные энтероколиты вирусной и бактериальной этиологии, инфекции мочевыводящих путей регистрировались в анамнезе часто. Выявлено увеличение частоты ОРВИ, энтероколитов у детей на фоне возрастания степени тяжести течения заболевания.

В группе детей с тяжелым течением atopического дерматита количество часто переносивших ОРВИ за указанный период было выше, чем в группе с легким и среднетяжелым течением ($\chi^2=24,2$; $p<0,001$ и $\chi^2=25,43$; $p<0,001$, соответственно). Острые энтероколиты различной этиологии за указанный период чаще диагностировались у детей с тяжелым течением, по сравнению с легким течением atopического дерматита ($\chi^2= 7,06$; $p=0,008$).

Пиогенные осложнения atopического дерматита (пиодермия, фурункулы, панариции) чаще переносили дети 13-17 лет с тяжелым течением, по сравнению с более легкими степенями. Статистически значимых различий частоты вторичного инфицирования кожных покровов у детей с легким и среднетяжелым течением atopического дерматита нами не получено ($p>0,05$) (табл. 16). За период наблюдения, со времени постановки диагноза, более чем у 30% детей 13-17 лет с легким и среднетяжелым течением atopического дерматита регистрировались гнойничковые осложнения на коже и у 70% - с тяжелым течением.

Таблица 16 - Перенесенные заболевания за последние 10 лет детьми с atopическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АтД			Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n =111	χ^2	p
ОРИ более 4 раз в год	29 (32,6%)	54 (36,0 %)	75 (67,6%)	0,288 24,2 25,43	p I-II>0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001
Инфекционные энтероколиты	21 (23,6%)	49 (32,7%)	46 (41,4%)	2,12 7,06 2,12	p I-II >0,05 p I-III=0,008 p II-III>0,05
ИМВП	7 (7,9%)	11 (7,3%)	4 (3,6%)	0,023 1,72 1,63	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III>0,05
Пиогенные осложнения	7	22	32	2,45	p I-II >0,05

однократно	(7,9%)	(14,7%)	(28,8%)	13,82 7,79	p I-III<0,001 p II-III=0,006
Пиогенные осложнения 2 и более раз	18 (20,2%)	25 (16,7%)	46 (41,4%)	0,47 10,2 19,7	p I-II>0,05 p I-III=0,002 p II-III<0,001
Детей, перенесших пиогенные осложнения всего	25 (28,1%)	47 (31,3)	78 (70,2 %)	0,28 35,18 38,7	p I-II>0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001

На первом году жизни курсы системной антибактериальной терапии чаще получали дети группы наблюдения, чем группы сравнения (64,0 % и 9,7%, соответственно, $\chi^2= 221,59$; $p<0,001$) (табл. 17). Анализ возраста назначения первого курса антибактериальной терапии детям с различной степенью тяжести атопического дерматита показал, что количество детей с тяжелым течением атопического дерматита, получавших антибиотики на первом году жизни, преобладало по сравнению с детьми с легким и среднетяжелым течением заболевания (51,7%, 64,0% и 73,9%, соответственно). Неоднократно курсы антибактериальной терапии на первом году жизни чаще получали дети с тяжелым течением АД (67,7%) по сравнению с пациентами с легким (36,0%, $\chi^2=19,84$; $p<0,001$) и среднетяжелым (45,2%, $\chi^2=12,73$; $p<0,001$). На втором году жизни впервые антибактериальную терапию дети с атопическим дерматитом получали реже, по сравнению с первым годом (64,0% и 33,7%, соответственно $\chi^2= 64,23$; $p<0,001$). Назначение антибактериальной терапии впервые на втором году наиболее часто отмечалось у детей с легким, а реже – с тяжелым течением (43,8 %, 33,3% и 26,1 %). На третьем году жизни впервые получили антибактериальную терапию 4,5%, 2,7% и 0% детей, соответственно тяжести течения АД.

Выявлена связь между ранним использованием системной антибактериальной терапии и тяжелым течением атопического дерматита ($r=-0,5$, $p<0,001$). Среди детей группы наблюдения не оказалось ни одного, пациента, не получавшего антибактериальную терапию в течение жизни. В группе сравнения не получали антибактериальную терапию 2,6 % детей к возрасту 13-17 лет.

Обращает внимание увеличение частоты назначения антибактериальной терапии у детей группы сравнения в возрастной период от 1 года до 3х лет (в 1 год - 9,7%, в 2 года - 16,3 %, в 3 года - 71,4%). Данная ситуация связана с началом посещения детьми группы сравнения детских дошкольных учреждений, ростом заболеваемости.

Таблица 17- Возраст назначения антибактериальной терапии впервые детям с атопическим дерматитом

Возраст	Степень тяжести течения АтД			IV Группа наблюдения n =350	V Группа сравнения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111			χ^2	p
До 1 года	46 (51,7%)	96 (64,0%)	82 (73,9%)	224 (64,0%)	34 (9,7%)	3,51 10,5 2,86 221,59	p I-II >0,05 p I-III=0,002 p II-III >0,05 p IV-V<0,001
1-2 года	39 (43,8%)	50 (33,3%)	29 (26,1%)	118 (33,7%)	57 (16,3%)	2,62 6,89 1,57 28,3	p I-II >0,05 p I-III=0,009 p II-III>0,05 p IV-V<0,001
На 3м году и старше	4 (4,5%)	4 (1,1%)	0	8 (2,3%)	250 (71,4%)	0,57 35,0 1,059 359,4	p I-II >0,05 p I-III<0,05 p II-III>0,05 p IV-V<0,001
Не назначались	0	0	0	0	9 (2,6%)		

Таким образом, проведенный анализ выявил значительный уровень острых инфекционных заболеваний у детей с атопическим дерматитом. У детей с тяжелым течением атопического дерматита частота ОРИ, инфекционных энтероколитов, ИМВП, пиогенных осложнений основного заболевания значительно выше по сравнению с пациентами с легким и среднетяжелым течением заболевания. Перенесенные острые заболевания, осложнения атопического дерматита, а также высокая медикаментозная нагрузка явились факторами дополнительной сенсibilизации.

Проведен анализ частоты обострений атопического дерматита у детей со времени постановки на диспансерный учет до 13-17 летнего возраста (табл. 18). У детей с легким течением атопического дерматита частота обострений не превышала 1-2 раз в год, со среднетяжелым, у большей части детей, от 1 до 2-3 раз в год, меньшей – до 4 раз в год. Частые обострения (более 4 раз в год) отмечались у 73,9 % детей с тяжелым течением атопического дерматита, у 18,7 % - со средней степенью тяжести. Сезонные (зима, весна) обострения АД регистрировались в основном у пациентов с легким и среднетяжелым течением заболевания. У детей с тяжелым течением атопического дерматита сезонность обострений заболевания регистрировалась реже. У части детей заболевание протекало без ремиссий. Полученные нами результаты согласуются со сведениями некоторых исследований, выявивших рост частоты внесезонных обострений атопического дерматита при тяжелом течении заболевания [14, 16].

Таблица 18 - Частота обострений атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111		χ^2	p
1 раз в год	64 (71,9%)	68 (45,3%)	-	132 (37,7%)	15,9 113,53 68,04	p I-II<0,001 p I-III<0,001 p II-III<0,001
2 – 3 раза в год	25 (28,1%)	54 (36,0%)	29 (26,1%)	108 (30,9%)	1,57 0,097 2,86	p I-II >0,05 p I-III >0,05 p II-III >0,05
4 и более раз в год	-	28 (18,7%)	82 (73,9%)	110 (31,4%)	18,8 11,4 79,7	p I-II <0,001 p I-III <0,001 p II-III <0,001

При анализе причин, провоцирующих обострение атопического дерматита у детей группы наблюдения, отмечено, что чаще обострение вызывает сочетание

двух и более факторов (рис. 2). В качестве возможных причин обострения наиболее часто назывались контакт с бытовыми аллергенами, психоэмоциональные нагрузки и алиментарные факторы.

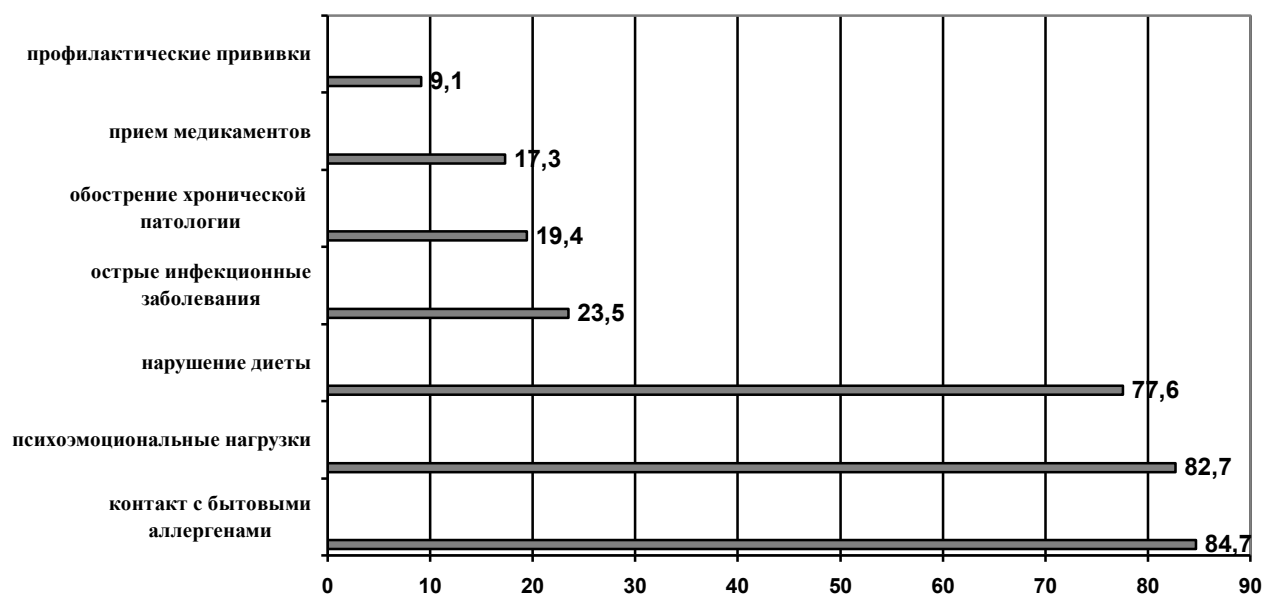


Рисунок 2 - Факторы, провоцирующие обострения атопического дерматита у детей

При обследовании детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом выявлены особенности клинических проявлений заболевания (табл. 19). Кожные покровы характеризовались хроническими очагами воспаления с преобладанием процессов инфильтрации, шелушения и лихенизации. В клинической симптоматике атопического дерматита при легком и среднетяжелом течении преобладали сухость кожных покровов (56,2% и 90,7%), лихенизация (79,8% и 90,7%), эксфолиации (59,6% и 76,0%), шелушение кожных покровов (23,9% и 36,0%) папулезная сыпь (12,4% и 21,3%). Участки пигментации отмечались у 30,7% пациентов при средней степени тяжести течения атопического дерматита. У детей с тяжелым течением атопического дерматита показатели таких проявлений на коже как сухость, шелушение, папулезная сыпь, лихенизация, эксфолиации, гиперемия и инфильтрация регистрировались практически у всех детей. Реже наблюдались явления экссудации на коже (38,7%). Интенсивность кожных проявлений при тяжелом течении заболевания была достоверно выше,

чем при легком и среднетяжелом. Увеличение размеров и количества лимфатических узлов выявлено нами у 90,3% пациентов с тяжелой степенью atopического дерматита и 26,0% - со среднетяжелой. Признаков лимфаденопатии у пациентов с легким течением заболевания не выявлено.

Таблица 19 - Характеристика клинических проявлений кожного процесса у детей с atopическим дерматитом 13-17 лет

Показатель	Степень тяжести течения АД			Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111	χ^2	p
Сухость	50 (56,2%)	136 (90,7%)	111 (100%)	38,4 56,8 8,36	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII - III=0,004
Шелушение	21(23,6%)	54 (36%)	107 (96,8%)	3,9 113,6 98,4	pI- II=0,046 pI- III<0,001 pII - III<0,001
Папулезная сыпь	11(12,4%)	32 (21,3%)	111 (100%)	3,049 155,5 155,24	pI- II>0,05 pI- III<0,001 pII - III<0,001
Лихенизация	71(79,8%)	136 (90,7%)	100 (90,1%)	5,7 4,2 0,024	pI- II=0,017 pI- III=0,04 pII - III>0,05
Пигментации	11 (12,4%)	46 (30,7%)	93 (83,9%)	10,3 100,9 72,3	pI- II=0,002 pI- III<0,001 pII - III<0,001
Экскориации	53 (59,6%)	114 (76,0%)	104 (93,7%)	7,18 34,18 14,5	pI- II=0,008 pI- III<0,001 pII - III<0,001
Инфильтрация	46 (51,7%)	54 (71,0%)	111 (100)	5,62 64,7 108,7	pI- II=0,018 pI- III<0,001 pII - III<0,001
Гиперемия	11 (12,4%)	71 (47, 3%)	104 (93,7%)	30,3 133,7 62,06	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII - III<0,001

Трещины	-	39(26,0%)	57 (51,4%)	17,6	pII - III<0,001
Экссудация	-	-	43 (38,7%)		-
Увеличение лимфоузлов	-	39 (26,0%)	100 (90,3%)	49,8	pII - III<0,001

У детей с ограниченной формой атопического дерматита и легким течением отмечалась преимущественная локализация кожного процесса в области сгибаемой поверхности лучезапястных суставов, локтевых сгибов и подколенных ямок, реже в области лица и в других областях. У детей с распространенной формой атопического дерматита среднетяжелым и тяжелым течением чаще наблюдался диссеминированный кожный процесс (35,7% и 80,6%, соответственно), который характеризовался преобладанием очагов поражения в области верхней половины туловища, лица, шеи и верхних конечностей.

Сопутствующая патология выявлена у 95,9% детей в возрасте 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом (табл. 20). При этом у 54,2% диагностирована сочетанная сопутствующая патология, регистрировались от 2 до 4 заболеваний.

В структуре сопутствующей патологии у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом преобладали болезни органов пищеварения (68,3%), на втором месте по частоте находились другие аллергические заболевания (34,6%), на третьем - невротические расстройства (12,3%). Другая патология у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом диагностировалась реже (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, ЛОР-патология, болезни костно-мышечной системы, болезни органов мочевой системы, болезни органов сердечно-сосудистой системы).

Болезни органов пищеварения диагностированы у большинства пациентов, часто носили сочетанный характер. Верификация диагноза у всех детей проведена гастроэнтерологом, в зависимости от патологии комплекс

диагностических исследований соответствовал клиническим рекомендациям (эзофагогастрододеноскопия, тесты на инфицированность *H.pylori*, pH-метрия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости). Среди жалоб у подростков с АтД преобладали жалобы на боли в животе, чувство дискомфорта в эпигастральной области, отрыжку, изжогу, нерегулярный акт дефекации.

Хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки составили 64,2% в структуре патологии желудочно-кишечного тракта. Диагностирован, преимущественно, поверхностный гастродуоденит и хронический эритематозный гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией. У трети пациентов отмечалось нарушение моторной функции кишечника по гипомоторному типу (29,9%), протозойная инвазия (лямблиоз и амебиаз) (19,4%). Результаты ультразвукового исследования органов пищеварения показали наличие патологических процессов у 84,7% детей с АтД. У 23,5% пациентов зарегистрированы УЗИ-признаки эхографических изменений двух и более органов. Наиболее часто диагностировались реактивные изменения поджелудочной железы, печени, признаки холепатии и признаки билиарной дисфункции.

Другие аллергические заболевания выявлены у 34,6% обследованных детей с атопическим дерматитом. Наиболее часто регистрировались аллергический персистирующий ринит (26,5%), аллергический сезонный риноконъюнктивит (6,1%), бронхиальная астма (5,1%), аллергический вульвит (4,1%), аллергический блефарит (1,0%). У детей при среднетяжелом и тяжелом течении атопического дерматита в 10,9% наблюдалось сочетание двух аллергических заболеваний.

На третьем месте по частоте выявления находились невротические расстройства, из них наиболее часто - неврастения, логоневроз, невроз навязчивых состояний. Невротические расстройства достоверно чаще отмечались в группе детей с тяжелым течением атопического дерматита.

Таблица 20 - Частота сопутствующей патологии у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от степени тяжести течения заболевания

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111		χ^2	p
Болезни органов пищеварения	43(48,3%)	118 (78,7%)	78 (70,3%)	239 (68,3%)	22,5 9,99 2,41	p I-II <0,001 p I-III=0,002 p II-III>0,05
Другие аллергические заболевания	21(23,6%)	57 (38%)	43 (38,7%)	121 (34,6%)	5,27 5,21 0,015	p I-II=0,022 p I-III=0,023 p II-III>0,05
Невротические расстройства	4(4,4%)	7(4,7%)	32 (28,8%)	43 (12,3%)	0,028 19,8 29,3	p I-II>0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001
Заболевания костно- мышечной системы	7(7,9%)	11 (7,3%)	-	18 (5,1%)	0,023	p I-II>0,05
Заболевания сердечно-сосудистой системы	-	7 (4,7%)	-	7 (2%)		
Заболевания органов мочевыделительной системы	-	11 (7,3%)	-	11(3,1%)		
Заболевания органов эндокринной системы	-	21 (14%)	-	21 (6%)		
Заболевания ЛОР- органов	-	21 (14%)	-	21 (6%)		

В результатах общего анализа крови у 68,6% детей с атопическим дерматитом выявлены отклонения показателей лейкоцитарной формулы (табл. 21). Наиболее часто у детей в возрасте 13-17 лет регистрировались эозинофилия (31,6%) и моноцитоз (36,8%). Уровень эозинофилии в периферической крови находился в пределах от 5 до 39%. У каждого третьего ребенка уровень эозинофилии был выше 15%.

Повышенное количество моноцитов изолированное или в сочетании с повышением количества лейкоцитов и СОЭ отмечалось у детей с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения (хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки) и (или) хронической патологией ЛОР – органов.

Таблица 21 – Изменения в общем анализе крови у детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет

Показатель	Степень тяжести течения АгД			Группа наблюдения n = 350	Уровень значимости	
	I n = 89	II n = 150	III n = 111		χ^2	p
Лейкоцитоз	-	4 (2,7%)	14 (12,6%)	18 (5,1%)	9,22	pII-III=0,002
Эозинофилия	18 (20,2%)	43 (28,7%)	50 (45%)	111 (31,6%)	2,094 13,5 7,45	p I-II>0,05 p I-III<0,001 pII-III=0,007
Моноцитоз	29 (32,5%)	61 (40,7%)	39 (35,1%)	129 (36,8%)	1,55 0,14 0,83	p I-II>0,05 pI-III>0,05 pII-III>0,05
Тромбоцитоз	-	4 (2,7%)	4 (3,6%)	8 (2,3%)	0,19	pII-III>0,05
Ускоренная СОЭ	-	-	7 (6,3%)	7 (2%)		

Проведен анализ уровня Ig классов А, М, G и E у детей с атопическим дерматитом (табл. 22). Исследования проведены 205 пациентам группы наблюдения. Отклонение показателей Ig классов А, М, G, E от возрастных норм выявлено у 64 % обследованных пациентов.

Средний уровень IgA у детей группы наблюдения находился в пределах возрастной нормы, однако при легком течении атопического дерматита IgA был выше, чем при тяжелом течении (1,82 г/л и 1,47 г/л, p<0,01, соответственно степени тяжести течения АгД).

Средний уровень IgM был в пределах возрастной нормы, значения составляли от 0,66 до 4,80 г/л, у детей с легким течением заболевания 1,93г/л, со

среднетяжелым - 2,45 г/л, тяжелым – 3,81г/л. У детей с тяжелым течением АД уровень IgM был выше значений при легком течении заболевания ($p<0,001$) и среднетяжелом ($p<0,001$).

Показатели IgG у детей группы наблюдения находились в интервале от 5,0 до 24,0 г/л. Средние значения показателей IgG составили при легком течении АД 10,36г/л, среднетяжелом – 11,72 г/л, тяжелом – 9,5 г/л. Получены статистически значимые различия уровня IgG у детей с легким течением атопического дерматита в сравнении с показателем средней степени тяжести ($p=0,003$) и тяжелой степени ($p=0,003$).

Уровень IgE у детей группы наблюдения находился в диапазоне значений от 10,5 до 931 МЕ/мл. Показатель IgE имел тенденцию к увеличению с нарастанием степени тяжести заболевания, средние значения при легкой степени составили 72,8 МЕ/мл, среднетяжелой - 225,2МЕ/мл, тяжелой - 364 МЕ/мл. На фоне тяжелого течения атопического дерматита у одного ребенка уровень IgE составлял 931 МЕ/мл. Получены статистически значимые различия уровня IgE у детей с легким течением атопического дерматита в сравнении с показателем средней степени тяжести ($p<0,001$), средней и тяжелой степени тяжести ($p<0,001$). Выявлена прямая связь тяжелого течения атопического дерматита и высокого показателя IgE ($r=0,7$, $p<0,001$).

Таблица 22 - Результаты исследования иммуноглобулинов классов А, М, G, E у детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n = 205 min-max, M± m	Возрастная норма	Уровень значимости	
	I n = 33 min-max, M± m	II n = 82 min-max, M± m	III n = 90 min-max, M± m			t-критерий Стьюдента	p
IgA, г/л	0,69 - 1,84 1,82±0,05	1,04 -2,3 1,73±0,0 3	0,75 - 2,2 1,47 ±0,03	0,69 – 2,3 1,28±0,02	0,6-2	1,54 6,0 6,13	pI- II=0,123 pI- III<0,01 pII- III<0,001

IgM, г/л	0,66 - 2,52 1,93±0,07	1,2 - 3,42 2,45±0,0 5	1,9 - 4,8 3,8±0,06	0,66 -4,8 2,32±0,05	1,0-2,3	6,04 20,28 17,28	pI- II <0,001 pI- III<0,001 pII- III<0,001
IgG, г/л	6,34 - 11,18 10,36±0,2	5,9 - 24,0 11,72±0, 4	5,0 - 14,18 9,5±0,2	5,0- 24,0 10,52±0,12	9,7-20	3,04 3,04 4,96	pI- II =0,003 pI- III=0,003 pII- III<0,001
IgE, МЕ/мл	10,5 -108,5 72,8±4,1	114 -335 225,2±5	198 - 931 364±15,1	10,5-931 220,7±6,6	< 90	26,56 38,15 8,73	pI- II <0,001 pI- III<0,001 pII- III<0,001

Проведен ретроспективный анализ уровня сывороточного IgE у детей группы наблюдения в период дебюта заболевания. Для анализа использованы данные исследований из медицинской документации пациентов. Средний уровень IgE во всех группах оказался выше возрастной нормы и увеличивался с возрастанием степени тяжести течения заболевания (106,4, 361,2 и 828,4МЕ/мл, соответственно степени тяжести течения атопического дерматита, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$) (рис. 3).

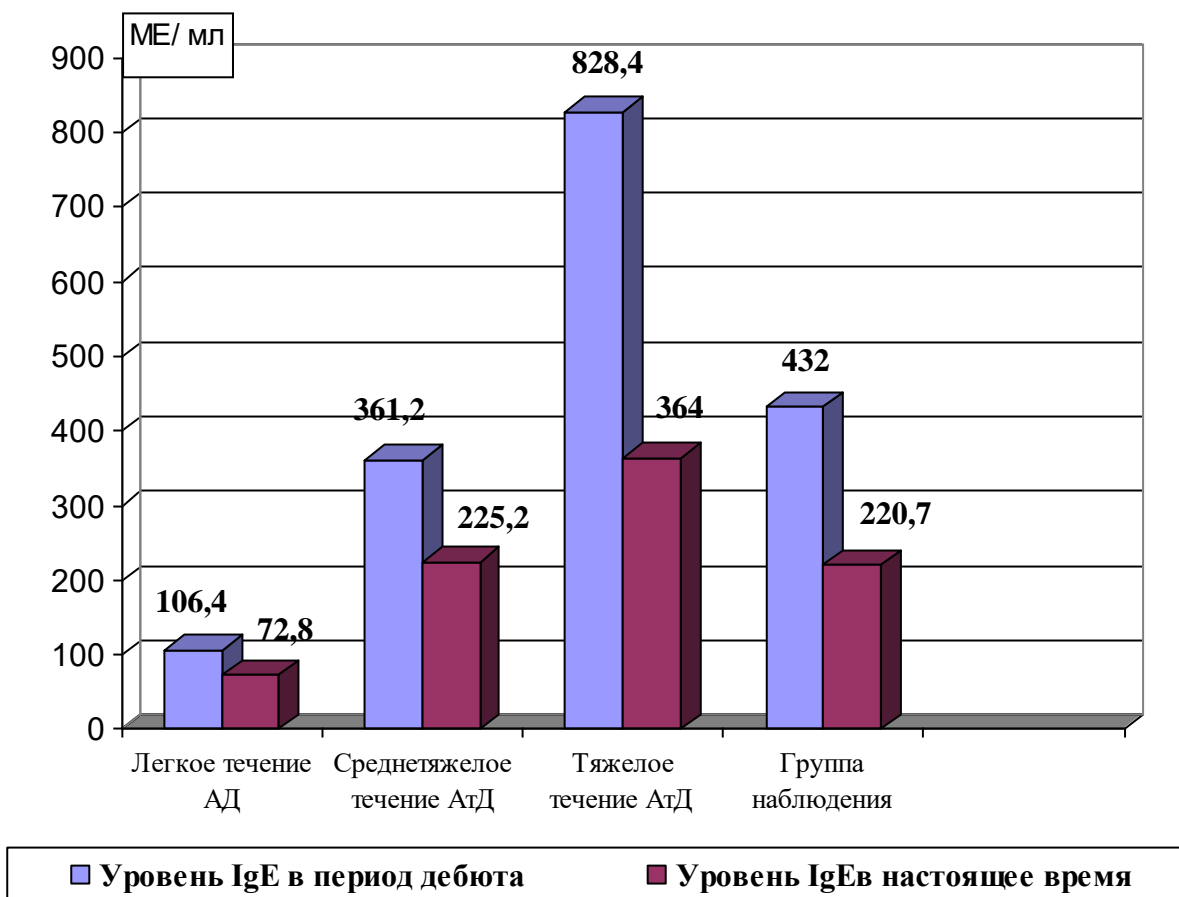


Рисунок 3 - Уровень сывороточного IgE у детей группы наблюдения в период манифестации атопического дерматита и в возрасте 13-17 лет

Количество детей, у которых было зафиксировано увеличение уровня IgE в период дебюта заболевания, со сформировавшимся к возрасту 13-17 лет легким, среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита составило 58 (65,2%), 103 (68,3%) и 109 (98,2%) человек соответственно.

Таким образом, при исследовании уровня сывороточных иммуноглобулинов средние значения IgA у детей в возрасте 13-17 лет находились в пределах возрастной нормы, однако при легком течении атопического дерматита IgA был выше, чем при тяжелом течении

Иммуноглобулин M - имел тенденцию к увеличению в зависимости от степени тяжести заболевания и превышал референтные возрастные значения при среднетяжелом и тяжелом течении.

У детей в возрасте 13-17 лет со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания выявлено статистически значимое увеличение уровня общего IgE по

отношению к возрастной норме, при этом, при тяжелой степени выявлен более высокий разброс показателей и более высокие средние значения. Помимо этого, выявлена прямая сильная связь между уровнем общего IgE в период манифестации заболевания и тяжестью течения, сформировавшейся к возрасту детей 13-17 лет.

Количество детей, у которых было зафиксировано увеличение уровня IgE в период дебюта заболевания, со сформировавшимся к возрасту 13-17 лет легким, среднетяжелым и тяжелым течением atopическим дерматитом составило 58 (65,2%), 103 (68,3%) и 109 (98,2%) человек соответственно.

Нами проведен анализ результатов обследования детей с atopическим дерматитом на наличие аллергенспецифических IgE (табл. 23). Данное исследование необходимо для проведения элиминационных мероприятий детям с atopическим дерматитом. Из числа детей с atopическим дерматитом, принявших участие в исследовании (245 человек), положительные результаты на различные антигены были получены у 90,6%. Поливалентная сенсibilизация при легком течении atopического дерматита у детей составила 17,6%, среднетяжелом – 53%, тяжелом – 100%.

Частота регистрации аллергенспецифических IgE у детей с различной степенью тяжести atopического дерматита была высокой, составляла при легком течении заболевания 26%, среднетяжелом – 70%, тяжелом – 90,9%. У детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом в структуре выявленных причинных факторов сенсibilизации по количеству положительных тестов на аллергенспецифические антитела класса E лидирующие позиции занимают пищевые и бытовые аллергены. Положительные результаты на антигены говядины и клещей домашней пыли (*D.Pteronyssinus*, *D.Farinae*), преобладали среди других у детей с atopическим дерматитом. Количественные показатели сенсibilизации к говядине у 60% пациентов находились в диапазоне умеренного уровня содержания специфического IgE, у 40% - в диапазоне низкого уровня.

Преобладали положительные тесты на такие пищевые аллергены, как апельсин (у 74,7% обследованных), куриное яйцо, молоко коровье, свинина, хек,

пшеничная мука, кукуруза (у 60% обследованных), мандарин, белок и желток куриного яйца, ячменная и гречневая крупы (у 50,2% обследованных), мясо курицы, мясо утки, треска (у 40% обследованных). Частота регистрации высокой концентрации аллергенспецифических IgE к пищевым аллергенам у детей с легким течением заболевания составила 5%, среднетяжелом – 38%, тяжелом – 60%.

Таблица 23 - Результаты исследования аллергенспецифических антител класса E к пищевым аллергенам животного и растительного происхождения у детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом

Показатель	Положительные результаты, n= 245	Показатель положительных результатов аллергенспецифических IgE в зависимости от уровня антител (абс./на 100 положительных результатов)			
		низкий 0,35- 0,99 МЕ/мл	умеренный 1,0 - 2,99 МЕ/мл	высокий 3,0 -6,99 МЕ/мл	очень высокий 7,0-16,99 МЕ/мл
куриное яйцо	147 (60%)	59 (40,1%)	0	88 (59,9)	0
молоко коровье	147 (60 %)	59 (40,1%)	0	88 (59,9%)	0
говядина	245 (100%)	98 (40%)	147 (60%)	0	0
свинина	147 (60 %)	88 (59,9%)	0	59 (40,1%)	0
мясо курицы	98 (40 %)	49 (50%)	49 (50%)	0	0
мясо утки	98 (40 %)	0	98 (100%)	0	0
треска	98 (40 %)	0	98 (100%)	0	0
хек	147 (60 %)	59 (40,1%)	88 (59,9%)	0	
пшеничная мука	147 (60 %)	0	59 (40,1%)	0	88 (59,9%)
кукуруза	147 (60 %)	88 (59,9%)	0	59 (40,1%)	0
мандарин	123 (50,2%)	61 (49,6%)	0	62 (50,4%)	0
апельсин	183 (74,7%)	46 (25,2%)	137 (74,8%)	0	0
ячменная крупа	123 (50,2%)	62 (50,4%)	61 (49,6%)	0	0
рисовая крупа	61 (24,9%)	61 (100%)	0	0	0
гречневая крупа	123 (50,2%)	0	123 (100%)	0	0

В группе бытовых и эпидермальных аллергенов наиболее часто положительную реакцию регистрировали на домашнюю пыль и шерсть собаки (у 83,3% обследованных), перо подушки, шерсть кошки, шерсть морской свинки, шерсть кролика (у 50,1 % обследованных) (табл. 24). Показатели содержания специфических IgE к *D.Pteronyssinus*, *D.Farinae* в диапазоне высокого уровня обнаружены у 49,8 %, умеренного - у 33,5% и 16,7%, соответственно. Очень высокий уровень зарегистрирован у 16,7% детей к *D. Farinae*.

