

Статистика распространенности и заболеваемости атопическим дерматитом детей и подростков: за и против

Т.В. Соколова, М.С. Давиденко

Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия

Statistics of prevalence and sickness rate at atopic dermatitis of children and teenagers: pro and contra

T.V. Sokolova, M.S. Davidenko

Institute of Medical and Social Technologies of Moscow State University of Food Production, Moscow, Russia

Аннотация

Сравнение интенсивных показателей распространенности и заболеваемости атопического дерматита в 2009, 2010, 2015 и 2016 гг. подростков (15-17 лет) и детей (0-14 лет) указывает на эпидемиологическую значимость более старше возрастной группы. Перерасчет интенсивных показателей на продолжительность каждого периода (3 года и 14 лет) указывает на факт их лидирования, а коэффициент диспансеризации подтверждает эту закономерность.

Ключевые слова

Атопический дерматит, распространенность, заболеваемость, дети, подростки.

Актуальность исследования. В России с настоящего время наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья населения, особенно значимое в возрастной группе от 0 до 18 лет. За последние 5 лет в 1,3 раза увеличился показатель общей заболеваемости детей до 14 лет и подростков (15-17 лет). [1]. Не случайно правительством РФ с 2016 г. реализуется национальный проект «Здоровье», а с 2014 г. – государственная программа «Развитие здравоохранения» [2].

Значительный удельный вес в структуре общей заболеваемости человека имеют аллергические заболевания. В структуре аллергодерматозов доля атопического дерматита (АтД) составляет 50-60%. Этот показатель увеличивается из года в год [3, 4, 5]. Анализ частоты и структуры

Summary

Comparative analysis of prevalence and morbidity of atopic dermatitis in adolescents (15-17 years) and children (0-15 years) according to official statistics for 2009, 2010, 2015 and 2016, testifies to the importance of adolescents in the epidemiology of this dermatosis. And recalculation of intensive indicators for the duration of each period (3 years and 14 years) confirms the fact of their lead. The calculation of the coefficient of prophylactic medical examination of children and adolescents confirms this pattern.

Keywords

Atopic dermatitis, prevalence, morbidity, children, adolescents.

госпитализации больных дерматозами свидетельствует о стабильном преобладании больных с тяжелыми формами аллергодерматозов (56,8%) [6]. В общей структуре дерматозов на долю АтД приходится от 5 до 30% [7, 8, 9]. АтД по данным мировой статистики преобладает у детей, при встречаемости от 3% до 15% [10.]. Традиционно считается, что АтД у детей является лидирующей дерматологической патологией [3, 7, 11, 12, 13].

АтД является результатом взаимодействия генетических и средовых факторов. Поэтому его встречаемость в мировом масштабе значительно варьирует. Международное исследование с участием 56 стран и 154 медицинских центров и при использовании единых стандартизированных критерии диагностики позволило определить

встречаемость АТД в различных странах мира [14, 15]. Там за 10 лет обследовано более 700000 детей. Дизайн исследования был различным: врачи осматривали школьников, детей от матерей, больных астмой, осуществляли ретроспективный анализ медицинской документации в лечебных учреждениях и т.п. Выборка лиц, включенных в исследование, колебалась от 357 детей в Дании [15] до 508490 в Японии [16]. В 25 Европейских странах и США встречаемость АТД составляла в среднем 7,1% при колебании от 22% до 17,6% [17]. Минимальные значения встречаемости АТД зарегистрированы в Южной Африке (1%) [18], Эфиопии (1,8%) [19], Румынии (18%) [20], а максимальные – в Дании (44%), Австралии (28,7%) [15], Великобритании (25,3%) [21], Японии (22,9%) [16]. Половых различий не выявлено. В возрастной группе старше 20 лет в Норвегии и Великобритании встречаемость АТД была минимальной (2%) [15, 21].

В то же время как в России, так и за рубежом, на протяжении 40 последних лет регистрируется стойкая тенденция увеличения числа больных АТД. Это ограничивает жизненные и социальные функции ребенка [22, 23, 24]. За последние три десятилетия прошлого века в странах Европы зарегистрирован рост заболеваемости детей АТД в 6,6 раза [25], в РФ за 5 лет 21-го столетия – в 1,9 раза [11], а спустя 5 лет – еще в 2 раза [26, 27].

