

Николаева К.И.^{1,2}, Савченко Н.В.¹, Уфимцева М.А.¹, Шаповалов Е.Д.³, DOI 10.25694/URMJ.2020.12.34
Струин Н.Л.², Белова Н.Б.⁴, Бочкарев Ю.М.¹

Заболевания кожи у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: клиническая характеристика, социальная значимость дерматозов

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург; ²ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер», г. Екатеринбург; ³Министерство социальной политики Свердловской области, отдел семейной политики и социального обслуживания семьи и детей, г. Екатеринбург; ⁴ГАУ «ЦСПСид «Отрада» Октябрьского района города Екатеринбурга», г. Екатеринбург

Nikolaeva K.I., Savchenko N.V., Ufimtseva M.A., Shapovalov E.D., Struin N.L., Belova N.B., Bochkarev Y.M.

Skin disease children in difficult life situations: clinical characteristics, social significance

Резюме

Цель работы: оценка уровня заболеваемости дерматозами детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации по данным медицинских осмотров, их социальная значимость. Задачи исследования: 1. Изучить уровень и структуру заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. 2. Провести сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации (форма № 030 – Д/с/у – 13, форма № 026/у-2000). Материалы и методы: проведены клинико-инструментальное обследование 378 детей исследуемой группы; анализ первичной медицинской документации. Результаты: хронические заболевания кожи зарегистрированы у 197 (52,1%) обследуемых, дерматозы, требующие решения вопроса о профессиональной ориентации у 45 (11,8%) детей, определения годности к военной службе – у 47 (23,4%) лиц мужского пола. Установлена низкая регистрация хронических дерматозов в учетных формах № 030 – Д/с/у – 13 (9,6%), в учетных формах № 026/у-2000 (19,2%). Выводы: полученные данные свидетельствуют о необходимости координации медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, повышения междисциплинарного взаимодействия между врачами-дерматовенерологами, врачами-педиатрами при диспансеризации детей социально-уязвимых групп

Ключевые слова: дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, хронические дерматозы, диспансеризация, диспансерное наблюдение

Для цитирования: Николаева К.И., Савченко Н.В., Уфимцева М.А., Шаповалов Е.Д., Струин Н.Л., Белова Н.Б., Бочкарев Ю.М., Заболевания кожи у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: клиническая характеристика, социальная значимость дерматозов, Уральский медицинский журнал, №12 (195) 2020, с. 127 - 134, DOI 10.25694/URMJ.2020.12.34

Summary

The purpose of the study: to evaluate the level and the structure of diseases of the skin and subcutaneous tissue in orphans and children in difficult life situations according to medical examinations, to assess its social significance. The objectives of the study: 1. To study the level and the structure of diseases of the skin and subcutaneous tissue in orphans and children in difficult life situations according to medical examinations. 2. To analyze the morbidity rate indicators of diseases of the skin and subcutaneous tissue in orphans and children in difficult life situations according to medical examinations in comparison with data recorded in the medical documentation (form № 030 – Д/с/у – 13, form № 026/у-2000). Materials and methods: the clinical and instrumental examination of 378 children from the studied group was carried out; the analysis of medical records

was performed. Results: chronic skin disease was at 197 (52,1%) patients, dermatitis, requiring the solution of the question of vocational guidance 45 (11,8%) children, determination of fitness for military service – 47 (23,4%) males. Low registration of chronic dermatitis is detected in the clinical examination (9,6%) and in outpatient cards (19,2%). These results indicate the need to increase interdisciplinary interaction between dermatologists and pediatricians during medical examination of children of socially vulnerable groups

Key words: orphans, children in difficult life situations, chronic medicine, clinical examination, clinical supervision

For citation: Nikolaeva K.I., Savchenko N.V., Ufimtseva M.A., Shapovalov E.D., Struin N.L., Belova N.B., Bochkarev Y.M., Skin disease children in difficult life situations: clinical characteristics, social significance, Ural Medical Journal, No. 12 (195) 2020, p. 127 - 134, DOI 10.25694/URMJ.2020.12.34

Введение

Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, являются группой, требующей особого внимания общества и государства [1].

Дети-сироты – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель, тогда как к категории «детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации», в соответствии с действующими нормативными документами, относят детей, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети, подвергаемые сексуальному насилию; безнадзорные, беспризорные; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением [2, 3].

