

*Малишевская Н.П., Пазина М.В.*

## Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»  
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

*Malishevskaja N.P., Pazina M.V.*

### Epidemiological and medical-social aspects of chronic dermatosis morbidity

#### Резюме

Цель исследования - изучить современное состояние и динамику заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (БК и ПК), атопическим дерматитом и родственными состояниями (АтД и РС) населения Среднего Урала, состояние диспансерного наблюдения и инвалидности, обусловленной заболеваниями кожи. Материалы и методы. Анализ официально зарегистрированной заболеваемости БК и ПК, АтД и РС среди взрослых, детей до 15 лет и подростков Свердловской области с 2005 по 2009 гг., анализ состояния и динамики удельного веса больных, состоящих на диспансерном наблюдении; возрастной и нозологической структуры инвалидности у взрослых, детей и подростков за 2001 – 2008 гг. Статистические параметры вычислены с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel с проведением линейного корреляционного анализа и оценки значимости модели регрессии. Результаты исследования. Установлен достоверный рост общей и первичной заболеваемости БК и ПК среди взрослых и подростков. Среди взрослой популяции отмечается рост общей заболеваемости АтД и РС, у подростков - достоверное снижение уровня первичной заболеваемости. Общая и первичная заболеваемости БК и ПК, АтД и РС у детей до 15 лет находится на стабильно высоком уровне. Удельный вес больных с БК и ПК, состоящих на диспансерном наблюдении, крайне низок и составляет 9,3%, среди больных с АтД и РС – 21,1%, имея тенденцию к снижению. Получено статистическое подтверждение, что снижение удельного веса больных дерматозами, состоящих на диспансерном наблюдении, сопровождается достоверным ростом общей заболеваемости БК и ПК у подростков, а также АтД и РС во всех возрастных группах. Наибольший удельный вес среди причин впервые признанной инвалидности у взрослых составляет псориаз (51,6%) и Т-клеточные лимфомы (29,3%), у детей до 15 лет и подростков - атопический дерматит (соответственно 78,6% и 51,5%).

**Ключевые слова:** дерматозы, эпидемиология, диспансерное наблюдение, инвалидность

#### Summary

Objective. The aim of this study was to investigate the current morbidity and dynamics of diseases of skin and subcutaneous tissue (DS and ST), atopic dermatitis and related conditions (AD and RC) of the Middle Ural region population, conditions of regular medical check-ups and disability associated with skin diseases. Materials and Methods. The analysis of registered DS and ST, AD and RC morbidity in adults, children under 15 years old and adolescents of Sverdlovskaya oblast from 2005 till 2009 and the analysis of dynamics of specific weight of patients under regular check-ups, age-specific and nosologic disability structure associated with skin diseases in adults, children and adolescents in 2001 – 2008 were performed. Statistical parameters were calculated by using Microsoft Excel software, linear correlation analysis and regression model significance evaluation. Results. Significant increase of general and primary DS and ST morbidity in adults and adolescents was determined. There was increase of general AD and RC morbidity in adults, and significant decrease of primary morbidity in adolescents. General and primary DS and ST, AD and RC morbidity in children under 15 years old was constantly high. Specific weight of DS and ST patients under regular check-ups was extremely low and made 9,3%, and of AD and RC patients was 21,1% and tended to decrease. Specific weight decrease of patients with dermatosis under regular check-ups followed by significant increase of general DS and ST morbidity in adolescents and AD and RC morbidity in all age groups was statistically confirmed. Psoriasis (51,6%) and lymphomas (29,3%) had the greatest specific weight of primary disability causes in adults; atopic dermatitis – in children under 15 years old and adolescents (78,6% and 51,5% respectively).

**Key words:** chronic dermatosis, epidemiology, regular medical check-up, disability

## Введение

Несмотря на усиление внимания государства и общественности к проблеме сохранения здоровья нации в современной России, заболеваемость дерматозами среди взрослого и детского населения не только сохраняется на высоком уровне, но и продолжает стабильно возрастать [1; 2; 3]. Хронические заболевания кожи по-прежнему остаются важной клинической проблемой. Это связано с их широкой распространенностью, рецидивирующим течением, ростом тяжелых форм, высоким удельным весом больных, нуждающихся в стационарном лечении. Это сопровождается временной, а в ряде случаев стойкой утратой трудоспособности, формированием у больных психопатологических расстройств [4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11].

