

# Анализ методов наружной терапии распространенных дерматозов в оказании специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология»

М.М. Кохан<sup>1</sup>, А.В. Самцов<sup>2</sup>, Ю.Н. Перламутров<sup>3</sup>, Е.В. Соколовский<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» 620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, д. 8

<sup>2</sup> ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации 127473, г. Москва, Делегатская ул., д. 20, стр. 1

<sup>4</sup> ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, корп. 4

Представлены результаты выборочного эпидемиологического исследования пациентов с дерматологическими заболеваниями, обратившихся за двухмесячный период в специализированные амбулаторные учреждения России, а также оценки подходов к лечению пациентов с atopическим дерматитом, псориазом и экземой. Проанализированы данные 2991 индивидуальной регистрационной карты, заполненных врачами дерматовенерологами, оказывающими первичную специализированную помощь пациентам в амбулаторно-поликлинических учреждениях в городах Перми, Самаре и Санкт-Петербурге. Установлено, что среди больных дерматозами преобладали женщины, подавляющее число женщин и мужчин находилось в трудоспособном возрасте (82,2 и 89,2% соответственно). В нозологической структуре обращаемости 25,6% составляли больные дерматитами, псориазом (14,5%), экземой (13,4%), себореей и акне (8,6%), atopическим дерматитом (5,8%), пиодермией (3,2%). При оценке с использованием стандартизованных индексов, среди обратившихся на амбулаторный прием больных atopическим дерматитом более 80% пациентов, а среди больных псориазом — более 50%, имели среднетяжелые и тяжелые проявления дерматозов. У пациентов с atopическим дерматитом, экземой и псориазом специалисты широко использовали системную терапию, в наружном лечении — топические глюкокортикостероидные препараты.

**Ключевые слова:** дерматозы, медицинская помощь, atopический дерматит, экзема, псориаз, лечение, топические глюкокортикостероиды.

# Analysis of methods common topical treatment of the generalized dermatoses in the delivery of the specialized health care in the profile «Dermatology»

M.M. Kokhan, A.V. Samtsov, Yu.N. Perlamutrov, E.V. Sokolovskiy

<sup>1</sup> Ural Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology, Ekaterinburg, Russia  
Shherbakova str., 8, Ekaterinburg, 620076, Russia

<sup>2</sup> Military Medical Academy named after S.M. Kirov Ministry of Defense of the Russian Federation  
Akademika Lebedeva str., 2, St. Petersburg, 194044, Russia

<sup>3</sup> Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov  
Delegatskaya str., 20, bldg 1, Moscow, 127473, Russia

<sup>4</sup> First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Lev Tolstoy str., 6—8, bldg 4, St. Petersburg, 197022, Russia

Results of sampling epidemiological investigation of patients with dermatologic diseases, which sought treatment in the specialized Russian outpatient facilities over two-month period, and assessments of approaches to treatment of patients with atopic dermatitis, psoriasis and eczema are presented. Data of 2991 individual registration cards, which were filled out by the dermatovenerologists providing primary specialized care to patients in outpatient facilities of Perm, Samara and St. Petersburg, was analyzed. It was observed that women were prevalent among patients with dermatoses, and most of women and men were of working age (82.2 and 89.2% corresponding). The nosological structure of appealability consists of 25.6% patients with dermatose, psoriasis (14.5%), eczema (13.4%), seborrhea and acne (8.6%), atopic dermatitis (5.8%), and pyodermitis (3.2%). Using standardized indexes for assessment it was discovered that among applied outpatients 80% persons, presented with atopic dermatitis, and 50% persons, presented with psoriasis, had moderate and severe appearances of dermatoses. In therapy of patients with atopic dermatitis, psoriasis and eczema, specialists used widely standard system treatment — topic glucocorticosteroid agents for external care.

**Key words:** dermatoses, medical care, atopic dermatitis, eczema, psoriasis, treatment, topic glucocorticosteroid agents.

Corresponding author: mkokhan@yandex.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 6: 79—93.

■ Дерматозы относятся к обширному классу болезней человека, среди которых насчитывается более 3000 нозологических форм заболеваний, часто принимающих хронический, рецидивирующий характер, что сопровождается потерей трудоспособности, ухудшением качества жизни пациентов и свидетельствует о высокой социальной значимости болезней [1, 2].

Несмотря на постоянно совершенствующиеся методы диагностики и лечения, дерматозы остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации. По данным государственной статистической отчетности, в целом по Российской Федерации распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в 2015 г. составила 5981,7 на 100 000 населения, снизилась на 3,8% по сравнению с 2014 г. (6217,9 на 100 000 населения), но остается на высоком уровне, занимая 9-е ранговое место среди заболеваемости всеми 17 классами болезней по МКБ-10 [2, 3].

К числу наиболее распространенных хронических дерматозов относятся атопический дерматит (АД), экзема, псориаз, которые, по данным исследований, занимают около 15% в структуре всей кожной патологии [2].

Так, количество зарегистрированных в Российской Федерации больных АД в 2012 и 2013 гг. составило 453,2 и 444,4 на 100 000 населения соответственно, а число случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни, — 244,0 и 234,3 на 100 000 соответственно. Заболеваемость псориазом в 2012 и 2013 гг. достигала 222,5 и 221,1 на 100 000 населения соответственно, а число случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни, — 68,4 и 65,9 на 100 000 населения в указанные годы. При сравнительном анализе частоты и структуры госпитализаций больных дерматозами в учреждения разного квалификационного уровня выявлено стабильное преобладание больных тяжелыми формами алергодерматозов (56,8%) и псориазом (29,5%), а оказание им специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи позволило достигнуть высокой результативности лечения [3, 4]. Структура нозологий у госпитализированных пациентов с дерматозами, параметры оказания специализированной медицинской помощи и подходы к их оптимизации проанализированы в ряде работ отечественных исследователей, тогда как актуальные сведения, характеризующие амбулаторный этап терапии и диспансерного наблюдения за больными с заболеваниями кожи, практически отсутствуют.

В то же время, согласно Концепции развития системы здравоохранения до 2020 г., направленной на сохранение и укрепление общественного здоровья населения Российской Федерации, большая роль в оказании медицинской помощи отводится амбулаторно-поликлиническому звену, что особенно актуально для дерматовенерологии. Для анализа ситуации

с оказанием первичной специализированной амбулаторной помощи больным дерматозами, в том числе соблюдения профильных стандартов соответствующего уровня, представляется рациональным регулярно получение фактических данных о возрастном и гендерном составе больных, нозологической структуре обращаемости к специалистам-дерматовенерологам, частоте сопутствующей патологии органов и систем у больных дерматозами, о методах и средствах лечения, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

В связи с этим актуальным является проведение широкого межгруппового исследования повседневной амбулаторной практики специалистов-дерматовенерологов в регионах России.

### Материал и методы

Проведено клиническое «Поперечное выборочное эпидемиологическое исследование для оценки процентного соотношения пациентов с дерматологическими заболеваниями, обратившихся за двухмесячный период в специализированные амбулаторные учреждения России, и паттернов лечения пациентов с атопическим дерматитом, псориазом и экземой».

Целью исследования являлась оценка доли пациентов с различными кожными заболеваниями, обратившихся в течение двухмесячного периода в амбулаторные специализированные учреждения; изучение отдельных аспектов ведения пациентов с АД, псориазом, экземой в амбулаторной практике.

Задачи исследования:

- оценить распространенность каждого типа кожных заболеваний среди пациентов амбулаторно-поликлинических специализированных учреждений (кабинетов в районных поликлиниках, кожно-венерологических диспансеров) по обращаемости пациентов в течение двух календарных месяцев;
- изучить возрастную и половую структуру пациентов с различными дерматозами; описать подходы к лечению, в том числе особенности наружной терапии у больных АД, псориазом и экземой, в условиях кожно-венерологических учреждений;
- проанализировать частоту рецидивов у пациентов с изучаемыми заболеваниями кожи за 12 мес., предшествовавших визиту исследования.

