

4. Фармакоэкономический анализ применения омализумаба у детей, больных тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой: данные реальной клинической практики в России / А.С. Колбин, Л.С. Намазова-Баранова, Е.А. Вишнева и др. // Педиатрическая фармакология. 2016. Т. 13, № 4. С. 345–353.
5. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma / J. Bousquet, E. Mantzouranis, A.A. Cruz et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 126, № 5. P. 926–938.
6. Аджимуллаева А.З., Сеницина Н.В. Клиническое исследование высокотехнологической медицинской помощи с использованием генно-инженерного препарата Ксолар в терапии тяжелой формы бронхиальной астмы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2018. Т. 8, № 5. С. 216.
7. Власова Ю.А., Машкарин Т.В. Терапия Ксоларом – катанез больных бронхиальной астмой // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3, № 3. С. 712.
8. New perspectives of childhood asthma treatment with biologics / J. Just, A. Deschildre, S. Lejeune et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* 2019. Vol. 30, №2. P. 159–171. doi: 10.1111/pai.13007.
9. Clinical impact of omalizumab treatment in children with severe asthma: Report of a local experience / V. Giubergia, M.J. Ramirez Farnas, V. Pírez et al. // *Arch. Argent. Pediatr.* 2019. Vol. 117, № 2. e115-e120. doi: 10.5546/aap. 2019. eng.e115.
10. «Real-life» experience in asthmatic children treated with omalizumab up to six-years follow-up. / M.M. Folquй, J. Lozano, C. Riggioni et al. // *Allergol. Immunopathol.* 2019. Vol. 47, № 4. P. 336–341. doi: 10.1016/j.aller.2018.09.009.
11. Omalizumab and unmet needs in severe asthma and allergic comorbidities in Japanese children / S. Nishima, M. Kozawa, K.L. Milligan et al. // *Asia Pac. Allergy.* 2019, Jan 22. Vol. 9, № 1. e 7. doi: 10.5415/apallergy.2019.9.e7. eCollection 2019 Jan.
12. Комплексная клинико-экономическая экспертиза применения омализумаба при тяжелой неконтролируемой бронхиальной астме в России / А.С. Колбин, Л.С. Намазова-Баранова, Е.А. Вишнева и др. // *Клиническая фармакология и терапия.* 2016. Т. 25, №5. С.80–85. ■

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В г. САМАРЕ

Н.Б. Мигачева

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

В статье представлены результаты клинико-эпидемиологического исследования по изучению распространенности atopического дерматита (АтД) у детей школьного возраста в г. Самаре. Результаты исследования, проведенного в соответствии с протоколами международной программы ISAAC, позволили оценить истинную распространенность АтД у детей г. Самары в возрасте 7–8 и 13–14 лет, которая составила 7,2 и 4,4% соответственно, что значительно превысило данные официальной статистики.

Ключевые слова: дети, atopический дерматит, распространенность.

The prevalence of atopic dermatitis in school-age children in Samara city

N.B. Migacheva

Samara State Medical University, Samara, Russia

The article presents the results of a clinico-epidemiological trial on the prevalence of atopic dermatitis (AD) in school children in Samara. The results of the study conducted in accordance with the protocol of international

ISAAC program allowed us to assess the true prevalence of AD in Samara children aged 7–8 and 13–14 years. The prevalence obtained were 7,2 and 4,4% respectively, which significantly exceed the data of official statistics.

Keywords: children, atopic dermatitis, prevalence.

ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АтД) в течение многих десятилетий остается одной из актуальнейших проблем педиатрии несмотря на серьезные достижения современной медицины. Кроме того, что АтД является одним из самых ранних и наиболее частых проявлений среди аллергических заболеваний в детском возрасте [1], он почти в половине случаев становится первой ступенью в реализации «атопического марша», что в последующем может сопровождаться присоединением симптомов аллергического ринита и бронхиальной астмы [2]. К сожалению, в связи со сложностью этиопатогенетических механизмов формирования заболевания, особенностями его течения (многообразие клинических проявлений, хронический рецидивирующий характер, значительное негативное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей), в клинической практике возникает множество трудностей, связанных как со своевременной диагностикой АтД, так и с рациональным ведением пациентов [3].