Одной из актуальных в отечественном здравоохранении является проблема качества и результативности диспансерного наблюдения. В новых экономических условиях за период реформирования здравоохранения возникла необходимость в разработке и внедрении комплексных программ, подкрепленных нормативными документами, направленными на повышение доступности и результативности оказания специализированной медицинской помощи больным, страдающим хроническими дерматозами, в том числе детям и подросткам, предусматривающих взаимосвязь и преемственность амбулаторно-поликлинического, госпитального и восстановительного этапов лечения в процессе диспансерного наблюдения больных [12; 10; 13].

Повышение качества и доступности медицинской помощи, являющихся одной из важнейших задач отечественного здравоохранения, возможно только в условиях мониторинга и динамического анализа заболеваемости, определения ее трендов, нозологической и демографической структуры, изучения причин тяжелого течения дерматозов и формирования инвалидности, экспертной оценки состояния специализированной дерматовенерологической помощи в том или ином регионе.

**Цель настоящего исследования:** анализ современного состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Свердловской области и медико-социальных последствий хронического течения дерматозов.

В задачи исследования входило: изучение состояния общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (БК и ПК), в том числе атопическим дерматитом и родственными состояниями (АтД и РС) взрослого и детского населения; анализ показателей инвалидности, обусловленной заболеваниями кожи; определение частоты, степени и характера выраженности социально-личностной дезадаптации больных на основе критериев самооценки пациентов; проведение экспертного анализа состояния диспансерного наблюдения.

## Материалы и методы

На основе официальных статистических данных медицинского информационно-аналитического центра Минздрава Свердловской области проведен сравнительный эпидемиологический анализ официально регистри-

руемой общей и первичной заболеваемости БК и ПК, АтД и РС взрослой популяции (18 лет и старше), детей от 0 до 14 лет и подростков (15-17 лет) Свердловской области в динамике за 5 лет (2005-2009 гг.), анализ динамики удельного веса больных с БК и ПК, АтД и РС, состоящих на диспансерном наблюдении, за тот же период.

По материалам областной медико-социальной экспертной комиссии за 2001-2008 гг. проанализировано 3779 случаев инвалидности, обусловленной заболеваниями кожи, из них 839 случаев впервые признанной инвалидности (ВПИ). В соответствии с МКБ – 10 проведен сравнительный анализ нозологической структуры дерматозов, обусловивших формирование инвалидности у взрослых (18 лет и старше), детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет). Рассчитаны интенсивные показатели ВПИ (число случаев инвалидности на 10 000) всего населения, среди взрослой популяции и детей (0-17 лет). Проведен линейный корреляционный анализ их временной динамики.

Методом очного анкетирования с использованием балльной шкалы дефензивности на основе критериев самооценки пациента [Иванова И.Н., 2007], проведено изучение частоты, степени и характера социально-личностной дезадаптации 124 больных хроническими дерматозами (50 больных АтД и 74- псориазом) в возрасте от 18 до 67 лет. Группу сравнения составили 124 респондента без заболеваний кожи. Для статистического анализа данных о значимости различия эмпирических распределений баллов в сравниваемых группах по каждому из 20 вопросов шкалы дефензивности, были применены  $\chi^2$ -критерий Пирсона и I-критерий Колмогорова-Смирнова, а также Z-критерий сравнения двух средних произвольно распределенных генеральных совокупностей для больших независимых выборок двух групп. Проведен статистический анализ значимости различий дефензивности по нозологическому и половому признаку, а также между пациентами молодого (18-44 года) и старшего возраста (45-67 лет).

Проведен экспертный анализ первичной медицинской документации КВУ: медицинских карт амбулаторного больного (учетная форма № 025/у – 04) и контрольных карт диспансерного наблюдения 138 больных с хроническими заболеваниями кожи (учетная форма № 030/у – 04).