Таблица 24 - Результаты исследования аллергенспецифических антител класса E к бытовым и эпидермальным аллергенам у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом

Показатель	Положительные результаты, n= 245	Показатель положительных результатов аллергенспецифических IgE в зависимости от уровня антител (абс./ на 100 положительных результатов)			
		низкий 0,35- 0,99 МЕ/мл	умеренный 1,0 - 2,99 МЕ/мл	высокий 3,0 -6,99 МЕ/мл	очень высокий 7,0-16,99 МЕ/мл
домашняя пыль	204 (83,3%)	0	122 (59,8%)	82 (40,2%)	0
библиотечная пыль	82 (33,5%)	41 (50%)	41 (50%)	0	0
перо подушки	123 (50,2%)	41 (33,3%)	0	82 (66,7%)	0
перхоть лошади	41 (16,7%)	0	41 (100%)	0	0
шерсть кошки	123 (50,1%)	41 (33,3%)	0	0	82 (66,7%)
шерсть собаки	204 (83,3%)	40 (19,6%)	40 (19,6%)	124 (60,8%)	0
шерсть морской свинки	123 (50,2%)	41 (33,3%)	41 (33,3%)	41 (33,4%)	0
шерсть кролика	123 (50,2%)	0	83 (67,5%)	40 (32,5%)	0
<i>D.Pteronyssinus</i>	245 (100 %)	41 (16,7%)	82 (33,5%)	122 (49,8%)	0
<i>D. Farinae</i>	245 (100 %)	41 (16,7%)	41 (16,7%)	122 (49,8%)	41 (16,7%)

Положительные результаты на специфические IgE к пылевым аллергенам были выявлены преимущественно у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим

дерматитом с сочетанной аллергической патологией респираторного тракта (бронхиальная астма, аллергический ринит) и тяжелым течением болезни. Специфические антитела были выявлены у 50,2% обследованных детей на пыльцу одуванчика, пырея, березы, микст пыльцы луговых трав и тимopheевки. Наиболее высокие показатели содержания антител определялись у детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом с сенсублизацией к тимopheевке ($3,248 \pm 0,3$) (табл. 25).

Таблица 25 - Результаты исследования аллергенспецифических антител класса E к пыцевым аллергенам у детей в возрасте 13-17 лет atopическим дерматитом

Показатель	Положительные результаты, n= 245	Показатель положительных результатов аллергенспецифических IgE в зависимости от уровня антител (абс./на 100 положительных результатов)			
		низкий 0,35- 0,99 МЕ/мл	умеренный 1,0 - 2,99 МЕ/мл	высокий 3,0 -6,99 МЕ/мл	очень высокий 7,0-16,99 МЕ/мл
полынь	0	0	0	0	0
лебеда	0	0	0	0	0
одуванчик	123 (50,2 %)	0	123 (100%)	0	0
пырей	123 (50,2 %)	123 (100%)	0	0	0
лисохвост	0	0	0	0	0
береза	123 (50,2%)	123 (100%)	0	0	0
микст пыльцы деревьев	0	0	0	0	0
микст луговых трав	123 (50,2%)	123 (100%)	0	0	0
микст сорных трав	0	0	0	0	0
тимopheевка	123 (50,2%)	0	0	123 (100%)	0

Положительные результаты на специфические IgE преобладали у детей в возрасте 13-17 лет со среднетяжелым и тяжелым течением atopического

дерматита, по сравнению с легким. Выявлена связь тяжелой болезни с частотой регистрации аллергенспецифических IgE ($r=0,4$, $p<0,001$) (табл.26).

Таблица 26 - Частота положительных результатов некоторых аллергенспецифических антител класса E у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от степени тяжести течения заболевания

Показатель	Степень тяжести течения АД			Уровень значимости	
	I n = 62	II n = 89	III n =94	χ^2	p
куриное яйцо	18(29%)	38(42,6%)	91 (96,8%)	2,92 81,5 64,3	pI- II>0,05 pI-III<0,001 pII-III<0,001
молоко коровье	25 (40,3%)	54 (60,7%)	68 (72,3%)	6,06 15,9 2,08	pI- II=0,14 pI- III<0,001 pII- III<0,05
говядина	62 (100%)	89 (100%)	94 (100%)		pI- II>0,05 pI- III>0,05 pII- III>0,05
свинина	-	59 (66,3%)	88 (93,6%)	67,4 13,3 21,6	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III<0,001
мясо курицы	-	37(42,7%)	61 (64,9)	34,1 66,0 9,9	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III=0,002
мясо утки	-	51 (57,3%)	47 (50%)	53,6 44,3 0,98	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III>0,05
треска	17 (27,4%)	30 (33,7%)	51 (54,3%)	0,67 10,9 7,8	pI- II>0,05 pI- III<0,001 pII- III=0,006
хек	-	53(63,8%)	94 (100%)	56,8 15,6 47,3	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III<0,001

пшеничная мука	35 (56,4%)	51 (57,3%)	61 (64,9%)	0,01 1,12 1,19	pI- II>0,05 pI- III>0,05 pII- III>0,05
кукуруза	27 (43,5%)	55 (61,8%)	65 (69,1%)	4,92 10,12 3,79	pI- II=0,027 pI- III=0,02 pII- III>0,05
апельсин	-	89 (100%)	94 (100%)	151,0 156,0	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III=1,0
ячменная крупа	-	48 (55%)	75 (79,8%)	49,0 95,2 49,02	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III<0,001
рисовая крупа	-	22 (24,7%)	39 (41,5%)	17,09 34,2 5,7	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III=0,017
гречневая крупа	12(19,4%)	51 (57,3%)	60 (63,8%)	21,64 29,7 1,94	pI- II<0,001 pI- III<0,001 pII- III>0,05
D.Pteronyssinus	62 (100%)	89 (100%)	94 (100%)		pI- II= 1,0 pI- III= 1,0 pII- III= 1,0
D. Farinae	62 (100%)	89 (100%)	94 (100%)		pI- II= 1,0 pI- III= 1,0 pII- III= 1,0

Анализ показателей специфических антител класса E в зависимости от степени тяжести течения заболевания выявил, что при легкой степени средние значения уровня большинства специфических IgE находились в диапазоне низких и умеренных значений, при этом количество антигенов, на которые были зарегистрированы положительные значения, меньше, чем при средней и тяжелой степени тяжести заболевания (табл. 27).

При легком и среднетяжелом течении атопического дерматита выявлены статистически значимые различия 63,6% положительных результатов. У детей со среднетяжелым течением заболевания уровень сенсибилизации к коровьему

молоку, говядине, пшеничной муке, кукурузе, желтку куриного яйца и клещам домашней пыли (*D.Pteronyssinus*, *D. Farinae*) выше, в сравнении с легким течением.

Выявлено, что при среднетяжелом и тяжелом течении atopического дерматита средние значения специфических IgE находились, в основном, в интервале умеренных и высоких показателей. Достоверное различие показателей специфических IgE при среднетяжелом и тяжелом течении atopического дерматита получено в 37,5% исследований. Данный показатель ниже, чем при легком и среднетяжелом течении болезни у детей. Показано, что у детей с тяжелым течением заболевания сенсibilизация к мясу курицы, треске, желтку куриного яйца, ячменной крупе, гречневой крупе, библиотечной пыли, шерсти кролика и клещам домашней пыли была выше, чем у пациентов с среднетяжелым.

Таблица 27- Показатели уровня некоторых аллергенспецифических антител класса E у детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом в зависимости от степени тяжести течения заболевания

Показатель	Степень тяжести течения АД			pI- II	pI- III	pII- III
	I M± m, МЕ/мл	II M± m МЕ/мл	III M± m МЕ/мл			
куриное яйцо	0,4±0,1	7,0±1,4	8,2± 1,5	<0,05	<0,001	>0,05
молоко коровье	0,4±0,1	2,0±0,8	3,5±0,7	<0,001	<0,05	>0,05
говядина	0,99±0,3	1,5±0,3	1,4±0,3	<0,001	<0,02	>0,05
свинина	-	1,4±0,4	0,7±0,1	<0,001	<0,001	>0,05
мясо курицы	-	0,4±0,2	1,6±0,3	<0,001	<0,001	<0,001
мясо утки	-	0,8±0,4	1,1±0,2	<0,001	<0,001	>0,05
треска	0,4±0,1	0,6±0,3	1,3±0,2	>0,05	<0,001	<0,05
хек	-	1,3±0,4	1,3±1,6	<0,001	<0,001	>0,05
пшеничная мука	0,8±0,2	4,5±1,5	8,3±1,6	<0,05	<0,001	>0,05
кукуруза	0,4±0,1	1,7±0,6	0,7±0,1	<0,05	>0,05	>0,05

апельсин	-	1,4±0,2	1,3±0,3	<0,001	<0,001	>0,05
ячменная крупа	-	0,4±0,2	2,4±0,5	<0,001	<0,001	<0,001
рисовая крупа	-	0,5±0,1	0,4±0,08	<0,001	<0,001	>0,05
гречневая крупа	0,7±0,2	0,98±0,3	2,2±0,4	>0,05	<0,001	<0,05
D.Pteronissin	0,6±0,2	1,9±0,4	3,8±0,4	<0,01	<0,001	<0,01
D. Farinae	1,6±0,5	3,1±0,4	6,2±0,8	<0,05	<0,001	<0,001

Резюме

Атопический дерматит у большинства детей дебютировал в течение первого года жизни. Для тяжелого течения заболевания характерны высокие показатели отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям, непродолжительное грудное вскармливание, частые инфекционные заболевания (ОРИ, энтероколиты), использование антибактериальной терапии, по поводу заболеваний начиная с первого года жизни у большей части детей, высокими показателями общего IgE в период манифестации, положительными пробами на многие группы аллергенов с повышенной концентрацией аллергенспецифических IgE. Полученные данные свидетельствуют о том, что сенсibilизация к основным пищевым и бытовым аллергенам у детей в возрасте 13-17 лет с тяжелым течением атопического дерматита выше, чем при более легком течении заболевания, как по количеству выявленных положительных результатов, так и по уровню аллергенспецифических IgE.

Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13-17 ЛЕТ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ

5.1. Анализ анамнестических данных и медицинских сведений из амбулаторных карт детей с atopическим дерматитом в возрасте 13-17 лет

В организации медицинской помощи детям с atopическим дерматитом важное место имеет диспансерное наблюдение. Нами проведен анализ анамнестических данных и медицинских сведений из амбулаторных карт детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом с периода постановки диагноза atopического дерматита. Из исследуемой группы детей диспансерным наблюдением были охвачены до 90,8%. Наблюдение и лечение пациентов с atopическим дерматитом представляет непростую задачу для специалистов в связи с особенностями и многообразием патогенетических механизмов, фенотипических проявлений и стадийного течения заболевания [19,51,54,62,100,101,125,140]. Общеизвестным является необходимость комплексного подхода к терапии и наблюдению пациентов врачами-специалистами смежных специальностей, учитывая патогенез заболевания, наличие сопутствующей патологии у детей с АтД [59,61,85,106,127]. Вместе с тем, источники литературы свидетельствуют о снижении приверженности пациентов к лечению [47, 63,168].

Анализ анамнестических данных и медицинских сведений из амбулаторных карт детей в возрасте 13-17 лет с atopическим дерматитом показал, что на первом году от начала заболевания диагноз atopического дерматита был установлен 90,8% пациентам из группы наблюдения. Все дети наблюдались у педиатра по месту проживания и осматривались дерматологом и/или аллергологом хотя бы однократно.

Анализ систематичности наблюдения, в течение последних 10 лет, у профильных специалистов показал, что педиатром и дерматологом наблюдались 51,7% детей с легким, 50% - со среднетяжелым и 28,8% - с тяжелым течением болезни; педиатром и аллергологом – 23,6%, 14,0% и 32,4%, соответственно; педиатром, дерматологом и аллергологом – 23,6%, 36,0% и 38,7%, соответственно степени тяжести течения атопического дерматита.

Таблица 28 - Диспансерное наблюдение детей с атопическим дерматитом педиатром, дерматологом, аллергологом-иммунологом

Показатель	I n=89	II n=150	III n=111	Группа наблюдения n= 350
Педиатр и дерматолог	46 (51,7%)	75 (50%)	32 (28,8%)	153 (43,7%)
Педиатр и аллерголог	22 (24,7%)	21 (14%)	36 (32,4%)	79 (22,6%)
Педиатр, дерматолог и аллерголог-иммунолог	21 (23,6%)	54 (36%)	43 (38,8%)	118 (33,7%)

Оценка регулярности врачебных осмотров проведена с учетом требований к диспансерному наблюдению детей и подростков, регламентированных приказом МЗ РФ от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Соответствие нормативным документам по диспансерному наблюдению выявлено у 31,5% детей с легким течением атопического дерматита, у 26,0% - со среднетяжелым и у 38,7% - с тяжелым (табл. 29). Доля детей, которые наблюдались нерегулярно, только в период обострения, либо не чаще 2 раз в год, была выше, чем при регулярном наблюдении во всех группах и составила 68,5%, 74,0% и 61,3%, соответственно степени тяжести течения заболевания. Таким образом, количество детей, наблюдавшихся у специалистов по поводу атопического дерматита нерегулярно, статистически значимо выше, по сравнению с количеством пациентов, наблюдавшихся регулярно, не реже 2 раз в год ($\chi^2= 96,57$; $p<0,001$).

Таблица 29 - Регулярность врачебного наблюдения детей с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n= 350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
Регулярные осмотры (не менее 2 раз в год)	28 (31,5%)	39 (26%)	43 (38,7%)	110 (31,4%)	0,83 1,14 4,82	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III=0,029
Нерегулярные (только при обострении или менее 2 раз в год)	61 (68,5%)	111 (74%)	68 (61,3%)	240 (68,6%)	0,83 1,14 4,82	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III=0,029

Большинство детей в дебюте заболевания лечение получали в амбулаторных условиях (65,3%) (табл.30). При этом, легкое течение заболевания в дальнейшем сформировалось у 76,0% из них, среднетяжелое – у 66,7%, тяжелое – у 54,8%.

Количество пациентов, госпитализированных в стационар при манифестации заболевания, было выше в группе детей, со сформировавшимся в последующем тяжелым течением атопического дерматита. Вероятно, данный факт можно объяснить преобладанием у детей с тяжелым течением болезни более выраженной манифестации кожного процесса. Все дети в стационарных и амбулаторных условиях получали патогенетическую и симптоматическую терапию дифференцировано, с учетом степени тяжести заболевания, наличия пиогенных осложнений и сопутствующих заболеваний. Положительную динамику в общем состоянии и дерматологическом статусе после проведенного лечения в период дебюта заболевания отмечали все пациенты.

Анализ частоты госпитализаций при последующем наблюдении свидетельствовал, что 229 (65,4%) детей до 13-17 летнего возраста с атопическим дерматитом получали курсы терапии в стационарных условиях 2 и более раз. Доля детей с тяжелым течением атопического дерматита, получавших

стационарное лечение в период обострения, выше, чем с легким и среднетяжелым (7,8%, 78,7% и 93,7% $\chi^2= 146,28$, $p<0,001$; $\chi^2= 11,33$, $p<0,001$, соответственно), что обусловлено тяжестью состояния детей, отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения.

Таблица 30 - Показатели лечебной активности детей с атопическим дерматитом за период диспансерного наблюдения

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
Лечение в дебюте заболевания в амбулаторных условиях	68	100	61	229	2,53	p I-II>0,05
	(76,4%)	(66,7%)	(54,9%)	(65,4%)	9,92	p I-III=0,002
					3,71	p II-III>0,05
Лечение в дебюте заболевания в условиях стационара	21	50	50	121	2,53	p I-II>0,05
	(23,6%)	(33,3%)	(45%)	(34,6%)	9,92	p I-III=0,002
					3,71	p II-III>0,05

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживают данные, полученные в ходе анализе качества выполнения врачебных рекомендаций в дебюте атопического дерматита и в возрасте 13-17 лет, при наличии длительного течения заболевания (табл.31).

В первые два года от начала заболевания врачебные рекомендации по лечению и профилактике обострений в полном объеме выполняли 54,3% пациентов, в неполном объеме или (и) только при ухудшении состояния кожных покровов - 40,8% и 4,9%, соответственно. Количество пациентов, выполнявших рекомендации полностью (в том числе базисную терапию), со сформировавшимся в последующем легким течением АД, статистически значимо выше, чем со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания ($\chi^2=5,27$, $p<0,001$; $\chi^2=49,99$, $p<0,001$, соответственно).

Таблица 31 - Объём выполнения врачебных рекомендаций по профилактике обострений заболевания в течение первых двух лет от начала заболевания

Показатель	Степень тяжести течения АтД			Группа наблюдения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
Выполнение рекомендаций в полном объёме	68 (76,4%)	93 (62%)	29 (26,1%)	190 (54,3%)	5,27 49,99 32,97	p I-II=0,022 p I-III<0,001 p II-III<0,001
Выполнение рекомендаций в неполном объёме	21 (23,6%)	54 (36%)	68 (61,3%)	143 (40,8%)	3,99 28,35 16,53	p I-II=0,046 p I-III<0,001 p II-III<0,001
Выполнение рекомендаций при ухудшении состояния	-	3 (2%)	14 (12,6%)	17 (4,9%)	1,81 12,07 11,72	p I-II>0,05 p I-III<0,001 p II-III<0,001

С течением времени отношение родителей детей группы наблюдения к необходимости выполнения врачебных рекомендаций по лечению претерпело изменения, что подтверждается полученными нами результатами опроса и анализа амбулаторных карт (табл.32).

Доля детей с тяжелым течением АтД, выполнявших рекомендации по терапии и профилактике обострений в полном объеме, увеличилась, составляла 57,7%, была выше, чем доля детей с легким и среднетяжелым течением. Полученные данные объяснимы с точки зрения изменения активности пациента в зависимости от тяжести заболевания, в связи с тем, что при тяжелой степени, добиться улучшения состояния при отсутствии систематического подхода к применению базисной и топической терапии не удастся.

Таблица 32 - Объём выполнения врачебных рекомендаций по профилактике обострений заболевания в течение последних 5 лет (в т.ч. базисная терапия)

Показатель	Степень тяжести течения АтД			Группа наблюдения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
Выполнение в полном объеме	29(32,6%)	46(30,7%)	64(57,7%)	139(39,7%)	0,09 12,82 19,06	pI-II >0,05 pI-III <0,001 pII-III <0,001
Выполнение частичное	39(43,8%)	68(45,3%)	47(42,3%)	154(44%)	0,52 0,04 0,23	pI-II >0,05 pI-III >0,05 pII-III >0,05
Выполнение при ухудшении состояния ребёнка	21(23,6)	36(24%)	-	57 (16,3%)	0,005 29,58 30,34	pI-II >0,05 pI-III pII-III

Санаторно-курортное лечение – важный компонент реабилитации детей и подростков с хронической патологией (табл.33). Сложность организации и реализации санаторно-курортного лечения детей различного возраста, страдающих аллергическими заболеваниями, в том числе атопическим дерматитом, обусловлена необходимостью создания определенных гипоаллергенных и элиминационных условий с учетом индивидуальной сенсибилизации. Санаторно-курортное лечение дети группы наблюдения получали в санаториях Удмуртской Республики: «Ласточка», «Варзи-Ятчи», «Ува». В санаторных условиях реабилитационные курсы прошли 23,4% детей группы наблюдения. Из них, 1-2 раза в течение периода наблюдения - 18,3% детей, более 3-х раз - 5,1%. В ежегодном режиме реабилитацию в санаториях не получал ни один ребенок. Чаще получали санаторно-курортное лечение к возрасту 13-17 лет дети с легким и тяжелым течением, по сравнению со среднетяжелым течением (31,5%, 12%, 23,4%, соответственно ($\chi^2=13,611$, $p < 0,001$; $\chi^2= 16,23$, $p < 0,001$).

Таблица 33 - Частота санаторно-курортного лечения детей с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД			Группа наблюдения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
1-2 раза	21(23,6%)	14(9,3%)	29(26,1%)	64(18,3%)	9,09 0,16 13,07	p I-II=0,003 p I-III>0,05 p II-III<0,001
3 раза и более	7(7,9%)	4(2,7%)	7(6,3%)	18(5,1%)	3,44 0,18 2,09	p I-II>0,05 p I-III>0,05 p II-III>0,05
Не получали	61(68,5%)	132(88%)	75(67,6%)	268 (76,6%)	13,62 0,02 16,21	p I-II<0,001 p I-III>0,05 p II-III<0,001

Улучшение состояния после курсов реабилитации в санаториях отмечали все пациенты. Наблюдалось улучшение состояния кожных покровов, снижалась выраженность субъективных ощущений (зуд и нарушение сна), в последующем наступали более длительные ремиссии заболевания. Увеличение продолжительности ремиссии до 3 месяцев отмечали 30,4% детей с тяжелым течением атопического дерматита. Ремиссия до 6 и 9 месяцев, после проведенного санаторного лечения наблюдалась у 30,4% пациентов с легким течением болезни и 26,1% - со среднетяжелым. Среди детей с легким течением заболевания, пролеченных в условиях санатория, 13,1% отмечали отсутствие обострений в течение года после курса реабилитации в санатории.

В основе развития атопического дерматита лежит генетически обусловленная особенность иммунной реакции организма при взаимодействии с аллергенами. Вместе с тем, значительную роль играют экзогенные факторы аллергенного и неаллергенного происхождения. Доказана значимость некоторых факторов

внешней среды в реализации риска формирования аллергических заболеваний у детей. Особое влияние оказывают факторы, усугубляющие действие триггеров. Ими могут быть климатогеографические особенности, некоторые социально-гигиенические факторы, вакцинация, антигенные нагрузки и т. д. [83, 157].

5.2. Роль социально-гигиенических факторов в течении атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет

Нами изучены социально-гигиенические факторы, которые могли повлиять на течение заболевания у детей в возрасте 13-17 лет (табл. 34). Большая часть детей с атопическим дерматитом и группы сравнения, проживали в полных семьях (83,7% и 82,2%, соответственно $\chi^2 = 0,163$, $p > 0,05$). Вместе с тем, каждый четвертый ребенок с тяжелым течением АД, воспитывался в неполной семье. Данный показатель оказался выше, чем в группе с легким и среднетяжелым течением заболевания ($\chi^2 = 5,22$, $p = 0,02$; $\chi^2 = 7,68$, $p = 0,006$).

Возраст матерей большинства детей обеих групп, при рождении ребенка, составлял от 20 до 30 лет (76,3% и 68,3%, соответственно). В группе детей с легким течением атопического дерматита доля матерей до 20 лет была выше, чем с более тяжелым течением заболевания ($\chi^2 = 4,91$, $p = 0,27$; $\chi^2 = 8,75$, $p = 0,04$, соответственно тяжести заболевания). Выявлена прямая сильная связь между возрастом матери на момент родов более 30 лет и тяжестью течения заболевания ($r = 0,6$, $p < 0,001$).

Количество семей с числом детей 2 и более преобладало в группе наблюдения (79,1% и 61,7%, соответственно). В группе детей с тяжелым течением атопического дерматита количество семей с двумя и более детьми выше, чем в группе с легким течением ($r = 0,3$, $p < 0,01$).

Таблица 34 – Социально-гигиенические характеристики семей детей с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД	IV	V	Уровень значимости
------------	----------------------------	----	---	--------------------

				Группа наблюдения всего n=350	Группа сравнения n=350		
	I n=89	II n=150	III n=111			χ^2	p
Семья полная	78 (87,6%)	132 (88%)	83 (74,8%)	293 (83,7%)	288 (82,3%)	0,007 5,22 7,68 0,25	pI-II >0,05 pI-III=0,023 pII-III=0,006 pIV-V>0,05
Семья неполная	11 (12,4%)	18 (12%)	28 (25,2%)	57 (16,3%)	62 (17,7%)	0,007 5,22 7,68 0,25	pI-II >0,05 pI-III=0,023 pII-III=0,006 pIV-V>0,05
Один ребенок в семье	10 (11,2%)	38 (25,3%)	25 (22,5%)	73 (20,9%)	134 (38,4%)	6,97 4,32 0,27 25,52	p I-II=0,009 pI-III=0,03 pII-III>0,05 pIV-V<0,001
Двое и более детей в семье	79 (88,8%)	112 (74,7%)	86 (77,5%)	277 (79,1%)	216 (61,7%)	6,97 4,32 0,27 25,52	p I-II=0,009 pI-III=0,03 pII-III>0,05 pIV-V<0,001
Возраст матери до 20 лет	18 (20,2%)	15 (10%)	7 (6,3%)	40 (11,4%)	48 (13,7%)	4,91 8,75 1,12 0,83	p I-II=0,27 pI-III=0,04 pII-III>0,05 pIV-V>0,05
Возраст матери от 20 до 30 лет	64 (71,9%)	128 (85,3%)	75 (67,6%)	267 (76,3%)	239 (68,3%)	6,3 0,44 11,6 5,59	p I-II=0,012 pI-III>0,05 pII-III<0,01 pIV-V=0,019
Возраст матери 30 лет и старше	7 (7,9%)	7 (4,7%)	29 (26,1%)	43 (12,3%)	63 (18%)	1,04 10,92 24,73 4,44	p I-II>0,05 pI-III<0,001 pII-III<0,001 pIV-V=0,035

Уровень образования матерей существенно не отличался в группах наблюдения и сравнения (табл. 35). Доля матерей с высшим профессиональным образованием и средним или средним профессиональным не имела статистически значимых различий, составила 42,9% и 57,1%, соответственно в группе наблюдения - 43,7% и 56,3% - в группе сравнения.

Количество матерей, не осуществляющих трудовую деятельность (безработных или домохозяек), в группе наблюдения и сравнения не имело статистически значимых различий. Вместе с тем, в группе детей с легким течением атопического дерматита данный показатель был выше в 2,6 раза, чем в группе с тяжелым течением ($\chi^2=8,74$, $p=0,004$). Отличий по трудовому статусу отцов у детей обеих групп, в зависимости от степени тяжести течения болезни выявлено не было.

Таблица 35 – Социально-гигиенические характеристики матерей детей с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АтД			IV Группа наблюд ения всего n=350	V Группа сравнен ия n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111			χ^2	p
Образование матери среднее или среднее профессиональ ное	50 (56,2%)	82 (54,7%)	68 (61,3%)	200 (57,1%)	197 (56,3%)	0,052 0,067 0,002 0,52	pI-II>0,05 pI-III>0,05 pII-III>0,05 pIV-V>0,05
Образование матери высшее профессиональ ное	39 (43,8%)	68 (45,3%)	43 (38,7%)	150 (42,9%)	153 (43,7%)	0,052 0,527 1,135 0,52	pI-II>0,05 pI-III>0,05 pII-III>0,05 pIV-V>0,05
Трудовой	18	21	7	46	43	1,585	pI-II>0,05

статус матери: безработная или домохозяйка	(20,2%)	(14%)	(6,3%)	(13,4%)	(12,3%)	8,74 3,94 0,116	pI-III= 0,004 pII-III=0,048 pIV-V>0,05
Трудовой статус матери: работающая	71 (79,8%)	129 (86%)	104 (93,7%)	304 (86,9%)	307 (87,7%)	1,585 8,74 3,94 0,116	pI-II>0,05 pI-III= 0,004 pII-III=0,048 pIV-V>0,05

Присутствие вредных привычек у детей с атопическим дерматитом и / или у членов его семьи - фактор, который усугубляет течение заболевания. Выявление вредных привычек у детей групп наблюдения и сравнения и у членов их семей осуществлялось посредством анкетирования детей в возрасте 13-17 лет и их родителей. Учитывая, что сохранение анонимности при анкетировании было исключено, считаем, что полученные нами данные о распространенности вредных привычек, как табакокурение, употребления алкогольных напитков и психоактивных веществ, у респондентов-детей не подлежат анализу, т.к. их достоверность вызывает сомнения.

Анализ распространенности вредных привычек проведен только по одному параметру «курение в семье», без детализации. Полученные данные, свидетельствуют о том, что доля курящих в семьях группы сравнения выше, чем в группе наблюдения (42,9% и 53,4%, соответственно $\chi^2=7,83$, $p=0,006$) (табл. 36). Данный показатель достигает 67,6% в семьях, где проживали дети с тяжелым течением атопического дерматита, что значительно выше, чем в семьях детей с легким и среднетяжелым течением заболевания. Выявлена сильная прямая связь курения в семьях и тяжелого течения болезни ($r=0,7$, $p<0,001$).

При субъективной оценке санитарного состояния места проживания детей большинство родителей детей групп наблюдения и сравнения оценили санитарное состояние своего жилья как хорошее или удовлетворительное (60,0% и 68,6% соответственно). Санитарно-гигиенические условия проживания детей в возрасте 13-17 лет с тяжелым течением атопического дерматита были оценены хорошими

или удовлетворительными 45,0% респондентами, это ниже, чем оценка данного параметра в группе с легким и среднетяжелым течением заболевания (59,6% и 71,3%, соответственно, $\chi^2=4,1$, $p=0,042$ и $\chi^2=18,3$, $p<0,001$).

Элиминация причинно-значимых аллергенов входит в комплекс базисной терапии атопического дерматита. Домашние животные являются сенсibiliзирующим фактором, проживали в 26,0% семей детей группы сравнения и 18,3% - группы наблюдения. В семьях детей с тяжелым течением болезни, домашние животные проживали реже, по сравнению с пациентами с легким течением заболевания и группы сравнения.

Таблица 36 - Характеристика санитарно-гигиенических условий семей детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД			IV Группа наблюдения всего n=350	V Группа сравнения n=350	Уровень значимости	
	I n= 89	II n= 150	III n= 111			χ^2	p
Курение родителей	43 (48,3%)	32 (21,3%)	75 (67,6%)	150 (42,9%)	187 (53,4%)	18,8 7,52 56,34 7,83	p I-II<0,001 p I-III=0,006 pII-III<0,001 pIV-V=0,006
Санитарное состояние жилья удовлетворительно	53 (59,6%)	107 (71,3%)	50 (45%)	210 (60%)	240 (68,6%)	3,51 4,16 18,36 5,6	pI-II>0,05 p I-III=0,042 pII-III<0,001 pIV-V=0,018
Санитарное состояние жилья неудовлетворительное	36 (40,4%)	43 (28,7%)	61 (54,9%)	140 (40%)	110 (31,4%)	3,51 4,16 18,36 5,6	pI-II >0,05 pI-III=0,042 pII-III<0,001 pIV-V=0,018
Наличие животных в	28	25	11	64	91	7,08	pI-II = 0,008

доме	(31,5%)	(16,7%)	(9,9%)	(18,3%)	(26%)	14,6 2,45 6,04	p I-III<0,001 pII-III>0,05 pIV-V=0,014
------	---------	---------	--------	---------	-------	----------------------	---

Психоэмоциональный климат в семье детей с атопическим дерматитом - важный фактор. Родителям детей в возрасте 13-17 лет было предложено дать характеристику отношениям в семье между ее членами как спокойные и доброжелательные, или, как преимущественно напряженные с частыми ссорами. Согласно полученным данным, неблагоприятная, напряженная психоэмоциональная обстановка в семьях чаще отмечалась в группе наблюдения, чем в группе сравнения ($\chi^2= 20,5$, $p<0,001$) (табл. 37). В семьях детей с тяжелым течением атопического дерматита внутрисемейные отношения характеризовались как напряженные с частыми ссорами чаще, по сравнению с семьями детей с легким и среднетяжелым течением болезни (7,9%, 14,0%, 38,7 % соответственно) ($r=0,3$, $p<0,001$).