Вопреки существующей традиции называть данное заболевание у детей раннего возраста «детской экземой» или «диатезом», ВОЗ приняло решение обозначать данную патологию как АТД. Это нашло отражение в соответствующей классификации [28, 29]. Максимальные уровни заболеваемости АТД наблюдались у детей, рожденных после 30-х годов 20-го столетия [30]. У 60-70% детей начало манифестации АТД совпадает с первыми месяцами жизни [31]. В дальнейшем наблюдается хронизация процесса под влиянием многочисленных экзогенных и эндогенных факторов. Поздняя манифестация АТД у детей в старших возрастных группах, по мнению ряда авторов, наблюдается достаточно часто [32, 33].

АТД имеет междисциплинарное значение. В структуре социально значимой медицинской патологии АТД стоит на 4 месте [34]. Около трети больных с данным дерматозом обращается первично к смежным специалистам [35]. Данные различных авторов свидетельствуют, что в экономически развитых странах АТД имеют около 30% детей. В тоже время многие авторы отмечают, что в 30-60% случаев заболевание персистирует во взрослом возрасте [8, 36, 37,

38, 39]. В ходе исследования, проведенного в трех городах РФ (Санкт-Петербург, Пермь, Самара), поздняя манифестация АТД у населения в возрасте 18 лет и старше выявлена у 18,4% женщин и у 16,5% мужчин. Основная численность больных (69,5-94,3%) регистрировалась в возрасте 18-35 лет. А в г. Пермь 57,1% женщин, страдающих АТД, были даже в возрасте 36-55 лет [40]. В данном случае не исключен факт гипердиагностики заболевания.

Целенаправленное диссертационное исследование, выполненное в г. Улан-Удэ (Республика Бурятия), свидетельствует об увеличении с 1999 по 2002 гг. интенсивного показателя заболеваемости (ИПЗ) аллергодерматозами в возрастной группе 0-17 лет с 2779 до 3307, а АТД – с 1825 до 2100 [41]. В последующие годы (2005-2016 гг.) в этом регионе по данным МЗ РФ интенсивный показатель распространенности (ИПР) АТД у детей был высоким: 2089,4 (2010), 1968,5 (2014). Однако за 8 лет (с 2009 по 2015 гг.) ИПЗ АТД снизился в 1,6 раза (1520,2 против 977,8). У подростков ИПР АТД за 3 года (2014-2016) уменьшился в 1,7 раза (945,2 против 1614,6), а ИПЗ за 6 лет (2010-2016) – в 3,2 раза (221,5 против 715,6) [42]. Эти данные свидетельствуют, что заболеваемость АТД напрямую зависит от активности научных исследований, проводимых в регионе.

Мировой ИПЗ АТД по данным на 1995 г. составлял 15‰ (расчет на 1000 населения) [43]. В России спустя 10 лет (2005-2006 гг.) ИПР (впервые зарегистрированные больные + диспансерная группа) у населения был очень низким 4,6-4,8‰ [44]. Максимальный показатель зарегистрирован у детей (17,4-18,5‰), ниже – у подростков (10,6-10,7‰) и самый низкий – у взрослых (1,9‰). Существенно, что в регионах РФ в 2016 г. ИПР АТД значительно отличались – от 1,1‰ (республика Адыгея) до 10,1‰ (г. Санкт-Петербург), так же как и ИПЗ – от 0,26‰ (Астраханская область) до 5,2‰ (Республика Саха Якутия) [42].

Региональные сведения о заболеваемости подростков АТД единичны. По материалам призывных комиссий Ульяновской области среди дерматозов различного генеза доля АТД составила 48,9%, что послужило причиной признания таких юношей негодными для службы в ВС РФ [45]. Интересные данные о роли подростков мужского пола в эпидемиологии АТД получены в Одинцовском районе Московской области в 2002-2006 г. [46]. Показано, что ИПР (в 1,7-4,3 раза) и ИПЗ (1,5-4,4 раза) АТД на протяжении пяти лет у данного контингента был выше чем у девушек того же возраста.

Цель исследования. На основании сравнительного анализа ИПР и ИПЗ АтД у детей и подростков в РФ и ее Федеральных округах (ФО) за 4 года (2009, 2010, 2015 и 2016) доказать эпидемиологическую значимость подростков.

Материалы и методы исследования

Использованы данные Министерства здравоохранения России, приведенные в отчете «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость ИППП, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2015-2016 гг.» [42], взятые пошагово за 2009, 2010, 2015 и 2016 гг. Рассчитаны показатели диспансеризации детей и подростков с АтД в 2015 и 2016 гг. по формуле:

$$100 - \frac{\text{ИПЗ АтД} * 100}{\text{ИПР АтД}}$$

где:

ИПЗ – интенсивный показатель заболеваемости;

ИПР – интенсивный показатель распространенности.