Субъектам Российской Федерации (РФ) закреплена функция разработки и реализации программ, направленных на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний у детей в рамках проведения профилактических осмотров [4, 5]. Для обеспечения прав детей на охрану здоровья в медицинских организациях государственной и муниципальной системах здравоохранения должны быть доступны мероприятия по оказанию бесплатной медицинской помощи, в том числе диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями, а также санаторно-курортное лечение [2].

Профилактические медицинские осмотры детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляются на основании приказа Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н [6]. Согласно приказа Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н, а также приказа Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н, работа врача-дерматовенеролога в рамках первого этапа диспансеризации не предусмотрена [7, 8].

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении первого этапа диспансеризации, должны направлять несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения (второй этап диспансеризации).

Согласно Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», в рам-

ках оказания первичной медико – санитарной помощи, врачи – терапевты, врачи – педиатры, при выявлении у больного высыпаний на коже, слизистых оболочках, симптомов или признаков инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), направляют его к врачу-дерматовенерологу, а также осуществляют оказание ему медицинской помощи в соответствии с рекомендациями врача-дерматовенеролога, при отсутствии показаний для направления в нее. Первичная специализированная медико – санитарная помощь больным осуществляется врачами – дерматовенерологами [9].

Необходимо отметить, уровень выявленных заболеваний кожи при диспансеризации у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в ретроспективных и проспективных исследованиях, варьирует от 0,3% до 21,0%, что значительно ниже соответствующих показателей в детской популяции, и может быть следствием исключения врача-дерматовенеролога из перечня специалистов, участвующих в диспансеризации. В единичных исследованиях, проведенных на базах медицинских и социальных учреждений, указан высокий удельный вес заболеваний кожи у детей социально-уязвимых групп, достигающий 97,3% [10-15]. Особый интерес представляет изучение распространенности дерматозов у такой категории детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, как дети, живущие с ВИЧ-инфекцией. Исследования указывают на высокий уровень вирусных, грибковых и бактериальных инфекций кожи у данных детей, по сравнению с ВИЧ-отрицательными детьми [16]. Dias et al. (2012) определили профиль дерматозов у детей, живущих с ВИЧ в Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, сделав вывод о том, что у детей с ВИЧ/СПИД наблюдается больше неинфекционных дерматозов, чем в популяции здоровых детей. По данным авторов, наиболее часто регистрируется atopический дерматит (22,9%) [17].

Следует отметить, что изучение заболеваемости и распространенности дерматозами среди детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в РФ затруднено.

Таким образом, дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, относятся к группе лиц, требующих особого внимания общества и государства. Совершенствование оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» для таких детей, обусловленное социальной значимостью заболеваний

кожи, имеет научную и практическую значимость.

Материалы и методы

Для решения 1 задачи проведено клинико-инструментальное обследование (кросс-секционное исследование) 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в течение 2014-2017 гг., в возрасте от 4 до 17 лет, из них 201 (53,2%) мальчик, 177 (46,8%) девочек. Медиана среднего возраста составила 14 лет (25%: 75% квартили –11: 15). Обследование включало визуальный осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, определение дермографизма, дерматоскопическое исследование новообразований кожи с использованием дерматоскопа Heine Delta 20.

Исследуемая группа включала детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проживающих в семье с родственниками (в связи с девиантным поведением родителей), прикрепленных к социальным учреждениям г. Екатеринбурга и проживающих в социальных учреждениях г. Екатеринбурга и Свердловской области (всего 8 учреждений). Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом при Уральском государственном медицинском университете (протокол № 2 от 20.03.2015 г.).

Лица, участвующие в исследовании, заполняли информированное согласие пациента, законного представителя (в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 ст. 54 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ) на проведение исследования, диагностических и лечебных мероприятий [4].

Для сравнительного анализа показателей структуры заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации с данными, зафиксированными в медицинской документации, в рамках 2 задачи исследования, проведен экспертный анализ 198 учетных форм № 030 – Д/с/у – 13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего», а также 99 учетных форм 026/у-2000 "Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов" детей исследуемой группы.