Таблица 37 - Характеристика психоэмоционального климата в семьях детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АД			IV Группа наблюдения n=350	V Группа сравнения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111			χ^2	p
Отношения напряженные	7 (7,9%)	21(14%)	43 (38,7%)	71 (20,3%)	29 (8,3%)	2,033 25,11 21,09 20,53	pI-II>0,05 pI-III<0,001 pII-III<0,001 pIV-V<0,001
Отношения спокойные, доброжелательные	82 (92,1%)	129 (86%)	68 (61,3%)	279 (79,7%)	321 (91,7%)	2,033 25,11 21,09 20,53	pI-II >0,05 pI-III<0,001 pII-III<0,001 pIV-V<0,001

Питание пациента с атопическим дерматитом - важная гигиеническая характеристика и неотъемлемый компонент терапии [47,53,70,99]. Формирование пищевого рациона с учетом индивидуальной сенсibilизации входит в стандарт наблюдения больного с АтД (табл.38). При проведении анкетирования выявлено, что ограниченным в значительной степени питание своих детей считают 33,4% родителей детей 13-17 лет с атопическим дерматитом. Наиболее распространенной причиной ограничений указывалась необходимость соблюдения гипоаллергенной диеты в связи с заболеванием (по ответам 79,6% респондентов). Однако систематически соблюдали гипоаллергенную диету, с исключением непереносимых продуктов 34,6% детей с атопическим дерматитом. Доля детей с атопическим дерматитом различной степени тяжести, соблюдающих гипоаллергенную диету постоянно, была одинаковой. Более половины детей группы наблюдения гипоаллергенную диету соблюдали непостоянно, а преимущественно при нарастании кожных проявлений.

Таблица 38 - Характеристика питания детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом

Показатель	Степень тяжести течения АтД			Группа наблюдения n=350	Уровень значимости	
	I n=89	II n=150	III n=111		χ^2	p
Элиминационная диета	32 (35,9%)	46 (30,7%)	43 (38,7%)	121 (34,6%)	0,711 0,16 1,85	pI-II>0,05 pI-III>0,05 pII-III<0,05
Питание по возрасту без элиминации	11 (12,4%)	14 (9,3%)	0	25 (7,1%)	1,32 14,52 10,91	pI-II>0,05 pI-III<0,001 pII-III<0,001
Непостоянная элиминационная диета	46 (51,7%)	89 (59,3%)	68 (61,3%)	203 (58%)	1,33 1,85 0,09	pI-II>0,05 pI-III>0,05 pII-III>0,05

Резюме

Анализ социальных и санитарно-гигиенических характеристик семей детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом показал, что дети с тяжелым течением болезни чаще проживают в неполных семьях, матери их на момент родов были старше матерей детей с более легким течением заболевания, среди них меньше безработных и домохозяек. Психоэмоциональный климат в семьях детей с атопическим дерматитом чаще был напряженным, чем в группе сравнения. В семьях детей с тяжелым течением заболевания он был менее благоприятным, по сравнению с семьями детей с легким и среднетяжелым течением болезни.

Полученные данные свидетельствуют о том, что дети в возрасте 13-17 лет с тяжелым течением атопического дерматита в большей степени, чем дети с более легкими степенями тяжести болезни и дети группы сравнения находились под влиянием определенных неблагоприятных санитарно-гигиенических факторов (курение, чрезмерно сухое или влажное жилое помещение). Питание детей группы наблюдения характеризуется, как ограниченное по набору пищевых продуктов, у большого количества выявлено несоблюдение гипоаллергенной диеты.

Глава 6. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ВОЗРАСТЕ 13-17 ЛЕТ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ

6.1. Качество жизни детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет

Исследование качества жизни проводится при различных заболеваниях, у взрослого и детского населения [5,22,26,36,50,131]. Атопический дерматит относят к хронической патологии [12,46, 153]. Особенности заболевания являются наличие косметического дефекта, субъективных ощущений в виде кожного зуда, нарушения сна [4,71]. Среднетяжелые и тяжелые формы заболевания требуют постоянного соблюдения элиминационных мероприятий, лечения [72,118,180].

Изучено качество жизни детей с АД в возрасте 13-17 лет. Для исследования качества жизни детей в возрасте 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом, и у детей аналогичного возраста с I и II группами здоровья использован стандартизированный общий опросник Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™4.0 Generic Core Scales (Varni J. et al., USA), возрастной блок 13-18 лет, детская и родительская формы. Проведено анкетирование детей в возрасте 13-17 лет и их родителей согласно методологии изучения качества жизни.

Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом по результатам самооценки статистически значимо ниже по сравнению с их здоровыми сверстниками (общий балл (ОБ) -72,0 по самооценке детей с атопическим дерматитом, 84,9 – по самооценке здоровых детей в возрасте 13-17 лет, $p < 0,001$) (табл.39). Наиболее высоко дети с атопическим дерматитом оценивают сферу жизни, связанную с уровнем физического функционирования. Большинство детей легко справляются с выполнением повседневной рутинной физической нагрузки (ходьба, бег, работа по осуществлению домашних обязанностей, самообслуживание). Однако высокие показатели физического

функционирования (ФФ) могут быть обусловлены завышенной самооценкой собственных физических способностей, либо страхом оказаться в глазах окружающих человеком, отличающимся от большинства (быть не таким, как все). Следует отметить, что физическое функционирование – это шкала с самым высоким показателем в группе детей с atopическим дерматитом, в то время как здоровые дети оценивают выше уровень социального функционирования (СФ) (ФФ - $90,9 \pm 9,2$, СФ - $91,8 \pm 9,4$, соответственно).

Наиболее низкие показатели у детей в возрасте 13-17 лет с АД выявлены по шкалам, определяющим эмоциональный статус ребенка (ЭФ), функционирование в коллективе (ШФ), а также межличностные отношения (СФ): ЭФ, ШФ, СФ. В сравнении с показателями, выявленными при анкетировании детей группы сравнения, у детей с atopическим дерматитом показатель эмоционального функционирования ниже на 23,9% (ЭФ 59,9 и 78,8, соответственно), показатель школьного функционирования – на 13,7% (ШФ 63,8 и 73,9, соответственно), показатель социального функционирования - на 12,3% (СФ 80,5 и 91,8, соответственно). Большинство детей с atopическим дерматитом имели проблемы эмоционального происхождения, обусловленные заболеванием. Отмечались такие психоэмоциональные реакции как чувство страха, необоснованной внутренней тревоги и эмоциональной напряженности. Многие испытывали затруднения при взаимоотношениях со сверстниками, смущение и подавленность, обусловленные внешним состоянием кожи, проблемы в образовательной организации, связанные со снижением посещаемости по состоянию здоровья, с ухудшением концентрации внимания, с затруднениями при выполнении учебных заданий и освоении образовательной программы.

На наш взгляд эмоциональные и социальные проблемы детей с atopическим дерматитом, наряду с клиническими проявлениями заболевания, являются серьезными проблемами, приводящими к трудностям в социальной адаптации, депрессиям.

Таблица 39 - Показатели качества жизни детей с atopическим дерматитом в возрасте 13-17 лет (по ответам детей)

Показатель	Группа наблюдения n=350 M ± σ, (min-max)	Группа сравнения n=350 M ± σ, (min-max)	Уровень значимости (p)
ФФ	83,6± 7,6 (56-100)	90,9± 7,4 (56- 100)	< 0,001
ЭФ	59,9±12,7 (20-95)	78,8±8,5 (50-100)	< 0,001
СФ	80,5±7,6 (55-100)	91,8±7,7 (55-100)	< 0,001
ШФ	63,8±8,5 (45-95)	73,9±9,3 (45-100)	< 0,01
ПСЗ	68,0± 7,1 (48-90)	81,5± 7,9(51-98)	< 0,001
ОБ	72,0± 7,1 (50-92)	84,9±6,8 (58-98)	< 0,001

При анкетировании родителей детей, страдающих атопическим дерматитом, были выявлены различия в оценке качества жизни, данной детьми (рис.4).

Большинство родителей оценивают качество жизни своих детей, страдающих атопическим дерматитом, выше, чем сами дети (ОБ 83,3 и 72,0, соответственно, $p < 0,001$). Сопоставимыми по уровню показателями оказались лишь показатели ФФ как по оценкам родителей, так и по самооценке (ФФ 83,6 и 82,6, соответственно, $p > 0,05$).

Сравнение показателей качества жизни по шкалам ЭФ, СФ, ШФ и психосоциальное здоровье (ПСЗ) выявило статистически значимые различия. Наибольшие расхождения выявлены в оценке родителями эмоционального статуса своих детей. Показатель шкалы эмоционального функционирования по оценкам родителей выше на 26,6% (ЭФ 59,9 - по оценке детей с АтД, 81,6 - по оценке родителей), ПСЗ - на 18,6% (ПСЗ по оценке детей с АтД - 68,0, по оценке родителей - 83,5), ШФ - на 15,3% (ШФ по оценке детей с АтД - 63,8, по оценке родителей - 75,3), СФ - на 14,0% (СФ по оценке детей с АтД - 80,5, по оценке родителей - 93,7).

Полученные результаты могут свидетельствовать о дефиците адекватного понимания родителями о благополучии своих детей, страдающих атопическим дерматитом, в сравнении с субъективной детской самооценкой.

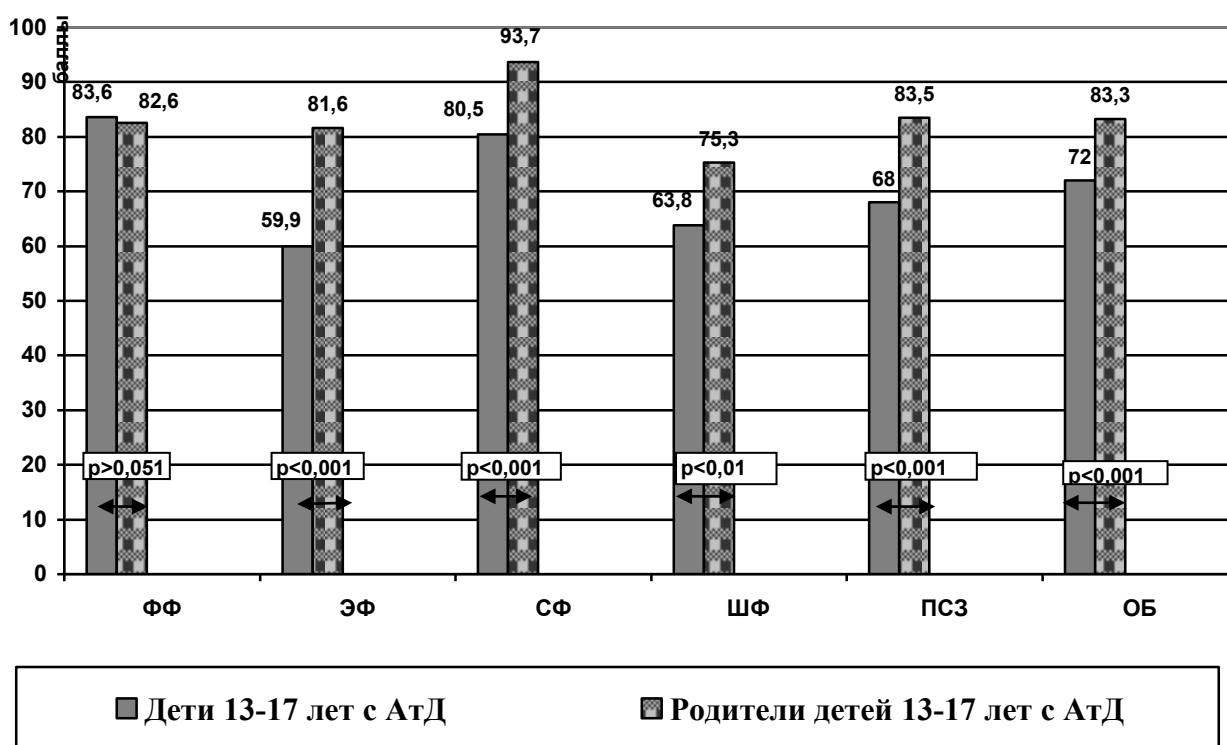


Рисунок 4 - Показатели качества жизни детей с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет (по ответам детей и их родителей)

Анализ результатов анкетирования детей в возрасте 13-17 лет без аллергических заболеваний и их родителей показал, что родители и их дети одинаково высоко оценивают качество жизни (общий балл (ОБ) - 84,9 и 83,2, соответственно) (табл.40). Отсутствие статистически значимых различий в показателях ОБ качества жизни по ответам детей в возрасте 13-17 лет без аллергических заболеваний и их родителей может свидетельствовать о сопоставимости оценки большинства аспектов жизнедеятельности родителями и детьми.

Родители детей группы сравнения несколько ниже, чем сами дети оценивают сферу физической активности (ФФ - 88,23 и 90,9, соответственно, $p > 0,05$) и сферу ролевого (школьного) функционирования (70,9 и 73,9, соответственно, $p > 0,05$), разница показателей не превышает 5 %.

Таблица 40 - Показатели качества жизни детей группы сравнения в возрасте 13-17 лет (по ответам детей и их родителей)

Показатель	Группа сравнения n=350 M ± σ, (min-max)	Родители детей группы сравнения n=350 M ± σ, (min-max)	Уровень значимости (p)
ФФ	90,9±7,4 (56- 100)	88,23± 7,4 (56-100)	>0,05
ЭФ	78,76±8,5 (50-100)	78,35±9,4 (45-100)	>0,05
СФ	91,78±7,7 (55-100)	91,3±5,9(65-100)	>0,05
ШФ	73,9±9,3 (45-100)	70,9±9,3 (45-100)	>0,05
ПСЗ	81,48± 7,9 (51-98)	80,2±6,3 (58-98)	>0,05
ОБ	84,9±6,8 (58-98)	83,16±6,9 (58- 99)	>0,05

Отсутствие статистически значимых различий при оценке качества жизни родителями здоровых детей и наличие выраженных различий при оценке качества жизни родителями детей с атопическим дерматитом в сторону завышения подтверждает с одной стороны одинаковое восприятие вопросов анкет, а с другой - недооценку родителями больного ребенка влияния хронического заболевания, поражающего самую видимую часть организма, на жизнедеятельность ребенка. Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости учета результатов анкетирования родителей в качестве дополнительных данных.

В ходе исследования были проанализированы показатели качества жизни в зависимости от степени тяжести течения заболевания (рис.5). Тяжесть течения заболевания оказывает непосредственное влияние на качество жизни. Чем тяжелее течение, тем ниже баллы, характеризующие качество жизни ($r=-0,2$, $p<0,001$). Общий балл качества жизни у детей с тяжелым течением заболевания ниже, чем с легким течением на 22% (ОБ – $82,0\pm3,5$ и $64,0\pm5,1$, соответственно). При тяжелом течении атопического дерматита достоверно снижены показатели всех шкал, определяющих качество жизни, в сравнении с легким течением. Наиболее высоко дети с тяжелым течением атопического дерматита оценивают СФ ($76,1\pm8,5$), ниже всего – эмоциональный статус (ЭФ - $50,0\pm13,3$). Оценка различных аспектов качества жизни у детей с легким и тяжелым течением атопического дерматита показала, что тяжесть заболевания оказывает наибольшее влияние на эмоциональную сферу (отличие показателя ЭФ - 32%) и на школьное

функционирование (отличие показателя - 27,9%), а в меньшей степени влияет на межличностные взаимоотношения (отличие показателя СФ - 11,5%). Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости своевременного диагностирования и коррекции проблем эмоционального и коммуникативного характера у детей в возрасте 13-17 лет с АД.

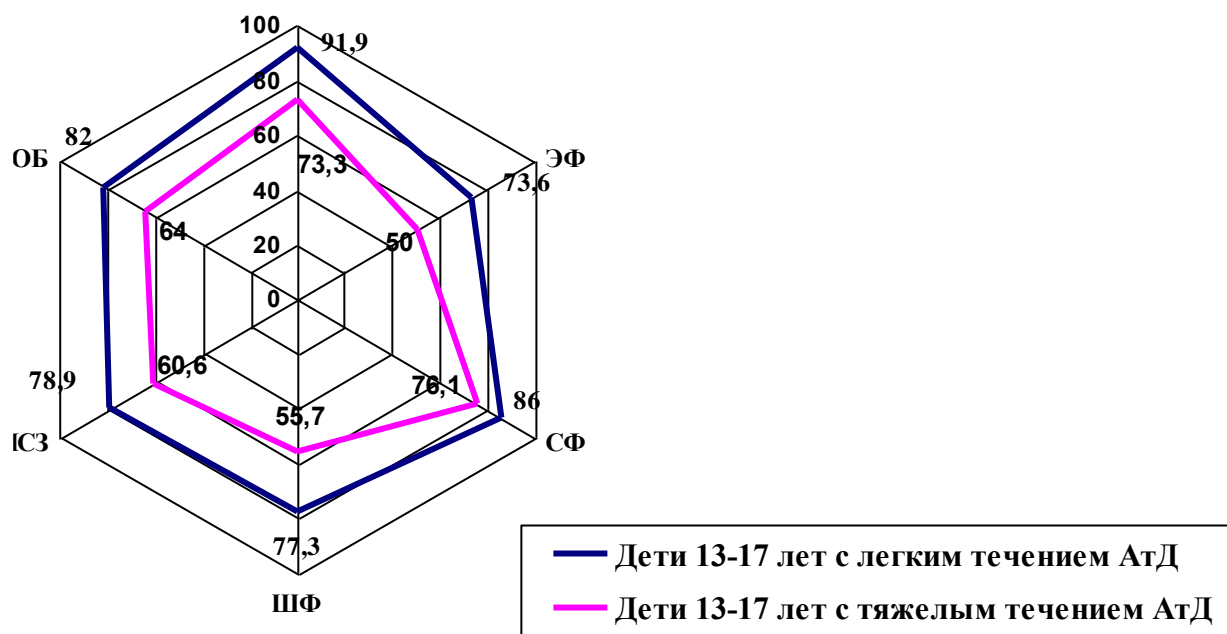


Рисунок 5 - Оценка качества жизни, данная детьми с легким и тяжелым течением atopического дерматита в возрасте 13-17 лет

Проведен анализ параметров качества жизни в зависимости от пола ребенка (рис.6). Девушки, страдающие atopическим дерматитом, оценивают свое качество жизни ниже, чем юноши (ОБ - $79,8 \pm 7,2$ и $64,3 \pm 9,03$, соответственно). В результате исследования по всем критериям качества жизни были получены статистически значимые различия, подтверждающие, что девушки тяжелее переносят наличие заболевания и в большей степени подвержены страданиям эмоционального и физического характера. Большинство девушек отмечают ограничения социального и школьного функционирования.

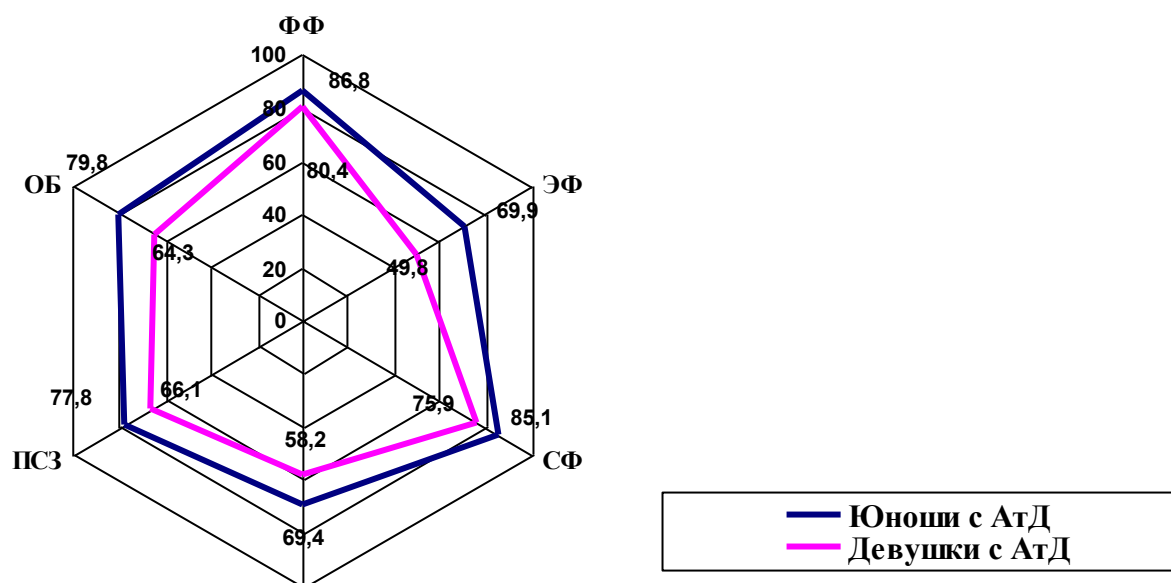


Рисунок 6 - Оценка качества жизни, данная девушками и юношами с атопическим дерматитом в возрасте 13-17 лет

Статистически значимых различий в показателях качества жизни здоровых детей разного пола не выявлено. Диапазон значений показателей по шкалам у юношей и у девушек оказался сопоставимым (рис. 7).

С целью установления особенностей влияния некоторых социально-гигиенических факторов проведено сравнение качества жизни детей с атопическим дерматитом и без аллергических заболеваний в зависимости от места проживания, состава семьи, от образования и трудоустройства родителей, от материального достатка в семье и от успеваемости в школе.

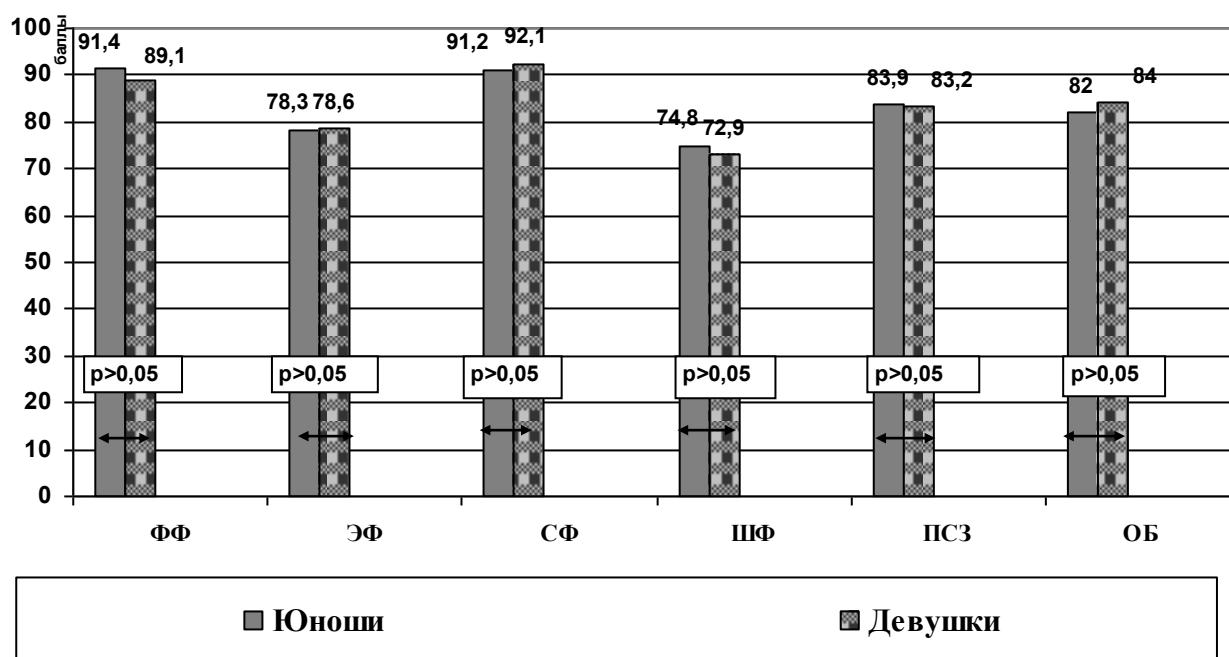


Рисунок 7 - Оценка качества жизни, данная юношами и девушками в возрасте 13-17 лет группы сравнения

Установлены особенности влияния некоторых социально–гигиенических аспектов на качество жизни детей с атопическим дерматитом. На блок анкеты, характеризующий социально-гигиенические факторы, отвечали родители детей, участвующих в исследованиях. Данные ответы сопоставлялись с результатами самооценки детей.

Из общего количества детей с атопическим дерматитом городские жители составили 71,4% (рис.8). Анализ параметров качества жизни подростков с атопическим дерматитом в зависимости от места проживания не выявил достоверных различий, вместе с тем у детей, проживающих в сельской местности, выше оценивалось физическое и социальное функционирование.

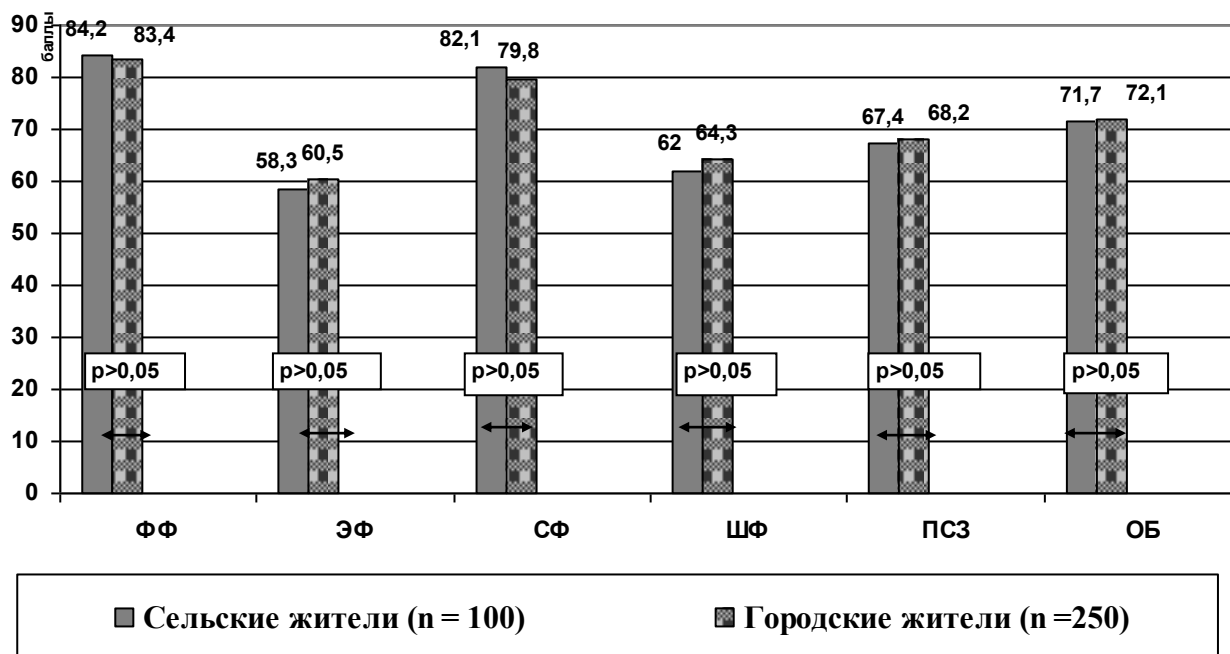


Рисунок 8 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от места проживания

Параметры качества жизни детей группы сравнения и группы наблюдения из полных и неполных семей также не имели статистически значимых различий по результатам самооценки (рис. 9, 10).

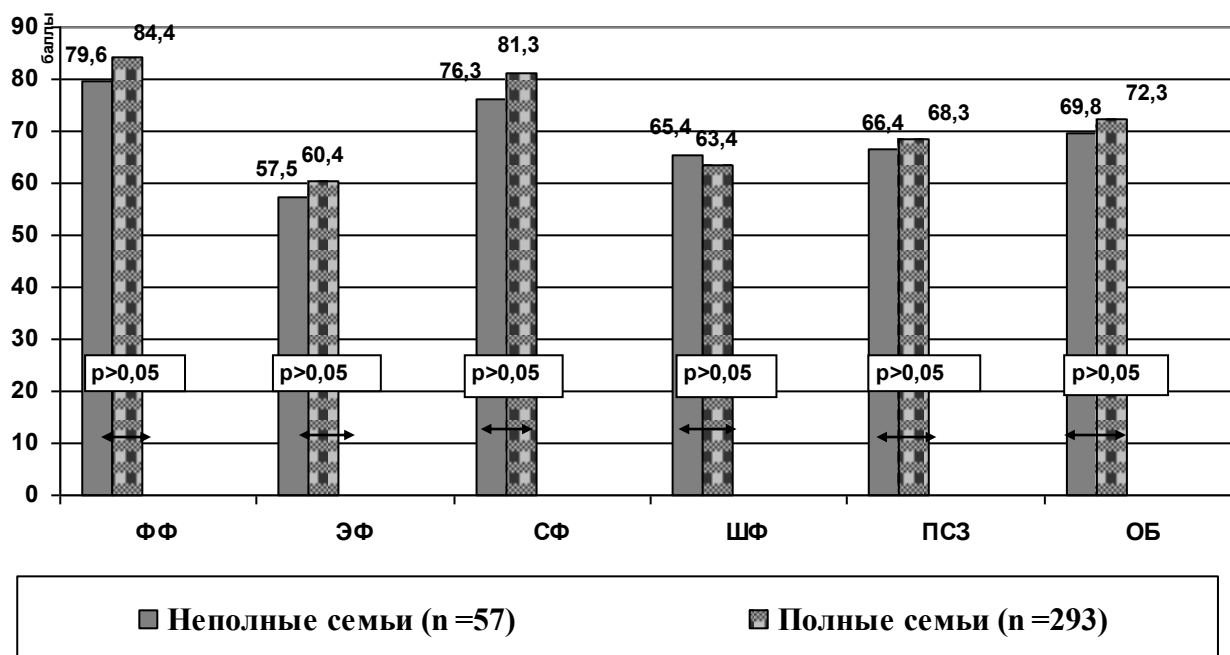


Рисунок 9 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом из полных и неполных семей

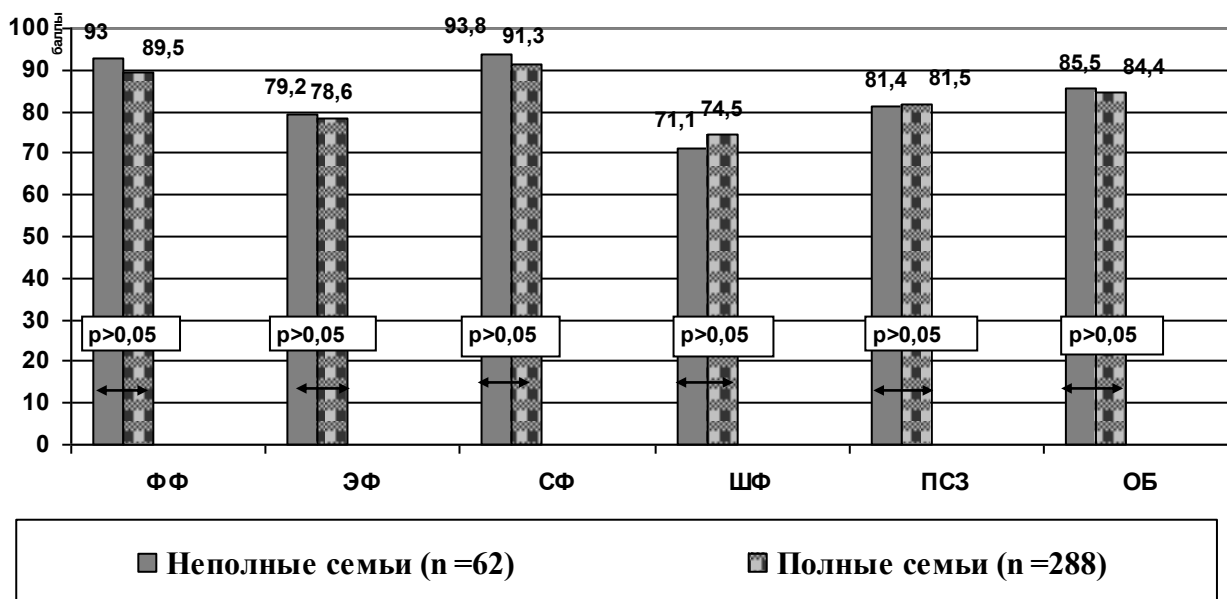


Рисунок 10 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет группы сравнения из полных и неполных семей

По мнению детей с атопическим дерматитом, не оказывают существенного влияния на их качество жизни такие факторы, как образование матери, образование отца, трудоустройство родителей и количество детей в семье (рис. 11, 12, 13, 14). Статистически значимых различий в показателях КЖ детей в зависимости от указанных факторов не установлено.