Результаты и их обсуждение

Работа проводилась поэтапно:

1 этап. Анализ ИПР и ИПЗ АтД населения РФ в целом.

2 этап. Анализ ИПР и ИПЗ АтД детей в возрасте в РФ и ФО.

3 этап. Анализ ИПР и ИПЗ АтД подростков в РФ и ФО.

4 этап. Определение по данным официальной статистики контингентов риска по АтД в РФ.

1 этап

В таблице 1 представлены данные о распространенности АтД у населения РФ и ее ФО.

За последние 8 лет (2009, 2010, 2015, 2016.) ИПР АтД у населения РФ был стабильным: 480,0 (2009), 462,9 (2010), 435,8 (2015), 439,2 (2016). Наивысшее значение этого показателя зарегистрировано в С-ЗФО: 649,2 (2005), 642,8 (2010), 688,2 (2015) и 738,1 (2016); наименьшее – в С-КФО (304,0; 300,7; 309,3 и 338,2, соответственно) и ЮФО (312,7; 310,4; 278,0 и 279,9).

ИПЗ АтД в РФ в целом за указанные годы был меньше ИПР в 2009 г. в 1,8 раза (263,0 против 480,0); в 2010 г. – в 1,8 раза (248,2 против 462,9);

Таблица 1. ИПР АтД у населения в РФ и ФО

Субъекты РФ	ИПР АтД на 100000 населения			
	2009	2010	2015	2016
Российская Федерация (РФ)	480,0	462,9	435,8	439,2
Центральный ФО (ЦФО)	383,4	364,8	302,2	284,7
Северо-Западный ФО (С-ЗФО)	649,2	642,8	688,2	738,1
Приволжский ФО (ПФО)	573,4	572,5	553,1	560,0
Уральский ФО (УФО)	517,4	536	484,6	468,6
Южный ФО (ЮФО)	312,7	310,4	278,0	279,9
Северо-Кавказский ФО (С-КФО)	304,0	300,7	309,3	338,2
Сибирский ФО (СФО)	485,2	492,3	486,2	478,9
Дальневосточный ФО (ДВФО)	426,4	484,4	536,1	547,4

Таблица 2. Заболеваемость АтД населения в РФ и ФО

Субъекты РФ	ИПЗ АтД на 100000 населения			
	2009	2010	2015	2016
РФ	263,0	248,2	209,4	202,8
ЦФО	195,7	202,6	142,9	123,8
С-З ФО	309,4	302,7	299,5	330,2
ПФО	302,2	318,6	286,8	282,5
УФО	291,8	338,8	158,9	193,8
ЮФО	181,0	167,3	115,5	130,8
С-КФО	168,9	174,4	156,0	159,8
С ФО	269,3	262,2	245,5	223,7
ДФО	479,3	684,3	571,0	520,5

в 2015 г. – в 2,1 раза (209,4 против 435,8) и в 2016 г. – в 2,2 раза (202,8 против 439,2). Учитывая, что показатель распространенности является суммой числа больных, состоящих на диспансерном учете и впервые зарегистрированных в текущем году, можно полагать, что их отличие всего лишь в 1,9-2,2 раза может быть обусловлено несколькими причинами. Это снятие с учета ряда больных в связи с выздоровлением, изменением места жительства, неявкой на диспансерный учет и др. Стабильно высокие ИПЗ АтД за указанный период регистрировались в ДФО (479,3; 684,3; 571,0 и 520,5 соответственно). Наименьшие значения имели место в ЮФО (181,0; 167,3; 115,5 и 130,8 соответственно).

II этап

ИПР АтД у детей в 2009 и 2010 гг. по сравнению с 2015 и 2016 гг. был несколько ниже. Отмечен значительный диапазон его колебаний в ФО: от 573,2 (2009, С-КФО) до 3550,7 (2010, ДФО). Наиболее высокие показатели зарегистрированы в ДФО (3547,0; 3550,7; 3410,3 и 2877,9 соответственно) и С-3ФО (3057,1; 3084,1; 3038,8 и 3283,1 соответственно), а минимальные значения – в

С-КФО (573,2; 713,4; 651,5 и 693,6 соответственно).

Интересные данные получены при сравнении ИПР АтД у населения в целом с таковым у детей 0-14 лет (таблица 4).