Методы статистического анализа

Статистическая обработка производилась с использованием программ анализа данных «IBM SPSS Statistics 19» (SPSS: An IBM Company) и «Statistica 10.0» (Statsoft Inc., США). Анализ включал построение таблиц сопряженности, оценку наличия связи между показателями. Проверка выборки на нормальность проводилась с помощью критерия χ^2 Пирсона, Шапиро-Уилка (W). Выбирались непараметрические статистические методы - для признака выборки, отличающейся от нормального распределения (точный критерий Фишера (Fisher's exact test). Данные количественных показателей приведены в виде медианы и границ межквартильного интервала (25%: 75% МКИ). Для качественных

признаков приведены абсолютное количество и доля с 95% доверительным интервалом (ДИ). ДИ долей рассчитывали по методу Клоппера-Пирсона. Для каждого критерия определяли уровень статистической значимости (p). Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

При клинико-инструментальном обследовании 378 детей заболевания кожи выявлены у 283 (74,9%) детей, из них у 168 (83,6%) мальчиков и у 115 (64,9%) девочек.

По данным исследования в структуре заболеваемости класса «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99) у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходится на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 лет и 7-12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13-17 лет – «Болезни придатков кожи» (L60-L75) (табл. 1).

Данные по заболеваемости дерматозами согласуются с результатами исследователей [10-15].

У 140 (37,0%) обследуемых выявлены два и более дерматозов. Себорейный дерматит был установлен у 54 (14,3%) детей с акне, у 3 детей с атопическим дерматитом, у двух - с экземой, у пациента с вульгарным ихтиозом. Среди детей с атопическим дерматитом у 5 (1,3%) диагностирован акне, у двух – микробная экзема.

У каждого пятого ребенка (57 чел., 15,1%) обследуемой группы наблюдались пиодермии, преимущественно поверхностные формы.

Ладонно-подошвенные бородавки выявлены у 19 (5,0%) детей, у 8 (2,1%) обследованных в возрасте 7-12 и 13-17 лет диагностирован лабиальный герпес.

Отрубевидный лишай обнаружен у 12 (3,2%) детей, преимущественно у детей в возрасте от 13 до 17 лет, из них у 7 (3,1%) мальчиков.

Хронические дерматозы зарегистрированы у 197 (52,1%) обследуемых, из них 127 (63,2%) мальчиков, 70 (39,5%) девочек, наиболее часто регистрировался себорейный дерматит – у 143 (37,8%) обследованных.

Необходимо отметить, что впервые при обследовании у 127 (33,6%) детей были установлены хронические дерматозы, из них акне – у 67 (17,7%) обследованных, себорейный дерматит – у 112 (29,6%), по одному случаю ограниченного нейродермита и трихотиломании (рис. 1).

Установлено, что большинство (51,6%) кожных заболеваний протекало малосимптомно, дети и их законные представители не обращались за медицинской помощью. Тяжелые формы дерматозов наблюдались у 18 (4,8%) детей, лишь восемь из них получали лечение у врача-дерматовенеролога в соответствии с данными первичной медицинской документации.

Неспецифические синдромы, такие как, ксероз

кожи, наблюдались у 106 (28,0%) детей обследуемой группы, рубцы кожи, преимущественно, на конечностях, возникшие как при самостоятельном удалении татуажа, так и при повреждениях, коморбидных с патологией депрессивного спектра и тревожными расстройствами, выявлены у 48 (12,7%) детей.

Дети с заболеваниями кожи нуждались как в первичной медико-санитарной специализированной помощи (192 ребенка, 67,8%), оказываемой врачом-дерматовенерологом, так и первичной медико-санитарной помощи (86 детей, 30,4%), осуществляемой врачом-педиатром. Каждому второму ребенку с дерматозами требовалась повторная медицинская помощь врача-педиатра после установления диагноза и рекомендации врача-дерматовенеролога.

Кроме того, обследование, лечение, дальнейшее диспансерное наблюдение у врача-дерматовенероло-

га было показано 134 (35,4%) детям с хроническими дерматозами, такими как акне, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, ихтиоз, алопеция, псориаз, витилиго.

В соответствии с нормативными документами, диспансерное наблюдение больных детей в стратегическом планировании профилактики болезней является приоритетной задачей. Эффективность проводимых мероприятий значительно выше на ранних этапах болезни. Диспансерное наблюдение позволяет организовать меры по вторичной профилактике, направленные на снижение частоты обострений, осложнений хронических дерматозов.

Хроническое течение болезни может приводить к существенным ограничениям в физических, эмоциональных и социальных сферах жизни подростка, влиять на профессиональную карьеру.