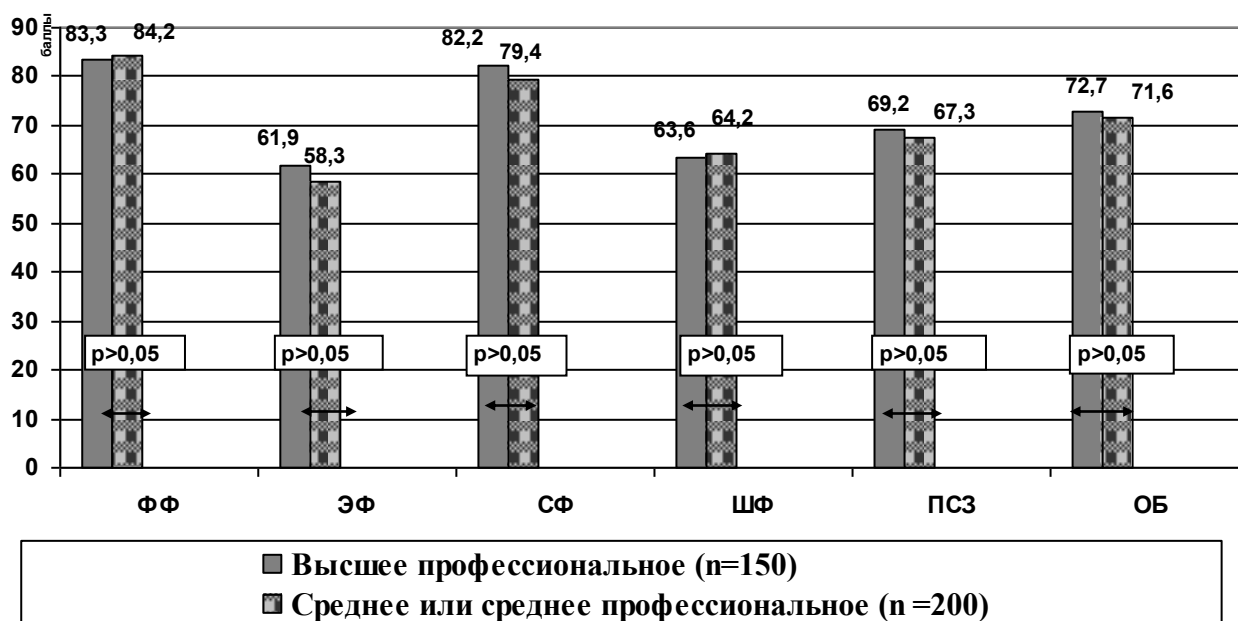


Рисунок 11 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от образования матери

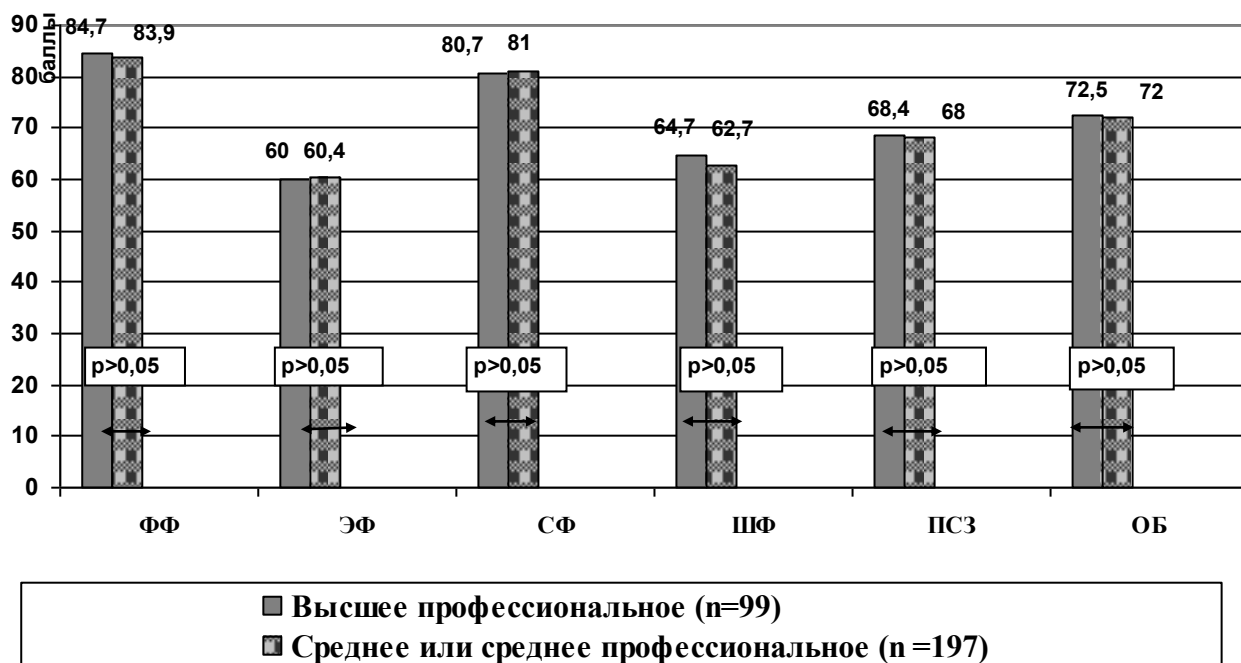


Рисунок 12 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от образования отца

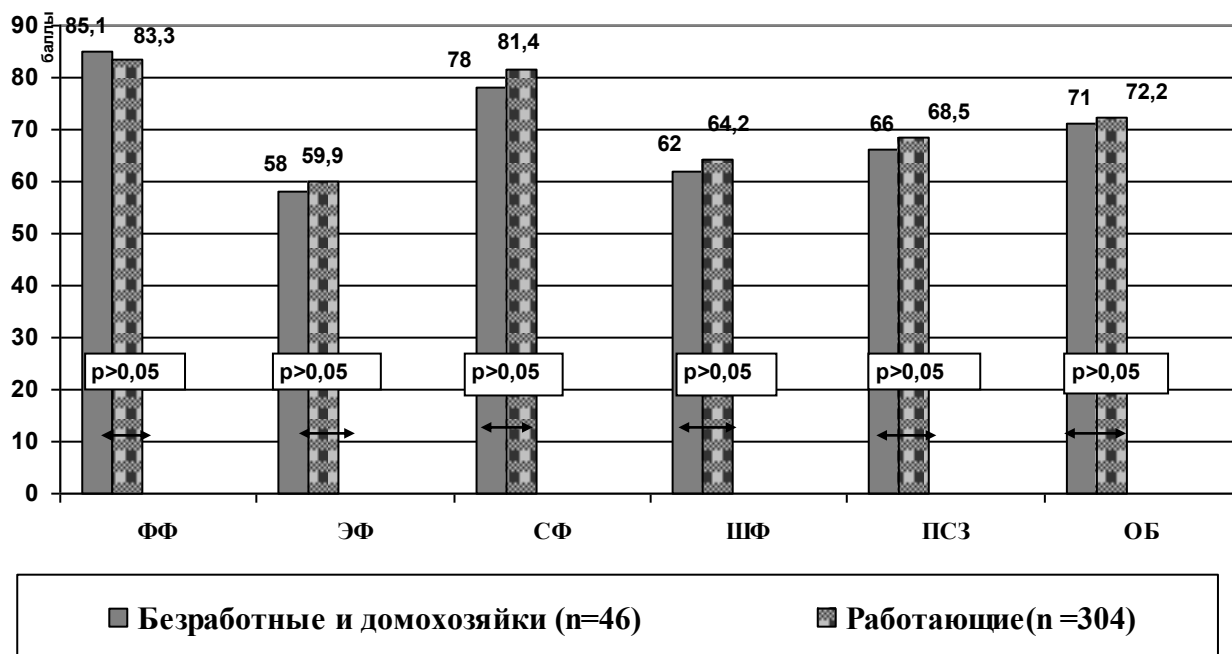


Рисунок 13 - Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от трудоустройства матери

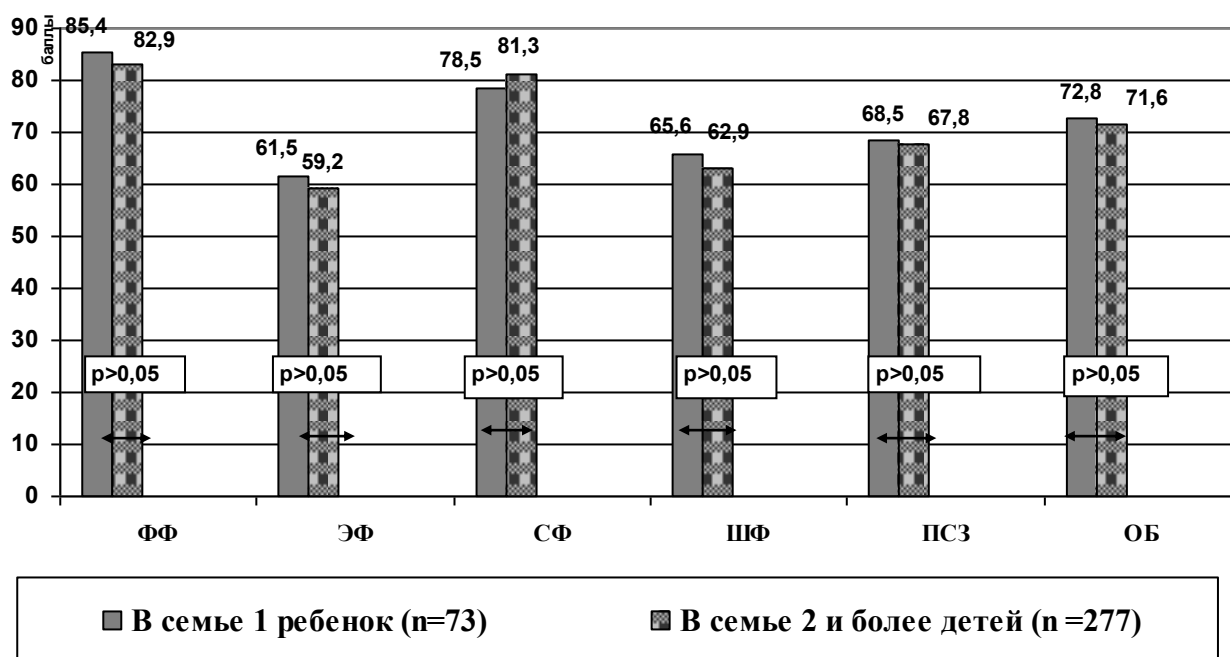


Рисунок 14 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от количества детей в семье

Следует отметить, что низкая успеваемость в школе и низкий материальный достаток в семье отрицательно влияют на качество жизни детей с атопическим дерматитом.

Выявлено, что низкая успеваемость ребенка с атопическим дерматитом в школе явилась фактором, снижающим качество жизни (рис. 15). Дети в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом из группы с высокой успеваемостью (учатся на хорошо и отлично) достоверно выше оценивают свое качество жизни, чем их сверстники, имеющие низкие оценки в школе ($p < 0,01$). Все параметры качества жизни, включая критерий, отражающий физическую активность, оказались ниже у детей с низкой успеваемостью.



Рисунок 15 – Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от успеваемости в школе

В группе детей группы сравнения также имеются различия в параметрах качества жизни в зависимости от успеваемости в школе, однако статистически значимые различия качества жизни были получены лишь по шкале социального функционирования (рис. 16). Здоровые школьники с хорошей и отличной успеваемостью оценивают выше свои возможности и успехи в сфере межличностного общения, чем дети с низкой успеваемостью ($p < 0,05$).

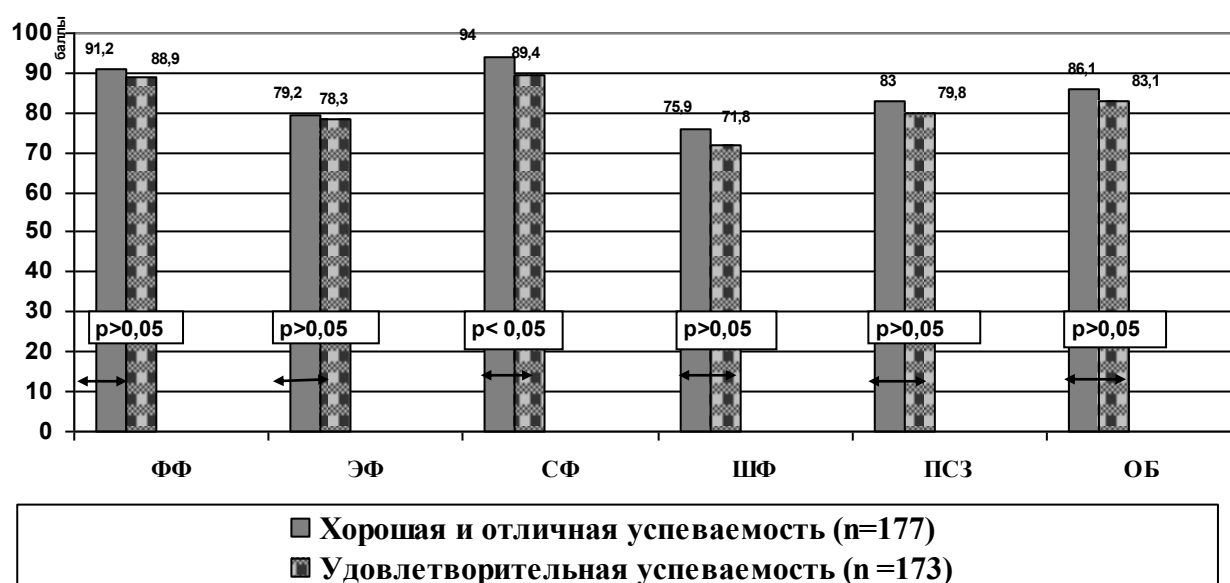


Рисунок 16 – Качество жизни детей группы сравнения в возрасте 13-17 лет в зависимости от успеваемости в школе

Материальный достаток в семье также оказался фактором, оказывающим непосредственное влияние на качество жизни детей с атопическим дерматитом. Материальный достаток семьи оценивался родителями, участвующими в анкетировании, с учетом прожиточного минимума в республике. Доля детей из семей с материальным достатком ниже прожиточного минимума в группе с атопическим дерматитом оказалась выше, чем среди детей группы сравнения (6,3% и 2,6%, соответственно $\chi^2=5,7$, $p=0,017$), с достатком выше прожиточного минимума - меньше (61,1% и 66,0%, соответственно, $p>0,05$). Средним материальный достаток оценили в обеих группах 32,6% и 31,4% респондентов соответственно ($p>0,05$).

Материальное благополучие оказывает влияние на качество жизни как детей с атопическим дерматитом, так и их здоровых сверстников (рис.17, табл.41).

Результаты анкетирования показали, что в семьях с низким материальным достатком качество жизни детей снижено вне зависимости от наличия у них такого заболевания как атопический дерматит. Общие баллы качества жизни детей с атопическим дерматитом и их здоровых сверстников достоверно ниже общих баллов качества жизни детей соответствующих групп. Общий балл качества жизни детей с атопическим дерматитом из семей с низким материальным достатком и общим баллом качества жизни детей с атопическим дерматитом из семей с высоким материальным достатком составили 67,0 и 73,2 соответственно ($p<0,01$). Общий балл качества жизни здоровых детей из семей с низким материальным достатком и общим баллом качества жизни здоровых детей из семей с высоким материальным достатком составили 67,0 и 84,9 соответственно ($p<0,02$). Высокий материальный достаток, по полученным нами данным, не является фактором, позволяющим КЖ детей с АтД выйти на одинаковый уровень с качеством жизни здоровых детей (ОБ КЖ детей с АтД 73,2; ОБ КЖ здоровых детей 84,9, $p<0,05$), что обусловлено наличием заболевания.

Материальный достаток семьи меньше влияет на такие сферы жизни ребенка с атопическим дерматитом, как физическая активность и социальное функционирование. По данным параметрам нами не получено статистически

значимых результатов, подтверждающих различия в зависимости от доходов семьи. Наиболее подвержены снижению параметры эмоционального функционирования, школьного функционирования и психосоциального здоровья детей с атопическим дерматитом.

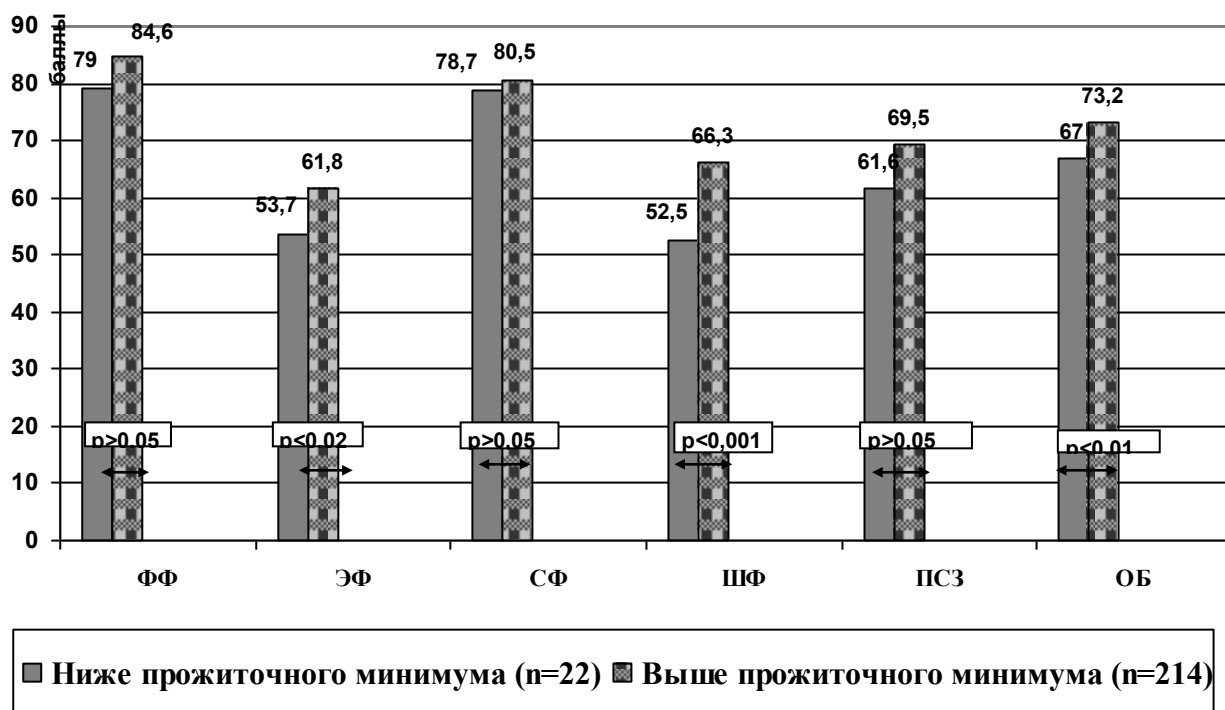


Рисунок 17- Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от материального достатка семьи

При сопоставлении результатов исследования качества жизни детей с атопическим дерматитом и их здоровых сверстников выявлено, что у здоровых детей из семей со средним материальном достатком и из семей с высоким достатком различия в оценке качества жизни отсутствуют (ОБ 85,5 и 84,9, соответственно, $p>0,05$). У детей с атопическим дерматитом сохраняются статистически значимые различия показателей (ОБ 70,2 и 73,2 соответственно, $p<0,05$).

Таблица 41- Качество жизни детей группы сравнения в возрасте 13-17 лет в зависимости от материального достатка семьи

Показатель	I	II	III	pI- III	pI- II	pII-III
	Ниже	На уровне	Выше			

	прожиточного минимума n=9 M ± σ, (min-max)	прожиточного о минимума (средний достаток) n=110 M ± σ, (min-max)	прожиточного минимума n=231 M ± σ, (min-max)			
ФФ	82,5±3,0 (78-87)	90,9±8,7 (56-100)	90,1±5,7 (68-100)	>0,05	>0,05	>0,05
ЭФ	57,5±5,1 (50-65)	79,3±5,9 (65-95)	79,3±10,7 (40-100)	< 0,05	< 0,05	>0,05
СФ	70,0±10,1 (55-85)	91,0±6,9 (65-100)	93,0±5,4 (70-100)	>0,05	>0,05	>0,05
ШФ	47,5±8,4 (35-60)	77,3±10,8 (45-100)	73,3±9,8 (45-100)	>0,05	>0,05	>0,05
ПСЗ	58,3±4,7 (51-65)	82,5±7,7 (58-98)	81,9±7,3 (55-96)	< 0,01	< 0,01	>0,05
ОБ	67,0±4,04 (61-73)	85,5±8,01 (58-99)	84,9±86,7 (60-98)	< 0,02	< 0,02	>0,05

Таким образом, по результатам нашего исследования выявлено, что качество жизни детей в возрасте 13-17 лет, страдающих атопическим дерматитом, проживающих в Удмуртской Республике по результатам самооценки статистически значимо ниже параметров качества жизни их здоровых сверстников. Наиболее высоко дети с атопическим дерматитом оценивают сферу жизни, связанную с уровнем физического функционирования, а наиболее низко – эмоциональный статус, функционирование в коллективе, а также межличностные отношения: ЭФ, ШФ, СФ.

Большинство родителей оценивают качество жизни своих детей, страдающих атопическим дерматитом, выше, чем сами дети. Сопоставимыми по уровню показателями оказались лишь показатели физическое функционирование, как по оценкам родителей, так и по самооценке детей. Сравнение показателей качества жизни по шкалам эмоциональное функционирование, социальное

функционирование, функционирование в коллективе и психосоциальное здоровье выявило статистически значимые отличия. Здоровые дети в возрасте 13-17 лет и их родители одинаково высоко оценивают качество жизни.

Степень тяжести заболевания оказывает непосредственное влияние на качество жизни. Чем тяжелее течение, тем более снижены все аспекты качества жизни. Общий балл качества жизни у детей с тяжелым течением заболевания статистически значимо ниже, чем с легким течением атопического дерматита.

Выявлены гендерные различия показателей качества жизни. Девушки, страдающие атопическим дерматитом, оценивают свое качество жизни ниже, чем юноши. Наличие атопического дерматита у детей снижает качество жизни вне зависимости от наличия или отсутствия таких социально-гигиенических факторов, как место проживания ребенка, образование и трудоустройство родителей, количество детей в семье. Отрицательное влияние на качество жизни детей с атопическим дерматитом оказывают низкая успеваемость ребенка в школе и низкий материальный достаток семьи.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости психолого-психотерапевтического сопровождения семьи, имеющей ребенка с атопическим дерматитом, с момента постановки диагноза заболевания.

6.2. Алгоритм прогнозирования медико-биологических и социально-гигиенических факторов формирования тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет

Прогнозирование течения атопического дерматита у детей – актуальная и малоизученная проблема. В настоящее время большое количество исследований посвящено изучению факторов риска манифестации болезни. Причины формирования тяжелого течения заболевания у детей к возрасту 13-17 лет не исследованы. Однако адекватная и персонифицированная реабилитация ребенка с данной патологией невозможна без своевременного выявления факторов и их сочетаний, способных оказывать влияние на течение болезни. Это определяет

необходимость поиска дополнительных критериев, позволяющих прогнозировать течение атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет.

Путем анализа медико-биологических и социально-гигиенических аспектов у детей в возрасте 13-17 лет с атопическим дерматитом в зависимости от степени тяжести течения заболевания, нами были выявлены факторы, наиболее часто регистрируемые в группе детей с тяжелым течением заболевания. Критериями для включения фактора в прогностическую группу являлись: статистически значимые различия показателей у детей в возрасте 13-17 лет с легким и тяжелым течением болезни, наличие корреляции, а также статистически значимая вероятность исхода, связанная с наличием фактора риска (показатель относительного риска).

Следует отметить, что влияние на утяжеление заболевания оказывали как биологические, так и социально-гигиенические факторы. Значимыми прогностически-неблагоприятными факторами формирования тяжелого течения атопического дерматита к возрасту 13-17 лет жизни ребенка по нашим данным явились 14 факторов, из них, 7 являются «управляемыми» (поддающимися полной или относительной коррекции) и 7 - «неуправляемыми» (табл.42).

Таблица 42 - Медико-биологические и социально-гигиенические прогностические факторы формирования тяжелого течения атопического дерматита у детей к возрасту 13-17 лет

«Управляемые» прогностические факторы			«Неуправляемые» прогностические факторы		
Название фактора	p	ОР; ДИ	Название фактора	p	ОР, ДИ
Медико-биологические факторы					
Искусственное вскармливание с периода новорожденности	<0,001	1,6; 1,28-2,02	Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям	<0,001	4,4; 2,2-8,85
Низкая медицинская		1,97;	Возраст матери на	<0,001	1,6;

активность пациента: низкий уровень выполнения врачебных рекомендаций	<0,001	1,5-2,5	момент родов 30 лет и старше		1,29-2,0
Частая острая инфекционная заболеваемость за последние 10 лет	<0,001	1,92; 1,4-2,6	Ранняя и тяжелая манифестация АтД	<0,001	52,9; 7,5-37,1
Наличие раннего (до 1 года) назначения антибактериальной терапии	0,002	1,59; 1,16-2,16	Высокий уровень IgE в период манифестации заболевания	<0,001	10,7; 2,7-41,4
			Высокая частота положительных результатов на аллергенспецифические IgE к пищевым, бытовым, клещевым аллергенам	<0,001	6,2; 3,4-11,1
			Высокий показатель концентрации аллергенспецифических IgE к пищевым, бытовым, клещевым аллергенам	<0,001	2,7; 2,11-3,4
Социально- гигиенические факторы					
Наличие в семье отрицательного психоэмоционального климата	<0,001	1,89; 1,5- 2,3	Проживание в неполной семье	<0,001	
Трудовой статус матери: работающая	<0,001	2,1; 1,1-4,02			

Курение в семье	<0,001	1,45; 1,1-1,9			
-----------------	--------	------------------	--	--	--

Примечание: р – уровень значимости различий показателей при легком и тяжелом течении АтД; ОР – относительный риск, ДИ – границы 95% доверительного интервала

Для установления влияния сочетаний различных факторов на развитие тяжелых форм течения атопического дерматита у исследуемой группы детей нами использовалась неоднородная процедура, основанная на вероятностном методе Байеса и последовательном анализе Вальда. Информативность исследуемых факторов (R) оценивалась путем применения информационной меры Кульбака.

Информативность выявленных факторов риска позволила оценить их влияние на формирование тяжелого течения заболевания у детей в возрасте 13-17 лет. Определение прогностических групп по формированию тяжелого течения атопического дерматита осуществлялось путем определения для каждого фактора R и ПК. В зависимости от значений R и ПК факторы риска отнесены к определенным группам прогноза

Для формирования прогностических групп разработана таблица индивидуального прогнозирования степени риска формирования тяжелого течения заболевания у детей к возрасту 13-17 лет (табл.43). В данной таблице для каждого фактора показана информативность (R) и значение прогностических коэффициентов (ПК). Знак (+) ПК свидетельствует о наличии фактора, (-) – о его отсутствии. Прогностические факторы расположены в таблице в порядке убывания информативности (R) и прогностического коэффициента. Выявленные прогностические факторы по уровню информативности и по уровню влияния на формирование тяжелого АтД у детей сгруппированы в 3 группы: прогностические факторы низкого риска, среднего риска, высокого риска.

Таблица 43 - Таблица индивидуального прогнозирования развития тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет

Прогностические факторы	R	ПК
Прогностические факторы высокого риска R от 25,4 до 141,8, ПК от 7,2 до 26		
1. Высокий уровень IgE общего в период		-3,5

манифестации заболевания	141,8	+4,3
2. Высокие показатели содержания аллерген специфических IgE (умеренный и высокий уровень)	138,3	-2,5 +4,5
3. Высокий показатель наличия положительных результатов аллерген - специфических IgE к пищевым, бытовым, клещевым аллергенам	133,1	-2,1 + 4,9
4. Низкая медицинская активность пациента (нерегулярность диспансерного наблюдения, несоблюдение полного объема базисной терапии, несоблюдение рекомендаций по медикаментозной терапии)	62,7	-2,4 +2,5
5. Наличие в семье отрицательного психоэмоционального климата	59,1	-1,1 +3,9
6. Наличие частой острой инфекционной заболеваемости за последние 10 лет	47,3	-1,5 + 2,3
7. Наличие отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям	40,8	-1,0 +1,7
8. Наличие ранней и тяжелой манифестации АД	40,1	-1,2 +1,9
Прогностические факторы среднего риска R от 8,4 до 25,3, ПК от 1,8 до 7,1		
9. Отсутствие или непродолжительное грудное вскармливание	25,3	-1,5 +1,1
10. Возраст матери на момент родов 30 лет и старше	22,3	-0,5 +2,5
11. Трудовой статус матери: работающая	16,9	-0,4 +2,5
12. Курение в семье	11,0	-1,0 +1,0
Прогностические факторы низкого риска R от 4,5 до 8,3, ПК от 0,8 до 1,7		
13. Наличие раннего и частого назначения антибактериальной терапии	8,3	-0,6 +0,8
14. Проживание в неполной семье	4,5	-0,5 +1,7

Индивидуальное прогнозирование степени риска перехода atopического дерматита в тяжелую форму течения выражается в арифметическом сложении показателей ПК. В зависимости от полученных результатов обработки ребенок может быть отнесен к одной из четырех прогностических групп по развитию тяжелого течения atopического дерматита:

I. Прогноз считается благоприятным при значениях $R < 4,5$; $ПК < 0,8$;

II. Угроза развития тяжелой формы течения atopического дерматита считается при значениях R от 4,5 до 8,3, $ПК$ от 0,8 до 1,7

III. Риск формирования тяжелого течения atopического дерматита считается повышенным при значениях R от 8,4 до 25,3, $ПК$ от 1,8 до 7,1

IV. Риск формирования тяжелого течения atopического дерматита считается высоким при значениях R от 25,4 до 141,8, $ПК$ от 7,2 до 26

Прогнозирование формирования тяжелого течения atopического дерматита у ребенка должно быть проведено врачом педиатром впервые при диагностировании заболевания, в дальнейшем - в зависимости от прогноза. У детей I и II прогностических групп - в ежегодном режиме, а также при выявлении новых неблагоприятных факторов. У детей III и IV групп - не реже 2-х раз в год и при выявлении новых прогностически-неблагоприятных факторов.