В исследовании принимали участие амбулаторно-поликлинические специализированные учреждения I—II уровня (кабинеты в районных поликлиниках и районные или городские кожно-венерологические диспансеры). Всего участвовало 30 врачей-дерматовенерологов из Санкт-Петербурга, Самары, Перми.

Исследуемая популяция состояла из взрослых пациентов с диагнозом любого кожного заболевания, обратившихся впервые или повторно, а также постоянно наблюдающихся (состоящих на диспансерном учете)

в кожно-венерологических учреждениях или кабинетах дерматовенеролога в районных поликлиниках.

Критериями включения пациентов в исследование являлись:

- возраст больных 18 лет и старше;
- диагноз кожного заболевания, поставленный ранее или во время настоящего (актуального) визита к врачу;
- письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись:

- несогласие пациента на участие в исследовании;
- участие на момент включения в данное исследование или в течение предшествующих 12 мес., в клиническом исследовании любого лекарственного средства;
- пациент уже участвовал в данном исследовании.

Настоящий проект являлся поперечным эпидемиологическим исследованием с получением данных во время обычного визита пациента к врачу. Врачи собирали основные демографические сведения по каждому пациенту с диагнозом любого кожного заболевания, пришедшему на прием. Для пациентов с АД, псориазом и экземой врачи регистрировали дополнительную информацию о заболевании и методах его лечения, а также о течении заболевания на протяжении 12 мес., непосредственно предшествовавших визиту исследования, в том числе о количестве рецидивов/обострений.

## Результаты исследования

При анализе результатов исследования были учтены данные 2991 индивидуальной регистрационной карты (ИРК), заполненных в полном объеме. ИРК заполняли 30 врачей-дерматовенерологов, оказывающих первичную специализированную помощь пациентам в амбулаторно-поликлинических учреждениях (кожно-венерологические диспансеры, кабинеты в районных поликлиниках, медицинские центры) в Перми, Самаре и Санкт-Петербурге. В указанных медицинских учреждениях были зафиксированы данные о 996 пациентах в Санкт-Петербурге, 1001 больном в Перми и 994 пациентах в Самаре.

В табл. 1 представлено распределение пациентов на различных территориях по полу и возрасту. Установлено незначительное преобладание женщин (55,6—58,7% всех обследованных). Средний возраст больных мужчин и женщин во всех городах достоверно не различался — от 18 до 95 лет.

При анализе возрастного состава установлено, что среди обратившихся к дерматовенерологу пациентов 37,8—46,2% женщин и 43,8—53,8% мужчин были в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты в возрасте от 36 до 55 лет составили на различных территориях: женщины — 29,6—36,5%, мужчины — 33,0—43,8%; больных старшей возрастной группы (от 56 лет и старше) среди женщин в Санкт-Петербурге было 32,7%, тогда как в Самаре — 17,3%, а мужчин указанной возрастной группы на всех территориях было 10,8—13,1% от общего числа пациентов с дерматозами. Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что на всех изучаемых территориях подавляющее число больных мужчин (87,6—89,2%) и женщин (66,1—82,2%) находилось в трудоспособном возрасте (рис. 1).

Всего цель визита к дерматовенерологу указали 2805 больных, из них 1529 (54,5%) больных обратились для установления диагноза, 30,8% — в связи с обострением уже имевшегося дерматоза. У части больных 411 (14,7%) посещение было плановым (выписка рецептов, посещение после выписки из стационара, диспансерный визит и др.).

Спектр диагнозов, указанных в ИРК, был довольно широк — более 60 нозологий. В табл. 2 представлены часто встречающиеся дерматозы, указанные в ИРК, удельный вес которых в структуре диагнозов превышает 1,0%.

Наиболее часто (25,6%) к дерматовенерологам обращались пациенты с диагнозом дерматита, при этом в Самаре таких больных было 30,2%. Всего пациентов с псориазом зарегистрировано 14,5%, тогда как в Санкт-Петербурге только 10,5%, а в Перми 18,3% от всех обратившихся. Пациенты с экземой составили в общей популяции 13,4%, в Перми 11,2%, в Самаре 16,5%. Больных с АД на амбулаторных приемах у специалистов было в среднем 5,8%, а в Самаре до 6,7%

Таблица 1 Половой и возрастной состав пациентов в Санкт-Петербурге, Перми, Самаре

Город	Мужчины		Женщины	
	всего, абс. (%)	возраст, годы	всего, абс. (%)	возраст, годы
Санкт-Петербург	411 (41,3)	38,0 ± 17,6 (18—95)	585 (58,7)	44,7 ± 17,7 (18—85)
Пермь	444 (44,4)	38,6 ± 15,3 (18—80)	557 (55,6)	40,5 ± 15,4 (18—93)
Самара	438 (43,9)	39,9 ± 15,7 (18—95)	556 (56,1)	39,8 ± 15,0 (18—87)



Таблица 2 Основные нозологические формы дерматозов, указанных в ИРК ( $n = 2974$ ), абс. (%)

Нозология	Все пациенты	Санкт-Петербург	Пермь	Самара
Дерматит	762 (25,6)	241 (24,5)	225 (22,6)	302 (30,2)
Псориаз	430 (14,5)	103 (10,5)	182 (18,3)	145 (14,5)
Экзема	399 (13,4)	123 (12,5)	111 (11,2)	165 (16,5)
АД	171 (5,8)	54 (5,5)	50 (5,03)	67 (6,7)
Себорея, акне	211 (8,6)	80 (7,8)	64 (8,3)	67 (6,8)
Пиодермия	95 (3,2)	23 (2,3)	51 (5,1)	21 (2,1)
Токсидермия	88 (2,9)	54 (5,5)	23 (2,3)	11 (1,1)
Крапивница	85 (2,9)	13 (1,3)	51 (5,1)	21 (2,1)
Розацеа	63 (2,1)	39 (3,9)	13 (1,3)	11 (1,1)
Онихомикоз	54 (1,8)	38 (3,9)	15 (1,5)	1 (0,1)
Склеродермия	34 (1,1)	5 (0,5)	18 (1,8)	11 (1,1)
Герпес	24 (0,8)	11 (1,1)	0	13 (1,3)

среди всех пациентов. Частой причиной обращения к дерматологу были себорея и акне — 8,6%, а также пиодермии (стрепто- и стафилодермии), удельный вес которых достигал 5,1% (Пермь), в среднем соста-

вил 3,2% от числа обратившихся на прием. Удельный вес токсидермий достигал 2,9% от всех дерматозов, в Санкт-Петербурге — 5,5%; больных крапивницей в Перми было 5,1%, в среднем по выборке — 2,9%.

По данным ИРК, 37,5% больных с дерматозами не отмечали наличия сопутствующей патологии органов и систем, тогда как у 62,5% пациентов такие указания были. Наиболее частая сопутствующая патология — заболевания органов желудочно-кишечного тракта, на что указывали 34,2% опрошенных пациентов, а среди всех нозологических диагнозов преобладали гастриты и холециститы. Заболевания сердечно-сосудистой системы имелись у 24,4% больных дерматозами, в спектре нозологий лидировали гипертоническая болезнь (12,1%) и ишемическая болезнь сердца (5,7%). Эндокринопатии были у 6,7% пациентов, среди которых сахарный диабет у 3,4% больных. На заболевания суставов и позвоночника указывали лишь 3,1% опрошенных пациентов с заболеваниями кожи.

В связи с высокой частотой встречаемости, хроническим течением и общей медико-социальной значимостью для более детального анализа были выбраны когорты пациентов с АД, экземой и псориазом.