Статистические параметры вычислены с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel. При линейном корреляционном анализе временной зависимости показателей заболеваемости на 100 тыс. населения, коэффициенты линейной корреляции определялись методом наименьших квадратов [14]. Уровень значимости принят равным  $p=0,05$ . Для оценки значимости модели регрессии использовался F-критерий Фишера; значимость углового коэффициента регрессии проверялась по t-статистике [15].

## Результаты и обсуждение

Результаты анализа показали, что в Свердловской области за период с 2005 по 2009 гг. произошел достоверный рост (+12,9%) уровня общей заболеваемости БК и ПК среди взрослого населения (коэффициент линей-

**Таблица 1. Сравнительные показатели уровня заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, атопическим дерматитом и родственными состояниями взрослого и детского населения Свердловской области в 2009 году**

Возрастные группы	Показатели заболеваемости (число случаев на 100 тыс. населения)											
	Болезни кожи и подкожной клетчатки						Атопический дерматит и родственные состояния					
	Общая		Дина- на- мика	Первичная		Дина- мика	Общая		Дина- на- мика	Первичная		Дина- на- мика
	2005	2009		2005	2009		2005	2009		2005	2009	
Взрослые	4977,6	5617,9	+12,9 %	3973,7	4141,0	+4,2%	245,1	338,7	+38,2 %	125,0	156,5	+25,3 %
Подростки (15-17 лет)	7980,2	8721,6	+9,3 %	6136,5	6407,1	+4,4%	1319,5	1348,9	+2,2 %	561,5	440,2	-21,6 %
Дети (0-14 лет)	19553,6	9935,7	-5,9%	8711,3	7582,0	-13%	2198,0	2351,9	+7%	1120,5	1151,4	+2,8 %

ной корреляции  $R=0,92$ ). Общая заболеваемость БК и ПК подростков (15-17 лет) по области выросла на 9,3% ( $R=0,94$ ), составив к 2009 году 8721,6 случаев на 100 тыс. населения. Показатели общей заболеваемости детей 0-14 лет находились на стабильно высоком уровне, варьируя в течение последних 5 лет от 11110,0 (2007 г.) до 9935,7 (2009 г.) случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Первичная заболеваемость БК и ПК взрослого населения и подростковой популяции Свердловской области за 5 лет выросла соответственно на 4,2% ( $R=0,84$ ) и 4,4% ( $R=0,84$ ), в то время как уровень первичной заболеваемости детей до 15 лет был стабильным, но по-прежнему высоким, варьируя от 8730,0 до 7582,0 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Сравнительные показатели общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, атопическим дерматитом и родственными состояниями основных возрастных групп населения представлены в табл.

За 5-летний период в Свердловской области произошел статистически значимый рост (+38,2%) общей заболеваемости взрослого населения атопическим дерматитом и родственными состояниями ( $R=0,93$ ). Среди детей и подростков достоверного изменения показателей общей заболеваемости АтД и РС не зарегистрировано ( $R=0,47$ ;  $R=0,05$ ), но в 2009 году они по-прежнему находились на стабильно высоком уровне, составляя соответственно 2351,9 и 1348,9 случаев на 100 тыс. соответствующего населения.

Первичная заболеваемость АтД и РС взрослого населения и детей 0-14 лет на протяжении 2005-2009 гг. была стабильной, а среди подростков произошло ее достоверное снижение на 21,6% ( $R=0,88$ ).

Анализ официальных статистических данных о больных с дерматозами, состоящих на диспансерном наблюдении, показал, что их удельный вес, от общего числа зарегистрированных в течение 2005 – 2009 гг. находился в диапазоне от 7,0% до 9,3%. Среди взрослой популяции он был наименьшим – от 5,3% до 8,3%, у подростков составлял 10,4% - 12,3%, среди детей в целом по области не превышал 11,9%.