Выявленные у детей 13-17 летнего возраста с atopического дерматита значимые факторы формирования тяжелого течения заболевания позволили разработать алгоритм прогнозирования течения atopического дерматита и дополнить программу наблюдения за этими детьми (рис. 18).



Рисунок 18. Алгоритм прогнозирования формирования тяжелого течения АтД у детей в возрасте 13-17 лет

Предлагаемый алгоритм прогнозирования удобен для врача-педиатра и не влечет дополнительных материальных затрат.

Разработка индивидуальной профилактической и (или) реабилитационной программы должна быть направлена на снижение влияния выявленных факторов (табл. 44).

Таблица 44 – Порядок формирования индивидуальной профилактической (реабилитационной) программы

«Управляемые» прогностические факторы	Возможные причины возникновения факторов	Пути и методы снижения влияния прогностических факторов на течение АтД
1. Низкая медицинская активность пациента (нерегулярность диспансерного наблюдения, несоблюдение полного объема базисной терапии, несоблюдение рекомендаций по медикаментозной терапии)	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие или низкий уровень знаний о течении заболевания и принципах наблюдения пациента с АтД; - низкая комплаентность ввиду отсутствия мотивации к систематическому выполнению рекомендаций; - низкая комплаентность ввиду невозможности обеспечить лечение из-за высокой стоимости препаратов 	<ul style="list-style-type: none"> -образовательные программы для пациентов и родителей (аллергошколы при детских поликлиниках стационарах); - повышение мотивации к соблюдению рекомендаций (беседы, разъяснения, психологические тренинги); - индивидуальный подход к назначению базисной и медикаментозной терапии
2. Отрицательный психоэмоциональный климат в семье	<ul style="list-style-type: none"> - личные особенности членов семьи; - межличностные проблемы; - заболевание ребенка; - вредные привычки и др. 	<ul style="list-style-type: none"> -психолого-психотерапевтическое сопровождение семьи с периода постановки диагноза (консультации членов семьи групповые и индивидуальные медицинского психолога и

		психотерапевта), консультации ребенка социального (школьного психолога)
3. Частая острая инфекционная патология	комплекс причинных факторов: -повышенный контакт с инфекционными факторами; -неблагоприятные условия проживания; -наличие сопутствующей хронической патологии; -низкая резистентность.	комплекс мероприятий по повышению резистентности: специфическая профилактика ОРВИ санаторно-курортная реабилитация лечение хронической сопутствующей патологии
4. Отсутствие грудного вскармливания или его низкая продолжительность	- отсутствие или низкая мотивация; - причины, связанные с состоянием здоровья матери; - истинная гипогалактия и др.	- формирование мотивации у матери к длительному грудному вскармливанию начиная с антенатального периода; - обучение матери правилам грудного вскармливания; - разъяснение причин приоритета грудного вскармливания у ребенка с АтД; - коррекция соматических и психологических проблем матери
5. Трудовой статус матери: работающая	<i>не актуально для данного фактора</i>	Поощрение полного использования отпуска по уходу за ребенком до 3 лет
6. Курение в семье	<i>не актуально для данного фактора</i>	-Образовательные программы по формированию здорового образа жизни;

		- направление члена семьи, употребляющего табак, в «Центр здоровья» при участковой поликлинике и др.
7. Раннее и частое назначение антибактериальной терапии	- частые острые инфекционные заболевания, требующие системной антибактериальной терапии у ребенка с низкой резистентностью; - полипрагмазия	- рациональный подход к назначению системной антибактериальной терапии; - качественное выполнение комплекса мероприятий по повышению резистентности

Использование врачом–педиатром таблицы индивидуального прогнозирования тяжелого течения АД у детей подросткового возраста позволит повысить эффективность диспансерного наблюдения. Своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий на основе выявления «управляемых» прогностических факторов будет способствовать сокращению количества детей с тяжелым течением атопического дерматита.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены прогностически-неблагоприятные «управляемые» и «неуправляемые» факторы формирования тяжелого течения атопического дерматита у детей в возрасте 13-17 лет. Разработан алгоритм прогнозирования тяжелого течения атопического дерматита, предложен порядок формирования индивидуальной профилактической (реабилитационной) программы.

Клинический пример 1

Больной З., пол мужской, возраст -15 лет 5 мес.

Клинический диагноз:

Основной: Атопический дерматит, подростковая форма, диффузный, тяжелой степени тяжести, период обострения.

Сопутствующие заболевания: Аллергический ринит. Поливалентная пищевая аллергия. Дискинезия толстого кишечника по гипомоторному типу.

При осмотре жалобы на интенсивный зуд, нарушение сна, сухость кожных покровов, высыпания по всему телу, затрудненное дыхание через нос. Склонность к запорам, отсутствие стула до 3-4 дней. Первые проявления атопического дерматита с 3 месячного возраста.

Ребенок от IV беременности, II родов. Возраст матери на момент родов 32 года. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 1 и 2 триместре, хронической фето-плацентарной недостаточности в 3 триместре, ОРИ в 18 недель, анемии, кандидозного кольпита. В анамнезе у матери 1 выкидыш на ранних сроках беременности и 1 медицинский аборт. Роды срочные в переднем виде затылочного предлежания, продолжительность – 3ч. 45мин., безводный период составил 1ч. 30мин. Оценка состояниия здоровья ребенка по шкале Апгар на уровне 8-9 баллов. Вес ребенка при рождении составил 4240,0г., длина - 55см. К груди был приложен в родовом зале, выписан на 6 сутки жизни. В периоде новорожденности перенес токсическую эритему, пролонгированную конъюгационную желтуху.

Выявлена отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям: у матери атопический дерматит. Отец считает себя здоровым.

На грудном вскармливании до 3 месяцев, при переводе на искусственное вскармливание использовали адаптированные молочные смеси. Первый прикорм введен в 4 месяца, яблочный сок.

Манифестация атопического дерматита произошла в 3 месяца при переводе на искусственное вскармливание. Первые проявления кожного процесса в виде гиперемии, полиморфной сыпи (папулы, микровезикулы, пустулы), выраженной

экссудации на лице, конечностях, туловище, ягодицах. В период дебюта заболевания находился на стационарном лечении в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» в педиатрическом отделении для детей раннего возраста. В общем анализе крови в период первой госпитализации выявлена эозинофилия (13%) и палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле (7%); в иммунограмме - низкие значения иммуноглобулина класса А, высокие – М и Е (IgА – 0,23г/л, Ig М – 2,4 г/л, Ig G– 10,50 г/л, Ig Е – 851,4 МЕ/мл). Лечение включало системные глюкокортикостероиды (ГКС), антигистаминные и антибактериальные препараты, желчегонные, ферменты, местно на кожу использовали топический ГКС низкой активности. Выписан ребенок из стационара с положительной динамикой, острые воспалительные проявления купированы.

В последующем заболевание приобрело непрерывно-рецидивирующее течение. Обострения были частыми, ремиссии полной на фоне лечения не наступало. Ухудшение состояния кожи было связано с нарушением гипоаллергенной диеты (при употреблении мяса говядины, яиц, яблок, груш, слив), при контакте с домашними животными, а также в период цветения растений. Проявления аллергического ринита у ребенка с 3 лет. Наблюдается педиатром, дерматологом, аллергологом-иммунологом и гастроэнтерологом (по поводу дискинезии толстого кишечника по гипомоторному типу). До 5-летнего возраста кратность госпитализаций составляла 2 раза в год, до 10 лет - 1 раз в год, в последующем 1 раз в 2 - 3 года. В 5-летнем возрасте получал курс реабилитационного лечения в условиях детского санатория «Ласточка», г. Ижевска. После санаторно-курортного лечения в течение года отмечалось снижение частоты обострений до 4 раз в год. В течение последнего года количество обострений - 4.

В настоящее время рекомендовано: гипоаллергенная диета и быт, медикаментозное лечение (антигистаминный препарат 2 поколения, 1 раз в сутки в течение месяца; местно на кожу по интермиттирующей схеме: топический ГКС высокой активности 1 раз в день в течение 2 недель, затем топический ингибитор кальциневрина 2 раза в день 2 недели). Уход за кожей: увлажняющие и

смягчающие средства - 2 раза в день 1 месяц с последующей сменой линии. Объем выполнения врачебных рекомендаций по лечению не полный. Не всегда соблюдаются элиминационные мероприятия и местная терапия. Средства, увлажняющие и питающие кожу, применяет редко, при нарастании зуда и высыпаний использует топический ГКС высокой активности, топический ингибитор кальциневрина - не применяет.

При осмотре состояние средней степени тяжести, тяжесть обусловлена кожным процессом. Самочувствие страдает умеренно из-за зуда. Телосложение пропорциональное. Физическое развитие среднее, гармоничное (рост - 167,5см, масса тела - 56,0кг, ИМТ - 20, окружность груди - 81см).

В области кожных покровов отмечается распространенный процесс поражения, характеризующийся очагами гиперемии, инфильтрации кожи, обилием эскориаций и серозно-геморрагических корочек. В области шеи, верхней половины грудной клетки, сгибательных поверхностей кожи верхних и нижних конечностей, в околосуставных областях, на кистях выражена лихенизация. Пальпируются множественные, увеличенные до 1,0-1,5см, лимфатические узлы в подчелюстной, задне-шейной, подмышечной областях. Лимфатические узлы подвижные, безболезненные, плотноэластической консистенции. При оценке клинических проявлений по шкале SCORAD индекс составил 84,5 баллов. Слизистая зева физиологической окраски. Небные миндалины увеличены до 2 размера. Из носа слизистые выделения. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук легочной над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24 в 1 минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца не изменены. ЧСС 72 в 1 минуту. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области правого подреберья. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Регулярность стула 1 раз в 3-4 дня, оформленный, толстым каловым цилиндром, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Дизурических проявлений нет.

По лабораторным данным: в общем анализе крови - эозинофилия (8%); IgA – 1,3 г/л, Ig M – 2,1г/л, Ig G–11,5 г/л Ig E - 540,1 МЕ/мл; аллерген-специфические IgE: домашняя пыль - 1,079 МЕ/мл, библиотечная пыль - 0,604 МЕ/мл, перо подушки - 4,63 МЕ/мл, шерсть кошки - 9,758 МЕ/мл, шерсть собаки - 3,772 МЕ/мл, шерсть морской свинки - 5,472 МЕ/мл, шерсть кролика - 2,584 МЕ/мл, D.Pteronyssinus - 4,655 МЕ/мл, D. Farinae - 4,826 МЕ/мл, куриное яйцо - 9,176 МЕ/мл, молоко коровье - 3,532 МЕ/мл, говядина - 1,441 МЕ/мл, свинина - 0,661 МЕ/мл, мясо курицы - 1,61 МЕ/мл, мясо утки- 1,05 МЕ/мл, треска - 1,305 МЕ/мл, хек - 1,271 МЕ/мл, пшеничная мука - 8,316 МЕ/мл, кукуруза - 0,695 МЕ/мл, апельсин -1,33 МЕ/мл, ячменная крупа - 2,4 МЕ/мл, гречневая крупа - 2,233 МЕ/мл, одуванчик - 1,378 МЕ/мл, тимофеевка - 1,25 МЕ/мл.

При исследовании качества жизни по результатам самооценки: ОБ - 69 баллов, ФФ - 90 баллов, ЭФ - 40 баллов, СФ – 75 баллов, ШФ - 70 баллов, ПСЗ - 73 баллов.

Результат качества жизни пациента З. по оценке матери: ОБ - 79 баллов, ФФ - 71 баллов, ЭФ - 85 баллов, СФ - 90 баллов, ШФ - 70 баллов, ПСЗ - 81,6 баллов. Качество жизни у пациента снижено, значительно страдает эмоциональное функционирование. Мама недооценивает качество жизни своего ребенка, страдающего атопическим дерматитом, о чем свидетельствует более высокое значение ОБ.

Таким образом, анализ течения заболевания у данного пациента свидетельствует о формировании тяжелой степени тяжести атопического дерматита, развившейся вследствие реализации факторов риска формирования тяжелого течения заболевания: отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям (АЗ); ранний перевод на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью для здоровых детей; введение первого прикорма начато с яблочного сока; ранняя и тяжелая манифестация атопического дерматита; применение системной антибактериальной терапии на 1-ом году жизни; низкая резистентность; наличие сочетанной сопутствующей патологии; повышенный уровень сывороточного IgE; выраженная поливалентная

сенсibilизация к пищевым, бытовым, клещевым, пылевым аллергенам (концентрация аллергенспецифических IgE - преимущественно среднего и высокого уровня); низкая приверженность лечению в течение всего периода заболевания (несоблюдение базисных, элиминационных и медикаментозных рекомендаций). Тяжелое течение атопического дерматита привело к снижению качества жизни. Пациент нуждается в пересмотре плана диспансерного наблюдения. Педиатру необходимо: выяснить причины несоблюдения рекомендаций, обеспечить контроль их выполнения, провести образовательные мероприятия с пациентом, направить семью на консультацию к медицинскому психологу или психотерапевту.

Клинический пример 2

Больной М., пол мужской, возраст- 14 лет 3 мес.

Клинический диагноз:

Основной: Атопический дерматит, подростковая форма, локализованный, легкой степени тяжести, период обострения.

При осмотре ребенка выявлены жалобы на сухость кожи, зуд, усиливающийся в вечернее время, высыпания в области локтевых сгибов и лучезапястных суставов. Кожный процесс впервые диагностирован в возрасте 5 мес.

Ребенок от II беременности, I родов. Возраст матери на момент родов 21 год. Беременность на фоне угрозы прерывания в 7 недель, ОРИ в 20 недель, обострения аллергического ринита. Роды срочные в переднем виде затылочного предлежания, продолжительность 8 часов 20 минут. Преждевременное отхождение околоплодных вод, продолжительность безводного периода 8 часов 20 минут. Оценка состояния здоровья ребенка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вес ребенка при рождении 3380г., длина - 51см. К груди приложен в родовом зале. Выписан ребенок из родильного дома на 5-е сутки жизни. Период новорожденности протекал без особенностей.

У ребенка установлена отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям: у матери аллергический персистирующий ринит, у отца - псориаз, у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма.

На грудном вскармливании находился до 1 года 2 месяцев. Первый прикорм (кабачковое пюре, гипоаллергенное) введен в 5 месяцев.

Манифестация атопического дерматита в 5 мес., совпала по времени с введением прикорма и ОРИ. Первые проявления атопического дерматита были в виде гиперемии, полиморфной сыпи (папулы, микровезикулы, пустулы), экссудации на лице, конечностях, туловище, ягодицах. В период дебюта заболевания был госпитализирован в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» в педиатрическое отделение для детей раннего возраста в связи с тяжелым кожным процессом, плохо поддающимся терапии. По лабораторным данным в период госпитализации: в общем анализе крови выявлены эозинофилия (9%), тромбоцитоз ($513 \times 10^9/\text{л}$). Концентрация IgE - 102,6МЕ/мл. В копрограмме обнаружены цисты лямблий. Получал терапию: системные ГКС парентерально, антигистаминные препараты, противопротозойную терапию, местно на кожу топический ГКС низкой активности. Выписан из отделения с положительной динамикой, острые воспалительные проявления купированы.

До 3-х летнего возраста заболевание имело тяжелое течение, обострения до 5-6 раз в год, сезонность не выражена. В период обострения лечился в стационаре. После 3-х летнего возраста родители отмечают улучшение течения заболевания: снизилось количество обострений заболевания (не чаще 2-х раз в год); уменьшилась выраженность кожного синдрома, в том числе и интенсивность зуда при обострении; в период ремиссии сохранялась небольшая сухость кожных покровов. Положительную динамику в течение заболевания родители пациента связывают с регулярным диспансерным наблюдением и выполнением рекомендаций. В семье соблюдаются элиминационные требования к быту и диете, улучшены жилищные условия, выполняются рекомендации по терапии и уходу за кожными покровами. С 4-х летнего возраста ребенок 4 раза получал курсы санаторно-курортного лечения и ежегодно летом отдыхал на морском побережье

не менее 18 дней. Наблюдается у педиатра, дерматолога и аллерголога-иммунолога. Посещения врачей-специалистов регулярные, в соответствии с планом диспансерного наблюдения, осмотр дерматолога 2-3 раза в год, аллерголог-иммунолог 1-2 раза в год. В настоящее время в лечении рекомендованы прием антигистаминных препаратов II поколения в течение 1 месяца, топический ГКС высокой активности 1 раз в день на пораженные участки кожи (2 недели), препараты базисной терапии по увлажнению и смягчению кожи. Рекомендации выполняются.

Перенесенные заболевания: ОРИ до 3 раз в год, в 3 года перенес эшерихиоз, в 6 лет - ротавирусную инфекцию. При осмотре состояние удовлетворительное, самочувствие страдает умеренно из-за зуда. Телосложение пропорциональное. Физическое развитие среднее, гармоничное (рост - 160см, масса тела - 50кг, ИМТ - 19,5, окружность груди - 77см).

Кожный процесс ограниченный, выражен умеренно. Отмечается сухость кожных покровов, в области локтевых сгибов и лучезапястных суставов лихенизация, шелушение, экскориации. Периферические лимфатические узлы не изменены. При оценке клинических проявлений по шкале SCORAD индекс составил 18 баллов. Слизистая глотки физиологической окраски, небные миндалины не выступают за края небных дужек. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная. Перкуторный звук над поверхностью легких ясный, легочной. При аускультации установлено везикулярное дыхание, отсутствие хрипов. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке прослушивается систолический шум. ЧСС 88 в 1 минуту. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется по краю реберной дуги, плотноэластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные данные: общий анализ крови: эозинофилия (9%); иммунограмма: IgA - 0,79 г/д, IgM - 1,1 г/л, IgG - 9,86 г/л, IgE - 181,6 МЕ/мл; аллерген-специфические IgE: домашняя пыль - 1,9 МЕ/мл, шерсть кошки - 0,3

МЕ/мл, D.Pteronyssinus - 2,6 МЕ/мл, D.Farinae - 2,1 МЕ/мл, куриное яйцо - 0,72 МЕ/мл, молоко коровье - 1,235 МЕ/мл, говядина – 0,75 МЕ/мл.

При оценке качества жизни по результатам самооценки: ОБ - 81 балл, ФФ - 93 баллов, ЭФ - 65 баллов, СФ – 85 баллов, ШФ - 85 баллов, ПСЗ -81 баллов. Результат КЖ пациента З. по оценке матери ОБ - 87 баллов, ФФ - 85 баллов, ЭФ - 85 баллов, СФ - 90 баллов, ШФ - 90 баллов, ПСЗ - 86,7 баллов. КЖ пациента незначительно снижено, наиболее низкие значения получены по шкале эмоционального функционирования. Мать качество жизни своего ребенка оценивает выше, о чем свидетельствует более высокое значение общего балла.

Таким образом, анализ течения заболевания у данного пациента показал: несмотря на наличие факторов риска развития тяжелого течения атопического дерматита: отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям по линии матери и отца; ранняя манифестация заболевания; умеренно-повышенный уровень общего IgE; поливалентная сенсibilизация к бытовым, пищевым, клещевым антигенам (повышенная концентрация аллергенспецифических IgE), сформировалось легкое течение болезни.

Пациент находился на грудном вскармливании; не получал на первом году жизни системную антибактериальную терапию; выявлена высокая приверженность к лечению (соблюдение рекомендаций по элиминации, базисной и медикаментозной терапии) на протяжении всего периода заболевания, качественное диспансерное наблюдение (регулярные осмотры врачей-специалистов) и санаторно-курортная реабилитация. Вместе с тем, несмотря на легкую степень тяжести заболевания, качество жизни ребенка умеренно снижено за счет ЭФ.

Педиатру необходимо: контролировать выполнение пациентом рекомендаций; провести образовательные мероприятия с пациентом; направить семью на консультацию к медицинскому психологу или психотерапевту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аллергические заболевания занимают значимое место в структуре хронической патологии у детей [11,71,130]. Среди аллергических заболеваний АтД манифестирует первым, его доля в этой группе заболеваний составляет от 20 до 73% [4,46,127]. Атопический дерматит в детском возрасте является одним из самых распространенных дерматозов, являясь наследственно обусловленным заболеванием, характеризующимся хроническим рецидивирующим течением. Заболевание начинается преимущественно в раннем возрасте, нередко требует постоянного лечения, ограничений в диете, быту, при тяжелом течении является причиной инвалидности [65,67]. В Российской Федерации наблюдается рост заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе АтД у детей в возрасте 15-17 лет [4,14]. Данный дерматоз у детей в возрасте 13-17 лет приобретает специфические клинические проявления, характеризующиеся признаками хронического воспаления кожных покровов, сопровождается выраженными субъективными нарушениями, такими как нарушение сна из-за интенсивного зуда, формированием и усугублением у ребенка комплекса неполноценности из-за внешнего вида и необходимости соблюдать элиминационные мероприятия. Формирующиеся на этом фоне психоэмоциональные проблемы зачастую являются фактором, приводящим к развитию обострения заболевания.

За последние годы накоплен значительный объем данных об этиологии и патогенезе АтД. Изучению факторов риска развития АтД у детей посвящены многочисленные исследования [7,11,17,23,24,33,37,154,140]. Наряду с генетическими и медико-биологическими факторами доказано влияние некоторых внешнесредовых факторов на реализацию рисков при формировании АтД в раннем возрасте и на развитие обострений заболевания [3,11,85,88,169,175]. Большой практический интерес представляют причины формирования тяжелого течения АтД у детей при достижении возраста 13-17 лет. Имеющиеся в литературе данные о факторах, способных оказывать влияние не только на

реализацию риска развития заболевания, но и на формирование тяжелого течения противоречивы, отсутствует комплексный подход к их изучению, что не дает полной картины о возможности воздействия с целью минимизации влияния отдельных факторов на течение заболевания у ребенка. Адекватная и персонафицированная реабилитация ребенка с данной патологией невозможна без своевременного выявления факторов и их сочетаний, способных оказывать влияние на течение болезни. Это определяет необходимость поиска дополнительных критериев, позволяющих прогнозировать течение АтД.

Сложные патогенетические механизмы заболевания, многообразие фенотипических проявлений, стадийность течения процесса системность и полиорганность поражения, обуславливают проблематичность лечения больных АтД [3,7,71,100]. В настоящее время не вызывает сомнений необходимость индивидуального комплексного этиопатогенетического подхода к лечению заболевания [9,59,72,116]. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностически и медицинских технологий по оказанию медицинской помощи пациентам с АтД, исследователи отмечают недостаточную осведомленность врачей о тактике ведения тяжелых форм болезни [81], снижение приверженности пациентов к лечению [47,67], уменьшение числа пациентов, выполняющих в полном объеме рекомендации. Вместе с тем, снижение комплаенса в большинстве литературных данных описывается как факт, рекомендации по повышению его носят разрозненный характер.

Острота проблемы АтД у детей в возрасте 13-17 лет обусловлена также снижением социальной адаптации ребенка [27,58,62,165,166]. Длительное изнуряющее течение заболевания с частыми рецидивами неизбежно ведет к снижению КЖ ребенка и его семьи. Психосоциальные проблемы пациента с АтД оказывают не меньшее влияние на КЖ, чем физическое состояние. Вместе с тем, своевременной диагностике психологического дискомфорта детей с АтД не уделяется должного внимания. В последние годы изучается качество жизни детей с различной соматической патологией, различных возрастных групп и регионов РФ [26,36,50,119,133]. Исследования КЖ детей, в том числе в возрасте 13-17 лет, с

хроническими заболеваниями проводятся преимущественно в разрезе степеней тяжести, фазы заболевания, возраста и пола ребенка, исследования КЖ с позиций изучения влияния социально-гигиенических факторов немногочисленны и противоречивы [22,125,131,132].

Исследованию КЖ детей с АтД посвящены немногочисленные работы, которые не всегда являются методологически корректными. Они, в основном, проведены с применением специализированных дерматологических опросников, не позволяющих в полной мере сопоставить качество жизни детей 13-17 лет больных АтД и их здоровых сверстников [26,113].

Таким образом, изучение медико–биологических, социально-гигиенических аспектов, КЖ у детей подросткового возраста с АтД в зависимости от степени тяжести заболевания и решение вопросов прогнозирования течения является актуальной задачей теоретической и практической медицины. Все это послужило поводом к проведению нашего исследования, целью которого явилось: разработать алгоритмы прогнозирования течения АтД у детей в возрасте 13-17 лет и порядок формирования индивидуальной профилактической программы.

Работа проведена в несколько этапов. На первом этапе проводился анализ литературных данных по теме исследования, в результате сделано заключение о недостаточно изученной проблеме прогнозирования течения заболевания у детей к возрасту 13-17 лет.

На втором этапе исследования изучена заболеваемость БК и ПК, в том числе АтД, у детей 15-17 лет, проживающих в Удмуртской Республике. Анализ данных федерального статистического наблюдения по Удмуртской Республике за период с 2000 по 2021гг. показал, что в УР, как и в целом по стране, произошел рост заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет по данному классу болезней. Результаты исследования показали, что общая заболеваемость БК и ПК в Удмуртской Республике за анализируемый период увеличился на 19,2 % (2000г.- 92,8 ‰, 2021г.- 114,9‰), показатель первичной заболеваемости незначительно снизился (2000г.- 74,3‰, 2021г.- 69,6‰). Общая заболеваемость АтД за указанный период также выросла с 5,9‰ (2000г.) до 7,4‰ (2021г.). Вместе с тем,

показатель заболеваемости БК и ПК, в том числе АтД, в УР характеризовался волнообразным течением, о чем свидетельствуют данные темпов прироста (убыли). Максимальный темп нарастания показателя общей заболеваемости БК и ПК зарегистрирован в период с 2001г. по 2004 г., прирост составил плюс 52,8%. Наибольшие темпы роста общей и первичной заболеваемости АтД отмечались в 2004г. (+55,3% и +51,4%, соответственно) и в 2006г. (+54,5% и +75,9%, соответственно).

В указанный период в Республике было проведено клинико-эпидемиологическое исследование распространенности АтД у детей по программе «ISAAC», которое выявило, что официальные показатели частоты заболевания в 12,5 раза ниже фактических. [140]. Изучение распространенности заболевания способствовало повышению внимания врачебного сообщества к проблеме АтД у детей и улучшению диагностики заболевания. С 2007г. в Республике отмечается тенденция к снижению общей заболеваемости АтД. Показатели общей и первичной заболеваемости БК и ПК у детей в возрасте 15-17 лет в РФ отличались большей стабильностью, чем показатели по УР, общая заболеваемость снизилась на 5,9 % (2000г. - 96,7‰, 2021г. – 90,9‰), первичная увеличилась – на 9,5% (2000г.- 56,0‰, 2019г. – 61,2%). Таким образом, произошел значительный рост показателей заболеваемости АтД за последние 20 лет.

В настоящее время сформировалась тенденция к замедлению темпов роста показателей, что, вероятно, явилось результатом внедрения современных подходов к профилактике, диагностике и лечению АтД. Вместе с тем, нестабильность и значительные колебания темпов роста (убыли) интенсивных показателей общей и первичной заболеваемости у детей 15-17 лет, а также доли АтД, занимаемой в общей структуре БК и ПК, свидетельствуют о том, что данные заболеваемости, регистрируемые в официальной статистике, формируемые по обращаемости в государственные медицинские организации, не всегда соответствуют фактической картине распространенности заболевания.

Третий этап работы посвящен клинико-лабораторному обследованию детей групп наблюдения и сравнения в возрасте 13-17 лет. В группу наблюдения вошли

350 детей в возрасте 13-17 лет, страдающих АтД в фазе обострения заболевания, в группу сравнения – 350 детей аналогичного возраста I и II групп здоровья.

Установлено, что у большинства детей группы наблюдения (67,4%, $p < 0,001$) заболевание дебютировало в течение первого года жизни. Доля детей с дебютом АтД на первом году жизни выше при тяжелой и средней степени тяжести заболевания, чем при легкой (28,1%, 66,7%, 100%, соответственно степени тяжести течения АтД).

На первом году жизни заболевание дебютировало, преимущественно в возрастной период от 3 до 6 мес, реже во втором полугодии жизни. Согласно полученным нами данным, у 18,3% пациентов АтД начался после 5 лет, причем в этой группе не было детей с тяжелой степенью тяжести течения заболевания. Выявлена связь между ранним дебютом заболевания и тяжестью течения заболевания: чем раньше манифестирует АтД, тем чаще формируется тяжелая ($r = -0,3$, $p < 0,001$) и средняя степени тяжести течения ($r = -0,3$, $p < 0,001$) заболевания. Результаты исследований других авторов также свидетельствуют о начале АтД, преимущественно, на первом году жизни ребенка [110,140,202], реже (до 20,3%) - в дошкольном и школьном возрасте [37,57,114].

В группе наблюдения манифестация заболевания у большинства детей произошла на фоне нарушения диеты кормящей матери, включавшей продукты аллергены, перевода на искусственное вскармливание, введения прикормов. В ряде случаев манифестация АтД совпала с переносимым ребенком острым заболеванием или вакцинацией. У детей старших возрастных групп основными причинами появления первых клинических признаков заболевания родители отмечали прием лекарственных препаратов, алиментарный фактор. По мнению большинства исследователей, алиментарный фактор является основной причиной манифестации АтД [2,3,4,17,115,221].

Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям выявлена у 69,4% детей группы наблюдения, что в 3,6 раз выше, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 17,9$; $p < 0,001$). Аллергические заболевания у матери и (или) у родственников со стороны матери регистрировались часто, выявлены у 36,9% детей группы

наблюдения. Подобная патология у отца и (или) у родственников со стороны отца наблюдалась реже, выявлена у 16,3% детей с АтД ($p < 0,001$). Показатель отягощенной наследственности по аллергии был статистически значимо выше при тяжелой форме заболевания, чем при средней и легкой степени тяжести заболевания (56,0%, 59,5% и 93,7%, и соответственно, $\chi^2=39,23$, $p < 0,001$ и $\chi^2=39,09$, $p < 0,001$). Сопоставляя показатели, полученные в ходе настоящего исследования, в части наличия отягощенной наследственности по атопическим заболеваниям у исследуемой группы детей и результаты наблюдений других авторов, следует отметить, что результаты наших исследований относятся к группе высоких рисков развития болезни. Частота наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям, согласно некоторым литературным данным, составляет от 47,4% до 72,2% [19,67,138,201].

Продолжительность естественного вскармливания детей с АтД в период грудного и раннего возраста была меньше, чем в группе сравнения (64,3% и 83,7%, соответственно, $\chi^2=37,03$, $p < 0,001$). Полученный показатель у детей группы наблюдения ниже, чем по УР (2021г. - 84,0%). Количество детей с АтД, находившихся на естественном вскармливании до 1 месяца или не получавших грудное вскармливание, выше среди пациентов с тяжелой степенью заболевания, чем со средней и легкой степенью тяжести (15,7%, 14,7% и 38,7%, соответственно степени тяжести течения АД, $\chi^2=13,07$, $p < 0,001$; $\chi^2=22,4$, $p < 0,001$).

Проведенный анализ выявил значительный уровень острых инфекционных заболеваний, перенесенных в течение 10-летнего периода жизни детей с АтД. Доля детей в возрасте 13-17 лет с тяжелым течением АтД, переносивших частые ОРВИ (более 4 раз в год), инфекционные энтероколиты, инфекцию мочевыводящих путей, а также пиогенные осложнения основного заболевания, значительно выше, по сравнению с легкой и средней степени тяжести ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Количество детей группы наблюдения, получавших на первом году жизни системную антибактериальную терапию, выше группы сравнения в аналогичном возрасте (64,0% и 9,7%, соответственно, $\chi^2= 221,59$; $p < 0,001$).