#### Атопический дерматит

Всего в разработке была 171 ИРК больных АД (78 женщин и 93 мужчины). Возраст подавляющего большинства (69,5—94,3%) пациентов с АД, как мужчин, так и женщин, во всех городах был в диапазоне от 18 до 35 лет, лишь в Перми наблюдалось увеличение количества женщин с АД (до 57,1%) в возрасте 36—55 лет (табл. 3).

Среди больных АД у 18,4% женщин и у 16,5% мужчин заболевание было диагностировано впервые, у остальных пациентов диагноз АД был установлен ранее.

В табл. 4 приведены данные вычисления стандартизованного индекса тяжести АД, определенного дерматологом на описываемом визите. Следует учитывать, что максимально возможным значением индекса SCORAD являются 103 балла, а его значения до 20 баллов определяют как легкое течение заболевания, от 20 до 40 баллов — средней тяжести, выше 40 баллов — тяжелое.

Анализ данных индекса SCORAD показал, что его значение у обследованных пациентов в среднем составило 34,5 балла (медиана 28,0 балла, колебания от 4,6 до 95,8 балла), при этом достоверных различий у мужчин и женщин не выявлено.

Среди больных АД, обратившихся за амбулаторной помощью, только 15,9% пациентов имели легкую степень выраженности кожного процесса (SCORAD < 20 баллов), тогда как у 55,2% клинические проявления заболевания носили среднетяжелый характер (SCORAD 20—40 баллов), а почти у одной трети (28,8%) больных была тяжелая степень АД (SCORAD > 40 баллов).

Анализ сведений по первичной системной терапии больных АД показал, что таковая проводилась врачами практически у всех пациентов (у 138 из 141 боль-

Таблица 3 Распределение больных АД по полу и возрасту, %

Категория больных	Санкт-Петербург	Пермь	Самара
Мужчины			
18—35 лет	94,3	72,7	69,5
36—60 лет	5,7	18,2	25,0
> 61 года	0	9,1	6,5
Женщины			
18—35 лет	89,5	39,3	71,0
36—55 лет	10,5	57,1	22,6
> 55 лет	0	3,6	6,4

Таблица 4 Степень тяжести АД по данным индекса SCORAD

Категория больных	Индекс SCORAD, баллы					
	среднее значение	мин.	25%	медиана	75%	макс.
Женщины (n = 74)	31,7	9,8	20,0	26,0	39,0	87,7
Мужчины (n = 89)	36,8	4,6	20,3	30,4	50,2	95,8
Всего (n = 163)	34,5	4,6	20,0	28,0	45,7	95,8

Примечание.  $p = 0,13$  (U-тест Манна — Уитни).



ного, в ИРК которых имелись соответствующие данные). Наиболее частыми назначениями специалистов были таблетированные антигистаминные препараты первого и второго поколений (28,8 и 26,6% соответственно), седативные препараты (23,4%), системные глюкокортикоиды (4,7%), системная антибиотикотерапия (3,2%).

Исследование подходов к наружной терапии у всех больных АД показало, что наиболее часто дерматовенерологи назначали топические глюкокортикостероидные (ТГКС) препараты в сочетании с эмолентами (26,2% от всех назначений), комбинированные ТГКС, в составе которых были антибиотики и противогрибковые ингредиенты, в сочетании с эмолентами (15,6%), комбинированные ТГКС, в составе которых были только антибиотики, в сочетании с эмолентами (11,3%); только ТГКС (7,8%). У 7,1% больных врачи проводили наружную терапию ТГКС и кератолитиками; топические ингибиторы кальциневрина (ТИК) применялись лишь у 5,0% пациентов с АД. В целом эмоленты использовались у 58,9% больных, а отмеченные подходы к терапии охватывали 80,5% больных с данным дерматозом.

При детальном анализе данных анамнеза о проведенной первичной терапии ТГКС у больных АД установлена частота использования различных препаратов в режиме монотерапии и в составе перечней использованных наружных ГКС (табл. 5).

Наиболее часто больным АД врачи назначали мометазона фуруат: 22,7% в режиме монотерапии и в 8,7% случаев последовательно с другими ТГКС. Вторым по частоте использования был гидрокортизона бутират — 8,7 и 14,2% соответственно, третьим — бетаметазона валерат — 2,8 и 11,3% случаев. Флуоцинолона ацетонид (фторированный ТГКС ранней

генерации) использовали в терапии АД также часто — 3,5 и 9,9% соответственно.

Кроме сведений о проведенной первичной терапии ТГКС у больных АД в ИРК присутствовали также данные о назначении ТГКС больным с АД в течение последних 12 мес. На рис. 2 показана частота назначений дерматологами различных ТГКС больным АД за последние 12 мес. в городах, где проходило исследование.

Сравнение данных первичной наружной терапии ТГКС и назначений, сделанных за последние 12 мес., свидетельствует об увеличении частоты использования мометазона фуруата и метилпреднизолона ацепоната, тогда как флуоцинолона ацетонид, гидрокортизона бутират, беклометазона дипропионат и бетаметазона валерат назначались реже при обращениях в течение последнего года.

Анализ количества курсов лечения в течение последних 12 мес. у больных АД показал, что их было от 1 до 4, в среднем  $1,73 \pm 0,9$  курса за год, а длительность эпизодов лечения составляла в среднем от 13,1 до 21,0 дня. За последние 12 мес., по данным ИРК, только 31,4% больных получали в стадии ремиссии интермиттирующую топическую терапию. Режим интермиттирующей терапии от 1 до 3 раз в неделю применяли 38,5% пациентов, при этом большинство больных использовали ТГКС, а не ТИК.