При сопоставлении и корреляционном анализе динамики показателей удельного веса больных БК и ПК, состоящих на диспансерном наблюдении, с показателями общей заболеваемости подросткового населения установлено, что в тех округах Свердловской области, где произошло достоверное снижение удельного веса подростков с БК и ПК, состоящих на диспансерном наблюдении, зарегистрирован статистически значимый рост их общей заболеваемости ( $R=0,98$ ). Среди взрослого населения и детской популяции аналогичной статистически значимой взаимосвязи не выявлено, что, возможно, связано с дефектами статистического учета анализируемых показателей, о чем свидетельствует необъяснимо большой разброс данных вариационного ряда.

Удельный вес больных АтД и РС, состоящих на диспансерном наблюдении, от всех зарегистрированных больных с данной патологией был значительно выше и в течение 5 лет варьировал от 36,6% до 21,1%. Среди взрослых этот показатель был минимальным (26,3% - 15,2%), у детей 0-14 лет находился на уровне 41,7%-37,5%, в подростковой популяции был максимальным (46,1% - 43,1%). При этом отмечена негативная тенденция к снижению удельного веса детей с АтД и РС, состоящих на диспансерном наблюдении (-9,2%). Среди взрослой популяции это снижение было выражено в наибольшей степени (-42,1%) и в 2009 году за последние 5 лет удельный вес больных с АтД и РС, состоящих на диспансерном наблюдении, был минимальным (15,2%).

Корреляционный анализ динамики показателей удельного веса больных, состоящих на диспансерном наблюдении, и показателей заболеваемости АтД и РС за изучаемый период показал, что в тех округах Свердловской области, где произошло статистически значимое снижение удельного веса диспансерных больных, зарегистрирован достоверный рост общей заболеваемости АтД и РС во всех возрастных группах (дети -  $R = 0,84$ ; подростки -  $R=0,95$ ; взрослые -  $R=0,90$ ).

К сожалению, в отчетно-учетных формах, характеризующих деятельность КВУ, не предусмотрены показатели, отражающие результативность диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами, в том

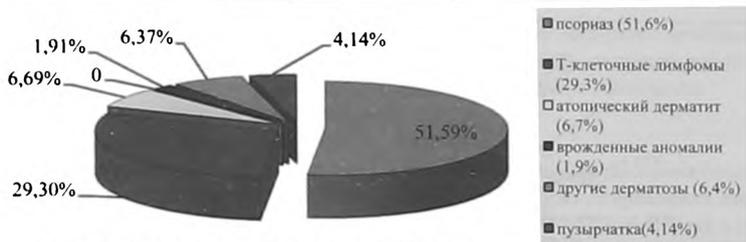


Рис. 1. Нозологическая структура ВПИ по причине заболеваний кожи у взрослого населения Свердловской области 2001 – 2008 гг.

числе показатели, характеризующие состояние инвалидности. Возможно поэтому, инвалидность, обусловленная заболеваниями кожи, является одним из наименее изученных вопросов дерматологии. Проведенный анализ показателей инвалидности населения Свердловской области за 8 лет показал, что ежегодное число больных с впервые установленной инвалидностью, обусловленной болезнями кожи, варьировало от 139 (2001г.) до 56 (2008 г) случаев. Среди всех 839 больных с первичной инвалидностью наибольший удельный вес составили дети 0-14 лет (54,5%), доля взрослых - 37,4%, подростков - 8,1%.

При оценке динамики интенсивных показателей ВПИ с целью уменьшения влияния случайных факторов был проведен сравнительный анализ их средних значений за два четырехлетних периода (2001-2004 и 2005-2008 гг.). Результаты показали, что уровень первичной инвалидности, обусловленный БК и ПК взрослого населения, находится на стабильном уровне, составляя в сравнимые временные периоды 0,11 случаев на 10 тыс. взрослого населения, в то время как среди детской популяции (0-17 лет) произошло достоверное ( $R=0,91$ ) снижение первичной инвалидности на 38,9% (с 0,9 до 0,55 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста).