Перенесенные острые заболевания, осложнения АтД, а также высокая медикаментозная нагрузка явились факторами дополнительной сенсibilизации.

Обострения АтД не более 2 раз в год, преимущественно в холодный период года, выявлены у 37,7% детей, в основном со среднетяжелым и легким течением заболевания. Частые, не связанные с сезоном года, обострения (более 4 раз в год) преобладали у детей с тяжелым течением заболевания, по сравнению с среднетяжелым (73,9% и 18,7%, $p < 0,001$). Частота обострений внесезонного характера и тяжелое течение заболевания находятся в прямой зависимости ($r = 0,41$, $p < 0,001$).

Причинами обострений АтД у детей группы наблюдения, по полученным данным, одинаково часто являлись контакт с бытовыми аллергенами, психоэмоциональные нагрузки и алиментарные факторы (84,7%, 82,7% и 77,6%).

Изучение клинических проявлений АтД в зависимости от тяжести течения показало, что при тяжелом течении АтД в клинической картине у детей наряду с признаками хронического воспаления кожных покровов присутствуют признаки острого воспаления. Инфильтрация кожных покровов, гиперемия, папулезная сыпь, эксфолиации, трещины, экссудация встречаются достоверно чаще, чем при легком и среднетяжелом течении АтД. Сухость кожных покровов преобладала у подростков со среднетяжелым течением АтД по сравнению с легким. Лихенизация, как один из основных признаков хронического кожного процесса, выявлялась с одинаковой частотой вне зависимости от степени тяжести течения заболевания. При тяжелом течении у 90,3% пациентов было выявлено увеличение периферических лимфатических узлов.

Сопутствующая патология диагностирована у 95,9% детей с АтД. У 54,2% была выявлена сочетанная сопутствующая патология. Регистрировались от 1 до 4 заболеваний у одного ребенка с АтД. В структуре сопутствующей патологии преобладали болезни органов пищеварения, диагностированы у 68,3% пациентов. На втором месте по частоте регистрировались другие аллергические заболевания (у 34,6%). Третье место в структуре сопутствующей патологии у детей с АтД заняли невротические расстройства (12,3%), четвертое и пятое – болезни

эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и патология со стороны болезней ЛОР органов – (6,0%), шестое - болезни костно-мышечной системы (5,1%), седьмое - болезни органов мочевой системы (3,1%), восьмое - болезни органов сердечно-сосудистой системы (2,0%).

По данным лабораторного обследования, у 68,6% детей в возрасте 13-17 лет с АтД в общем анализе крови были выявлены различные отклонения от возрастной нормы и в сравнении с показателями детей группы сравнения. В общем анализе крови у детей с АтД среднетяжелого и тяжелого течения выявлены более высокие показатели лейкоцитов ($p < 0,01$ и $p < 0,001$, соответственно), эритроцитов и уровня гемоглобина ($p < 0,02$ и $p < 0,001$, соответственно), тромбоцитов ($p < 0,01$ и $p < 0,01$), эозинофилов ($p < 0,001$ и $p < 0,001$), чем в группе сравнения.

Различие показателей иммунограммы (IgA, M, G, E) от возрастных норм у 64% детей группы наблюдения. Среднее значение IgA при среднетяжелом и тяжелом течении АтД было ниже показателей возрастных норм ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$).

Показатели IgM при тяжелом течении АтД были статистически значимо выше показателей при среднетяжелом и легком течении АтД ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Вероятно, причиной этого является высокая частота переносимых инфекционных заболеваний, воспалительного процесса на коже.

Показатель IgG был ниже возрастных норм у детей с тяжелым течением заболевания. Данный показатель свидетельствует о снижении иммунного ответа у ребенка с АтД. Информация о показателях уровня IgA, M, G у детей с АтД противоречива [1,35,61].

Уровень общего IgE был повышен у большей части детей с АтД, это согласуется с данными других авторов [34]. Показатели уровня общего IgE зависят от степени тяжести заболевания. Чем выше степень тяжести течения АтД, тем выше уровень общего IgE. Выявлены статистически значимые различия общего IgE у детей с легким течением АтД по сравнению с показателем при

среднетяжелом ($p < 0,001$, $r = 0,52$), средней степени тяжести течения и тяжелой ($p < 0,001$, $r = 0,41$).

Исследование аллергенспецифических IgE у детей в возрасте 13-17 лет с АтД показало превалирование положительных тестов на пищевые и бытовые аллергены с преобладанием пищевых. Доминирование аллергенспецифических IgE у детей всех возрастных групп с АтД на пищевые аллергены отмечают многие авторы [144]. Положительные результаты на антигены говядины и клещей домашней пыли *D.Pteronyssinus*, *D. Farinae* были получены у всех обследованных детей в возрасте 13-17 лет с АтД. Преобладали положительные тесты на апельсин (у 75% обследованных), куриное яйцо, молоко коровье, свинина, хек, пшеничная, мука, кукуруза (у 60% обследованных), мандарин, крупы (ячменная и гречневая) (у 50% обследованных), мясо курицы, мясо утки, треска (у 40% обследованных). Из бытовых и эпидермальных аллергенов наиболее часто положительную реакцию регистрировали на домашнюю пыль и шерсть собаки (у 83,3% обследованных), перо подушки, шерсть кошки, шерсть морской свинки, шерсть кролика (у 50% обследованных). Наиболее высокие значения показателя аллергенспецифических IgE получены к антигенам яйца, коровьего молока, пшеничной муки, кукурузы, мандарина, домашней пыли, клещей домашней пыли. Показатели уровня аллергенспецифических IgE находятся преимущественно в диапазоне высоких и очень высоких значений.

Положительные результаты на аллергенспецифические IgE к пыльцевым аллергенам регистрировались реже, преимущественно у детей с сочетанной аллергической патологией респираторного тракта (бронхиальная астма, аллергический ринит) и тяжелой степенью тяжести АтД. Положительные тесты выявлены на пыльцу одуванчика, пырея, березы, микст пыльцы луговых трав и тимофеевки. Наиболее высокие средние показатели содержания антител определялись у детей в возрасте 13-17 лет с сенсibilизацией к тимофеевке ($3,248 \pm 0,3$). Уровень сенсibilизации к основным пищевым и бытовым аллергенам у детей с легким течением АтД ниже, чем при более тяжелых степенях течения заболевания как по количеству выявленных положительных

результатов на сенсibiliзирующие факторы, так и по значениям аллергенспецифических IgE к данным факторам.

Нами проведен анализ диспансерного наблюдения детей с АтД на протяжении заболевания. Несмотря на раннее диагностирование АтД, у большинства детей группы наблюдения (90,8%) диагноз был установлен на первом году заболевания, своевременное взятие на диспансерный учет (100%), рекомендуемое наблюдение врачами смежных специальностей (педиатр, дерматовенеролог, аллерголог-иммунолог), регулярность посещений к врачам соблюдалась лишь каждым третьим (31,4%) пациентом.

Выполнение пациентами врачебных рекомендаций по лечению в полном объеме в течение первых двух лет от начала болезни выявлено у 54,3% пациентов, не в полном объеме - у 40,8%, соблюдение рекомендаций только при ухудшении состояния ребенка - у 4,9%. Показатель выполнения рекомендаций в полном объеме, на начальных этапах болезни, выше в группе детей со сформировавшимся впоследствии легким течением, чем с средней и тяжелой степенями (76,4%, 62,0% и 26,1%, соответственно степени тяжести течения АтД, $\chi^2=5,21$, $p=0,22$; $\chi^2=49,9$, $p<0,001$).

Санаторно-курортное лечение - важный фактор реабилитации используется недостаточно, за период наблюдения получали 23,4% пациентов. У всех детей, получавших санаторно-курортное лечение, отмечалось увеличение продолжительности ремиссий, ближайших после санаторной реабилитации, от 3 месяцев и более.

Анализ результатов изучения социально-гигиенических характеристик семей, в которых воспитывались дети с АтД, выявил, что большая часть детей с АтД и группы сравнения, проживали в полных семьях (83,7% и 82,2%, соответственно, $\chi^2= 0,163$, $p>0,05$). Вместе с тем, каждый четвертый ребенок с тяжелым течением АтД, воспитывался в неполной семье. Данный показатель оказался выше, чем в группе с легким и среднетяжелым течением заболевания ($\chi^2 =5,22$, $p =0,02$; $\chi^2 =7,68$, $p=0,006$).

У значительной части матерей детей с тяжелым течением АтД на момент родов возраст был выше, чаще превышал 30 лет, чем у матерей детей с легким течением АтД ($\chi^2=10,9$, $p<0,001$). В группе детей с тяжелым течением АтД статистически значимо меньше матерей со статусом безработная и домохозяйка, чем у пациентов с легким и среднетяжелым течением ($\chi^2=8,71$, $p=0,004$ и $\chi^2=8,9$, $p=0,004$).

Неблагоприятные санитарные условия жилья ($p<0,001$, $p<0,01$), курение ($p<0,001$, $p<0,001$) встречались статистически значимо чаще в семьях детей с тяжелым течением АтД, по сравнению с легким и среднетяжелым. Психологический климат в семьях детей в возрасте 13-17 лет с АтД был неблагоприятным чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2=20,5$, $p<0,001$). Выявлено, что наиболее часто психологический климат характеризовался как неблагоприятный в семьях детей с тяжелым течением АтД, по сравнению со среднетяжелым и легким течением ($\chi^2=25,1$, $p<0,001$, $\chi^2=21,09$, $p<0,001$).

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение КЖ детей групп наблюдения и сравнения. Для исследования КЖ детей в возрасте 13-17 лет, страдающих АтД, и детей аналогичного возраста с I и II группами здоровья был применён стандартизированный общий опросник Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™4.0 Generic Core Scales (Varni J. et al., USA), возрастной блок 13-18 лет, детская и родительская формы. Изучение проводилось методом анкетирования детей и родителей, всего проанкетировано 1400 респондентов.

Качество жизни детей в возрасте 13-17 лет с АтД по результатам самооценки достоверно ниже, чем в группе здоровых детей (ОБ -72,0 по самооценке детей с АтД, 84,9 – по самооценке здоровых детей, $p<0,001$). Наиболее высоко дети с АтД оценивают сферу жизни, связанную с уровнем физического функционирования. Наиболее низкие показатели выявлены по шкалам, отражающим эмоциональный статус, функционирование в коллективе, а также межличностные отношения: ЭФ, ШФ, СФ. У детей с АтД показатель эмоционального функционирования ниже на 23,9% (ЭФ - 78,8 и 59,9, соответственно), показатель школьного функционирования – на 13,7% (ШФ - 73,9

и 63,8, соответственно), показатель социального функционирования - на 12,3% (СФ - 91,8 и 80,5, соответственно) ниже, чем в группе сравнения.

Большинство детей с АтД имели проблемы эмоционального характера, обусловленные заболеванием. Отмечались такие психоэмоциональные реакции как чувство страха, необоснованной внутренней тревоги и эмоциональной напряженности. Большинство испытывали затруднения при взаимоотношениях со сверстниками, смущение и подавленность, обусловленные внешним состоянием кожи, проблемы в образовательной организации, связанные со снижением посещаемости по состоянию здоровья, с ухудшением концентрации внимания, с затруднениями при выполнении учебных заданий и освоении образовательной программы.

Эмоциональные и социальные проблемы детей с АтД, наряду с клиническими проявлениями заболевания, являются проблемами, приводящими к трудностям в социальной адаптации, депрессиям, а в отдельных случаях к суицидальным наклонностям. Данная проблема в доступной литературе не нашла отражения.

Большинство родителей оценивают КЖ своих детей, страдающих АтД, выше, чем сами дети (ОБ - 83,3 и 72,0, соответственно, $p < 0,001$). Сопоставимыми по уровню показателями оказались лишь показатели ФФ, как по оценкам родителей, так и по самооценке (ФФ - 82,6 и 83,6, соответственно $p > 0,05$). Сравнение показателей КЖ по шкалам ЭФ, СФ, ШФ и ПСЗ выявило статистически значимые различия. Наибольшие различия выявлены в оценке родителями эмоционального статуса своих детей, показатель шкалы ЭФ выше по оценкам родителей на 26,6% ($p < 0,001$), ПСЗ на 18,6% ($p < 0,001$), ШФ - на 15,3% ($p < 0,001$), СФ - на 14,0% ($p < 0,001$). В группе сравнения различий в оценке КЖ детьми и их родителями мы не выявили, параметры КЖ оказались сопоставимы по всем шкалам. Полученные результаты могут свидетельствовать о дефиците адекватного понимания уровня благополучия детей, страдающих АтД, со стороны родителей в сравнении с уровнем по результатам субъективной детской самооценки.

Проведена оценка КЖ в зависимости от степени тяжести течения заболевания. ОБ КЖ у детей в возрасте 13-17 лет с тяжелым течением заболевания ниже, чем с легким на 22% (ОБ - $64,0 \pm 5,1$ и $82,0 \pm 3,5$ соответственно, $p < 0,001$). Показатели всех шкал, определяющих КЖ, снижены при тяжелом течении АтД. Наиболее высоко дети с тяжелой степенью АтД оценивают свое социальное функционирование (показатель СФ $76,1 \pm 8,5$), ниже – эмоциональный статус (показатель ЭФ $50,0 \pm 13,3$). Оценка аспектов КЖ у детей с легким и тяжелым течением выявила, что тяжесть заболевания оказывает наибольшее влияние на эмоциональное функционирование (различие показателей ЭФ составило 32%, $p < 0,001$) и на школьное функционирование (различие показателей - 27,9%, $p < 0,001$), в меньшей степени - на межличностные взаимоотношения (различие показателей СФ составило 11,5%, $p < 0,001$). Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и коррекции проблем эмоционального и коммуникативного характера у детей с АтД. Лечебные и реабилитационные мероприятия у детей в возрасте 13-17 лет с АтД должны включать психологическую реабилитацию.

Исследование показало наличие гендерных различий показателей КЖ у детей с АтД. Девушки, страдающие АтД, оценивают свое КЖ ниже, чем юноши (ОБ $64,3 \pm 9,03$ и $79,8 \pm 7,2$, соответственно, $p < 0,001$). Девушки тяжелее переносят наличие заболевания и в большей степени подвержены страданиям эмоционального и физического характера. Большинство девушек отмечают выраженные ограничения социального и школьного функционирования.

По данным нашего исследования были выявлены особенности влияния некоторых социально-гигиенических факторов на КЖ детей с АтД, однако количество этих факторов незначительно, что свидетельствует о том, что на КЖ подростка с АтД в большей степени влияет тяжесть течения заболевания, чем наличие или отсутствие социально-гигиенических особенностей в семье.

На вопросы блока анкеты, характеризующего социально-гигиенические факторы, предлагалось ответить родителями детей в возрасте 13-17 лет с АтД. Данные ответы сопоставлялись с результатами самооценки детей. На суммарный

показатель КЖ детей с АтД не влияют такие факторы, как место проживания (город, село), состав семьи (полная, неполная, 1 ребенок в семье или 2 и более), образование матери и отца, трудовой статус родителей (работающие или безработные (домохозяйки)).

Негативно отражаются на КЖ детей с АтД низкая успеваемость в школе и низкий материальный достаток в семье. Низкая успеваемость детей с АтД в школе явилась фактором, усугубляющим снижение КЖ. Дети из группы с высокой успеваемостью (учатся на хорошо и отлично) достоверно выше оценивают свое КЖ, чем их сверстники, имеющие низкие оценки в школе (ОБ 73,5 и 69,7, соответственно, $p < 0,01$). В группе сравнения также имеются различия в параметрах КЖ в зависимости от успеваемости в школе. Вместе с тем, достоверность получена только по шкале СФ (94,0 и 89,4, соответственно, $p < 0,05$).

Материальное благополучие оказывает влияние на КЖ детей с АтД и их здоровых сверстников. В семьях с низким материальным достатком КЖ детей снижено вне зависимости от наличия у них АтД. ОБ КЖ детей с АтД из семей с низким материальным достатком и ОБ КЖ детей с АтД из семей с высоким материальным достатком составили 67,0 и 73,2, соответственно ($p < 0,01$), в группе сравнения ОБ КЖ 67,0 и 84,9, соответственно ($p < 0,02$). Вместе с тем, высокий материальный достаток, по нашим данным, не является фактором, позволяющим КЖ детей с АтД выйти на одинаковый уровень с КЖ здоровых детей (ОБ КЖ детей с АтД 73,2; ОБ КЖ здоровых детей 84,9, $p < 0,05$), что обусловлено наличием заболевания. Наименьшее влияние материальный достаток семьи оказывает на такие сферы жизни детей с АтД, как физическая активность и социальное функционирование (по данным параметрам нами не получено убедительных данных, подтверждающих отличие в зависимости от доходов семьи). Наиболее подвержены снижению параметры эмоционального функционирования, школьного функционирования и психосоциального здоровья детей с АтД.

Заключительный этап нашего исследования предполагал выявление прогностических факторов, влияющих на течение АтД у детей в возрасте 13-17 лет и разработку комплекса мероприятий, направленных на предупреждение развития

тяжелых форм АтД у детей в возрасте 13-17 лет. Нами была предпринята попытка прогнозирования течения АтД с использованием неоднородной последовательной процедуры, основанной на применении вероятностного метода Байеса и вытекающем из него последовательного математического анализа Вальда.

В результате анализа медико-биологических и социально-гигиенических аспектов у детей в возрасте 13-17 лет с АтД в зависимости от степени тяжести течения заболевания, нами были выявлены факторы, наиболее часто присутствующие в группе детей с тяжелым течением. Критериями для включения фактора в прогностическую группу являлись: наличие статистически значимых различий показателей у детей с легкой степенью и тяжелой степенью тяжести АтД, а также наличие корреляции, а также статистически значимая вероятность исхода, связанная с наличием фактора риска (показатель относительного риска).

И биологические и социально-гигиенические факторы оказывали влияние на утяжеление заболевания. Прогностически-неблагоприятными факторами формирования тяжелого течения АтД к возрасту детей 13-17 лет по полученным нами результатам явились 14 факторов, из них, 7 являются «управляемыми», т.е. поддающимися полной или относительной коррекции (отсутствие или непродолжительное грудное вскармливание, низкая медицинская активность пациента, частая острая инфекционная заболеваемость, наличие раннего и частого назначения антибактериальной терапии, наличие в семье отрицательного психоэмоционального климата, трудовой статус матери: работающая, курение в семье) и 7- «неуправляемыми» (отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, возраст матери на момент родов 30 лет и старше, ранняя и тяжелая манифестация АтД, высокий уровень IgE в период манифестации заболевания, высокий показатель положительных результатов на аллергенспецифические IgE к пищевым, бытовым, клещевым аллергенам, высокий показатель концентрации аллергенспецифических IgE к пищевым, бытовым, клещевым аллергенам, проживание в неполной семье).

Для каждого фактора были определены информативность (R) и прогностический коэффициент (ПК). По уровню информативности и по уровню

влияния на формирование тяжелого течения АтД у детей выявленные прогностические факторы сгруппированы в 3 группы: низкого риска (R до 9,9), среднего риска (R от 10 до 39,9), высокого риска (R от 40 до 150).

Индивидуальное прогнозирование степени риска формирования тяжелого течения АтД осуществляется путем арифметического сложения показателей ПК. В соответствии с полученными результатами ребенок, страдающий АтД, может быть отнесен к одной из четырех прогностических групп по развитию тяжелого течения заболевания:

- I. Прогноз является благоприятным при значении R от 0,8 до 21,7; ПК < 6,7;
- II. Угроза формирования тяжелого течения АтД при значении R от 21,8 до 40,6, ПК от 6,8 до 10,6;
- III. Повышенный риск развития тяжелого течения АтД при значении R от 40,7 до 90,7, ПК от 10,7 до 23,6;
- IV. Высокий риск формирования тяжелого течения АтД при R от 90,8 до 232,7, ПК от 23,7 до 31,2.

Прогнозирование формирования тяжелого течения АтД у ребенка целесообразно проводить врачу-педиатру впервые при диагностировании заболевания, в дальнейшем - в зависимости от прогноза. У детей I и II прогностических групп - в ежегодном режиме, а также при выявлении новых неблагоприятных факторов. У детей III и IV групп - не реже 2-х раз в год и при выявлении новых прогностически-неблагоприятных факторов.

Выявленные, значимые факторы формирования тяжелого течения заболевания у детей в возрасте 13-17 лет с АтД, позволили дополнить программу диспансерного наблюдения, мероприятиями по целенаправленному воздействию на негативные причины, для снижения или устранения их роли.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты, позволяют предполагать возможность прогнозирования течения АтД у детей к возрасту 13-17 лет. Своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий на основе выявления «управляемых» прогностических факторов и

персонифицированного определения группы прогноза пациента будет способствовать сокращению количества детей с тяжелым течением АтД.

ВЫВОДЫ

1. В Удмуртской Республике за период с 2000 по 2021гг. общая и первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, а также АтД у детей в возрасте 15-17 лет характеризовались нестабильностью показателей. В структуре общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки АтД составлял от 6,4% (2000г.) до 12,5% (2006г.) и от 3,4% (2018г.) до 8,6% (2006г.), соответственно. За исследуемый период показатель общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки вырос на 23,8% (с 92,8‰ до 114,9‰), АтД – на 25,4% (с 5,9‰ до 7,4‰). При этом первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей в возрасте 15-17 лет снизилась на 6,3% (с 74,3‰ до 69,6‰), АтД - на 17,6% (с 3,4‰ до 2,8‰).

2. Тяжелое течение АтД у детей в возрасте 13-17 лет, по сравнению с легким и среднетяжелым, клинически проявлялось распространенным кожным процессом, с выраженной сухостью и лихенизацией, нарушением сна и интенсивным зудом, вторичным инфицированием кожи, что способствовало частым обращениям за специализированной медицинской помощью в амбулаторных и стационарных условиях. Тяжелое течение сопряжено с высокими показателями общего IgE (828,4МЕ/л) в период дебюта и формированием поливалентной сенсибилизации к возрасту 13-17 лет.

3. Доказано влияние медико-биологических факторов на формирование тяжелого течения АтД у детей к возрасту 13-17 лет. Тяжелое течение АтД характеризовалось отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям (93,7%), преимущественно по материнской линии (36,9%), непродолжительным грудным вскармливанием (до 3 месяцев 48,6%), манифестацией заболевания на первом году жизни ребенка (100%), частыми инфекционными заболеваниями (ОРИ, энтероколит) (67,6% и 41,4% соответственно), назначением антибактериальной терапии на 1 году жизни у большей части детей (73,9%), высоким уровнем общего IgE в период

манифестации (828,4МЕ/л), положительными пробами на аллергены (90,9%) с повышенной концентрацией аллергенспецифических IgE (60%),

4. Установлено влияние социально-гигиенических факторов на течение АтДу детей в возрасте 13-17 лет. Для тяжелого течения болезни, по сравнению с легким и среднетяжелым, характерны низкая медицинская активность пациентов (23,6%, 36,0%, 61,3%), отрицательный психологический и эмоциональный климат в семье (7,9%, 14,0%, 38,7%), возраст матерей от 30 лет и старше (7,9%, 4,7%, 26,1%), трудовой статус матери – работающая (79,8%, 86,0%, 93,7%), неполная семья (12,4%, 12,0%, 25,2%), курение в семье (48,3%, 21,3%, 67,6%). При этом установлена сильная прямая связь курения в семьях с тяжелым течением болезни ($r=0,7$, $p<0,001$).

5. Доказано, что качество жизни детей с АтД в возрасте 13-17 лет ниже, по сравнению со здоровыми сверстниками (ОБ - 72,0 и 84,9, $p<0,001$) по всем параметрам. Низкие показатели КЖ у детей с АтД выявлены по эмоциональному функционированию, школьному функционированию, социальному функционированию (59,9, 63,8, 68,0 баллов). Параметры качества жизни по оценке родителей выше, чем по самооценке детей с АтД. Наибольшее значение на формирование КЖ имеют степень тяжести течения заболевания (ОБ при легком течении 82,0, тяжелом – 64,0 балла), гендерные различия (ОБ девушки – 64,3, юноши – 79,8 баллов), успеваемость в школе (ОБ низкая – 69,7 и высокая - 73,5 баллов), материальный достаток в семье (ОБ низкий – 67, высокий – 73,2 балла).

6. Установлено, что значимыми прогностически-неблагоприятными факторами формирования тяжелого течения АтД к 13-17 годам явились 14 факторов, из них, 7 - «управляемых» и 7 - «неуправляемых», влияющих на течение АтД, а также возможность устранения или снижения негативного воздействия «управляемых» факторов в процессе диспансерного наблюдения. Использование алгоритма прогнозирования тяжелого течения АтД и формирование индивидуальной профилактической (реабилитационной) программы позволит повысить эффективность диспансерного наблюдения, своевременно проводить профилактические и реабилитационные мероприятия, а путем выявления

«управляемых» прогностических факторов уменьшить число детей с тяжелым течением АтД.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий по устранению прогностически неблагоприятных факторов включить в профилактические программы по снижению неинфекционных заболеваний, в том числе болезней кожи и подкожной клетчатки.

На региональном уровне. Алгоритм прогнозирования течения АтД у детей в возрасте 13–17 лет внедрить в практику врачей-педиатров и врачей-дерматовенерологов для подбора адекватных методов оказания медицинской помощи с учетом тяжести течения болезни.

Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Актуальные вопросы прогнозирования и профилактики тяжелого течения атопического дерматита у детей» включить в пятилетние образовательные циклы НМФО врачей-педиатров и медицинских сестер педиатрических. Обеспечить психологопсихотерапевтическое консультирование семьи детей в возрасте 13-17 лет с АтД с целью профилактики психоэмоциональных и коммуникативных расстройств у ребенка.

На уровне медицинской организации. Обеспечить раннее выявление прогностически-неблагоприятных «управляемых» и «неуправляемых» факторов врачом-педиатром для профилактики формирования тяжелого течения АтД у детей в возрасте 13-17 лет.

Родителей детей с АтД направлять на образовательные семинары по вопросам профилактики и лечения АтД.

Список литературы

1. HLA- ассоциации при тяжелом течении атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Я. Ю. Иллек, Е. А. Зайцева, А. В. Галанина, Н. Г. Муратова // *Фундаментальные исследования*. – 2008. – № 12. – С. 18-20.
2. Алексеева, И. Г. Хроническая гастродуоденальная патология у детей с атопическим дерматитом, осложненным микотической инфекцией / И. Г. Алексеева, Т. Г. Маланичева, С. Н. Денисова // *Тихоокеанский медицинский журнал*. – 2020. – 1(79). – С. 41-45.
3. *Аллергология* / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
4. *Аллергология и иммунология* / под редакцией А. А. Баранова, Л. С. Намазовой-Барановой, Р. М. Хаитова – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Союз педиатров России, 2018. – 492 с.
5. Альбицкий, В. Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки / В. Ю. Альбицкий. – Москва : Союз педиатров России, 2012. – 334 с.
6. Аравийская, Е. Р. Барьерные свойства кожи и базовый уход. Инновации в теории и практике / Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2015. – № 6.– С. 135-139.
7. Атопический дерматит / И. И. Балаболкин, В. И. Гребенюк, А. В. Кудрявцева [и др.] // *Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями*. – Москва : МИА, 2011. – С. 136-173.
8. Атопический дерматит у детей. Некоторые проблемы диагностики и лечения / А. В. Кудрявцева, Ф. С. Флуер, Ю. А. Богуславская, Р. А. Мингалиев // *Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского*. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 227-231.
9. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / Л. С. Намазова-Баранова, А. А. Баранов, А. А. Кубанова [и др.] // *Вопросы современной педиатрии*. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 279-294.

10. Атопический дерматит у подростков как медико-социальная проблема для вооруженных сил / В. В. Гладько, Т. В. Соколова, Е. В. Панкратова [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 330, № 7. – С. 10-14.
11. Балаболкин, И. И. Генетика атопических болезней у детей / И. И. Балаболкин, Е. С. Тюменцева // Вестник РАМН. – 2010. – № 4. – С. 15-22.
12. Балаболкин, И. И. Клинико-иммунологические варианты атопического дерматита у детей и подростков и эффективность патогенетической терапии / И. И. Балаболкин, Т. Е. Садилова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2013. – Т. 92, № 3. – С. 006-013.
13. Баранов, А. А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика / А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин. – Москва : ООО ДЕПО, 2009. – 188 с.
14. Баранов, А. А. Изучение качества жизни в педиатрии / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская. – Москва : Союз педиатров России, 2010. – С. 380.
15. Баранов, А. А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева // Вестник РАМН. – 2011. – № 5. – С. 6-11.
16. Бирюкова, В. В. Спектр сенсibilизации у детей с атопическим дерматитом / В. В. Бирюкова // Современная медицина : актуальные вопросы. – 2014. – № 27. – С. 121-125.
17. Богова, А. В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет / А. В. Богова, Н. И. Ильина, Л. В. Лусс // Российский аллергологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 3-14.
18. Борбоева, А. С. Особенности течения атопических дерматитов у подростков : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. С. Борбоева. – Иркутск, 2005. – 23 с.
19. Бочкарева, М. В. Распространенность и причины формирования атопического дерматита у детей : диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М. В. Бочкарева. – Ижевск, 2006. – 196 с.

20. Булешов, М. А. Социологическая оценка эффективности больничной помощи больным аллергическими дерматитами / М. А. Булешов, Н. М. Дарибаев, Г. А. Кусманбетова // Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы : в 4 частях : сборник статей Международной научно-практической конференции, Казань, 08 июня 2017 г. – Уфа, 2017. – Ч. 4. – С. 157-163.
21. Булина, О. В. Клинико-иммунологическая характеристика атопического дерматита у подростков : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / О. В. Булина. – Санкт-Петербург, 2004. – 22 с.
22. Валиуллиная, С. А. Качество жизни подростков – инвалидов / С. А. Валиуллиная, Е. К. Мочалова // Педиатрическая фармакология. – 2005. – № 2(5). – С. 55.
23. Варламов, Е. Е. Взаимосвязь сенсibilизации к аллергенам коровьего и козьего молока у детей с атопическим дерматитом / Е. Е. Варламов, Т. С. Окунева, А. Н. Пампура // Российский аллергологический журнал. – 2013. – № 2. – С. 61-65.
24. Варламов, Е. Е. Значение цитокинов в патогенезе атопического дерматита / Е. Е. Варламов, А. Н. Пампура, В. С. Сухоруков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 1. – С. 28-33.
25. Вахитов, Х. М. Исходы атопического дерматита, манифестировавшего на первом году жизни / Х. М. Вахитов, И. Н. Сердинская, Т. Г. Маланичева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – № 5 (66). – С. 168-171.
26. Винярская, И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / И. В. Винярская. – Москва, 2008. – 44 с.
27. Винярская, И. В. Современное состояние проблемы изучения качества жизни в педиатрии / И. В. Винярская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 1. – С. 34-35.