Результаты международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой повсеместной распространенности АтД, значения которой варьируют от 1–3% у взрослых до 10–24% в детской популяции [4]. При этом показатели его распространенности и заболеваемости в разных странах значительно различаются, что может представлять ценность с точки зрения выявления факторов риска АтД и разработки методов его профилактики [5]. В соответствии с результатами широкомасштабного международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC), средняя распространенность симптомов АтД у детей в возрасте 6–7 лет составляет 7,9%, а в возрасте 13–14 лет – 7,3% [6].

В России эпидемиологическая ситуация по АтД соответствует наблюдаемым в мире тенден-

циям. Так, распространенность АтД в различных регионах Российской Федерации по результатам того же исследования составила от 6,2 до 15,5% и при повторном изучении через 5 лет наблюдения возросла в 1,9 раза. Кроме того, в недавно проведенном исследовании распространенности аллергических заболеваний у подростков в двух центрах России (Москва, Томск) наличие клинических симптомов АтД было выявлено у 9,9% анкетированных, диагноз верифицирован у 6,9% участников исследования, что значительно превышает данные официальной статистики [7].

Эпидемиология АтД в течение многих лет остается вопросом пристального изучения в связи с высокой распространенностью заболевания в популяции и его высокой медико-социальной значимостью. К тому же очевидно, что организация высококачественной помощи пациентам, страдающим АтД, и эффективная профилактика заболевания невозможны без знания его истинной распространенности и понимания региональных особенностей. Тем не менее показатели распространенности и заболеваемости АтД в г. Самаре и Самарской области в течение многих лет представлены лишь данными официальной статистики, поскольку эпидемиологических исследований в данном направлении до настоящего времени не проводилось.

В связи с этим **целью исследования** стало изучение распространенности АтД у детей школьного возраста г. Самары и сравнение их с данными официальной статистики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ официальных данных по распространенности АтД в г. Самаре проводился на основании изучения данных годовой отчетной формы «12» федерального статистического наблюдения, а также форм статистической отчетности, предо-

Сведения об авторе:

Мигачева Наталья Бегиевна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443000, г. Самара, пр-т К. Маркса, д. 165А, e-mail: nbtigacheva@gmail.com.

ставленных Самарским областным медицинским информационно-аналитическим центром, осуществляющим контроль за медицинской отчетностью в Самарской области [8].

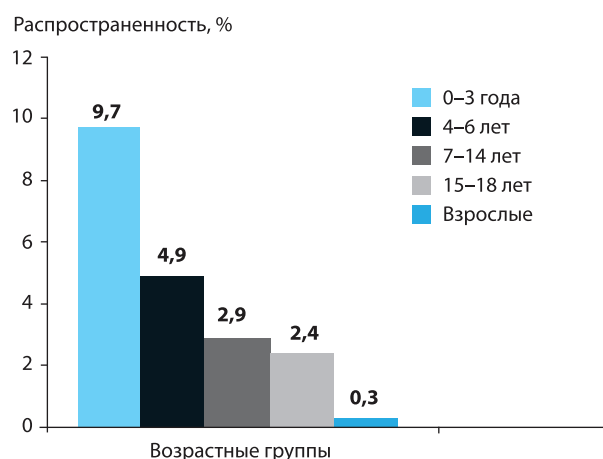
Изучение истинной распространенности АтД у детей школьного возраста (в возрастных группах 7–8 и 13–14 лет) осуществлялось в дизайне одномоментного обсервационного эпидемиологического исследования и проводилось в виде анкетирования школьников (или их родителей в младшей возрастной группе) в соответствии с протоколами программы ISAAC [9] с последующим анализом анкет. Анкетирование осуществлялось в различных районах г. Самары в школах, выбранных по программе случайных чисел.