Анализ нозологической структуры причин ВПИ, дифференцированной по возрасту, показал, что наибольший удельный вес среди заболеваний кожи, ставших причиной инвалидности у взрослых, составляет псориаз

(51,6%) и Т-клеточные лимфомы (29,3%). Удельный вес случаев инвалидности, обусловленной атопическим дерматитом, составил лишь 6,7%, пузырчатки - 4,1%, врожденных аномалий (ихтиоз, эпидермолиз) – 1,9%. Прочие нозологии (красная волчанка, васкулит, гипертрофические поражения кожи, склеродермия и др.), на каждую из которых приходилось менее 1%, в сумме составили 6,4% - рис. 1.

В структуре причин первичной инвалидности детей до 15 лет, обусловленной заболеваниями кожи, наибольший удельный вес занимает атопический дерматит (78,6%), доля псориаза - 7,9%, врожденных аномалий - 4,1%, гнездной (тотальной) алопеции – 2,6%. Удельный вес прочих дерматозов в сумме составил 6,6%. У подростков первичная инвалидность в каждом втором (51,5%) случае была обусловлена атопическим дерматитом. Удельный вес псориаза, в отличие от возрастной группы детей до 15 лет, был в 3,5 раза больше и составил 27,9% от всех больных ВПИ. Обращает на себя внимание, что среди причин инвалидности у подростков была высока доля гнездной, преимущественно тотальной, алопеции (8,8%). Удельный вес врожденных аномалий и прочих дерматозов - 5,9% (рис. 2).

Учитывая, что основной удельный вес (62,6%) среди всех больных с первичной инвалидностью составляют дети (0-17 лет), был проведен детальный анализ их по возрастной структуре, который показал, что основную

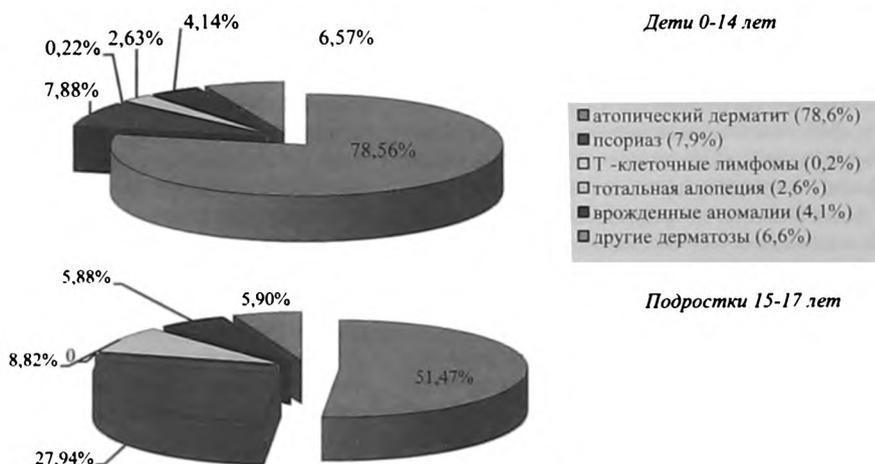
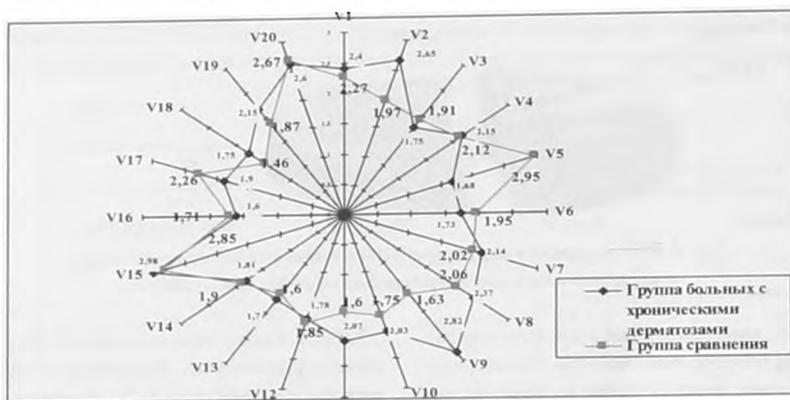
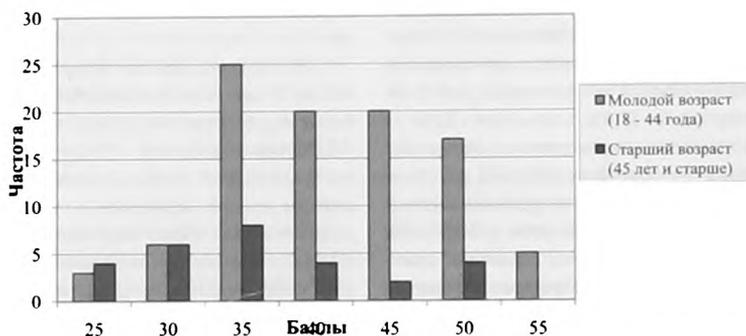