Значительное преобладание ИПР АтД у детского контингента по сравнению с населением РФ в целом зарегистрировано в ДФО (разница в 5,3-8,3 раза). Несколько ниже этот показатель был в РФ, ЦФО, С-3ФО, УФО, ПФО и ЮФО. Соотношение дети/население РФ колебалось от 3,6 раза (ЮФО, УФО) до 4,8 раза (С-3ФО). Минимум зарегистрирован в С-КФО и СФО (разница в 1,9-2,2 раза).

Иными словами, соотношение ИПР АтД у населения РФ, ее ФО с таковым у детей имеет широкий диапазон колебаний – 1,9-8,3 раза. Можно полагать, что причиной этого являются недостатки в диспансеризации данного контингента населения как у дерматологов, так и у смежных специалистов (педиатры, аллергологи и др.).

Диапазон колебаний ИПЗ АтД у детей был также значительным: от 305,7 (2016, С-КФО) до 2298,8 (2009, ДФО). Наиболее высокие ИПЗ зарегистрированы в ДФО (2298,8; 2332,4; 1771,4 и

Таблица 3. Распространенность АтД у детей в РФ и ФО

Субъекты РФ	ИПР АтД на 100000 населения (0-14 лет)			
	2009	2010	2015	2016
РФ	1881,0	1847,2	1670,3	1657,2
ЦФО	1765,2	1687,2	1253,8	1192,0
С-3ФО	3057,1	3084,1	3038,8	3283,1
ПФО	2334,9	2315,4	2251,3	2192,4
УФО	2041,1	1943,8	1756,2	1723,6
Южный ФО	1301,6	1253,0	1040,1	1014,8
С-КФО	573,2	713,4	651,5	693,6
СФО	1094,4	1377,0	1315,4	1157,1
ДФО	3547,0	3550,7	3410,3	2877,9

Таблица 4. Сравнение ИПР АтД у населения РФ и у детей

Субъекты РФ	Во сколько раз ИПР у детей > ИПР у населения РФ в целом			
	2009	2010	2015	2016
РФ	4,0	4,0	3,8	3,8
ЦФО	4,6	4,6	4,1	4,1
С-3ФО	4,7	4,8	4,4	4,4
ПФО	4,1	4,0	4,1	3,9
УФО	3,9	3,6	3,6	3,7
ЮФО	4,2	4,0	3,7	3,6
С-КФО	1,9	2,4	2,1	2,0
СФО	2,2	2,8	2,7	2,4
ДФО	8,3	7,3	6,4	5,3

1649,1) и С-ЗФО (1644,8; 1588,1; 1697,2 и 1613,7), а минимальные – в С-КФО (356,2; 415,7; 326,0 и 305,7).

Полученные данные свидетельствуют роли детей в эпидемиологии АтД.

III этап

Диапазон колебаний ИПР АтД у подростков был значительным: от 275,3 (2010, ЮФО) до 2191,8 (2016, С-ЗФО). Максимальное значение

ИПР зарегистрировано в С-ЗФО (1919,5; 2047,4; 2132,0; 2191,8), менее высокие – в ДФО (1454,8-1732,1), СФО (963,5-1707,1), УФО (1098,3-1612,5) и ПФО (1198,2-1325,9), а минимальное – в ЮФО (275,3-467,8) и в С-КФО (593,9-909,3).

ИПР АтД у детей по сравнению с подростками был выше, более чем в 1,7-3,8 раза в ЮФО (2,7-3,8), ДФО (1,7-2,4) и ПФО (1,7-1,8) ФО. В ряде ФО это соотношение не превышало 1,6 раза: ЦФО (1,2-1,6), С-ЗФО (1,4-1,5), УФО (1,2-1,6). Только

Таблица 5. Заболеваемость АтД детей в РФ и ее ФО

Субъекты РФ	ИПЗ АтД на 100000 населения (0-14 лет)			
	2009	2010	2015	2016
РФ	1120,8	1068,2	878,7	836,7
ЦФО	1089,7	1033,8	678,8	611,0
С-ЗФО	1644,8	1588,1	1697,2	1613,7
ПФО	1383,7	1362,7	1243,1	1170,0
УФО	1147,6	1351,3	506,6	478,7
ЮФО	703,2	690,3	470,5	493,2
С-КФО	356,2	415,7	326,0	305,7
СФО	764,0	952,4	810,3	627,2
ДФО	2298,8	2332,4	1771,4	1649,1