Исследование включало скрининговый и клинический этапы. Скрининговый этап выполнен с использованием опросника, содержащего вопросы русифицированной версии опросника ISAAC (Приложение 1). Вопросники для 7–8 летних детей заполняли их родители, подростки 13–14 лет отвечали на вопросы анкеты самостоятельно. Пациентом, не имеющим симптомов АтД, считался респондент, ответивший «Нет» на первые 2 вопроса опросника. Все остальные дети, в анкетах которых имелись указания на наличие хронического кожного заболевания в анамнезе или в течение последних 12 месяцев, были отнесены в группу детей с симптомами АтД. Они были осмотрены специалистами, верифицировавшими диагноз и определявшими степень тяжести заболевания. Верификация диагноза осуществлялась на основании федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению АтД по специальностям «Клиническая иммунология и аллергология» [10] и «Дерматология» [11]. Обследование пациентов, помимо общеклинических методов, включало определение степени тяжести заболевания с использованием индекса SCORAD, разработанного Европейской рабочей группой и рекомендованного для использования Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Союзом педиатров России и Ассоциацией детских аллергологов и иммунологов России. При этом легкое течение АтД диагностировалось при значении показателя SCORAD до 20, среднетяжелое течение – при значении 20–40, тяжелое – при значении более 40.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с официальными сведениями о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих на территории Самарской области, распространенность АтД у детей в возрасте до 14 лет в Самарской области в течение последних 5 лет остается стабильной и варьирует от 3146 до 1208,6 на 100000 детского населения в разных возрастных группах. При анализе сведений о случаях обращений пациентов с основным заболеванием и осложнениями основного заболевания «Атопический дерматит» (коды МКБ L20.0, L20.8, L20.9) оказалось, что общее количество обращений по поводу АтД в г. Самаре в 2018 году составило 11,86 на 1000 населения. При этом средний показатель распространенности АтД у детей в возрасте до 18 лет оказался равным 5,1%. При изучении возрастного распределения наибольшее количество пациентов регистрируется в группе детей раннего возраста с последовательным снижением показателя распространенности в старших возрастных группах (рисунок 1).

Рисунок 1. Показатели распространенности атопического дерматита в г. Самаре в 2018 г. в соответствии с данными официальной статистики



Для изучения истинной распространенности АтД у детей г. Самары было проведено сплошное анкетирование 2158 школьников (1097 детей в возрасте 7–8 лет и 1061 детей в возрасте 13–14 лет), при этом 173 опросника (8%) оказались заполненными некорректно. Таким образом, в окончательный анализ вошли 1985 анкет, соответствующих всем требованиям протокола. Все

Таблица 1. Частота клинических проявлений АтД у школьников исследуемых групп в соответствии с опросником ISAAC

Исследуемые признаки	7–8 лет (n=997)		13–14 лет (n=988)		Всего (n=1985)	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
Наличие симптомов АтД в течение жизни (когда-либо)	84	8,4	51	5,2	135	6,8
Наличие симптомов АтД в течение 12 мес.	69	6,9	42	4,2	111	5,6
Поражение типичных для АтД участков	54	5,4	27	2,7	81	4,1
Дебют АтД до 2 лет	62	6,2	–	–	–	–
Дебют АтД в возрасте 2–4 лет	13	1,3	–	–	–	–
Дебют АтД в возрасте старше 5 лет	9	0,9	–	–	–	–
Отсутствие симптомов в течение последних 12 мес.	36	3,6	29	2,9	65	3,3
Отсутствие ночных пробуждений из-за зуда в течение 12 мес.	54	5,4	41	4,1	95	4,8
Ночные пробуждения из-за зуда в течение последних 12 мес. реже, чем 1 раз в неделю	19	1,9	7	0,7	26	1,3
Ночные пробуждения из-за зуда в течение последних 12 мес. 1 раз в неделю и чаще	11	1,1	3	0,3	14	0,7
Установленный диагноз АтД	67	6,7	32	3,2	99	4,9

проанкетированные были разделены на две возрастные группы: 1-ю группу составили 997 школьников 7–8 лет (1 класс), 2-ю группу – 988 школьников 13–14 лет (8 класс). Распределение их по полу оказалось примерно одинаковым. Результаты скринингового этапа исследования эпидемиологии АтД у школьников приведены в таблице 1.

Как видим, у 6,8% школьников в течение жизни выявлялись клинические симптомы АтД. У подавляющего большинства (111 детей из 135) они сохранялись в течение последних 12 месяцев, при этом в 1,6 раза чаще у детей 7–8 лет, чем у подростков 13–14 лет. Интересно, что в младшей возрастной группе половых различий в частоте выявления симптомов АтД обнаружено не было, тогда как у подростков клинические проявления АтД несколько чаще выявлялись у девочек, чем у мальчиков (4,7 и 3,7% соответственно, $p > 0,05$), хотя разница и не оказалась статистически значимой.