Рис. 2. Нозологическая структура ВПИ по причине заболеваний кожи у детей Свердловской области 2001 – 2008 гг.



**Рис. 3. Распределение «средних» ответов пациентов на вопросы стандартизированной анкеты «Шкала дефензивности»**



**Рис. 4. Сравнительное распределение баллов по шкале дефензивности в группе больных с хроническими дерматозами в зависимости от возраста**

часть больных с атопическим дерматитом (91,1%) составили дети до 15 лет, из них 41,2% - дети до 3 лет. Среди детей с первичной инвалидностью, обусловленной псориазом, также преобладали дети 0 - 14 лет (65,5%), но среди них, основную долю составляли дети от 8 до 14 лет (86,1%).

Сравнительный анализ динамики удельного веса различных кожных нозологий, ставших причиной ВПИ всей среднеуральной популяции за 2 четырехлетних периода, показал, что в последние 4 года произошел прирост среднего числа случаев инвалидности, обусловленной врожденными аномалиями (+33,3%), Т-клеточной лимфомой (+29,3%) и пузырчаткой (+6,8%).

Важно отметить, что среди взрослых с впервые признанной инвалидностью, обусловленной заболеваниями кожи, 71,0% больных составили лица трудоспособного возраста, из них 35,4% - находились в наиболее активном молодом возрасте (18-44 года).

Возрастная и нозологическая структура больных с повторно признанной инвалидностью принципиально не отличалась от первичной [16,17].

Результаты изучения социально-личностной дезадаптации больных с атопическим дерматитом и псориазом по критериям самооценки пациента, показали наличие признаков дефензивности более чем у половины

больных (57,3%). При этом, распределение баллов по шкале дефензивности в группе больных с хроническими дерматозами было более широким и смещено в сторону больших значений по отношению к контрольной группе (рис.3). В группе респондентов без заболеваний кожи признаки социально-личностной дезадаптации были выявлены в 46,0% случаев, при этом регистрировалась только низкая степень дефензивности ( $\square 2_{\text{эмп}}=4,52 < \square 2_{\text{кр}}=7,81$ ). Анализ статистической значимости различий в распределении баллов по шкале между группой больных с хроническими дерматозами и группой сравнения, показал наличие достоверных различий по 14 критериям самооценки из 20 ( $\square 2_{\text{кр}}=7,815$ ;  $\square_{\text{кр}}=1,36$ ;  $p=0,05$ ).

При дифференцированном анализе частоты признаков социально- личностной дезадаптации у женщин и мужчин с хроническими заболеваниями кожи установлено, что достоверно чаще признаки социальной дезадаптации регистрируются у больных псориазом женского пола (у 61,5% больных) по сравнению с мужским (54,2%). В группе сравнения значимых различий частоты социальной дезадаптации по половому признаку не установлено. Сравнительный анализ степени социально-личностной дезадаптации у молодых больных (18-44 лет) и пациентов более старшего возраста (45-67 лет) показал, что в группе больных молодого возраста распределение баллов

по шкале дефензивности было смещено в сторону больших значений ( $Z_{\text{эмп}}14,37 > Z_{\text{кр}} 12,59$ ;  $Z_{\text{эмп}}3,10 > Z_{\text{кр}} 1,64$ ;  $p=0,05$ ), что, возможно, связано с лучшей адаптацией пациентов старшего возраста к заболеванию (рис.4).