28. Влияние вредных факторов окружающей среды на дерматологическое здоровье населения / И. Ю. Жадан, И. В. Яцына, Е. К. Красавина, Я. В. Бешлый // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2021. – Т. 65, № 4. – С. 342-346.
29. Влияние медико-социальных и социально-экономических факторов на формирование инвалидности у детей / А. П. Фисенко, Р. Н. Терлецкая, И. В. Винярская, Е. В. Антонова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 474-480.
30. Возможности оценки тяжести течения атопического дерматита у детей / Е. Ю. Янчевская, О. А. Меснянкина, М. М. Бен, С. Ф. Кучерук // *Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения : в 3 частях : сборник статей VIII Международной научно-практической конференции, 5 апреля 2018 год*. – Пенза, 2018. – Ч. 1. – С. 194-197.
31. Вострикова, С. А. Качество жизни детей с атопическим дерматитом в подростковом возрасте / С. А. Вострикова, Н. И. Пенкина, Д. Н. Королева // *Врач-аспирант*. – 2015. – Т. 72, № 5. – С. 26-30.
32. Вострикова, С. А. Роль медико-биологических и социально-гигиенических факторов в формировании тяжелого течения атопического дерматита у подростков / С. А. Вострикова // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. – 2017. – № 4. – С. 90-92.
33. Габитова, А. А. Атопический дерматит у детей в младенческом возрасте / А. А. Габитова, Л. Т. Иштакбаева, Е. В. Чащевая // *Вестник Башкирского государственного медицинского университета*. – 2019. – № S1. – С. 518-524.
34. Гаврилова, Е. Д. Изучение общего уровня Ig E при первичном и вторичном иммунном ответе / Е. Д. Гаврилова, О. Т. Кудаева, О. М. Перминова // *Вестник уральской медицинской академической науки*. – 2009. – № 2/1. – С. 244-245.
35. Ганиев, А. Г. Особенности течения острых респираторных вирусных инфекций у детей младшего возраста с атопическим дерматитом / А. Г. Ганиев, А. А. У. Абдурашидов // *Проблемы современной науки и образования*. – 2021. – № 5-1 (162). – С. 34-38.

36. Гатиятуллина, Л. Р. Качество жизни детей препубертатного возраста в Республике Башкортостан : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Л. Р. Гатиятуллина. – Ижевск, 2014. – 23 с.
37. Геварзиева, В. Б. Экология аллергических заболеваний у детей / В. Б. Геварзиева // Аллергология и иммунология. – 2000. – Т. 1, № 1. – С. 101-108.
38. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2001 году / отв. ред. : С. Г. Шадрин, В. К. Гасников, В. Н. Савельев [и др.] ; МЗ УР, ИГМА. – Ижевск, 2002. – 239 с.
39. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2003 году / отв. ред. : В. А. Мерзляков, Н. С. Стрелков, В. К. Гасников [и др.] ; МЗ УР, ИГМА. – Ижевск, 2004. – 257 с.
40. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2005 году / [отв. ред. В. А. Мерзляков и др.] ; МЗ УР ; ИГМА. – Ижевск, 2006. – 266 с.
41. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2007 году / [отв. ред. С. П. Субботин и др.] ; М-во здравоохранения УР; ИГМА. – Ижевск, 2008. – 280 с.
42. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2008 году / МЗ УР, ИГМА; [ред. совет: С. П. Субботин и др.]. – Ижевск, 2009. – 282 с.
43. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской республики в 2010 году / [ред. совет: В. М. Музлов и др.] ; МЗ УР, ИГМА. – Ижевск, 2011. – 292 с.
44. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2012 году / [ред. совет: В. М. Музлов и др.] ; М-во здравоохранения УР, ИГМА. – Ижевск, 2013. – 312 с.
45. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2014 году / [ред. совет: А. Д. Чуршин и др.] ; М-во здравоохранения УР, ИГМА. – Ижевск, 2015. – 282 с.

46. Гуцуляк, С. А. Атопический дерматит у детей : учебное пособие / С. А. Гуцуляк. – Иркутск : ИГМУ, 2019. – 72 с.
47. Давиденко, М. С. Объективные критерии снижения приверженности к лечению у больных атопическим дерматитом / М. С. Давиденко, Т. В. Соколова // Проблемы медицинской микологии. – 2020. – Т. 22, № 3. – С. 69.
48. Давыдова, Е. В. Измерение качества жизни / Е. В. Давыдова, А. А. Давыдов. – Москва, 1993. – 52 с.
49. Джумагазиев, А. А. Экологические составляющие здоровья детей астраханского региона : обзор / А. А. Джумагазиев, Д. А. Безрукова // Педиатрическая фармакология. – 2020. – Т. 17, № 4. – С. 328-333.
50. Динамика качества жизни пациентов с тяжелым течением бронхиальной астмы на фоне лечения омализумабом / Е. А. Добрынина, Л. С. Намазова-Баранова, Е. А. Вишнева [и др.] // Педиатрия. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 33-39.
51. Елисютина, О. Г. Клинические фенотипы и молекулярно-генетическая характеристика эндотипов атопического дерматита : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.03.09 / Е. О. Гурьевна. – Москва, 2019. – 48 с.
52. Жаксылыкова, Г. А. Пилотный анализ аллергических заболеваний у детей по методике «ISAAC» в г. Семипалатинске / Г. А. Жаксылыкова, А. Сыздыкова, Р. И. Розенсон // Экология и здоровье детей : материалы 3-й Республиканской научно-практической конференции. – Астана, 2000. – С. 57-58.
53. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей в возрасте 15-17 лет в Удмуртской Республике / М. А. Иванова, С. А. Вострикова, Н. И. Пенкина [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 459-464.
54. Заболевания кожи у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: клиническая характеристика, социальная значимость дерматозов / К. И. Николаева, Н. В. Савченко, М. А. Уфимцева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 12 (195). – С. 127-134.

55. Зайцева, О. В. Лихорадка у детей с аллергическими заболеваниями / О. В. Зайцева // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 3 (38). – С. 6-11.
56. Закирова, Б. И. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита / Б. И. Закирова, И. К. Мамаризаев // Вопросы науки и образования. – 2021. – № 9 (134). – С. 30-32.
57. Захаров, М. А. Полвека организации специализированной медицинской помощи детям, больным аллергодерматозами / М. А. Захаров, К. Н. Сорокина, М. А. Уфимцева // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2019. – № 3-4. – С. 43-46.
58. Знобина, Т. И. Медико-социальные аспекты заболеваемости и инвалидности детей в современной России / Т. И. Знобина, В. Е. Азарко, И. С. Цыбульская // Российский медицинский вестник. – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 42-46.
59. Ильина, Н. И. К вопросу о «преимуществах» антигистаминных препаратах первого поколения / Н. И. Ильина, К. С. Павлова, О. М. Курбачева // Российский аллергологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 12-16.
60. Иминов, К. О. Влияние никотина на иммунный статус у подростков с атопическим дерматитом и эффективность иммунокоррекции / К. О. Иминов, Л. К. Рахманова, М. М. Иминова // The Ninth European Conference on Biology and Medical Sciences, 5 марта 2016 г. – Vienna, 2016. – С. 16-21.
61. Иммуноterapia. Руководство для врачей / под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова, А. Е. Шульженко, О. Г. Елисютина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 286-305
62. Казарин, С. В. Характеристика возрастных особенностей течения атопического дерматита у детей и подростков / С. В. Казарин, Ю. А. Тюков, В. А. Игликов // Человек. Спорт. Медицина. – 2011. – № 39 (256). – С. 74-76.
63. Калабашина, П. М. Проблема комплаентного поведения пациентов и его окружающих в педиатрической практике / П. М. Калабашина, Т. П. Епанешникова, С. С. Широких // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – № 1-1 (117). – С. 288.

64. Камашева, Г. Р. Лечение атопического дерматита у подростков и взрослых: проблемы и пути их решения / Г. Р. Камашева, Р. А. Надеева, Н. Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 6. – С. 52-57.
65. Каурова, Т. В. Медико-социальные и клинико-этические особенности хронических дерматозов у детей старшего возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Т. В. Каурова. – Санкт-Петербург, 2011. – 20 с.
66. Качество жизни больных ювенильным артритом в условиях лечения химерными моноклональными антителами к ФНО- α / Р. Денисова, Е. Алексеева, В. Альбицкий [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 8(3). – С. 18-26.
67. Кениксфест, Ю. В. Атопический дерматит у детей: клинико-патогенетический подход к оптимизации комплексной терапии и совершенствование специализированной медицинской помощи : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Ю. В. Кениксфест. – Екатеринбург, 2011. – 240 с.
68. Килина, А. В. Клинико-экспертная оценка диспансерного наблюдения детей с атопическим дерматитом на педиатрическом участке / А. В. Килина, В. Л. Кочурова // Труды Ижевской государственной медицинской академии : сборник научных статей. – Ижевск, 2020. – С. 79-80.
69. Клименко, В. А. Прогнозирование тяжелого течения бронхиальной астмы у детей / В. А. Клименко, О. С. Кожина // Здоровье ребенка. – 2019. – Т. 14, № 5. – С. 307-311.
70. Клинико-генетические факторы, способствующие развитию атопического дерматита в Республике Башкортостан / С. В. Левашева, Э. И. Эткина, А. С. Карунас [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 26-29.
71. Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями: руководство для врачей / А. А. Балаболкин, В. А. Булгакова, В. Н.

- Гребенюк ; под редакцией И. И. Балаболкина, В. А. Булгаковой. – Москва : МИА, 2011. – 258 с.
72. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом / под редакцией А. А. Кубановой. – Москва : ДЭКС-Пресс, 2011– 40 с.
73. Кожа как орган иммунной системы / Т. Э. Боровик, С. Г. Макарова, С. Н. Дарчия [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 132-136.
74. Козулин, Е. Е. Прогностический метод реабилитации больных атопическим дерматитом / Е. Е. Козулин // Развитие медицинской реабилитации на Дальнем Востоке : материалы XX Межрегиональной научно-практической конференции реабилитологов Дальнего Востока, посвященной 100-летию Декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР «О лечебных местностях общегосударственного значения», 4 апреля 2019 г. – Хабаровск, 2019. – С. 40-44.
75. Корнейчук, Л. С. Выявление значимых факторов риска развития пищевой аллергии у детей / Л. С. Корнейчук, О. Н. Тимофеева, Р. Р. Гафуров // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № S1. – С. 501-505.
76. Коровкина, Е. С. Компонентная аллергодиагностика и пищевая аллергия: современный взгляд на проблему / Е. С. Коровкина // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 3 (38). – С. 14-20.
77. Королева, Т. В. Детский дерматологический индекс качества жизни и семейный дерматологический индекс качества жизни как критерии эффективности физиореабилитации детей с атопическим дерматитом / Т. В. Королева, И. И. Иванова, Е. В. Филатова // Физиотерапевт. – 2020. – № 6. – С. 43-49.
78. Коростовцев, Д. С. Индекс SCORAD объективный и стандартизированный метод оценки поражения кожи при атопическом дерматите / Д. С. Коростовцев, И. В. Макарова, В.А. Ревякина // Аллергология. – 2001. – № 3. – С. 39-43.

79. Краснов, В. М. Здоровье школьников и современные технологии укрепления здоровья / В. М. Краснов, М. В. Краснов, В. И. Кузьмин // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – № 1. – С. 175.
80. Кубанов, А. А. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2018 года / А. А. Кубанов, Е. В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2019 – № 95 (4). – С. 8-23.
81. Кудрявцева, А. В. Анализ осведомленности врачей о диагностике и тактике лечения тяжелых форм атопического дерматита у детей и подростков / А. В. Кудрявцева // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2017. – № 3 (50). – С. 17-22.
82. Кудрявцева, А. В. Современные технологии лечения атопического дерматита у детей и подростков / А. В. Кудрявцева, К. Б. Видякина // Медицинская сестра. – 2014. – № 7. – С. 9-13.
83. Кудрявцева, А. В. Факторы риска прогрессирующего течения атопического дерматита у детей / А. В. Кудрявцева, Т. Н. Короткова // Сеченовский вестник. – 2014. – № 1 (15). – С. 90-99.
84. Кулакова, Е. В. изучение уровня концентрации LL-37 слюны у детей с атопическим дерматитом при различных видах сенсibilизации организма / Е. В. Кулакова // Dental Forum. – 2012. – № 3. – С. 61.
85. Кунгуров, Н. В. Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберг. – Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2007. – 274 с.
86. Кучма, В. Р. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова, Б. Т. Величковский // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 8, № 6. – С. 4-7.

87. Кучма, В. Р. Состояние здоровья и медицинское обеспечение детей Российской Федерации / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева // Вестник РАМН. – 2011. – № 10. – С. 16-21.
88. Левашева, С. В. Атопический дерматит у детей: от факторов риска к клинической манифестации заболевания / С. В. Левашева // Педиатрия Санкт-Петербурга : опыт, инновации, достижения : 14-15 сентября 2015 года, Санкт-Петербург : материалы VII Российского Форума. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 68-78.
89. Левашева, С. В. Нарушения регуляции эпидермального барьера в формировании атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / С. В. Левашева. – Москва, 2015. – 22 с.
90. Леушина, Е. А. Особенности самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями / Е. А. Леушина // Вестник психотерапии. – 2016. – № 57 (62). – С. 71-82.
91. Леушина, Е. А. Эмоционально- ценностное отношение к себе у подростков с хроническими аллергическими заболеваниями / Е. А. Леушина // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2016. – Т. 7, № 1. – С. 167-172.
92. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – 4-е изд. – Москва : Медицина, 1977. – С. 37-52.
93. Маланичева, Т. Г. Факторы риска атопического дерматита, осложненного грибковой инфекцией / Т. Г. Маланичева, Е. В. Файзуллина, И. Н. Сердинская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – № 4 (64). – С. 167.
94. Маланичева, Т. Г. Эффективность наружной терапии атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией / Т. Г. Маланичева, Н. В. Зиятдинова // Медицинский совет. – 2022. – № 1 (16). – С. 150-152.
95. Мартынов, А. А. Оценка качества жизни как критерий эффективности медицинского вмешательства у больных с атопическим дерматитом : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. А. Мартынов. – Москва, 2003. – 173 с.

96. Мартынов, А. А. Современные подходы к управлению качеством дерматовенерологической помощи: на примере атопического дерматита : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / А. А. Мартынов. – Москва, 2009. – 35 с.
97. Масюк, В. С. Современные вопросы эпидемиологии и патогенеза аллергии и атопии у детей и подростков / В. С. Масюк, О. Г. Хурцилава // Педиатрия. – 2008. – Т. 8, № 4. – С. 112-115.
98. Матвеева, Л. П. Распространенность и основные факторы риска развития поллиноза у детей в Удмуртской Республике : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Л. П. Матвеева. – Ижевск, 2006. – 25 с.
99. Математическая модель прогноза развития атопического дерматита у детей / С. В. Левашева, Э. И. Эткина, А. А. Фазылова [и др.] // Российский аллергологический журнал. – 2016. – № 2. – С. 27-31.
100. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? / Д. Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. – 2013. – № 5. – С. 12-16.
101. Мачарадзе, Д. Ш. Динамика распространенности симптомов аллергических заболеваний по данным ИСААК / Д. Ш. Мачарадзе, С. В. Тарасова // Аллергология и иммунология. – 2002. – Т. 3, № 2. – С. 300-302.
102. Мачарадзе, Д. Ш. Современные клинические аспекты оценки уровней общего и специфических IGE / Д. Ш. Мачарадзе // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 121-127.
103. Мельниченко, Н. Е. Анализ заболеваемости атопическим дерматитом в амурской области за период 2009-2018 гг. / Н. Е. Мельниченко, Л. С. Корнеева, Л. С. Бойкова // Боткинские чтения : Всероссийского терапевтического конгресса с международным участием : сборник тезисов / под редакцией В. И. Мазурова, Е. А. Трофимова. – Санкт-Петербург: Издательство «Человек и его здоровье», 2020. – С. 181-182.
104. Мельниченко, Н. Е. Ретроспективный анализ заболеваемости атопическим дерматитом в амурской области в сравнении с показателями РФ за период 2009-

- 2018 гг. / Н. Е. Мельниченко, Л. С. Корнеева // Материалы XIV Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов / Санкт-Петербургское научное общество дерматовенерологов им. В. М. Тарновского. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 66-68.
105. Методология изучения качества жизни в педиатрии / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская [и др.]. – Москва, 2008. – 16 с.
106. Мешкова, Р. Я. Спонтанная крапивница / Р. Я. Мешкова // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 1 (36). – С. 12-19.
107. Мигачева, Н. Б. Эволюционные аспекты эпидемиологии, лечения и профилактики атопического дерматита : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.03.09 / М. Н. Бегиевна. – Самара, 2019 – 218 с.
108. Минаева, Н. В. Аллергическая заболеваемость у пациентов разных возрастных групп / Н. В. Минаева, Е. А. Девяткова // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36, № 2. – С. 68-74.
109. Мозжухина, Л. И. Об оценке здоровья детей / Л. И. Мозжухина, Н. Л. Черная, Е. В. Шубина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 5. – С. 8-12.
110. Молокова, Г. В. Катамнестическое наблюдение за детьми с ранней манифестацией атопического дерматита, прогноз и профилактика : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Г. В. Молокова. – Пермь, 2009. – 20 с.
111. Монахов, М. В. Здоровье и качество жизни детей в современной России / М. В. Монахов // Качество жизни и экономическая безопасность России / под ред. В. А. Черешнева, А. И. Татаркина. – Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2009. – С. 355-384.
112. Монахов, М. В. Социальная характеристика семей в современной России и здоровье детей / М. В. Монахов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 1. – С. 77-82.

113. Мордовцева, В. В. Роль средств лечебной косметики в уходе за кожей при атопическом дерматите / В. В. Мордовцева, С. А. Масюкова // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2011. – № 4. – С. 4-7.
114. Муратова, Ж. К. Распространенность атопического дерматита у детей школьного возраста в г. Желал-Абад: результаты эпидемиологического исследования / Ж. К. Муратова, О. Ж. Узаков // Медицина Кыргызстана. – 2014. – Т. 1, № 4. – С. 67-69.
115. Намазова-Баранова, Л. С. Аллергия на белок коровьего молока: тактика ведения больных на разных этапах диетотерапии / Л. С. Намазова-Баранова, Т. Э. Боровик, С. Г. Макарова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2013. – Т. 92, № 6. – С. 68-77.
116. Научно-практическая программа «Атопический дерматит у детей : диагностика, лечение и профилактика» / Союз педиатров России. – Москва : Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка : Союз педиатров России, 2001. – 76 с.
117. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы: Указ Президента Российской Федерации от 1.06.2012 № 761 // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 23. – Ст. 2994.
118. Национальные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергией к белкам коровьего молока. Краткий обзор документа / Л. С. Намазова-Баранова, С. Г. Макарова, Г. А. Новик, Е. А. Вишнева // Российский аллергологический журнал. – 2017. – Т. 14, № 2. – С. 55-65.
119. Нефедовская, Л. В. Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения / Л. В. Нефедовская // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 10-12.
120. Никитина, Т. П. Параметры качества жизни у детей 8-18 лет с острым лимфобластным лейкозом в длительной клинико-гематологической ремиссии / Т. П. Никитина // Вестник Международного центра исследования качества жизни. – 2004. – № 384. – С. 63-69.

121. Никитина, Т. П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника PedsQL для исследования качества жизни детей 8-18 лет : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Т. П. Никитина. – Санкт-Петербург, 2004. – 24 с.
122. Новик, А. А. Исследование качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под редакцией академика Ю. Л. Шевченко. – Москва : РАЕН, 2008. – 103 с.
123. Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – Санкт-Петербург : ЭЛБИ, 2009. – 140 с.
124. Новиков, Д. К. Современные методы специфической иммунотерапии аллергических заболеваний / Д. К. Новиков // Аллергология и иммунология. – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 37-50.
125. Новые подходы к оценке нарушения функционирования у детей-инвалидов с позиции качества жизни / И. В. Винярская, Р. Н. Терлецкая, В. В. Черников [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2019. – Т. 22, № 3. – С. 176-181.
126. Оганова, Е. В. Экологические факторы роста распространенности аллергических заболеваний : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук / Е. В. Оганова. – Краснодар, 2006. – 20 с.
127. Огородова, Л. М. Атопический дерматит / Л. М. Огородова, Л. С. Намазова-Баранова, Г. И. Смирнова // Педиатрия : национальное руководство / под ред. А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 495-513.
128. Одномоментное исследование спектра сенсibilизации у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, проживающих в городских условиях алтайского края / Н. В. Шахова, Е. М. Камалтынова, Ю. Ф. Лобанов, Т. С. Кашинская // Российский аллергологический журнал. – 2018. – Т. 15, № 5. – С. 76-80.
129. Озонотерапия в комплексном лечении атопического дерматита у подростков / Я. Ю. Иллек, Е. В. Сулова, В. В. Кузнецова, А. М. Гайнанова // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 49-51.

130. Основы социальной педиатрии : руководство / В. Ю. Альбицкий, Н. В. Устинова, Д. И. Зелинская [и др.] ; под общей редакцией В. Ю. Альбицкого. – Москва : ПедиатрЪ, 2021. – Вып. 23. – 416 с.
131. Оценка качества жизни как составляющая мониторинга состояния детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа / Н. В. Болотова, О. В. Компаниец, Н. Ю. Филина, Н. В. Николаева // Сахарный диабет. – 2009. – Т. 12, № 3. – С. 57-59.
132. Оценка качества жизни членов семьи ребенка с пищевой аллергией с помощью русскоязычной версии вопросника «FLIP» (первые результаты валидизации) / М. И. Петровская, Л.С. Намазова-Баранова, И. В. Винярская, С. Г. Макарова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 52-58.
133. Павленко, Т. Состояние здоровья и качество жизни девочек подросткового возраста г. Оренбурга / Т. Павленко, Е. Калинина, И. Винярская // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 8(5). – С. 9-13.
134. Пазина, М. В. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М. В. Пазина. – Екатеринбург, 2010. – 58 с.
135. Панкратов, О. В. Лечение псориаза и атопического дерматита у детей в условиях детского санатория / О. В. Панкратов, В. И. Раковец, И. Г. Жигунова // Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения : сборник научно-практических работ, посвящённых 40-летию ОАО "Белагроздравница" и 25-летию филиала "Санаторий "Радон" ОАО "Белагроздравница". – Гродно, 2020. – С. 92-97.
136. Патент на изобретение № RU 2630063С Российская Федерация Способ прогнозирования степени тяжести атопического дерматита у детей : № 2016127920 : заявлено 11.07.2016 : опубликовано 05.09.2017, Бюл. № 25 / М. М. Бен, О. А. Башкина, Х. М. Галимзянов [и др.] ; заявитель и патентообладатель (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России. – 10 с.
137. Пахальян, В. Э. Развитие и психологическое здоровье : дошкольный и школьный возраст / В. Э. Пахальян. – Москва : Питер, 2009. – 294 с.

138. Пенкина, Н. И. Распространенность, факторы риска и течение атопического дерматита у детей : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Н. И. Пенкина. – Москва, 2006. – 44 с.
139. Перламутров, Ю. Н. Атопический дерматит: этиопатогенетические аспекты, клинические особенности течения / Ю. Н. Перламутров, К. Б. Ольховская // Пластическая хирургия и косметология. – 2010.– № 4. – С. 643-648.
140. Петрищева, И. В. Некоторые вопросы патогенеза атопического дерматита : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / И. В. Петрищева. – Чита, 2015. – 22 с.
141. Петров, А. С. Атопический дерматит и псориаз: сходства и различия звеньев патогенеза / А. С. Петров, И. К. Каграманян // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 5. – С. 591.
142. Петров, В. И. Базисные принципы и методология доказательной медицины / В. И. Петров // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 38, № 2. – С. 3-9.
143. Петров, В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград, 2006. – 96 с.
144. Пищевая и ингаляционная сенсбилизация при атопическом дерматите / Е. А. Васильева, Ю. Э. Русак, Е. Н. Ефанова, Л. Н. Лебедева // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 17-20.
145. Портняга, Е. А. Причинно-следственная связь пограничных нервно-психических расстройств и атопического дерматита у детей / Е. А. Портняга, А. Н. Селина // Пограничные психические расстройства и их распространенность в педиатрии : материалы Межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, 5 декабря 2019 г. / под редакцией В. Г. Заики, М. Н. Дмитриева. – Ростов-на-Дону, 2019. – С. 157-161.
146. Почивалов, А. В. Факторы риска здоровья школьников и пути их профилактики / А. В. Почивалов, Е. И. Погорелова, О. А. Панина // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 5-2. – С. 54.

147. Предикторная ценность молекулярных маркеров слизистых оболочек кишечника для прогнозирования развития атопического дерматита у детей / Н. Н. Гаджиева, А. Эюбова, Н. Ф. Панахова, И. Гафаров // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2019. – Т. 98, № 6. – С. 71-78.
148. Прием антибиотиков у детей до двух лет как причина развития бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний к 7,5 годам: дозозависимый эффект / Л. Хоскин-Парр, Э. Тейхан, А. Блокер, А. Дж. В. Хендерсон // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 1 (36). – С. 21-31.
149. Проблемы диспансеризации и охраны здоровья детей / А. П. Денисов, Т. Г. Равдугина, О. А. Денисова, О. А. Кун // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 36.
150. Прогнозирование формирования толерантности к пищевым белкам у детей раннего возраста с аллергией на белки коровьего молока / М. И. Петровская, Л. С. Намазова-Баранова, С. Г. Макарова [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 18-28.
151. Программа для оценки риска формирования хронических заболеваний у подростка на основании данных социально-средового анамнеза / С. В. Жуков, В. А. Сибяева, Д. П. Дербенев, Е. Г. Королюк, М. В. Рыбакова, Ю. Е. Степанова, Т. А. Федотова, В. П. Петров, О. В. Щаблинин, Е. А. Миловидова : учебно-методическое пособие. – Москва, 2016. – 244 с.
152. Радионов, В. Г. Обоснование использования адаптогенов в комплексном лечении атопического дерматита / В. Г. Радионов, Л. Н. Провизион // Торсуевские чтения : научно-практический журнал по дерматологии, венерологии и косметологии. – 2019. – № 2 (24). – С. 49-54.
153. Ревякина, В. А. Атопический дерматит у детей. Современные проблемы / В. А. Ревякина, А. С. Агафонов // Российский аллергологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 57-61.
154. Регуляторные Т-клетки при аллергии у детей / А. Д. Донецкова, Н. И. Шарова, М. М. Литвинова, О. В. Бурменская, А. А. Ярилин // Медицинская иммунология. – 2008. – Т. 10, № 2-3. – С. 159-166.

155. Роль пищевой аллергии в развитии атопического дерматита. Позиционная статья ассоциации детских аллергологов и иммунологов России / Ю. С. Смолкин, С. С. Масальский, А. А. Чебуркин, И. А. Горланов // Педиатрия. Consilium medicum. – 2020. – № 1. – С. 26-35.
156. Румянцев, А. Г. Актуальные проблемы подростковой медицины / А. Г. Румянцев, Д. Д. Панков. – Москва, 2007. – 376 с.
157. Синельникова, А. Г. Современные принципы лечения, профилактики и реабилитации детей с атопическим дерматитом, повышающих качество жизни пациентов / А. Г. Синельникова, А. П. Павлова // Современные подходы к продвижению принципов здорового образа жизни : сборник материалов региональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, 29 ноября 2019 г. – Ростов-на-Дону, 2019. – С. 114-119.
158. Сложности дифференциальной диагностики атопического дерматита у детей / Л. В. Беш, О. И. Мацюра, Х. О. Лищук-Якимович [и др.] // Здоровье ребенка. – 2018. – Т. 13, № 6. – С. 570-575.
159. Смирнова, Г. И. Современные подходы к диагностике и лечению осложненных форм атопического дерматита у детей / Г. И. Смирнова // П Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 5. – С. 101-108.
160. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А. Ю. Ненарокомов, Д. Л. Сперанский, Э. В. Аревшатов, А. Ю. Мудрый // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2 (ч. 2). – С. 421-425.
161. Согласительный документ АДАИР «Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра». – Москва, 2004. – 94 с.
162. Соколова, Т. В. Контингенты риска при атопическом дерматите: акцент на подростков / Т. В. Соколова, В. В. Гладько, М. С. Давиденко // Актуальные вопросы дерматовенерологии: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию кафедры дерматовенерологии КГМУ и 100-летию со дня рождения профессора В. А. Леонова / под общей редакцией Л. В. Силиной, Т. П. Исаенко, 11 мая 2018 г. – Курск, 2018. – С. 141-146.

163. Соколова, Т. В. Статистика распространенности и заболеваемости атопическим дерматитом детей и подростков: за и против / Т. В. Соколова, М. С. Давиденко // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2019. – № 1. – С. 80-88.
164. Сормолотова, И. Н. Показатели иммунитета и качества жизни при атопическом дерматите у школьников Забайкалья : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / И. Н. Сормолотова. – Москва, 2013. – 22 с.
165. Тайкун, Ч. Д. Психологические особенности при атопическом дерматите у подростков: гендерный аспект / Ч. Д. Тайкун // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты : материалы VII международной научно-практической интернет-конференции, 29 февраля - 05 марта 2016 г. – Чита, 2016. – С. 1370-1376.
166. Тайкун, Ч. Д. Психосемантика образа тела у подростков с диагнозом атопический дерматит / Ч. Д. Тайкун // Архивариус. – 2016. – Т. 2, № 4 (8). – С. 56-58.
167. Терзиева, Е. Д. Медико-демографические показатели здоровья подростков / Е. Д. Терзиева // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 1 : Актуальные проблемы педиатрии : сборник материалов X Конгресса педиатров России. – С. 573.
168. Тихомирова, Г. И. Ответственность пациентов за свое будущее здоровье / Г. И. Тихомирова // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – № 1-1 (117). – С. 493-494.
169. Торопова, Н. П. Атопический дерматит у детей и подростков – эволюция взглядов на патогенез и подходы к терапии / Н. П. Торопова, К. Н. Сорокина, Т. С. Лепешкова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – Т. 17, № 6. – С. 50-59.
170. Торопова, Н. П. Атопический дерматит у детей. Современные клиничко-патогенетические аспекты заболевания и подходы к наружной терапии /

- Н. П. Торопова, К. Н. Сорокина, Н. К. Левчик // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8, № 5. – С. 98-105.
171. Торопова, Н. П. Экзема и нейродермит у детей / Н. П. Торопова, О. А. Синявская. – Екатеринбург, 1993. – 447 с.
172. Тренева, М. С. Возможности прогнозирования риска развития атопического дерматита в раннем возрасте по данным аллергологического анамнеза трех поколений родственников / М. С. Тренева, Е. Е. Варламов // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2017. – Т. 96, № 2. – С. 47-51.
173. Тухбатуллина, Р. Г. Анализ состояния заболеваемости и распространенности хроническими дерматозами в Российской Федерации и Приволжском Федеральном округе за период 2013-2017 гг. // Р. Г. Тухбатуллина, А. Ф. Латыпова, Е. В. Файзуллина // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 50-3. – С. 19-25.
174. Узаков, О. Ж. Новое в изучении эпидемиологии атопического дерматита у детей / О. Ж. Узаков, Ш. А. Сулайманов, Ж. К. Муратова // Медицина Кыргызстана. – 2015. – Т. 1, № 4. – С. 61-62.
175. Урбазаева, Л. Б. Дифференциация состояния здоровья детей раннего возраста в зависимости от социального положения семьи / Л. Б. Урбазаева // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2017. – № 1. – С. 37-39.
176. Усков, А. А. Особенности состояния психоэмоциональной сферы подростков с атопическим дерматитом / А. А. Усков, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 4 (81). – С. 114-118.
177. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. – Москва, 2013. – 27 с. – URL : https://raaci.ru/dat/pdf/4atopic_dermatitis.pdf (дата обращения: 25.07.2023).
178. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом / Союз педиатров России, Российское

- общество дерматовенерологов, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. – Москва, 2015. – 32 с.
179. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с пищевой аллергией / Министерство Здравоохранения Российской Федерации Союз Педиатров России ; Российская Ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. – Москва, 2015. – URL : <https://mosgorzdrav.ru/> (дата обращения: 25.07.2023).
180. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом / Министерство Здравоохранения Российской Федерации Союз Педиатров России ; Российская Ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. – Москва, 2015. – URL : <https://zr-vrn.ru/wp-content/uploads/2017/06/.pdf> (дата обращения: 25.07.2023).
181. Хаитов, Р. М. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и аллергодерматозов у детей по критериям ISAAC / Р. М. Хаитов, Л. В. Лусс, Т. У. Арипова // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1998. – № 9. – С. 58-69.
182. Хисматуллина, З. Р. Качество жизни и комплаентность у больных атопическим дерматитом / З. Р. Хисматуллина, Д. В. Печкуров, О. Н. Зайнуллина // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 10-12.
183. Хухлаева, О. В. Формирование психологического здоровья у школьников : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / О. В. Хухлаева. – Москва, 2009. – 50 с.
184. Чарити, Д. Т. Типы отношения к болезни подростков с атопическим дерматитом: гендерный аспект / Д. Т. Чарити // Перспективы науки и образования. – 2015. – № 6 (18). – С. 62-66.
185. Чебуркин, А. А. Анализ противовоспалительной терапии у детей с атопическим дерматитом: как избежать ошибок? / А. А. Чебуркин // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 3 (38). – С. 22-28.
186. Чуева, М. А. Оптимизация терапии заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом и хронической

- крапивницей : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М. А. Чуева. – Волгоград, 2015. – 25 с.
187. Чуева, М. А. Особенности клинико-эндоскопических нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при atopическом дерматите и хронической крапивнице у детей / М. А. Чуева, Н. В. Малюжинская, Е. М. Никифорова // Евразийский союз ученых. – 2014. – № 7. – С. 34-36.
188. Шамов, Б. А. Возрастные особенности иммунной системы у детей старшего возраста с atopическим дерматитом / Б. А. Шамов, А. Г. Шамова, Т. Г. Маланичева // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – № 6. – С. 35-36.
189. Шевченко, Ю. А. Качество жизни в кардиологии / Ю. А. Шевченко // Вестник РВМА. – 2000. – Т. 9. – С. 5-15.
190. Шевченко, Ю. Л. Информационная система исследования качества жизни в медицине // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2005. – № 5-6. – С. 53-68.
191. Шигина, Е. А. Оценка психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с atopическим дерматитом / Е. А. Шигина, И. Л. Шливно // VOLGAMEDSCIENCE : сборник тезисов VI Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием, 16-17 марта 2020 г. – Нижний Новгород, 2020. – С. 188-191.
192. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children / S. L. Prescott, R. Pawankar, K. J. Allen [et al.] // World Allergy Organization. – 2013. – Vol. 6 (1). – P. 21.
193. A role for Th1 and Th2 cells in the immunopathogenesis of atopic dermatitis / G. Markus, A. F. Carla, M. Bruijnzeel-Koomen [et al.] // Immunol. today. – 1998. – Vol.19. – P. 359-361.
194. A systematic review of the psychometric properties of Quality of Life measures for school aged children with cerebral palsy / S. Carlon, N. Shields, K. Yong [et al.] // BMC Pediatrics. – 2010. – № 10. – P. 81.