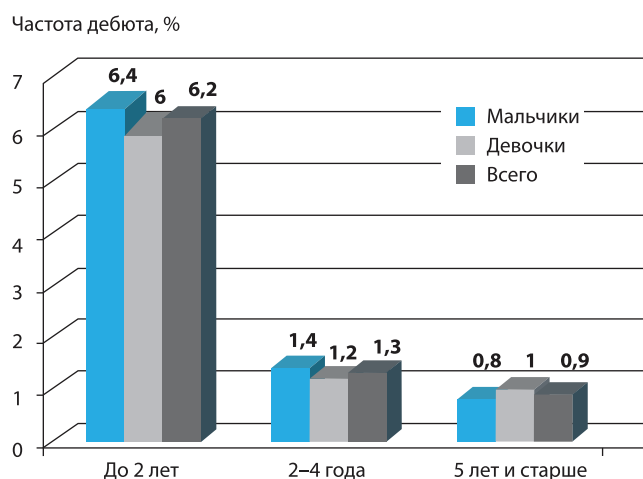
Типичная локализация кожного процесса с поражением кожи локтевых и коленных сгибов, шеи, лица, ягодиц отмечалась у 81 ребенка из 1985 опрошенных (60% всех детей, имевших проявления АтД), причем у младших школьников такие типичные симптомы выявлялись вдвое

чаще, чем у подростков (5,4 и 2,7% соответственно, $p < 0,05$).

При анализе возраста дебюта АтД было выявлено, что у большинства пациентов (6,2%) первые симптомы заболевания появились во младенчестве (до 2 лет), у 1,3% пациентов – в возрасте от 2 до 4 лет, у 0,9% пациентов – в возрасте 5 лет и старше, без статистически значимых различий по полу (рисунок 2).

Периоды полного отсутствия кожных высыпаний в течение последних 12 месяцев наблюда-

Рисунок 2. Распределение школьников по возрасту дебюта atopического дерматита



лись у 3,3% опрошенных школьников, без статистически значимых различий в зависимости от возраста и пола, при этом полное отсутствие ночных пробуждений, связанных с кожным зудом, отмечалось у 5,4% младших школьников и у 4,1% подростков. На редкие ночные пробуждения пожаловались 1,9% детей в возрасте 7–8 лет и 0,7% школьников в возрасте 13–14 лет. Частые ночные пробуждения из-за зуда в младшей возрастной группе встречались в 4 раза чаще, чем в старшей (1,1 и 0,3% соответственно, $p < 0,05$).

У 99 школьников из 1985 (4,9%) в течение жизни был установлен диагноз АтД, чаще у детей младшего возраста по сравнению с подростками (6,7 и 3,2% соответственно, $p < 0,05$).

Как видим, почти у $\frac{3}{4}$ детей АтД начинается в раннем возрасте, распространенность его снижается с возрастом и у подростков встречается в 1,6 раза реже, чем у детей младшего школьного возраста. В 60% случаев АтД протекает с типичной локализацией кожных высыпаний, в 30% случаев – с ночными пробуждениями из-за кожного зуда (чаще в младшей возрастной группе). Почти у половины детей с АтД заболевание протекает с периодами полной ремиссии (исчезновение клинических симптомов в течение последних 12 месяцев).

Итоговый анализ результатов анкетирования позволил выявить 139 школьников с клиническими проявлениями АтД (87 в возрастной группе 7–8 лет и 52 – в группе 13–14 лет), которые были осмотрены специалистами. В итоге диагноз АтД был верифицирован у 115 детей (5,8%), в том числе у 72 детей (7,2%) в возрасте 7–8 лет и у 43 детей (4,4%) в возрасте 13–14 лет. В подавляющем большинстве случаев (69,6%) заболевание у них протекало в легкой форме вне зависимости от возрастной группы и пола (рисунок 3).