Среди признаков социально-личностной дезадаптации у больных с АтД и псориазом наиболее часто регистрировались: недовольство своей внешностью (91,3%), неуверенность в себе (83,1%), трудности межличностного общения, особенно с лицами противоположного пола (81,9%), обидчивость и ранимость (75,8%), нерешительность (73,4%), быстро возникающие отчаяние и тревога из-за мелких неудач, трудности засыпания, связанные с тревожными мыслями о будущем (70,2%).

Выявленные признаки социально-личностной дезадаптации свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения пациентов с атопическим дерматитом и псориазом в процессе их диспансерного наблюдения.

До последнего времени основным препятствием к изучению уровня заболеваемости многими дерматозами, оценке нозологической структуры заболеваемости БК и ПК, являлось несовершенство форм статистического учета. В утвержденных формах официальной отчетности до 2009 года были указаны только суммарные показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, атопическим дерматитом и родственными состояниями, контактными дерматитом [18]. С введением в 2009 году новых статистических учетных и отчетных форм (приказ Росстата №154 от 29.07.2009) расширен перечень учитываемых дерматозов (атопический дерматит, контактный дерматит, экзема, псориаз, псориаз артропатический, красный плоский лишай, дискоидная красная волчанка, локализованная склеродермия), что позволит получать полную информацию о заболеваемости указанных дерматозов [19].

Проведенный анализ состояния и нозологической структуры инвалидности по причине заболеваний кожи свидетельствует не только о медицинской, но и большой социальной значимости проблемы хронических заболеваний кожи, необходимости мониторинга состояния инвалидности и анализа причин ее формирования. Однако проведенный экспертный анализ первичной медицинской документации выявил существенные дефекты ее ведения: частое отсутствие в амбулаторных картах годовых и этапных эпикризов, годовых планов диспансерного наблюдения больных, сведений о противорецидивной терапии, копий выписных эпикризов из стационара, отсутствие в этапных эпикризах данных анализа объективных и субъективных причин неэффективного лечения и формирования инвалидности. Обращал на себя внимание тот факт, что удельный вес больных с хроническими дерматозами, состоящих на диспансерном наблюдении, полу-

чивших санаторно-курортное лечение, был крайне низок и не превышал 4,9% от общего числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении.

## Выводы

1. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки на со-временном этапе характеризуется продолжающимся ростом общей и первичной заболеваемости среди взрослых и подростков. Заболеваемость атопическим дерматитом и родственными состояниями характеризуется более высоким ростом общей заболеваемости среди взрослой популяции (+38,2%) и снижением уровня первичной заболеваемости подростков (-21,6%). Общая и первичная заболеваемости БК и ПК, АтД и РС у детей до 15 лет находится на стабильно высоком уровне.

2. Удельный вес больных с БК и ПК, состоящих на диспансерном наблюдении, крайне низок, в среднем по Свердловской области составляет 9,3%, среди больных с АтД и РС - 21,1% и в последние годы имеет тенденцию к снижению. Снижение удельного веса больных хроническими дерматозами, состоящих на диспансерном наблюдении, коррелирует с достоверным ростом общей заболеваемости БК и ПК у подростков, а также АтД и РС взрослого населения и детей.

3. Хронические дерматозы являются причиной формирования у большей части больных социальной личностной дезадаптации различной степени, а также стойкой утраты трудоспособности. Большая часть случаев инвалидности детей по причине заболеваний кожи обусловлена атопическим дерматитом, у взрослых - псориазом и Т-клеточными лимфомами.

Показатели инвалидности являются одним из критериев результативности диспансерного наблюдения больных, требуют мониторинга и анализа, т.к. могут служить объективным обоснованием для разработки программ, направленных на повышение качества и доступности специализированной дерматовенерологической медицинской помощи населению с хроническими заболеваниями кожи. ■

*Малишевская Н.П., д.м.н., профессор, руководитель научно-организационного отдела ФГУ «Уральский научно – исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России», г. Екатеринбург; Пазина М.В., к.м.н., младший научный сотрудник ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России», г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку - Пазина Марина Владимировна, тел. 8(343)-210-77-17. E-mail: orgotdel\_2008@mail.ru.*

## Литература:

1. Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки насе-

ления Российской Федерации, по данным официальной государственной статистики / А.А.Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - №5. - С.8 - 18.