Таблица 1. Структура заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров по анализируемым классам заболеваний МКБ-X (на 100 обследованных)

№	Номенклатура по МКБ-10	Заболеваемость дерматозами по возрастным группам, %			Всего, % (n=378)
		4-6 (n=37)	7-12 (n=87)	13-17 (n=254)	
1.	Дерматит и экзема (L20-L30)	32,4	56,3	59,8	56,4
2.	Болезни придатков кожи (L60-L75)	0,0	17,2	32,7	25,9
3.	Инфекция кожи и подкожной клетчатки (L00-L08)	16,2	32,2	17,7	20,9
4.	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (B00-B09)	5,4	13,8	5,1	7,1
5.	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки (L11, L60-L75, L80-L99)	0,0	8,0	5,1	5,3
6.	Другие поверхностные микозы (B36)	0,0	1,2	4,7	3,4
7.	Панулоосклизомные нарушения (L40-L45)	0,0	1,2	2,0	1,6
8.	Другие врожденные аномалии [пороки развития] (Q80-Q89)	0,0	1,2	0,0	0,3

Таблица 2. Доля детей, страдающих дерматозами, направленных к дерматовенерологу на первом этапе диспансеризации

№	Болезни кожи	Дети, больные хр. дерматозами (абс./%)	из них, направленные к дерматовенерологу* (абс./%)
1.	Себорейный дерматит	75/37,9 ¹	2/1,0
2.	Акне	53/26,8 ¹	12/6,1
3.	Аллергодерматозы	28/14,1 ¹	14/7,1
4.	Другие дерматозы	9/4,5	3/1,5

Примечание: *По данным 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего (№ 030 – Д/с/у – 13), 1 p<0,05

Таблица 3. Регистрация в учетных формах № 026/у-2000 заболеваний кожи у детей исследуемой группы (n=99)

№	Болезни кожи	Дети, больные хр. дерматозами (абс./%)	Дерматозы, зафиксированные в мед. документации * (абс./%)
1.	Себорейный дерматит	30/30,3 ¹	5/5,1
2.	Акне	23/23,2 ¹	6/6,1
3.	Аллергодерматозы	13/13,1	13/13,1
4.	Другие дерматозы	7/7,1	0/0,0

Примечание: *По данным 99 амбулаторных карт детей № 026/у-2000,1, p<0,05

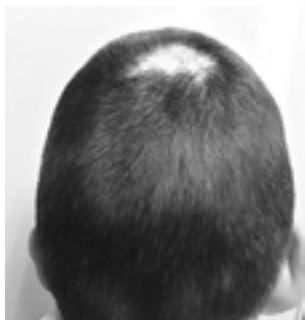


Рисунок 1. Трихотилломания у ребенка 13 лет

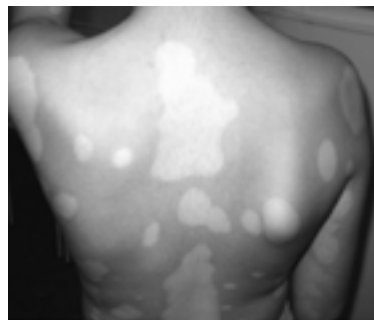


Рисунок 2. Распространенное витилиго у ребенка 10 лет



а



б

Рисунок 3. Вульгарный ихтиоз у ребенка 11 лет

Установлено, что заболевания кожи, которые могут потребовать решение вопроса о профессиональной ориентации в дальнейшем, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н, выявлены у каждого восьмого подростка (у 45 человек, 11,8%), а именно, псориаз, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, контактный дерматит [18]. Необходимо отметить, что 42 (93,3%) из них планировали получать среднее специальное образование, в том числе 33 (73,3%) респондентов по специальностям, имеющих медицинские противопоказания по кожным заболеваниям к допуску к определенным работам.

Поэтому является актуальным своевременное выявление детей, больных хроническими дерматозами и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий.

Следующим этапом исследования явилось изучение структуры заболеваний кожи, ограничивающих годность к военной службе детей данной социальной группы.

При обследовании 201 мальчиков у 47 (23,4%) из них зарегистрированы дерматозы, входящие в перечень заболеваний, определяющий категории годности к военной службе.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017 г.) существуют следующие категории годности к военной службе: А - годен к военной службе; Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями; В - ограниченно годен к военной службе; Г - временно не годен к

военной службе; Д - не годен к военной службе. ИНД - категория годности к военной службе определяется индивидуально; А-2, Б-2 (3, 4) - показатель предназначения для прохождения военной службы [19].