195. Adolescents with a chronic conditions challenges living, challenges treating / S. M. Sawyer, S. Drew, M. Yeo, C. B. Britto // *Lancet*. – 2007. – Vol. 369, № 9571. – P. 1481-1489.
196. Al-Fayez, G. A. Profile of subjective quality of life and its correlates in a nationwide sample of high school students in an Arab setting using the WHOQOL-Bref / G. A. Al-Fayez, J. U. Ohaeri // *BMC Psychiatr.* – 2011. – № 11. – P. 71.
197. Anosike, A. N. Malocclusion and its impact on quality of life of school children in Nigeria / A. N. Anosike, O. O. Sanu, O. O. da Costa // *West Afric. J. Med.* – 2010. – Vol. 29, № 6. – P. 417-424.
198. Apajasalo, M. Quality of life in early adolescence: a sixteen-dimentional health-related measure (16D) / M. Apajasalo, H. Sintonen, C. Holmberg // *Qual. Life Res.* – 1996. – Vol. 5(2). – P. 205-211.
199. Apajasalo, M. Quality of life in pre-adolescence: a 17-dimentional health-related measure (17D) / M. Apajasalo, J. Rautonen, Holmberg C // *Qual. Life Res.* – 1996. – Vol. 5(6). – P. 532-538.
200. Arakawa, S. Differential exspression of mRNA for Th1 and Th2 cytokine-accotiated transcription factors and supressors of cytokine signaling in peripheral blood mononuclear cells of patients with atopic dermatidis / S. Arakawa, Y. Hatano // *Clin. Exp. Immunol.* – 2004. – Vol. 135 (3) – P. 505-510.
201. Are biologics efficacious in atopic dermatitis? Asystematic review and meta-analysis / I. Snast, O. Reiter, E. Hodak [et al.] // *Am J Clin Dermatol.* – 2018. – Vol. 19 (2). – P. 145-165.
202. Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020 / M. Aw, J. Penn, G. M. Gauvreau [et al.]. – DOI: 10.1159/000502958 // *Int Arch Allergy Immunol.* – 2020. – Vol. 181 (1). – P. 1-10.
203. Berin, M. Food allergy: an epidematic epidemic / M. Berin, H. Sampson // *Trend Immunol.* – 2013. – Vol. 34(8). – C. 390-397.
204. Black, P. N. Dietary fat and astma: is there a connection? / P. N. Black, S. Sharpe // *Eur Respir. J.* – 1997. – Vol.10. – P. 6-12.

205. Bowling, A. Measuring Health: a review of quality of life measurement scales – 2nd edition. – Philadelphia: Open University Press, 1997. – 160 p.
206. Bubnoff, D. Antigen-presenting cells in allergy / D. Bubnoff, E. Geiger, T. Bieber // J. Allergy Clin. Immunol. – 2001. – Vol. 108. – P. 329-339.
207. Cantani, A. Prevention of atopic disease in at risk newborn / A. Cantani, L. Businco // Allergie Immunol. – 1991. – Vol. 3(2). – P. 197-204.
208. Cartwright, A. General Practice Revisited / A second study of patients and their doctors / A. Cartwright, R. Anderson. – London : Tavistock Publications, 1981. – 227 p.
209. Coca, A. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness / A. Coca, R. Cooke // J. Immunol. – 1923. – Vol. 8. – P. 163-182.
210. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I / A. Wollenberg, S. Barbarot, T. Bieber [et al.] // Eur Acad Dermatol Venereol. – 2018. – Vol. 32 (5). – P. 657-682.
211. Distribution of peanut allergen in the environment / T. T. Perry, M. K. Conover-Walker, A. Pomes [et al.] // J. Allergy Clin Immunol. – 2004. – Vol. 113. – P. 973-976.
212. Evidence for a disease-promoting effect of Staphylococcus aureus-derived exotoxins in atopic dermatitis / R. Bunikowski, M. E. Mielke, H. Skarabis [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2000. – Vol. 105. – P. 814-819.
213. Gandhi, N. A. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic Diseases / N. A. Gandhi, G. Pirozzi, N. M. Graham // Expert Rev clin immunol. – 2017. – Vol. 13 (5). – P. 425-437.
214. Hannay, D. R. The Symptom Iceberg / D. R. Hannay ; A Study in Community Health. – London : Routledge and Kegan Paul, 1979. – 218 p.
215. Immunomorphological and ultrastructural characterization of Langerhans cells and a novel inflammatory dendritic epidermal cell (IDEC) population in lesional skin of atopic eczema / A. Wollenberg, S. Kraft, S. D. Hanau, T. Bieber // J. Invest. Dermatol. – 1996. – Vol. 106. – P. 446-453.

216. Kasperberg, M. U. Atopic dermatitis and CD4+ allergen-specific Th2 lymphocytes / M. U. Kasperberg, E. A. Wierenga // *Europ J Dermatol.* – 1992. – Vol. 2. – P. 601-607.
217. Leung, D. The immunology of atopic dermatitis: a potential role for immune modulating therapies / D. Leung // *Clin. Exp. Immunol.* – 1997. – Vol.107: suppl. 1. – P. 25-30.
218. Martinez, F. D. Role of microbial burden in aetiology of allergy and asthma / F. D. Martinez, P. G. Holt // *Lancet.* – 1999. – Vol. 354: suppl. 2. – P. 12-15.
219. Minimum skills required by children to complete health-related quality of life instruments for asthma: comparison of measurement properties / E. F. Juniper, G. Guyatt, D. H. Feeny [et al.] // *Europ. Respir J.* – 1997. – Vol. 10 (10). – P. 2285-2294.
220. Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes / E. Davis, E. Waters, A. Mackirmon [et al.] // *Dev. Med. Child Neurol.* – 2006. – Vol. 48 (4). – P. 311-8.
221. Prevention of Allergic Sensitization And Treatment of Cow's Milk Protein Allergy in Early Life: The Middle-East Step-Down / Y. Vandenplas, B. Al-Hussaini, K. Al-Manna'ei [et al.] // *Consensus. Nutrients.* – 2019. – Vol. 11(7).
222. Rajendran, V. Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment / V. Rajendran, F.G. Roy // *Ital. J. Pediatr.* – 2010. – Vol. 36. – P. 75.
223. Regulation of the high affinity receptor for IgE on human epidermal Langerhans cells / S. Kraft, H. Wessendorf, D. Hanau, T. Bieber // *J. Immunol.* – 1998. – Vol. 161. – P. 1000-1006.
224. School placement and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing / B. Schick, A. Skalicky, T. Edwards [et al.] // *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* – 2013. – Vol. 18, № 1. – P. 47-61.
225. School-aged children after the end of successful treatment of non-central nervous system cancer: longitudinal assessment of health-related quality of life, anxiety and coping / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [et al.] // *Eur. J. Cancer Care.* – 2009. – Vol. 18, № 4. – P. 401-10.

226. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city / T. Duarte-Salles, M. I. Pasarin, C. Borrell [et al.] // *J. Epidemiol. Commun. Health.* – 2011. – № 65. – P. 166-173.
227. Stevens, G. D. Association of experiences of medical home quality with health-related quality of life and school engagement among Latino children in low-income families / G. D. Stevens, C. Vane, M. R. Cousineau // *Health SerVol.Res.* – 2011. – Vol. 46, № 6. – P. 1822-42.
228. Strachan, D. P. Hay fever, hygiene and household size / D. P. Strachan // *BMJ.* – 1989. – Vol. 299. – P. 1259-60.
229. Strid, J. A novel model of sensitization and oral tolerance to peanut protein / J. Strid, M. Thomson, J. Hourihane // *Immunology.* – 2004. – Vol. 113. – P. 293-303.
230. Symptoms of depression and anxiety in patients with thalassemia: prevalence and correlates in the thalassemia longitudinal cohort / L. Mednick, Shuli. Yu, F. Trachtenberg [et al.] // *Am. J. Hematol.* – 2010. – Vol. 85, № 10. – P. 802-805.
231. Tabeleao, V. P. Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil / V. P. Tabeleao, E. Tomasi, S. F. Neves // *Cadern. Saud. Publ.* – 2011. – Vol. 27, № 12. – P. 2401-8.
232. Tay, Y. K. The epidemiology of atopic dermatitis at a tertiary skin center in Singapore / Y. K. Tay, B. P. Khoo, C. L. Goh // *Asian Pac J Allergy Immunol.* – 1999. – Vol. 17. – P. 137-141.
233. The burden of atopic dermatitis in US adults: Health care resource utilization data from the 2013 National Health and Wellness Survey / L. Eckert, S. Gupta, C. Amand [et al.] // *J Am Acad Dermatol.* – 2018. – Vol. 78. – P. 54-61.
234. The development of the How Are You? (HAY), a quality of life questionnaire for children with a chronic illness / J. Bruill, S. Maes, L. Le Coq, J. Boeke // *Qual. Life News Letter.* – 2008. – Vol. 3, № 9. – P. 101-102.
235. The high affinity receptor (Fc(R1) mediates IgE-dependent allergen presentation / D. Maurer, C. Ebner, B. Reininger [et al.] // *J. Immunol.* – 1995. – Vol. 154. – P. 6285-6290.

236. The impact of childhood epilepsy on quality of life: a qualitative investigation using focus group methods to obtain childrens perspectives on living with epilepsy / C. Moffat, L. Dorris, L. Connor, C.A. Espie // *Epilepsy Behav.* – 2009. – Vol. 14, № 1. – P. 179-189.
237. The impact of nutrition education with and without a school garden on knowledge, vegetable intake and preferences and quality of school life among primary-school students / P. J. Morgan, J. M. Warren, D. R. Lubans [et al.] // *Public Health Nutr.* – 2010. – Vol. 13, № 11. – P. 1931-40.
238. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research / N. C. Thenunissen, T. G. Vogel, H. M. Koopman [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2008. – Vol. 7, № 5. – P. 387-397.
239. The relationship between proxy reported health-related quality of life and parental distress: gender differences / E. Davis, B. Davies, E. Waters, N. Priest // *Child Care Health Dev.* – 2008. – Vol. 3, № 6. – P. 830-837.
240. ThePedsQL™ 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision – making / J. W. Varni, M. Seid, T. S. Knight [et al.] // *J. Behav. Med.* – 2010. – Vol. 25, № 2. – P. 175-193.
241. Varni, J. W. The Peds QL TM 4.0 : reability and validity of the Generik Core Scales in healthy and patient populations / J. W. Varni, M. Seid, P. S. Kurtin // *Medical Care.* – 2001. – Vol. 39, № 8. – P. 812.
242. Varni, J. W. The PedsQL Multidimensional Fatigue Scale in pediatric rheumatology: reliability and validity / J. W. Varni, T. M. Burwinkle, I. S. Szer // *J. Rheumatol.* – 2007. – Vol. 31, № 12. – P. 2494-2500.
243. Vieira, M. E. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age / M. E. Vieira, M. B. Linhares // *J. Pediatr.* – 2011. – Vol. 87, № 4. – P. 281-91.
244. Wallander, J. L. Quality of Life Measurement in Children and Adolescent: Issues, Instruments, and Application / J. L. Wallander, M. Schitt, H. M. Koot // *J. Clin. Psychiatr.* – 2010. – Vol. 57, № 4. – P. 571-585.

245. Weintraub, N. Quality of Life in School (QoLS) questionnaire: development and validity / N. Weintraub, A. Bar-HaimErez // Am. J. Occup. Ther. – 2009. – Vol. 63, № 6. – P. 724-31.
246. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood / H. Williams, C. Robertson, A. Stewart [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 1999. – Vol. 103 (1). – P. 125

Приложения

Приложение 1

Индивидуальная карта пациента

Ф.И.О. _____

Пол М/Ж.. _____

Дата рождения _____ **возраст** _____

№ истории болезни/амбулаторной карты _____

Адрес проживания _____

Телефон _____

Житель села/ житель города

Место проживания: семья/ учреждение системы образования (детский дом/ школа-интернат общеобразовательная/ школа-интернат коррекционная), учреждение социальной защиты.

Место учебы _____

Возраст родителей (фактич): мать _____ / отец _____

Возраст родителей (на момент рождения реб): мать _____ / отец _____

Образование родителей:

Мать: высшее/среднее/среднее специальное/неполное среднее

Отец: высшее/среднее/среднее специальное/неполное среднее

Профессии родителей.

Мать _____

Отец _____

Социальный статус родителей

Мать: рабочий / служащий/ учащийся/ домохозяйка/ безработный

Отец: рабочий / служащий/ учащийся/ военнослужащий/ безработный

Наличие профессиональной вредности на период внутриутробного развития плода
у матери _____, у отца _____

Вредные привычки у родителей в период внутриутробного развития плода

у матери: нет/ да (курение/ алкоголь/ психоактивные вещества)

у отца: нет/ да (курение/ алкоголь/ психоактивные вещества)

Состояние здоровья родителей (указать хронические заболевания)

Мать _____

Отец _____

Средний доход на 1 человека в семье (учитывается доход всех членов семьи, участвующих в общем хозяйстве)

До 1 тыс руб	До 3 тыс руб	До 5 тыс руб	До 7 тыс руб	До 9 тыс руб	10 тыс руб и +
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	----------------

Какая сумма денег ежемесячно затрачивается на лечение атопического дерматита (включая приобретение лекарственных препаратов, консультации специалистов, другие виды мед. помощи)? _____ руб.

Жилищно-бытовые условия: неудовлетворительные/ удовлетворительные/хорошие

Санитарное состояние квартиры (дома) сухая/сырая/теплая/холодная

Проживание домашних животных в жилом помещении нет/ да (кошка/собака/грызуны/рыбы/птицы др.) _____

Дата заполнения _____

Жалобы пациента.

Высыпания на коже да/нет; боль да/ нет; жжение да/нет; зуд да/ нет.

Характеристика зуда: постоянный/ приступообразный; усиление нет/да- утром, днем, вечером, ночь.;

Сухость кожи: нет/да-постоянно; во время ремиссий; во время обострений; локальная/общая;

Нарушение сна: нет/да- нарушение засыпания ; пробуждение из-за зуда; расчесы во сне.

Повышение температуры тела нет/да _____ С; потливость да/нет; озноб - да/нет.

Другие жалобы: _____

Anamnesis morbi

Возраст начала заболевания: до 2,4,6,12 месяцев; до 2 лет, до 3 лет, до 4 лет, до 5 лет, до 6 лет.

Возраст первого обращения к врачу по данному заболеванию _____

Возможная причина развития заболевания:

Нарушение диеты мамой в период грудного вскармливания _____

Вакцинация _____

Введение прикорма _____

Применение лекарственных препаратов _____

Перевод на искусственное вскармливание _____

другие причины _____

Локализация и характер первичных высыпаний _____

динамика их распространения на коже _____

эволюция в процессе развития _____

было ли полное разрешение _____

Осложнения заболевания в прошлом(возможные причины) _____

Течение заболевания:

Без ремиссий/с кратковременными эпизодами улучшений на 2-4 нед/ с возрастом кожный процесс усиливается/ с возрастом кожный процесс значительно ослабевает.

Ремиссия наступает при:

Соблюдении гипоаллергенной диеты/ местном лечении кожи/ коррекции функции органов пищеварения/ приема антигистаминных препаратов/ только после лечения в стационаре при комплексной терапии.

Частота обострений в год _____, продолжительность _____, сезонность _____.

Возможные причины обострений:

Нарушение гипоаллергенной диеты (указать продукты) _____

Смена времен года (наступление _____ осени/зимы/весны/лета)

Перенесенные заболевания _____

Применение лекарственных препаратов _____

Вакцинация _____

Прекращение лечения атопического дерматита _____

Физическая нагрузка _____

Эмоциональная нагрузка _____

Применение косметических средств _____

Одежда _____

Другие _____

Отличия проявлений при обострениях от начальных высыпаний

Вовлечение слизистых и /или придатков кожи _____

Характер последнего рецидива дата _____ продолжительность _____

Провоцирующие агенты _____

Отличия от предыдущих высыпаний _____

Проводимое ранее лечение амбулаторное _____ стационарное _____
(указать количество раз в год).

Амбулаторное лечение: кратность обращения к специалистам за курс _____; средняя продолжительность лечения каждого обострения _____.

Стационарное лечение: кратность госпитализаций _____; средняя продолжительность госпитализации _____.

Медикаментозная терапия.

В период лечения применяли (название препарата, продолжительность приема):

Антигистаминные препараты (1 поколения) _____

Антигистаминные препараты (2 поколения) _____

Иммуномодуляторы _____

Мембраностабилизаторы _____

Ферменты _____

Желчегонные _____

Сорбенты _____

Препараты, нормализующие флору ЖКТ _____

Слабительные _____

Другие _____

Физиотерапевтическое лечение (название процедур, количество)

Санаторно-курортное лечение да/нет

Дата лечения _____, название курорта _____

Продолжительность лечения _____

Лечение во время рецидива/ремиссии;

Длительность ремиссии после проведенного сан-кур лечения _____

Другое лечение (указать какое, в т.ч. нетрадиционные методы)

Амбулаторное наблюдение

Аллергологический анамнез

Аллергологические заболевания (реакции) в семье:

У отца и в его семье _____

У матери и в ее семье _____

У братьев и сестер _____

Возможные аллергены

- неинфекционные – пищевые; пыльцевые; бытовые; эпидермальные; медикаментозные; промышленные

- инфекционные – бактериальные; вирусные; грибковые; гельминты.

Реакции на введение вакцин, сывороток, медикаментов, косметических средств (указать название препарата, косметического средства, способ применения, дату реакции) _____

Влияние на кожный процесс метеорологических факторов:

- инсоляция (ухудшение/не влияет/улучшение);

- ветер (ухудшение/не влияет/улучшение)

- холод (ухудшение/не влияет/улучшение)

- повышенная влажность (ухудшение/не влияет/улучшение)

- реакция на механическое трение кожи: нет/да (выраженная/отсутствует/слабая)

- наличие домашних животных нет/ да (какие, как долго) _____

- реакция на ношение шерстяных изделий нет/да (выраженная/отсутствует/слабая)

- реакция на ношение изделий из синтетики нет/да (выраженная/отсутствует/слабая)

- реакция на контакт с хлором, стиральным порошком нет/да (выраженная/слабая)

Наличие в анамнезе следующих состояний (указать сколько раз, возможный аллерген):

отек Квинке _____

крапивница _____

анафилактический шок _____

другие аллергозы _____

Развиваются ли симптомы болезни после того, как пациент съел сыр [], грибы [], алкоголь [], орехи [], мед [], газированные сладкие напитки [], дыню [], арбуз [], бананы [], рыбу [], цитрусовые [], курицу []

ухудшается ли состояние пациента при воздействии косметических средств [], кондиционера [], средств от насекомых [], пыли [], запахов [], цветения деревьев [], трав [], цветов [], постельных принадлежностей [], газет [], лако-красочных изделий [].

Anamnesis vitae

Ребенок от 1/2/3/4/5/ 6 _____ беременности. Роды в срок/преждевременные Масса _____ длина _____ оценка по Апгар _____

Влияние перинатальных факторов риска:

- хронические экстрагенитальные заболевания матери (заболевания органов мочевыделительной системы, ожирение, сахарный диабет, заболевания органов пищеварения, ЛОР- органов, Щитовидной железы, сердечно- сосудистой системы, органов дыхания, нервной системы, психиатрическая патология, сочетанная патология другие _____)

- патология беременности и родов (гестоз I, II; угроза прерывания беременности; анемия, истмико- цервикальная недостаточность, многоводие, гипоксия плода, резус-сенсбилизация, инфекционные заболевания _____)

- медикаментозная терапия во время беременности и родов не проводилась/ проводилась с применением: _____ антибактериальных _____ препаратов (_____)

гормональных препаратов, цитостатиков, противосудорожных, витаминов и др. _____

Характер питания матери во время беременности:

полноценное питание без ограничений/ полноценное питание с ограничением облигатных пищевых аллергенов/ полноценное питание с исключением облигатных пищевых аллергенов/ неполноценное, несбалансированное питание

Характер питания матери во время кормления грудью:

полноценное питание без ограничений/ полноценное питание с ограничением облигатных пищевых аллергенов/ полноценное питание с исключением облигатных пищевых аллергенов/ неполноценное, несбалансированное питание

Курение матери во время беременности нет/да (активное/пассивное/ нет)

Злоупотребление алкоголем во время беременности нет/да (I триместр, II триместр, III триместр, всю беременность)

Употребление психоактивных веществ во время беременности нет/да (I триместр, II триместр, III триместр, всю беременность)

Течение интранатального периода

Продолжительность родов: нормальные, быстрые, стремительные, затяжные.

Осложнения во время родов:

Нарушения сократительной деятельности матки, кровотечения при предлежании или отслойке плаценты, эклампсия, выпадение петель пуповины или частей плода, клинически узкий таз, кровотечения в послеродовом периоде

Пособия и операции в родах: не применялись/ применялись (кесарево сечение, другие виды)

Предшествовали настоящим родам: нормальные роды/ аборт/ выкидыш/ мертворождение/ кесарево сечение/ смерть в неонатальном периоде/ аномалии развития у предшествующих детей.

Родился доношенным/недоношенным (степень недоношенности 1,2,3,4)

Первое прикладывание к груди: в родовом зале/в течение 12 часов/в течение 24 часов/ на 2сутки/ на 3 сутки/ позднее 3 суток/не прикладывался по состоянию матери/ не прикладывался по состоянию ребенка.

Диагноз при выписке из роддома

Вскармливание:

Грудное (до какого возраста _____), смешанное (с какого возраста ____), искусственное (с какого возраста _____).

Введение прикормов (указать возраст) каши ____, соки ____, овощные пюре ____, фруктовые пюре ____, мясо ____, творог ____.

Характер питания в настоящее время : строгая гипоаллергенная диета с учетом непереносимости продуктов/непостоянная и неполная гипоаллергенная диета/ гипоаллергенная диета не соблюдается.

Психоэмоциональная обстановка в семье удовлетворительная/ неудовлетворительная

Семья полная/семья неполная

Количество детей в семье _____

Курение в квартире (доме) да/нет.

Перенесенные заболевания ребенком с рождения до настоящего времени:

Гипотрофия/ рахит/ анемия/ частые ОРВИ/ пневмония/ бронхит/ протозойная инвазия/ глистная инвазия/ заболевания гепато-билиарной системы/ дискинезия толстого кишечника/ гастродуоденит/ заболевания ЦНС/ энтероколит/ другие

Наличие хронических заболеваний _____

Применение антибактериальных препаратов при лечении заболеваний в течение жизни нет/ да (количество проведенных курсов антибактериальной терапии до настоящего времени) _____

Status praesens

На день осмотра

Общее состояние: удовлетворительное/ средней степени тяжести/ тяжелое

Телосложение: нормостеническое/гиперстеническое/астеническое

Физическое развитие: гармоничное/дисгармоничное

Масса тела ____, **рост** _____

Периферический лимфоаппарат не обогащен/ обогащен (группы л/у _____, размер _____, подвижность при пальпации да/нет, болезненность при пальпации да/нет, спаянность между собой, спаянность с кожей, спаянность отсутствует).

Костно-мышечная система _____

Нарушения осанки (да/нет).

Глаза: зуд, жжение, слезотечение, отечность век, выделения, ощущение инородного тела, инъектированность склер

Уши: зуд, закладывание, шум, выделения.

Нос: чихание, ринорея, заложенность, зуд, дыхание через рот, гнойные выделения.

Глотка болезненность при глотании, ощущение сухости, зуд неба, слизь по утрам

Органы дыхания: кашель, боль при кашле, шумное дыхание, мокрота, одышка.

Органы кровообращения: патологических отклонений при осмотре не выявлено/выявленные при осмотре патологические отклонения:

Органы пищеварительной системы: патологических отклонений при осмотре не выявлено/выявленные при осмотре патологические отклонения:

Мочевыделительная система: патологических отклонений при осмотре не выявлено/выявленные при осмотре патологические отклонения:

Наличие очагов хронической инфекции:

Status lokalis

Цвет кожи: физиологический/ мраморный колорит/ гипопигментации/ гиперпигментации/ гиперемия/ бледность/ землистый оттенок/ субиктеричность (иктеричность)/ цианотичность/ другой _____

Дермографизм белый/ красный/ розовый.

Эластичность кожи в норме/снижена.

Гидратация кожи: в норме/сухая/ повышена

Усиление фолликулярного рисунка кожных складок на ладонях и подошвах: да/нет.

Трещины за ушными раковинами: нет/да, в нососщечных складках нет/да. **Хейлит** нет/да.

Блефарит: нет/да. **Волнистая пигментация боковых поверхностей шеи:** да/нет.

Фолликулярный кератоз в области плеч и бедер нет/да. **Ахроматичные пятна** на лице да/нет. **Пигментация век** нет/да. **Отечность (пастозность) лица** нет/да. **Симптом серозных колодцев (Лимбарского)** положительный / отрицательный. (двойная складка на нижнем веке) положительный /отрицательный.

Симптом «полированных ногтей» положительный / отрицательный.

Распространенность кожного процесса: очаговый/диссеминированный/ диффузный.

Характер высыпаний: воспалительный/невоспалительный; симметричный/ несимметричный.

Локализация: _____

Характер сыпи: мономорфная/ полиморфная.

Элементы сыпи:

Цвет-нормальной кожи/розовый/цианотичный/желтоватый/ бледный _____

-форма плоские/полусферовидные/конусовидные/с вдавлением _____

-одиночные/сливные

Размер до _____ **см в диаметре**

Границы четкие/размытые

Очертания округлые/овальные/полигональные/мелкофестончатые/крупнофестончатые

Поверхность гладкая/эрозированная/чешуйчатая/ с геморрагическими корочками

Папулы/ везикулы/пузыри _____

Покрышка у пузырей напряженная /дряблая

особенности проявлений на коже _____

Придатки кожи вовлечены/ интактны.

Признаки вторичной инфекции имеются /отсутствуют

Индекс SCORAD

Эритема (гиперемия)		Экскориации		Зуд (1-10)	
Отек/папулообразование		Лихенификация		Нарушение сна (1-10)	
Мокнутие/корки		сухость		Площадь	

				поражения, %	
--	--	--	--	--------------	--

Результаты лабораторных исследований

Показатели периферической крови

показатели	
Лейкоциты, (10^9 /л)	
Эозинофилы, (%)	
Нейтрофилы, (%)	
Лимфоциты, (%)	
Моноциты, (%)	
Эритроциты, 10^{12} /л	
Гемоглобин, г/л	
Тромбоциты, 10^9 /л	
СОЭ, мм/ч	

Биохимические показатели венозной крови

показатели	

Показатели гуморального иммунитета

IgA, г/л	
IgM, г/л	
IgG, г/л	
IgE, МЕ/мл	

Другие исследования

Вид исследования	Патологических отклонений не выявлено	Выявленные патологические отклонения
Бак. посев с кожи		
Кал на глистно-протозойную инвазию		
Кал на дисбактериоз		
УЗИ внутренних органов		

Клинический диагноз:

Основной	
Осложнения	
Сопутствующий	

Врач _____ (подпись)
 _____ (расшифровка подписи)

Анкета для родителей детей в возрасте 13-17 лет

1. Возраст ребенка _____
2. Характеристика семьи: полная /неполная; кол-во детей в семье _____
3. Возраст родителей: мать _____/отец _____
4. Образование родителей:

	Высшее	Среднее специальное	Среднее	Начальное
Мать				
Отец				

5. Социальный статус родителей

	чиновник	служащий	рабочий	домохозяйка	предприниматель	Безработный
Мать						
Отец						

6. Психологический климат в семье

Очень хороший	Хороший	Удовлетворительный (отношения спокойные, доброжелательные)	Не удовлетворительный (отношения напряженные)

7. Обеспеченность семьи отдельным жильем

Семья проживает в отдельном жилье	У семьи нет отдельного жилья

8. Субъективная оценка санитарно- гигиенических условий жилья

Удовлетворительные и хорошие	Очень сухо	Очень влажно	Холодно

9. Финансовый доход семьи на 1 человека

Ниже прожиточного минимума	На уровне прожиточного минимума	Выше прожиточного уровня

8. Успеваемость ребенка в школе по итогам учебного года

Отличник	Ударник	Учится с тройками

9. Характеристика питания ребенка

Полноценность		Регулярность	
полноценное	Однообразное	Регулярное	Не регулярное

10. Удовлетворенность медицинским наблюдением

Довольны	Не всегда довольны	Не довольны