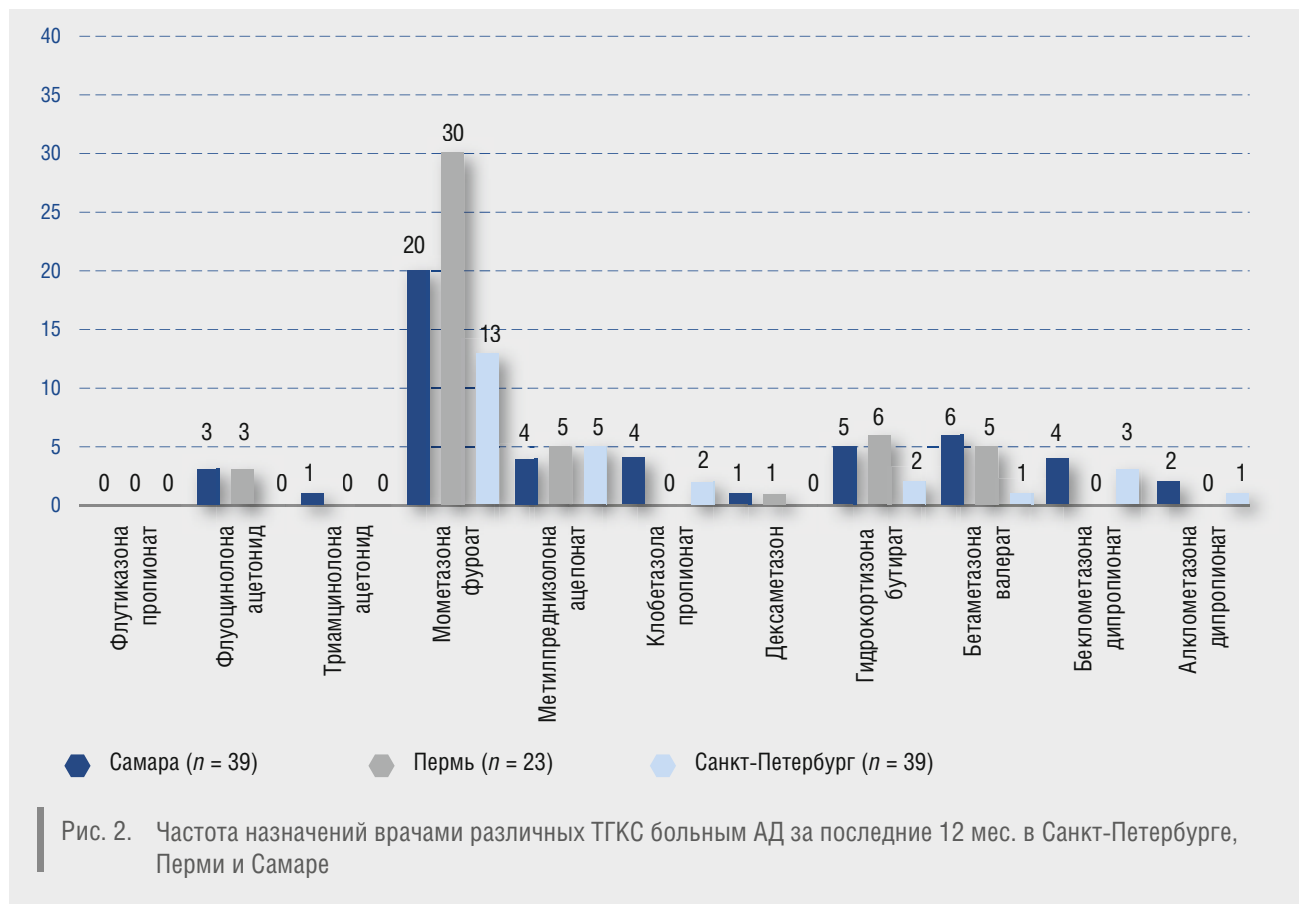
### Экзема

Всего в разработке было 396 ИРК больных экземой (231 женщина и 165 мужчин). Соотношение больных экземой мужчин и женщин было равновесным в Перми и Самаре, тогда как в Санкт-Петербурге женщин было в 2,4 раза больше, чем мужчин. Возраст подавляющего большинства пациентов с экземой, как

Таблица 5

Первичная терапия больных АД: частота назначений различных ТГКС в режиме монотерапии и последовательно с другими средствами, абс. (%)

Препарат	Монотерапия	Последовательно с другими ТГКС	Всего упоминаний
Алклометазона дипропионат	0	2 (1,4)	2 (1,4)
Беклометазона дипропионат	6 (4,3)	8 (5,7)	14 (10,0)
Бетаметазона валерат	4 (2,8)	16 (11,3)	20 (14,2)
Гидрокортизона бутират	12 (8,7)	20 (14,2)	32 (22,7)
Дексаметазон	3 (2,1)	3 (2,1)	6 (4,3)
Клобетазола пропионат	1 (0,7)	6 (4,3)	7 (5,0)
Метилпреднизолона ацепонат	5 (3,5)	5 (3,5)	10 (7,1)
Мометазона фуруат	32 (22,7)	12 (8,5)	44 (31,2)
Триамцинолона ацетонид	2 (1,4)	4 (2,8)	6 (4,2)
Флуоцинолона ацетонид	5 (3,5)	14 (9,9)	19 (13,4)
Флутиказона пропионат	0	1 (0,7)	1 (0,7)



мужчин, так и женщин, во всех городах был в диапазоне от 18 до 60 (55) лет: 71,4—83,0% всех больных, лишь в Самаре доля мужчин старшей возрастной группы достигала 28,9%, что выше таковой в других городах (табл. 6).

Среди всех больных экземой у 43,9% заболевание было диагностировано впервые на данном посещении, а у 56,1% диагноз был установлен ранее.

Степень тяжести экземы по клиническим данным была установлена у 362 пациентов, при этом у 45,3%

пациентов фиксировалась легкая степень тяжести, у 53,7% — средняя и только у 1,0% больных — тяжелая. Эти данные статистически не различались у больных из Санкт-Петербурга, Перми и Самары.

Анализ сведений по первичной системной терапии больных экземой показал, что таковая проводилась врачами практически у всех пациентов (у 357 из 362 больных). Наиболее частыми назначениями были таблетированные антигистаминные препараты первого и второго поколений (17,7 и 37,6% соответственно),

Таблица 6 Распределение больных экземой по полу и возрасту, %

Категория больных	Санкт-Петербург	Пермь	Самара
Мужчины			
18—35 лет	35,1	39,6	22,4
36—60 лет	45,9	43,4	48,7
> 61 года	18,9	17,0	28,9
Женщины			
18—35 лет	36,0	34,5	33,3
36—55 лет	29,0	31,0	47,1
> 55 лет	34,9	34,5	19,5



седативные препараты (24,4%), системные глюкокортикоиды (2,7%), системная антибиотикотерапия (7,0%).

Исследование подходов к наружной терапии у всех больных экземой (353 пациента) показало, что наиболее часто дерматологи назначали ТГКС препараты в сочетании с эмолентами (44,6% от всех назначений), ТГКС, в составе которых были антибиотики (30,6%), ТГКС с антибиотиками и противогрибковыми ингредиентами (16,8%), ТГКС и кератолитики применялись у 8,8% пациентов; часто в комплекс наружной терапии входили антисептики и антибактериальные средства. В целом эмоленты использовались у 54,7% больных, а отмеченные подходы к терапии охватывали 77,3% больных экземой.

При детальном анализе данных анамнеза о проведенной первичной терапии ТГКС у больных экземой (254 пациента) установлена частота использования различных препаратов в режиме монотерапии и в составе перечней использованных ГКС-средств (табл. 7).

Наиболее часто больным экземой врачи назначали мометазона фуруат: в 40,5% случаев в режиме монотерапии и в 7,9% случаев последовательно с другими ТГКС. Частыми также были назначения бетаметазона валерата (16,9%), гидрокортизона бутирата (16,5%). Флуоцинолона ацетонид (фторированный ГКС ранней генерации) использовали в терапии экземы в монотерапии и последовательно с другими ТГКС также часто — в 10,6% случаев. На рис. 3 отражена частота назначений различных ТГКС больным экземой за последние 12 мес. специалистами в городах, где прошло исследование.

Сравнение данных первичной наружной терапии ТГКС и назначений, сделанных за последние 12 мес.,

свидетельствует о стабильно высокой частоте назначения мометазона фуруата как при первичной терапии, так и в последние 12 мес., об увеличении упоминаний о назначении гидрокортизона бутирата, бетаметазона валерата, метилпреднизолона ацепоната.

У больных экземой проанализировано количество курсов лечения в течение последних 12 мес. и установлено, что их было от 1 до 4, в среднем  $1,29 \pm 0,7$  курса за год, а длительность эпизодов лечения составляла в среднем от 10,5 до 17,2 дня. За последние 12 мес., по данным ИРК, только 19,2% больных получали в стадии ремиссии поддерживающую топическую терапию. Режим интермиттирующей терапии был разнообразным, однако чаще (32,8% от всех получавших) использовались ТГКС два раза в неделю, в том числе по выходным дням.

### Псориаз

Всего в разработке было 429 ИРК больных псориазом (184 женщины и 245 мужчин). Возраст пациентов с псориазом, как мужчин, так и женщин, во всех городах был в основном 18—35 лет (31,0—49,2%) и 35—55 или 60 лет (37,3—46,5%), лишь в Санкт-Петербурге отмечалось увеличение количества женщин в возрасте старше 55 лет до 37,2% (табл. 8).

Среди больных псориазом женщин и мужчин 19,3 и 15,5% соответственно указали, что на данном посещении заболевание было диагностировано впервые, у остальных пациентов диагноз псориаза был установлен ранее.