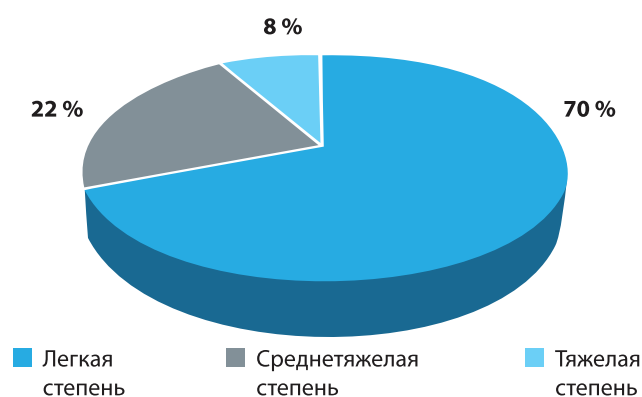
ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что АтД у школьников г. Самары является распространенным хроническим заболеванием, частота которого колеблется между 7,2% в группе младшего школьного возраста и 4,4% у подростков, что сопоставимо с результатами исследований, проведенных по программе ISAAC в различных странах мира и регионах России. При этом обращает на себя внимание гиподиагностика заболевания: диагноз АтД не

был установлен почти у 15% детей (у 6,9% школьников в возрасте 7–8 лет и у 25,6% – в возрасте 13–14 лет). Очевидно, более благополучная ситуация с выявлением АтД в младшей возрастной группе связана с проводимым перед поступлением в 1 класс обязательным углубленным диспансерным осмотром. Кроме того, имеет значение и более выраженная клиническая картина АтД у детей младшей возрастной группы (более высокая частота поражения типичных мест, а также чаще выявляемые ночные пробуждения, связанные с кожным зудом).

Подводя итоги проведенного клинико-эпидемиологического анализа, необходимо отметить, что в соответствии с официальными сведениями о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов Самарской области, распространенность АтД у детей в возрасте от 0 до 14 лет не превышает 1,2–1,4%, что значительно ниже показателей распространенности АтД у детей, выявленных нами в ходе проведенного эпидемиологического исследования. Так, в группе детей раннего возраста (от 0 до 4 лет) этот показатель составляет 19,4%, у школьников в возрасте 7–8 лет – 7,2%, у подростков в возрасте 13–14 лет – 4,4%. Полученные результаты необходимо учитывать при анализе эпидемиологической ситуации по аллергическим заболеваниям как в Самарской области, так и в целом в Российской Федерации, при планировании мероприятий лечебно-профилактического характера для школьников, а также при проведении образовательных мероприятий для врачей первичного звена (педиатров, врачей общей практики).

Рисунок 3. Частота различных форм атопического дерматита у школьников (по степени тяжести заболевания)



■ ВОПРОСНИК ISAAC ДЛЯ ВОСЬМИКЛАССНИКОВ

УВАЖАЕМЫЙ ШКОЛЬНИК!

Просим Вас внимательно прочитать все вопросы и подчеркнуть правильный ответ. Если Вы не знаете ответа – не подчеркивайте ничего.

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОБСЛЕДОВАНИИ.

1. Школа №.....Класс.....
Фамилия, имя, отчество

2. Дата заполнения день месяц год
Возраст Дата рождения

3. Пол МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

4. Национальность

5. У Вас когда-нибудь были затрудненное шумное хрипящее дыхание, свисты в грудной клетке? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 10.

6. За последние 12 месяцев у Вас были затрудненное хрипящее дыхание, свисты в грудной клетке? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 10.

7. Сколько приступов затрудненного шумного хрипящего дыхания у Вас было за последние 12 месяцев? Ни одного От 1 до 3 От 4 до 12 Более 12

8. За последние 12 месяцев как часто, в среднем, Ваш сон был нарушен из-за затрудненного шумного хрипящего дыхания? Никогда не просыпался от этого Менее, чем одну ночь в неделю Одну и более ночей в неделю

9. За последние 12 месяцев было ли затрудненное шумное хрипящее дыхание достаточно тяжелым, чтобы ограничить Вашу речь до одного или двух слов между вдохами? ДА НЕТ

10. У Вас когда-нибудь были приступы бронхиальной астмы? ДА НЕТ

11. За последние 12 месяцев в Вашей грудной клетке были слышны хрипы во время или после физических упражнений, занятий физкультурой? ДА НЕТ

12. За последние 12 месяцев у Вас был сухой кашель по ночам, кроме кашля, связанного с простудой или инфекцией дыхательных путей? ДА НЕТ

ВОПРОСЫ ЭТОЙ СТРАНИЦЫ КАСАЮТСЯ ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАВШИХ, КОГДА У ВАС НЕ БЫЛО ПРОСТУДЫ ИЛИ ГРИППА

13. У Вас когда-нибудь были чихание, насморк или заложенный нос, когда у Вас НЕ БЫЛО простуды или гриппа? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 18.