Необходимо отметить, что решение вопроса о годности лица к военной службе принимается на основании как клинической формы заболевания, так и течения дерматоза, включающего число обострений в год за последние 3-5 лет. Это обуславливает важность регистрации характера течения хронических дерматозов в первичной медицинской документации ребенка.

Атопический дерматит диагностирован у 11 (5,5%) обследованных. Категория годности пациентов с атопическим дерматитом варьирует от «Д» - не годен к военной службе, до отсутствия ограничений к военной службе. Среди мальчиков, больных атопическим дерматитом, у 7 (3,1%) детей наблюдалась очаговая лихенификация кожного покрова, еще у 4 (1,8%) обследуемых отмечено поражение кожи лица, локтевых и подколенных ямок. Лица с атопическим дерматитом с очаговой лихенификацией кожного покрова годны к военной службе с незначительными ограничениями (категория «В») [19].

Хроническая экзема диагностирована у 8 (4,0%) детей, характеризовалась поражением кожи кистей и стоп легкой и средней степени тяжести, сезонными обострениями, у 3 (1,5%) детей в возрасте 13-17 лет на момент осмотра экзема кистей и стоп была осложнена вторичной пиодермией. Распространенный вульгарный (обыкновенный), бляшечный псориаз, с площадью по-

ражения 17,0%, в стационарной стадии установлен у одного ребенка в возрасте 8 лет, был представлен крупными бляшками розово-красного цвета с четкими границами, покрытых серебристо-белыми чешуйками, с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, области крестца. Санаторно-курортное лечение дети не получали. Ограниченные и редкорезидивирующие формы экземы определяют категория годности «В». Ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии «Б-3».

Необходимо отметить, что диспансерное наблюдение детей с хроническими дерматозами должно включать санаторно-курортное лечение для профилактики тяжелых, распространенных форм.

Акне выявлено у 19 (9,5%) мальчиков, из них средней степени тяжести у 15 (7,5%), тяжелые (конглобатные) формы у 4 (2,0%), лечение по поводу данного дерматоза детям не проводилось. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 множественные конглобатные угри определяют категорию годности «В» - ограниченно годен к военной службе [19].

Ограниченные формы гнездовой алопеции установлены у трех детей в возрасте 11, 15 и 16 лет, у двух представлена единичным очагом, у одного – 3 очагами облысения до 2 см в диаметре. Распространенные и тотальные формы гнездовой алопеции определяют категорию годности «В». Под распространенной формой гнездовой алопеции понимается наличие множественных (3 и более) очагов облысения диаметром не менее 10 см каждый, а при слиянии плешин - отсутствие роста волос на площади свыше 50 процентов волосистой части головы. Ограниченные формы гнездовой алопеции не препятствуют прохождению военной службы (категория «Б-3»).

Витилиго распространенное диагностировано у одного ребенка, представлено депигментированными пятнами молочно-белого цвета, разной формы и величины, имеющими четкие границы (рис. 2). Распространенные и тотальные формы витилиго определяют категорию «В». Под распространенной формой витилиго понимается наличие множественных (3 и более) депигментированных пятен на коже различных анатомических областей поперечными размерами не менее 10 см каждое. К категории «Г» также относятся очаги витилиго на лице (2 и более) в диаметре не менее 3 см каждый.

К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения не менее 1 раза в течение последних 3 лет. Ограниченные и редкорезидивирующие формы иктиоза определяют категорию годности «В» (Рис. 3 а, б).

Таким образом, при клинико-инструментальном обследовании 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость хроническими дерматозами по данным медицинских осмотров составила 52,1%, в структуре заболеваемости преобладали себорейный дерматит (37,8%), акне (25,1%), atopический дерматит (6,7%); дерматозы, требующие

решение вопроса о профессиональной ориентации ребенка в дальнейшем диагностированы у 45 (11,8%) детей; решение вопроса о годности к военной службе – у 47 (23,4%) лиц мужского пола, что свидетельствует о социальной значимости своевременного обследования врачом-дерматовенерологом детей данных социально-уязвимых групп.

Сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации

При физикальном обследовании 198 детей установлены хронические дерматозы у 101 (51,0%) (ДИ 44%-58%) ребенка (табл. 2). При анализе 198 учетных форм № 030 – Д/с/у – 13 данных детей хронические дерматозы зарегистрированы лишь в 19 (9,6%) (ДИ 6%-15%) из них.

Направлен на консультацию к врачу-дерматовенерологу с первого этапа диспансеризации 31 (15,7%) (ДИ 11%-21%) ребенок, 17 (8,6%) из них проводилось лечение в амбулаторных условиях по поводу atopического дерматита, акне, вульгарного иктиоза, псориаза.

Проведен анализ 99 учетных форм № 026/у-2000 (50%) обследованных детей, отобранных методом случайной выборки, по стандартизированной анкете. Дерматозы зафиксированы в 40 (40,4%) из них, у 31 мальчика (31,3%), и у 9 (9,1%) девочек, хронические дерматозы зафиксированы в 19 (19,2%) (ДИ 12%-28%). Дерматозы по данным физикального обследования выявлены у 65 (65,7%) лиц ($p < 0,05$), из них хронические дерматозы у 46 (46,5%) (ДИ 37%-57%).

В амбулаторных картах у 6 (6,1%) детей зафиксировано обращение к врачу-дерматовенерологу по поводу высыпаний при акне, у 5 (5,1%) – себорейного дерматита.

Ретроспективно диспансерное наблюдение детей по поводу atopического дерматита, которое осуществлялось в возрасте до 7 лет, отражено в картах 13 (14,6%) лиц. При физикальном исследовании клинические признаки atopического дерматита выявлены у 3 (3,0%) детей (табл. 3).

Регистрация инфекционных заболеваний кожи отмечена в 28 учетных формах № 026/у-2000 (28,3%) детей. По поводу пиодермий получали лечение 14 (14,1%) детей, по два случая микоза гладкой кожи (микроспории) и педикулеза, также зарегистрирован случай чесотки.

Необходимо отметить, что в учетных формах № 026/у-2000 диспансерное наблюдение, повторные консультации у врача-дерматовенеролога по поводу хронических дерматозов, не зафиксировано.

Таким образом, установлена неполная регистрация хронических дерматозов, как в учетных формах № 030 – Д/с/у – 13 (9,6%) (ДИ 6%-15%), так и в учетных форм № 026/у-2000 (19,2%) (ДИ 12%-28%), показатели которых ниже данных клинико-инструментального обследования детей (51,0% (ДИ 44%-58%), 46,5% (ДИ 37%-57%) соответственно, $p < 0,05$). Установлен недостаточный

охват диспансерным наблюдением детей данных социально-уязвимых групп, не используется потенциал санаторно - курортной реабилитации детей с хроническими дерматозами.

Результаты исследования способствовали созданию одного из направлений деятельности Свердловского областного кожно-венерологического диспансера, оказывающего медико-профилактическую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации по профилю «дерматовенерология».

Первичная медико-санитарная специализированная помощь оказана 192 (67,8%) ребенку с дерматозами, специализированная медицинская помощь - 5 (1,8%) детям. Взятые под диспансерное наблюдение 134 (68,0%) ребенка с хроническими дерматозами.

Выводы

1. При клинко-инструментальном обследовании 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров на 100 осмотренных составила 74,9%, хроническими дерматозами – 52,1%. В структуре заболеваемости у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходилось на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 и 7-12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13-17 лет - «Болезни придатков кожи». Заболевания кожи, требующие врачебного консультирования при решении вопросов профессионального обучения и рационального трудоустройства, диагностированы у 45 (11,8%) детей; дерматозы из перечня, определяющего категорию годности к военной службе – у 47 (23,4%) лиц мужского пола, что свидетельствует о социальной значимости обследования врачом-дерматовенерологом детей данных социально-уязвимых групп.

2. Установлена неполная регистрация хронических дерматозов детей социально-уязвимых групп: в первичной медицинской документации показатели заболеваемости составляют 9,6% (ДИ 6%-15%), при клинко-инструментальном обследовании - 51,0% (ДИ 44%-58%) ($p < 0,05$). Результаты сравнительного анализа первичной медицинской документации свидетельствуют о низкой преемственности первого и второго этапов диспансеризации: при экспертизе карт диспансеризации несовершеннолетнего направлены на консультацию к врачу-дерматовенерологу 31 (15,7%) (ДИ 11%-21%)

ребенок, при клинко-инструментальном обследовании требовалась консультация врача-дерматовенеролога 101 (51,0%) (ДИ 44%-58%) ребенку ($p < 0,05$).