В табл. 9 приведены данные определения дерматологом на визите исследования стандартизованного индекса тяжести псориаза PASI. Показано, что индекс PASI у обследованных пациентов в среднем составил 17,6 балла (медиана 15,0 баллов) с колебаниями

Таблица 7

Первичная терапия больных экземой: частота назначений различных ТГКС в режиме монотерапии и последовательно с другими средствами, абс. (%)

Препарат	Монотерапия	Последовательно с другими ТГКС	Всего упоминаний
Алклометазона дипропионат	4 (1,6)	2 (0,8)	6 (2,3)
Беклометазона дипропионат	27 (10,6)	7 (2,7)	34 (13,4)
Бетаметазона валерат	27 (10,6)	16 (6,3)	43 (16,9)
Гидрокортизона бутират	20 (7,9)	22 (8,7)	42 (16,5)
Дексаметазон	2 (0,8)	3 (1,2)	5 (2,0)
Клобетазола пропионат	8 (3,1)	9 (3,5)	17 (6,7)
Метилпреднизолона ацепонат	7 (2,7)	5 (2,0)	12 (4,6)
Мометазона фуруат	103 (40,5)	20 (7,9)	123 (48,4)
Триамцинолона ацетонид	2 (0,8)	0	2 (0,8)
Флуоцинолона ацетонид	10 (3,9)	17 (6,7)	27 (10,6)
Флутиказона пропионат	1 (0,4)	0	1 (0,4)

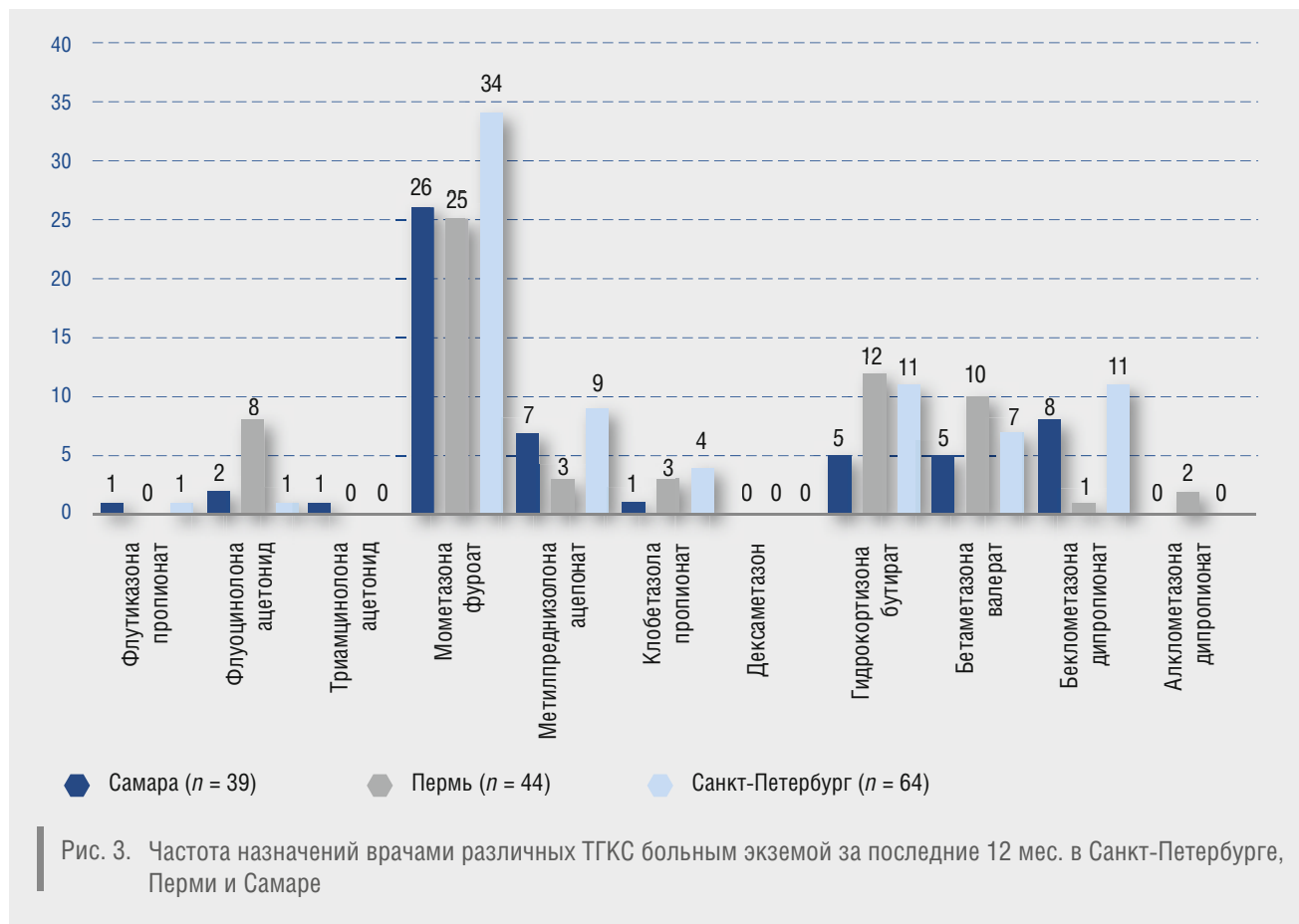


Таблица 8 Распределение больных псориазом по полу и возрасту

Категория больных	Санкт-Петербург	Пермь	Самара
<b>Мужчины</b>			
18—35 лет	49,2	45,0	32,0
36—60 лет	37,3	43,2	57,3
> 61 года	13,6	11,7	10,7
<b>Женщины</b>			
18—35 лет	37,2	31,0	36,2
36—55 лет	25,6	46,5	40,6
> 55 лет	37,2	22,5	23,2

Таблица 9 Степень тяжести псориаза по данным индекса PASI

	Индекс PASI, баллы					
	среднее значение	мин.	25%	медиана	75%	макс.
Женщины (n = 181)	16,4	0,3	6,0	13,8	23,0	78,0
Мужчины (n = 235)	18,5	0,3	5,8	15,0	28,0	81,5
Всего (n = 416)	17,6	0,3	5,9	15,0	26,0	81,5

от 0,3 до 81,5 балла, при этом достоверных различий у мужчин и женщин не выявлено. Пациентов с легким течением псориаза (индекс PASI  $\leq 10$  баллов) было 42,9%, пациентов со среднетяжелыми формами (индекс PASI  $\geq 10$  баллов) — 57,1%.

Анализ сведений по первичной системной терапии больных псориазом показал, что таковая проводилась врачами практически у всех пациентов (96,7%). Наиболее частыми назначениями были таблетированные антигистаминные препараты первого и второго поколений (21,6 и 15,8% соответственно), седативные препараты (26,4%), витаминотерапия (9,7%), метотрексат получали 4,7% больных, фотохимиотерапию — 3,5%, системные глюкокортикоиды — 2,6%.

Исследование подходов к наружной терапии у всех больных псориазом (372 пациента) показал, что наиболее часто дерматологи назначали для наружной терапии кератолитики в сочетании с ТГКС (49,5% от всех назначений); препараты цинк пиритиона в качестве монотерапии и последовательно с ТГКС получали 13,1% пациентов; комбинированные ТГКС с антибиотиками назначались 8,6% больных, упоминания о комбинированных средствах с антибиотиками и противогрибковыми компонентами были у 7,8% пациентов, а в отдельных случаях (2,4%) пациентам с псориазом дерматологи назначали ТИК. Эмоленты в целом использовали 34,1% всех больных псориазом. Отмеченные подходы к терапии охватывали 77,9% всех больных псориазом.

При детальном анализе данных анамнеза о проведенной первичной терапии ТГКС у больных псориазом установлена частота использования различных препаратов в режиме монотерапии и в составе перечней использованных ГКС-средств (табл. 10).