14. За последние 12 месяцев у Вас были чихание, насморк или заложенный нос, когда у Вас НЕ БЫЛО простуды или гриппа? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 18.

15. За последние 12 месяцев сопровождалось ли заболевание носа зудом глаз и слезотечением? ДА НЕТ

16. В какой из прошедших 12-ти месяцев возникло это заболевание носа? декабрь март июнь сентябрь январь апрель июль октябрь февраль май август ноябрь

■ ВОПРОСНИК ISAAC ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

Просим Вас принять участие в исследовании состояния здоровья Ваших детей.

Искренние точные ответы на наши вопросы позволят улучшить качество медицинской помощи детям.

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы и подчеркните правильный ответ. Если Вы не знаете, как ответить, не подчеркивайте ничего.

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОБСЛЕДОВАНИИ.

1. Школа №.....Класс.....
Фамилия, имя, отчество ребенка

2. Дата заполнения день месяц год
Возраст ребенка Дата рождения ребенка

3. Пол Вашего ребенка МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

4. Национальность ребенка.....

5. У Вашего ребенка когда-нибудь были затрудненное шумное хрипящее дыхание, свисты в грудной клетке? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 10.

6. За последние 12 месяцев у Вашего ребенка были затрудненное хрипящее дыхание, свисты в грудной клетке? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 10.

7. Сколько приступов затрудненного шумного хрипящего дыхания у Вашего ребенка было за последние 12 месяцев? Ни одного От 1 до 3 От 4 до 12 Более 12

8. За последние 12 месяцев как часто, в среднем, сон Вашего ребенка был нарушен из-за затрудненного шумного хрипящего дыхания? Никогда не просыпался от этого Менее, чем одну ночь в неделю Одну и более ночей в неделю

9. За последние 12 месяцев было ли затрудненное шумное хрипящее дыхание достаточно тяжелым, чтобы ограничить речь Вашего ребенка до одного или двух слов между вдохами? ДА НЕТ

10. У Вашего ребенка когда-нибудь были приступы бронхиальной астмы? ДА НЕТ

11. За последние 12 месяцев в грудной клетке Вашего ребенка были слышны хрипы во время или после физических упражнений, занятий физкультурой? ДА НЕТ

12. За последние 12 месяцев у Вашего ребенка был сухой кашель по ночам, кроме кашля, связанного с простудой или инфекцией дыхательных путей? ДА НЕТ

ВОПРОСЫ ЭТОЙ СТРАНИЦЫ КАСАЮТСЯ ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАВШИХ, КОГДА У ВАС НЕ БЫЛО ПРОСТУДЫ ИЛИ ГРИППА

13. У Вашего ребенка когда-нибудь были чихание, насморк или заложенный нос, когда у него НЕ БЫЛО простуды или гриппа? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 18.

14. За последние 12 месяцев у Вашего ребенка были чихание, насморк или заложенный нос, когда у него НЕ БЫЛО простуды или гриппа? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «НЕТ», пожалуйста, перейдите к вопросу 18.

15. За последние 12 месяцев сопровождалось ли заболевание носа у Вашего ребенка зудом глаз и слезотечением? ДА НЕТ

16. В какой из прошедших 12-ти месяцев возникло это заболевание носа у Вашего ребенка? декабрь март июнь сентябрь январь апрель июль октябрь февраль май август ноябрь

Приложение 1

■ ВОПРОСНИК ISAAC ДЛЯ ВОСЬМИКЛАССНИКОВ
(продолжение)

17. За прошедшие 12 месяцев как сильно это заболевание носа мешало Вашей ежедневной активности? Никогда Немного Умеренно Сильно

18. У Вас когда-нибудь были сенная лихорадка, поллиноз, сезонный ринит? ДА НЕТ

19. У Вас когда-нибудь была зудящая сыпь, которая появлялась и исчезала по крайней мере в течение 6 месяцев? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 24.