Таблица 6. Распространенность АтД у подростков в субъектах ФО

Субъекты РФ	ИПР АтД на 100000 населения (15-17 лет)			
	2009	2010	2015	2016
РФ	1133,7	1116,8	1140,6	1159,4
ЦФО	1091,7	1044,3	1034,4	932,7
С-ЗФО	1919,5	2047,4	2132,0	2191,8
ПФО	1321,7	1325,9	1198,2	1250,7
УФО	1565,9	1612,5	1222,4	1098,3
ЮФО	442,4	467,8	275,3	321,8
С-КФО	663,7	593,9	909,3	839,0
СФО	1465,0	1707,1	1144,0	963,5
ДФО	1602,3	1454,8	1692,1	1732,1

Таблица 7. Сравнение ИПР АтД у детей и у подростков

Субъекты РФ	Во сколько раз ИПР у детей больше ИПР у подростков			
	2009	2010	2015	2016
РФ	1,6	1,6	1,5	1,4
ЦФО	1,6	1,6	1,2	1,3
С-ЗФО	1,6	1,5	1,4	1,5
ПФО	1,8	1,7	1,9	1,7
УФО	1,3	1,2	1,4	1,6
ЮФО	2,9	2,7	3,8	3,1
С-КФО	0,9*	1,2	0,7*	0,8*
СФО	0,7*	0,8*	1,1	1,2
ДФО	2,2	2,4	2,0	1,7

* преобладание ИПР у подростков

в С-КФО (2009, 2015, 2016) и СФО (2009 и 2010) ИПР АтД у подростков был выше, чем у детей.

Диапазон колебаний ИПЗ АтД подростков был значительным: от 248,2 (2015, ЮФО) до 700,5 (2016, С-ЗФО). Максимальный ИПЗ АтД зарегистрирован в С-ЗФО (541,1-700,5). В ПФО (457,1-588,1), СФО (403,2-493,8) и УФО (400,8-436,4) ИПЗ в указанные годы всегда превышал 400. Минимальное значение ИПЗ зарегистрировано ЮФО (251,3-349,0).

Преобладание заболеваемости АтД детей над таковой у подростков более, чем в 4 раза зарегистрировано в ДФО (4,3-5,8); более чем в 2 раза в С-ЗФО (2,3-3), ЦФО (2,0-2,5), ПФО (2,3-2,6). Только в С-КФО (2015, 2016) ИПЗ АтД подростков был выше, чем у детей.

Полученные данные указали на необходимость проведения дополнительных исследований для выяснения значимости подростков в эпидемиологии АтД.

Таблица 8. Заболеваемость подростков АтД в субъектах РФ

Субъекты РФ	ИПЗ АтД на 100000 населения (15-17 лет)			
	2005	2010	2015	2016
РФ	461,0	462,1	422,8	409,1
ЦФО	439,4	462,2	340,0	305,8
С-ЗФО	541,1	570,4	660,8	700,5
ПФО	588,1	568,2	485,2	457,1
УФО	436,3	400,8	405,4	416,2
ЮФО	251,3	327,3	248,2	349,0
С-КО	328,6	320,3	509,8	413,7
СФО	493,8	487,9	434,4	403,2
ДФО	475,8	402,0	409,8	336,1

Таблица 9. Сравнение ИПЗ АтД детей и подростков в субъектах РФ

Субъекты РФ	Во сколько раз ИПЗ у детей превышает ИПЗ у подростков			
	2009	2010	2015	2016
РФ	2,4	2,3	2,1	2,0
ЦФО	2,5	2,2	2,0	2,0
С-ЗФО	3,0	2,8	2,6	2,3
ПФО	2,3	2,4	2,6	2,5
УФО	2,6	3,4	1,2	1,1
ЮФО	2,8	2,1	1,9	1,4
С-КФО	1,1	1,3	0,6*	0,7*
СФО	1,5	1,9	1,9	1,5
ДФО	4,8	5,8	4,3	4,9

* преобладание ИП у подростков над таковым у детей

Таблица 10. ИПР и ИПЗ АтД детей и подростков в РФ в 2015 году

Распространенность atopического дерматита																	
ИП в целом	1670,3																1140,6
ИП на год жизни	116,3																380,2
Возраст (годы)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ИП в целом	878,7																422,8
ИП на год жизни	62,7																140,9
Заболеваемость atopическим дерматитом																	

IV этап

ИПР и ИПЗ детей охватывает численность контингента от 0 до 14 лет, подростков – от 15 до 17 лет, т.е. всего 3 года. В таблицах 10 и 11 представлены данные о распространенности и заболеваемости АтД детей и подростков за 2015 и 2016 гг.