При проведении первичной терапии больных псориазом дерматовенерологи чаще всего назначали в режиме монотерапии мометазона фуруат (27,2%) и флуоцинолона ацетонид (11,9%), а также другие галогенизированные ТГКС: беклометазона дипропионат и бетаметазона валерат (10,9 и 10,5% соответственно). В случае последовательного использования с другими ТГКС наибольшее число упоминаний было также у флуоцинолона ацетонида (19,2%) и бетаметазона валерата (12,7%).

Кроме сведений о проведенной первичной терапии ТГКС в ИРК присутствовали также данные о назначении ТГКС больным псориазом в течение последних 12 мес. На рис. 4 показана частота назначений различных ТГКС больным псориазом за последние 12 мес.

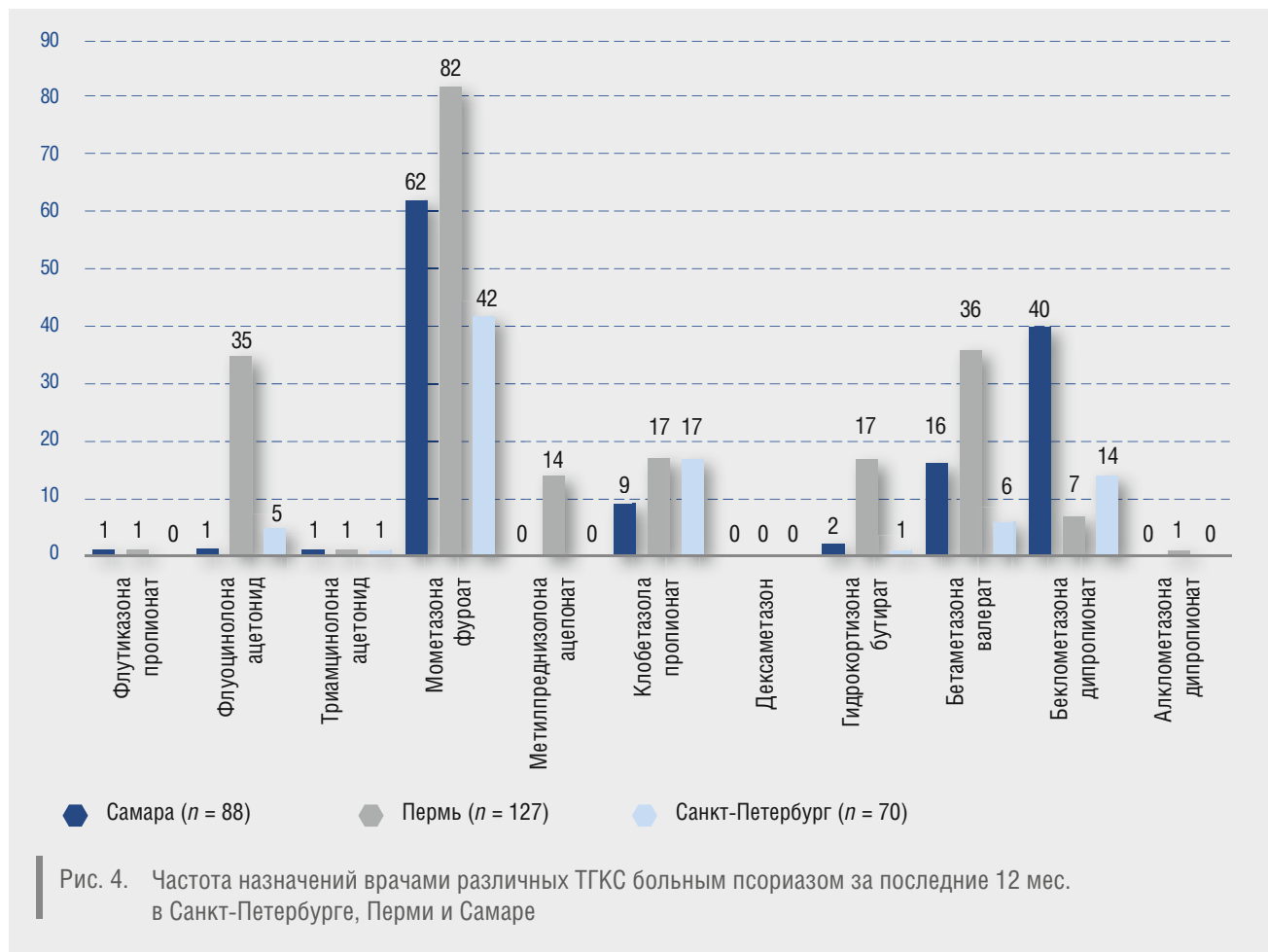
Сравнение данных первичной наружной терапии больных псориазом ТГКС и назначений, сделанных за последние 12 мес., свидетельствует о стабильно высокой частоте назначения мометазона фуруата и бетаметазона валерата, увеличении частоты использования клобетазола пропионата, беклометазона дипропионата. В сравнении с первичной терапией частота назначения флуоцинолона ацетонида за последние 12 мес. значительно уменьшалась.

У больных псориазом проанализировано количество курсов лечения в течение последних 12 мес. Установлено, что их было от 1 до 7, в среднем  $1,7 \pm 0,8$  курса за год, а длительность эпизодов лечения составляла в среднем от 18,1 до 30,0 дня. За последние 12 мес., по данным ИРК, только 31,4% больных получали в стадии ремиссии поддерживающую топическую терапию. Режим интермиттирующей терапии от 1 до 3 раз в неделю применяли 38,5% пациентов, при этом большинство больных использовали ТГКС.

Таблица 10

Первичная терапия больных псориазом: частота назначений различных ТГКС в режиме монотерапии и последовательно с другими средствами, абс. (%)

Псориаз	Монотерапия	Последовательно с другими ТГКС	Всего упоминаний
Алклометазона дипропионат	1 (0,4)	3 (1,2)	4 (1,6)
Беклометазона дипропионат	30 (10,9)	18 (6,5)	48 (17,4)
Бетаметазона валерат	29 (10,5)	35 (12,7)	64 (23,2)
Гидрокортизона бутират	3 (1,2)	20 (7,2)	23 (8,3)
Дексаметазон	0	2 (0,8)	2 (0,8)
Клобетазола пропионат	9 (3,3)	10 (3,6)	19 (6,9)
Метилпреднизолона ацепонат	5 (1,9)	7 (2,5)	12 (4,3)
Мометазона фуруат	75 (27,2)	24 (8,7)	99 (35,8)
Триамцинолона ацетонид	0	9 (3,3)	9 (3,3)
Флуоцинолона ацетонид	33 (11,9)	53 (19,2)	86 (31,1)
Флутиказона пропионат	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)



**Обсуждение**

Проведено поперечное выборочное эпидемиологическое исследование оценки процентного соотношения пациентов с дерматологическими заболеваниями, обратившихся за двухмесячный период в специализированные амбулаторные учреждения России, и паттернов лечения пациентов с АД, псориазом и экземой. Всего проанализированы данные 2991 ИРК, заполненных в полном объеме.

При анализе демографических данных установлено, что состав пациентов на различных территориях по полу и возрасту достоверно не различался, имелось незначительное преобладание женщин, составивших 55,6—58,7% от числа всех обследованных. Средний возраст больных дерматозами мужчин и женщин во всех городах был сопоставим, а диапазон составлял от 18 до 95 лет. При этом на всех территориях подавляющее число больных мужчинами (87,6—89,2%) и женщинами (66,1—82,2%) находились в трудоспособном возрасте. Можно констатировать высокую социальную значимость работы дерматовенерологической службы при оказании своевременной и эффективной

помощи трудоспособному населению, учитывая регулярность и длительность обострений основных дерматозов, встречающихся среди трудоспособного населения нашей страны.