3. Координация медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, детским отделением областного кожно-венерологического диспансера будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям социально-уязвимых групп.

4. На данный момент ведется работа по изучению особенностей состава микробиоты кожи у ВИЧ-положительных детей для оценки потенциального влияния степени иммунодефицита на микробную обсеменённость. Детализация сведений о структуре микробиоты кожи и её взаимодействии с факторами иммунитета может быть полезна при создании профильных средств для базового ухода за кожей уязвимых групп пациентов. ■

Николаева Кристина Игоревна – доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; врач-дерматовенеролог ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»; Савченко Наталья Викторовна - аспирант кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Уфимцева Марина Анатольевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Шаповалов Евгений Дмитриевич – заместитель министра социальной политики Свердловской области; Струин Николай Львович – к.м.н., главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»; Белова Наталия Борисовна – директор ГАУ «ЦСПСиД «Отрада» Октябрьского района города Екатеринбурга»; Бочкарев Юрий Михайлович – к.м.н, доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Николаева Кристина Игоревна, 620075, г. Екатеринбург, ул. Розы Люксембург, 1, раб. тел.: +7 (343) 2148667; моб. тел.: +79221983382, kris-nikol@yandex.ru.

Литература:

1. О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Указ Президента Российской Федерации от 28.12.12 г. № 1688. Российская газета. 29.12.2012: № 302.
2. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.07.1998 г. N 124 – ФЗ (ред. от 28.12.2016). Собрание законодательства Российской Федерации от 03.08.1998 г.: N 31: ст. 3802.
3. О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: федеральный закон от 21.12.1996 г. N 159 – ФЗ (ред. от 01.05.2017). Российская газета.

- 27.12.1996: № 248.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323 – ФЗ (ред. от 03.07.2016). Российская газета. 23.11.2011: № 5639 (263).
 5. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204. Российская газета. 09.05.2018: № 97 (75601).
 6. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних: приказ Минздрава России от 10.08.2017 г. N 514н. Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 21.12.2018.
 7. О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: Приказ Минздрава России от 15 февраля 2013 г. N 72н. Российская газета. 14.05.2013: № 100.
 8. Об утверждении Порядка диспансеризации детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью: Приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н. Российская газета. 31.05.2013: № 116.
 9. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»: Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. N 924. Российская газета. 11.04.2013: № 78/1.
 10. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 4: 27 – 32.
 11. Аминов А.С., Ненашева А.В., Задорина Е.В., Баймухаметова Э.Ф. Мониторинг состояния здоровья и физического развития подростков 12 – 15 лет в различных условиях проживания. Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». 2013; 13(4): 48 – 53.
 12. Коробейникова Э.А., Курина Н.В., Фомичева М.В., Вавилова А.В. Особенности кожных проявлений ВИЧ – инфекции у детей и взрослых. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2013; 3: 63 – 64.
 13. Давыдова И.О., Нотова С.В., Фомина М.В., Кван О.В. Применение кластерного анализа для оценки результатов диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Оренбургский медицинский вестник. 2014; 2(6): 31 – 35.
 14. Санакоева Э.Г. Заболеваемость акне лиц молодого возраста в различных социально значимых коллективах. Военно-медицинский журнал. 2014; 10: 66 – 67.
 15. Волкова Е.Н., Стаханов В.А., Киселевич О.К. Кожные симптомы и синдромы у детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания. Российский медицинский журнал. 2011; 3: 23 – 26.
 16. Duko B., Geja E., Zewude M., Mekonen S. Prevalence and associated factors of depression among patients with HIV/AIDS in Hawassa, Ethiopia, cross-sectional study. Ann Gen Psychiatry. 2018; 17:45. doi:10.1186/s12991-018-0215-1.
 17. Dias E., Cunha Mda G., Talhari S. The profile of the dermatoses in children with the HIV virus at the Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. An Bras Dermatol. 2012; 87(3): 396-402.
 18. Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда: Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. N 302н (ред. от 05.12.2014). Российская газета. 28.10.2011: № 243.
 19. Об утверждении положения о военно-врачебной комиссии: Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. N 565 (ред. от 30.03.2017). Собрание законодательства Российской Федерации. 15.07.2013: N 28: ст. 3831.