Они наглядно свидетельствуют о том, что интенсивные показатели для детей за 2015 и 2016 гг. составили 1670,3 и 1657,2, а у подростков, соответственно, 1140,6 и 1159,4. Распределяя эти показатели на каждый год жизни (к 14 годам), увидим, что у детей для 2015 и 2016 гг. они составят 116,3 и 118,3, а у подростков (3 года) – 380,2 и 386,5 (соответственно). Иными словами, распространенность АтД у подростков оказывается в 3,2–3,3 раза выше, чем у детей.

Аналогичная закономерность выявлена и для ИПЗ АтД. У детей ИПЗ охватывающий возрастную группу от 0 до 14 лет, был высоким: 878,7 (2015) и 836,7 (2016), а подростков (15-17 лет)

– значительно ниже: 422,8 (2015) и 409,1 (2016). При расчете ИПЗ детей на каждый год жизни его значение составило 62,7 (2015) и 59,8 (2016), а у подростков – 140,9 (2015) и 136,4 (2016). Преобладание ИПЗ АтД у подростков в 2,2 (2015) и 2,3 (2016) по сравнению с детьми свидетельствует об их значимости в эпидемиологии данного дерматоза.

Рассчитан показатель диспансеризации детей и подростков с АтД в РФ в 2016 г.

Практически во всех ФО показатель диспансеризации детей был в пределах 50%. Диапазон колебаний его значений был минимальным – от 42,7% (ДФО) до 55,9% (С-КФО). И только в УФО он достигал 72,2%. Полученные данные свидетельствуют о том, что ежегодно впервые регистрируется детей, больных АтД, столько же, сколько состоит на диспансерном учете. Как можно оценивать это соотношение?

- Не все дети, обратившиеся к дерматологу, ставятся на диспансерный учет. Не исключено, что

Таблица 11. ИПР и ИПЗ АтД детей и подростков в РФ в 2016 году

Распространенность атопического дерматита																	
ИП в целом	1657,2																1159,4
ИП на год жизни	118,4																386,5
Возраст (годы)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ИП в целом	836,7																409,1
ИП на год жизни	59,8																136,4
Заболеваемость атопическим дерматитом																	

Таблица 12. Показатели диспансеризации и впервые взятых на учет детей и подростков с АтД в субъектах РФ в 2016 г

Субъекты РФ	Дети 0-14 лет		Подростки 15-17 лет	
	Диспансерная группа (%)	Впервые взяты на учет (%)	Диспансерная группа (%)	Впервые взяты на учет (%)
РФ	49,5	50,5	64,7	35,3
ЦФО	48,7	51,3	67,2	32,8
С-ЗФО	50,8	49,2	68,0	32,0
ПФО	46,6	53,4	63,5	36,5
УФО	72,2	27,8	62,1	37,9
ЮФО	51,4	48,6	0	108,7
С-КФО	55,9	44,1	50,7	49,3
СФО	45,8	54,2	58,2	41,8
ДФО	42,7	57,3	80,9	19,1
г. Москва	48,3	51,7	73,6	26,4
г. Санкт-Петербург	47,1	52,9	77,1	22,9

часть данного контингента состоит на учете у педиатров, аллергологов и пульмонологов (при наличии сопутствующей бронхиальной астмы).

- У большинства детей на протяжении 14-летнего возрастного периода происходит разрешение клинических проявлений заболевания, и они снимаются с диспансерного учета до достижения периода полового созревания.
- Неудовлетворенность медицинской помощью по месту жительства и лечение в другие лечебные учреждения: НИИ, аллергологические центры, кафедры кожных и венерических болезней, частные клиники и т.д.

С другой стороны, показатель диспансеризации подростков был значительно выше и в большинстве регионов превышал 60%. Диапазон его колебаний составлял от 50,7% (С-КФО) до 80,9% (ДФО). Кроме того, в данной возрастной группе АтД впервые регистрировался у 19,1% (ДФО) – 49,3% (С-КО). А в ЮФО диспансерная группа подростков вообще отсутствует, и все они зарегистрированы впервые. Как можно оценить полученные данные?

- Регулярное посещение дерматолога в связи с необходимостью получения медицинского заключения о наличии АтД по месту жительства в период приписки и призыва в армию.

- Постановка на диспансерный учет впервые юношей приписного и призывного возраста, ранее получавших лечение у других специалистов.
- Выявление АтД у юношей призывного и приписного возраста дерматологами военкоматов.
- Недостаточная эффективность терапии АтД в детском возрасте и, как следствие, персистенция заболевания в подростковом периоде.
- Поздняя манифестация АтД у подростков.