20. Отмечалась ли эта зудящая сыпь за последние 12 месяцев? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 24.

21. Эта зудящая сыпь поражала ли какие-нибудь из следующих мест: локтевые сгибы, позади колен, впереди лодыжек, под ягодицами, вокруг шеи, глаз, ушей? ДА НЕТ

22. За последние 12 месяцев исчезала ли эта сыпь полностью? ДА НЕТ

23. За последние 12 месяцев как часто, в среднем, Вы просыпались ночью от этой зудящей сыпи? Никогда за последние 12 месяцев Менее, чем одну ночь в неделю Одну и более ночей в неделю

24. У Вас когда-нибудь были экзема, нейродермит, атопический дерматит? ДА НЕТ

■ ВОПРОСНИК ISAAC ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ
(продолжение)

17. За прошедшие 12 месяцев как сильно это заболевание носа мешало ежедневной активности Вашего ребенка? Никогда Немного Умеренно Сильно

18. У Вашего ребенка когда-нибудь были сенная лихорадка, поллиноз, сезонный ринит? ДА НЕТ

19. У Вашего ребенка когда-нибудь была зудящая сыпь, которая появлялась и исчезала по крайней мере в течение 6 месяцев? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 25.

20. Отмечалась ли эта зудящая сыпь у Вашего ребенка за последние 12 месяцев? ДА НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", пожалуйста, перейдите к вопросу 25.

21. Эта зудящая сыпь поражала ли какие-нибудь из следующих мест: локтевые сгибы, позади колен, впереди лодыжек, под ягодицами, вокруг шеи, глаз, ушей? ДА НЕТ

22. В каком возрасте эта зудящая сыпь появилась впервые? До 2-х лет В возрасте 2–4 года В возрасте 5 лет и старше

23. За последние 12 месяцев исчезала ли эта сыпь полностью? ДА НЕТ

24. За последние 12 месяцев как часто, в среднем, Ваш ребенок просыпался ночью от этой зудящей сыпи? Никогда за последние 12 месяцев Менее, чем одну ночь в неделю Одну и более ночей в неделю

25. У Вашего ребенка когда-нибудь были экзема, нейродермит, атопический дерматит? ДА НЕТ

ЛИТЕРАТУРА

1. Silverberg J.I. Public Health Burden and Epidemiology of Atopic Dermatitis // *Dermatol. Clin.* 2017. Vol. 35, № 3. P. 283–289.
2. Atopic dermatitis and the atopic march revisited / S.C. Dharmage, A.J. Lowe, M.C. Matheson et al. // *Allergy.* 2014. Vol. 69. P. 17–27.
3. Мингалиев Р.А., Кудрявцева А.В. Атопический дерматит у детей как мультифакториальное заболевание, причины возникновения и особенности лечения // *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2017. № 1. С. 8–14.
4. DaVeiga S.P. Epidemiology of atopic dermatitis: a review // *Allergy Asthma Proc.* 2012. Vol. 33, № 3. P. 227–34.
5. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990–2010: a systematic review of epidemiological studies / I.A. Deckers, S. McLean, S. Linssen et al. // *PLoS ONE.* 2012. № 7: e39803.
6. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a global synthesis / J. Mallol, J. Crane, E. von Mutius et al. // *Allergol. Immunopathol. (Madr.).* 2013; Vol. 41. P. 73–85.
7. 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.
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области №1260 от 29.06.2009 г. «О порядке представления сведений для формирования Единого областного банка данных оказанных медицинских услуг населению Самарской области».
9. Стандартизованное эпидемиологическое исследование аллергических заболеваний у детей (адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (ISAAC) в России): методическое пособие для врачей / С.М. Гавалов, Е.Г. Кондюрина, Т.Н. Елкина и др. М., 1998, 30 с.
10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под ред. академика РАН Р.М. Хаитова, проф. Н.И. Ильиной. М., 2014, 124 с.
11. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с. ■