Целью визита к дерматовенерологу 54,5% больных указали установление диагноза, и данный высокий показатель может быть связан с несколькими возможными причинами: реальным обращением с заболеванием, развившимся впервые; необходимостью уточнения (изменения) существующего дерматологического диагноза, а возможно, и с первичным обращением к данному врачу-дерматовенерологу в отсутствие медицинской документации, содержащей описание предшествующих визитов к специалисту.

У 30,8% больных визит к врачу был связан с обострением уже имевшегося дерматоза, а 14,7% пациентов отметили, что посещение было плановым (выписка рецептов, посещение после выписки из стационара, диспансерный визит и др.)

Спектр дерматологических диагнозов, указанных в ИРК, был довольно широк и насчитывал более 60 нозологий. Наиболее часто к дерматовенерологам об-

ращались пациенты с диагнозом дерматита (25,6%), псориаза (14,5%), экземы (13,4%), себореи и акне (8,6%), АД (5,8%), пиодермии (3,2%), т.е. указанные заболевания кожи составили 71,1% от всех обращений пациентов к специалисту. Обращают на себя внимание некоторые особенности в нозологической структуре обращаемости к специалистам в различных городах. Высокий удельный вес диагнозов дерматита в Самаре (до 30,2% всех обращений), в Перми и Санкт-Петербурге (22,6—24,5%), по-видимому, свидетельствует не только об истинной частоте развития различных дерматитов, но, возможно, и о недостаточной квалификации специалистов-дерматовенерологов амбулаторного звена при проведении дифференциальной диагностики дерматитов с другими воспалительными заболеваниями кожи. В целом аллергодерматозы (экзема, АД, дерматит и крапивница) в Самаре составили 55,5% в структуре обращаемости против 43,5 и 43,9% в Санкт-Петербурге и Перми соответственно. Обращаемость пациентов с диагнозом псориаза была минимальной в Санкт-Петербурге (10,5%), тогда как в Перми таких больных было в 1,7 раза больше (18,3%). Установленные факты свидетельствуют о рациональности углубленного структурного и качественного анализа параметров оказания первичной специализированной помощи больным дерматозами на территориях РФ и формировании на основании такого анализа новых подходов к организации последипломной подготовки специалистов.

По данным ИРК, у 62,5% пациентов имелись указания на сопутствующие заболевания органов и систем, из числа которых наиболее часто встречались заболевания органов желудочно-кишечного тракта, на что указывали 34,2% опрошенных пациентов, а среди всех нозологических диагнозов преобладали гастриты и холециститы. Заболевания сердечно-сосудистой системы имелись у 24,4% больных дерматозами, в спектре нозологий лидировали гипертоническая болезнь (12,1%) и ишемическая болезнь сердца (5,7%). Эндокринопатии были у 6,7% пациентов, среди которых у 3,4% больных — сахарный диабет. На заболевания суставов и позвоночника указывали лишь 3,1% опрошенных пациентов с заболеваниями кожи. Эти данные еще раз подчеркивают важность применения принципа междисциплинарного подхода при ведении пациентов с дерматозами.

Возраст подавляющего большинства пациентов с АД, как мужчин, так и женщин, во всех городах был в диапазоне от 18 до 35 лет (69,5—94,3%), при этом у 18,4 и 16,5% женщин и мужчин соответственно имелись указания, что заболевание было диагностировано впервые на данном посещении. Установлено, что индекс SCORAD, определенный дерматологами на анализируемых визитах, в среднем составил 34,5 балла (медиана 28,0 балла) с колебаниями от 4,6 до 95,8 балла, при этом достоверных различий у муж-

чин и женщин не выявлено. Среди больных АД, обратившихся за амбулаторной помощью, только 15,9% пациентов имели легкую степень выраженности кожного процесса, тогда как у 55,2% клинические проявления заболевания носили среднетяжелый характер, а у 28,9% больных степень АД была тяжелой.

Практически все больные АД (97,8%) получали ранее системную терапию: антигистаминные препараты первого и второго поколений (28,8 и 26,6% соответственно), седативные препараты (23,4%), системные глюкокортикоиды (4,7%), системную антибиотикотерапию (3,2%). Основными препаратами для наружного применения более чем у 90% опрошенных пациентов с АД (анамнестически) были ТГКС-препараты, в том числе комбинированные в режиме монотерапии или в сочетании с эмолентами (58,9% от всех назначений), тогда как ТИК применялись лишь у 5,0% пациентов с АД.

По частоте использования различных препаратов ТГКС ведущее место занимает мометазона фуруат: 31,2% упоминаний использования в режиме монотерапии и последовательно с другими ТГКС, вторым по частоте указаний на использование был гидрокортизона бутират (22,7%), третьим — бетаметазона валерат (14,2%).

У больных АД в течение последних 12 мес. количество курсов лечения составляло от 1 до 4, в среднем  $1,73 \pm 0,9$  курса за год, а длительность эпизодов лечения колебалась в среднем от 13,1 до 21,0 дня. Режим интермиттирующей наружной терапии 1—3 раза в неделю применяли 38,5% пациентов, при этом большинство больных использовали ТГКС.

При анализе данных ИРК больных АД за последние 12 мес. наблюдения и лечения установлено, что по сравнению с анамнестическими сведениями регистрировалось увеличение частоты использования мометазона фуруата и метилпреднизолона ацепоната, тогда как флуоцинолона ацетонид, гидрокортизона бутират, беклометазона дипропионат и бетаметазона валерат назначались реже при обращениях в течение последнего года.

Анализируя в целом данные по когорте пациентов с АД, отметим, что у этих больных, большинство которых были в возрасте от 18 до 35 лет, заболевание находилось во взрослой фазе и по данным индекса SCORAD имело среднетяжелое и тяжелое течение (84,1%), несмотря на периодически проводимое лечение системными и наружными средствами, что свидетельствует, по-видимому, о недостаточности проводимых терапевтических и профилактических мероприятий.

Возраст большинства пациентов с экземой (71,4—83,0%), как мужчин, так и женщин, во всех городах был в диапазоне от 18 до 60 (55) лет. Отмечено, что на анализируемом визите заболевание было диагностировано впервые в 43,9% случаев, а у 56,1% боль-



ных диагноз был установлен ранее. У 45,3% пациентов фиксировалась легкая степень тяжести, у 53,7% — средняя, и только у 1,0% больных экзема имела тяжелое течение, что статистически не различалось в Санкт-Петербурге, Перми и Самаре. Первичная системная терапия назначалась 98,6% больных экземой: антигистаминные препараты первого и второго поколений (17,7 и 37,6% соответственно), седативные препараты (24,4%), системные глюкокортикоиды (2,7%), системная антибиотикотерапия (7,0%). ТГКС были ведущими препаратами в наружной терапии, при этом комбинированные средства с антибиотиками и/или противогрибковыми компонентами назначались в 30,6 и 16,8% случаев, а эмолиенты использовались у 54,7% больных экземой. Наиболее часто больным экземой врачи назначали мометазона фуруат (40,5% в режиме монотерапии и в 7,9% случаев последовательно с другими ТГКС), бетаметазона валерат (16,9%), гидрокортизона бутират (16,5%).

За последние 12 мес. количество курсов лечения у больных экземой было от 1 до 4, в среднем  $1,29 \pm 0,7$  курса за год, а длительность эпизодов лечения составляла в среднем от 10,5 до 17,2 дня, только 19,2% пациентов получали в стадии ремиссии поддерживающую топическую терапию. При сравнении данных анамнеза и назначений, сделанных больным экземой за последние 12 мес., установлено, что частота назначения топического мометазона фуруата оставалась стабильно высокой, но также увеличивалось число упоминаний о назначении гидрокортизона бутирата, бетаметазона валерата, метилпреднизолона ацепоната.