Полученные данные свидетельствуют о значимости подростков (15-17 лет) в эпидемиологии АтД. Этот факт требует серьезного анализа для выяснения особенностей обследования, течения АтД и эффективности используемой фармакотерапии.

Вывод

Анализ ИПР и ИПЗ АтД у детей и подростков при их расчете на продолжительность каждого возрастного периода, в также вычисление коэффициента диспансеризации больных в ФО РФ позволили впервые показать лидирование подростков в эпидемиологии данного аллергического заболевания.

Литература

1. Основные характеристики и тенденции состояния здоровья детей (1992-2002 годы). Электронная версия бюллетеня «Население и общество» Центра демографии и экологии человека института народнохозяйственного прогнозирования РАН № 135-136 от 17-30 ноября 2003 года.
2. Кубанова А.А., Кубанов А.А. Мелехина Н.Е., Богданова Е.В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за 2003-2016 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2017; (6): 22-33.
3. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления. Российский медицинский журнал. 2007; 15 (19): 5-7.
4. Соколова Т.В., Гладыко В.В., Панкратова Е.В., Золотнова В.Ю., Айзикович Л.А., Кливитская Н.А. Роль юношей приписного возраста в эпидемиологии атопического дерматита. Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2009; 2(10):14-16.
5. Атопический дерматит: Проблемы и их решение: Учебное пособие. Под ред. профессоров Т.В. Соколовой, В.В. Гладыко. М. Ульяновск. 2010; 72 с.
6. Малишевская Н.П., Пазина М.В. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами. Уральский медицинский журнал. 2011; 8: 20-26.
7. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит (типы течения, принципы терапии). Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та. 2000; 266 с.
8. Ярилина Л.Г., Феденко Е.С., Латышева Т.В. Этиология и патогенез атопического дерматита. М.: Materia Medica. 2000; 25(1): 3-18.
9. Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis. Immunol. Allergy Clin. NA. 2002; 22(1): 1-24.
10. Boguniewicz M., Schmid-Grendelmeier P., Leung D. Atopic dermatitis. J. Allergy Clin. Immunol. 2006; 118: 40-43.
11. Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей. ММА им. И.А. Сеченова. М. 2006; 132 с.
12. Горланов И.А. Детская дерматовенерология. М.: Академия. 2012; 352 с.
13. Ханбабян А.Б. Влияние наружных ингибиторов кальциневрина на сенсibilизацию к грибам рода *Malassezia* у больных атопическим дерматитом. Дисс... канд. мед. наук. М. 2016: 135 с.
14. Odhiambo J.A., Williams H.C., Clayton T.O., Robertson C.F., Asher M.I. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2009; 124 (6):1251-1258.
15. Рудикофф Д. Атопический дерматит и экзематозные расстройства /Д. Рудикофф, С. Р. Коэн, Н. Шайнфельд. М.: Издательский дом «ГОЭТАР-Медиа». 2017: 344 с. : с илл.
16. Yura A., Shimizu T. Trends in the prevalence of atopic dermatitis in school children: longitudinal study in Osaka Prefecture, Japan, from 1985 to 1997. British Journal of Dermatology. 2001; 145(6): 966-973.
17. Harrop, J., Chinn S., Verlato G., Olivieri M., Norbäck D., Wjst M., Ponzio M. Eczema, atopy and allergen exposure in adults: a population-based study. Clinical & Experimental Allergy. 2007; 37(4): 526-535.