2. Яцына И.В. Эпидемиология, факторы риска и современные аспекты профилактики аллергических заболеваний населения промышленного центра / И.В. Яцына, Т.А. Коновалова, Е.Н. Коротеева, Е.К. Красавина, Л.И. Антошина, А.В. Кострюков // Вестник Российской академии медицинских наук - 2005. - №3. - С. 36 - 39.
3. Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А.А. Кубанова, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина, М.А. Каспирович // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010. - №5. - С.4 - 21.
4. Торопова Н.П. Атопический дерматит у детей (к вопросам о терминологии, клиническом течении, прогнозе и дифференциации патогенезе) / Н.П. Торопова // Педиатрия. - 2003. - № 6. - С. 103 - 107.
5. Елькин В.Д. Психовегетативные дисфункции у больных хроническими дерматозами и влияние на них активного двигательного режима / В.Д. Елькин // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2002. - №1. - С.14 - 17.
6. Перламутров Ю.Н. Влияние профессиональных дерматозов на качество жизни больных / Ю.Н. Перламутров // Вестник дерматологии и венерологии. - 2005. - №5. - С. 11 - 14.
7. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической практике: автореф. дис. ... докт.мед.наук - Томск, 2006. - 48 с.
8. Бутов Ю.С. Клинико-биохимический статус у больных псориазом и методы его коррекции / Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова, А.С. Шмакова, О.М. Ипатова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2009. - №5. - С.23 - 27.
9. Короткий Н.Г. Опыт применения отечественного препарата Панавир при лечении псориаза у детей / Н.Г. Короткий, Е.В. Лазутина // III-Всероссийский конгресс дерматовенерологов: тез. научных работ. - Казань, 2009. - С.43.
10. Кунгуров Н.В. Современные подходы к организации специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров, Н.П. Торопова, Ю.В. Кениксфест, М.М. Кохан, В.А. Игликов, Н.П. Малишевская, М.А. Уфимцева. - Курган: Изд-во «Зауралье», 2009. - 212 с.
11. Gupta M.A. Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders/ M.A. Gupta // *Psychodermatology*, Cambridge University Press, 2005. - P. 29 - 43.
12. Ильясова Г.Г. Роль врачей общей практики и участковых терапевтов в проведении диспансеризации среди городского населения / Г.Г. Ильясова, А.А. Азимов, З.Ш. Абдурахманова // Уральский медицинский журнал. - Спецвыпуск - 2010. - № 1 (66). - С. 12 - 15.
13. Кунгуров Н.В. Организационные аспекты оказания специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров и др. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010. - №5. - С.22 - 28.
14. Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика/ В.Е. Гмурман. - М.: Высшее образование. - 2006. - 479 С.
15. Многомерный статистический анализ в экономических задачах: компьютерное моделирование в SPSS: Учеб. пособие / Под ред. И.В. Орловой. - М.: Вузский учебник, 2009. - 310 с.
16. Малишевская Н.П. Состояние и нозологическая структура инвалидности по причине заболеваний кожи среди населения Свердловской области / Н.П. Малишевская, М.В. Пазина // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - М., 2009. - №2 (5). - С.83 - 86.
17. Малишевская Н.П. Состояние заболеваемости и диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами населения Свердловской области / Н.П. Малишевская, М.В. Пазина // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - М., 2010 - №6 - С.57 - 63.
18. Методические рекомендации по ведению регистра больных хроническими заболеваниями кожи / А.А. Кубанов, А.А. Мартынов, О.В. Надгериева, Ю.И. Магтушевская, М.А. Шарова. - М., 2008. - 34 с.
19. Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А.А. Кубанова, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина, М.А. Каспирович // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010. - №5. - С.4 - 21.