Как и при других дерматозах, большинство пациентов с псориазом находилось в трудоспособном возрасте, женщин (18—55 лет) было 62,8—77,5%; мужчин (18—60 лет) — 86,5—89,3%. Среди больных псориазом 19,3% женщин и 15,5% мужчин указали, что на анализируемом визите заболевание было диагностировано впервые.

Индекс тяжести псориаза PASI, определенный дерматологами на визите исследования, составил в среднем 17,6 балла (медиана 15,0 балла) с колебаниями от 0,3 до 81,5 балла, при этом достоверных различий у мужчин и женщин не выявлено. Пациентов с легкими проявлениями заболевания (PASI < 10 баллов) было 42,9%, а пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами (индекс PASI  $\geq$  10 баллов) — 57,1%. Как и в случае с АД, в когорте больных псориазом отмечается преобладание среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, однако при этом дерматозе можно предположить, что пациенты с легкими манифестациями и течением заболевания лечатся самостоятельно и не обращаются к специалистам.

Первичная системная терапия больным псориазом проводилась у 96,7%. Наиболее частыми назначениями были седативные препараты (26,4%), антигистаминные препараты первого и второго поколений

(21,6 и 15,8% соответственно), витаминотерапия назначалась 9,7%; метотрексат получали 4,7% больных, фотохимиотерапию — 3,5%, системные глюкокортикоиды — 2,6%. Наиболее частой опцией наружного лечения было назначение ТГКС в сочетании с кератолитиками (49,5%), препаратов цинк пиритиона в качестве монотерапии и последовательно с ТГКС (13,1%); более чем в 15% случаев врачи назначали комбинированные ТГКС с антибиотиками и/или противогрибковыми компонентами.

По данным анамнеза, наиболее часто больным псориазом назначался мометазона фуруат (35,8%), флуоцинолона ацетонид (31,1%), а также другие галогенизированные ТГКС: бетаметазона валерат (23,2%) и беклометазона дипропионат (17,4%).

У больных псориазом количество курсов лечения в течение последних 12 мес. составило от 1 до 7, в среднем  $1,7 \pm 0,8$  курса за год, а длительность эпизодов лечения составляла в среднем от 18,1 до 30,0 дня. В стадии ремиссии за последние 12 мес. 31,4% больных получали поддерживающую топическую терапию.

В сравнении с анамнестическими сведениями за последние 12 мес., предшествующих визиту исследования, оставалась стабильно высокой частота назначения мометазона фуруата и бетаметазона валерата, увеличилось использование клобетазола пропионата, частота назначения флуоцинолона ацетонида за последние 12 мес. значительно уменьшалась.

## Выводы

1. Среди больных, обратившихся за амбулаторной помощью к дерматовенерологам за двухмесячный период в трех крупных городах (Санкт-Петербург, Самара, Пермь), подавляющее число больных мужчин (до 89,2%) и женщин (до 82,2%) находилось в трудоспособном возрасте, отмечена тенденция к преобладанию женщин.

2. Наиболее часто к дерматовенерологам обращались пациенты с диагнозом дерматита (25,6%), псориаза (14,5%), экземы (13,4%), себореи и акне (8,6%), АД (5,8%), пиодермии (3,2%), что составило 71,1% всех пациентов, обратившихся на прием.

3. Визит к дерматовенерологу у 30,8% больных был связан с обострением уже имевшегося дерматоза, у 14,7% пациентов посещение было плановым (выписка рецептов, посещение после выписки из стационара, диспансерный визит и др.), а у 54,5% больных — с целью установления диагноза.

4. У больных дерматозами установлена высокая частота сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (34,2%), сердечно-сосудистой системы (24,4%), тогда как на заболевания суставов и позвоночника указывали лишь 3,1% опрошенных пациентов.

5. Пациенты с АД, как мужчины, так и женщины, во всех городах преимущественно были в возрасте от 18 до 35 лет; по оценкам индекса SCORAD, 15,9% пациентов имели легкую степень заболевания, тогда как у 55,2

и 28,9% клинические проявления заболевания соответственно носили среднетяжелый и тяжелый характер.

6. При АД, наряду с системной терапией (97,8%), основными препаратами для наружного применения более чем у 90% пациентов были ТГКС, среди которых ведущее место занимали мометазона фуруат (31,2% упоминаний), гидрокортизона бутират (22,7%) и бетаметазона валерат (14,2%), при этом за последний год регистрировалось увеличение частоты использования мометазона фуруата и метилпреднизолона ацепоната, а фторированные ТГКС назначались реже.

7. Возраст подавляющего большинства пациентов с экземой, как мужчин, так и женщин, во всех городах был в диапазоне от 18 до 60 (55) лет; у 45,3 и 53,7% пациентов фиксировалась легкая и средняя тяжесть заболевания, тогда как тяжелые проявления процесса были только у 1% пациентов.

8. Вместе с системным лечением (98,6% больных) больные экземой получали наружную терапию ТГКС,

в том числе комбинированными с антибиотиками и/или противогрибковыми компонентами, среди монопрепаратов ТГКС лидировали мометазона фуруат (48,4%), бетаметазона валерат (16,9%), гидрокортизона бутират (16,5%).

9. Большинство пациентов с псориазом — мужчин и женщин — находились в трудоспособном возрасте (89,3 и 77,5% соответственно). Среди них с легкими проявлениями заболевания (PASI < 10 баллов) было 42,9%, а со среднетяжелыми и тяжелыми формами (индекс PASI > 10 баллов) было 57,1% от всех обследованных.

10. Системная терапия больных псориазом проводилась в 96,7% случаев, а наиболее частой опцией наружного лечения было назначение ТГКС в сочетании с кератолитиками (49,5%), препаратов цинк пиритиона в качестве монотерапии и последовательно с ТГКС (13,1%); более чем в 15% случаев врачи назначали комбинированные ТГКС с антибиотиками и/или противогрибковыми компонентами. ■

## Литература

1. Kungurov N.V., Zilberberg N.V., Iglikov V.A., Kokhan M.M. Dermatovenerologicheskaya pomoshch: strategicheskiye i pravovyye orientiry». Ekaterinburg: Izd-vo «VIP-Ural». 2012; 260. [Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Игликов В.А., Кохан М.М. Дерматовенерологическая помощь: стратегические и правовые ориентиры». Екатеринбург: Изд-во «VIP-Ural», 2012; 260.]
2. Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Organizatsiya okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «dermatovenerologiya» v Rossiyskoy Federatsii. Dinamika zabolevayemosti infektsiyami. peredavayemyi polovym putem. boleznyami kozhi i podkozhnoy kletchatki. 2013—2015 gg. Vestnik dermatologii i venerologii. 2016; 3: 12—28. [Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки. 2013—2015 гг. Вестн дерматол и венерол 2016; 3: 12—28.]
3. Malishevskaya N.P., Pazina M.V. Epidemiologicheskkiye i mediko-sotsialnyye aspekty zabolevayemosti khronicheskimi dermatozami. Ural med zhurn. 2011; 8: 20—26. [Малишевская Н.П., Пазина М.В. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами. Урал мед журн 2011; 8: 20—26.]
4. Znamenskaya L.F., Melekhina L.E., Bogdanova E.V., Mineyeva A.A. Zabolevayemost i rasprostranennost psoriaza v Rossiyskoy Federatsii. Vestnik dermatologii i venerologii. 2012; 5: 20—29. [Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. Вестн дерматол и венерол. 2012; 5: 20—29.]

### об авторах:

М.М. Кохан — д.м.н., профессор, зав. научным клиническим отделом дерматологии ГБУ СО «УрНИИДВиИ», Екатеринбург  
 А.В. Самцов — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
 Ю.Н. Перламутров — д.м.н., зав. кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России  
 Е.В. Соколовский — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье

Исследование проводилось при поддержке МСД Фармасьютикалс.