18. Chalmers D.A., Todd G., Saxe N., Milne J.T., Tolosana S., Ngcelwane P.N., Williams H.C. Validation of the UK Working Party diagnostic criteria for atopic eczema in a Xhosa-speaking African population. *British Journal of Dermatology*. 2007;156(1):111-116.
19. Haileamlak A., Dagoye D., Williams H., Venn A. J., Hubbard R., Britton J., Lewis S. A. Early life risk factors for atopic dermatitis in Ethiopian children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2005; 115(2): 370-376.
20. Popescu C.M., Popescu R., Williams H., Forsea D. Community validation of the United Kingdom diagnostic criteria for atopic dermatitis in Romanian schoolchildren. *The British journal of dermatology*. 1998; 138 (3): 436-442.
21. Williams H. C., Grindlay D. J. C. What's new in atopic eczema? An analysis of the clinical significance of systematic reviews on atopic eczema published in 2006 and 2007. *Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology*. 2008; 33(6):685-688.
22. Сепиашвили Р.И., Славянская Т.А., Мачарадзе Д.Ш. Этиология и факторы риска развития атопического дерматита. *Аллергология и иммунология*. 2008; 9(2): 205-208.
23. Sepiashvili R.I., Slavyanskaya T.A. Spectrum and prevalence of allergic diseases in the Commonwealth of Independent States (CIS) Countries. *International J. Immunorehabilitation* 2011; 13 (2): 123-126.
24. Slavyanskaya T.A. Spectrum and features of the course of allergic diseases in the CIS countries. «Allergy, Asthma & Immunology: from genes to clinical application». Ed. Revaz Sepiashvili. *MEDIMOND International Proceedings*. 2011; 33-36.
25. Allen B.R. Review of atopic dermatitis literature. *Atopy Reports: Atopic Dermatitis and Related Disorders*. 2001; 1(1): 7-9.
26. Текучева Л.В. Терапия детей, больных атопическим дерматитом, с учетом степени бактериальной обсемененности кожи и тяжести течения заболевания: Автореф. дис. к.м.н. М. 2009; 22 с.
27. Mallola J., Craneb E., von Mutiusc J., Odhambod U., Keile A. Stewart F. The ISAAC Phase Three Study Group The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): A global synthesis received. 2012; 56 с.
28. Ревякина В.А. Атопический дерматит у детей. Проблемы диагностики, классификации и клиники. М.: *Materia Medica*. 2000; 25 (1): 41-49.
29. Юхтина Н.В. Современные представления об атопическом дерматите у детей. Лекция. *Вопросы современной педиатрии*. 2003; 2(1): 74-76.
30. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: *Медицина*. 1999; 230 с.
31. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит. *Медицина для всех*. 2001; 2: 2-8.
32. Соколова Т.В., Гладько В.В., Золотнова В.Ю., Дьячек И.А., Кливитская Н.А. Некоторые аспекты эпидемиологии атопического дерматита у юношей приписного возраста. *Научные труды ГИУВ МО РФ*. М. 2008; 9: 48-50.
33. Панкратова Е.В. Объективизация диагностики атопического дерматита у мужчин призывного возраста с учетом анализа заболеваемости. Автор. дисс... канд. мед. наук. М. 2010; 27 с.
34. Johansson S.G.O., Haahtela T. Руководство WAO по профилактике аллергии и аллергической астмы. *Аллергология и иммунология*. 2005; 6 (1): 81-91.
35. Herd R.M., Tidman M.J., Prescott R.J., Hunter J. Prevalence of atopic eczema in the community: The Lothian atopic dermatitis study. *Brit. J. Dermatol*. 1996; 135 (1): 18-19.
36. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М. МФОЗМиР. 2000; 80 с.
37. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту под ред. Р.М. Хаитова, А.А. Кубановой. М.: Фармарус Принт. 2002. 192 с.
38. Волкова Е.Н. Атопический дерматит. *Лечащий врач*. 2006; 9: 23-29.
39. Современная стратегия терапии атопического дерматита: Программа действия педиатра. Согласительный документ: Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М. 2006; 93 с.
40. Кохан М.М., Самцов А.В., Перламутров Ю.Н., Соколовский Е.В. Анализ методов наружной терапии распространенных дерматозов в оказании специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология». *Вестник дерматологии и венерологии* 2016; 6: 79-93.
41. Болханов Б.С. Оптимизация медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями в системе муниципального здравоохранения городского округа (на примере г. Улан-Уде). Автор. дисс... канд. мед. наук. М. 2009; 23 с.
42. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость ИППП, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2015-2016 гг. М. 2017; 210 с.
43. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина. 1995; 187-194.
44. Ресурсы деятельности кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005-2006 годы (Статистические материалы). М. 2007; 115 с.
45. Соколова Т.В., Гладько В.В., Золотнова В.Ю., Дьячек и др. Роль юношей приписного возраста в эпидемиологии атопического дерматита. *Сибирский журнал дерматологии и венерологии*. 2009; 2(10):14-16.
46. Соколова Т.В., Гладько В.В., Айзикович Л.А. и др. Заболеваемость юношей приписного возраста по данным медицинской комиссии военкомата Одинцовского района. Тез. Научно-исторической конференции, посвященной 300-летию ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. М. 2007; 119-120.

Сведения об авторах:

Соколова Татьяна Вениаминовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института медико-социальных технологий Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Волоколамское шоссе, дом 11. Телефон: +79151672886, E-mail: stv_morf2005@mail.ru

Давиденко М.С. – аспирант кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института медико-социальных технологий Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Волоколамское шоссе, дом 11. Телефон: +79663143203, E-mail: Davidenko707@yandex.ru

Поступила 14.03.2018 г.