

УДК 616-092.6:612.1

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Богомазов А.Д., Працко О.В.

Курский государственный медицинский университет (КГМУ)

305041, Курск, ул. К. Маркса, 3, Российская Федерация

Цель: оценить осведомленность студентов выпускного курса педиатрического факультета Курского государственного медицинского университета (КГМУ) о тактике диагностики и лечения atopического дерматита.

Материалы и методы. В ходе исследования проводился анонимный опрос 56 студентов 6 курса педиатрического факультета в форме анкеты, созданной с использованием программы GOOGLE FORMS.

Результаты исследования. Правильно указали возрастные границы младенческой формы atopического дерматита (АД) 53,6% учащихся, 46,4% выбрали ошибочный вариант ответа. По мнению будущих врачей, пациента с АД обязательно должен наблюдать педиатр (96,4%) и аллерголог-иммунолог (98,2%), дерматологу же отдается второстепенная роль в решении вопроса о лечении ребенка (33,9%). По мнению 58,9% учащихся atopический дерматит всегда сочетается с пищевой аллергией, что является ошибочным представлением. 17,9% студентов считают, что между АД и аллергией на пищевые продукты далеко не всегда наблюдается прямая связь, у 23,2% учащихся ответ на данный вопрос вызвал затруднение, 35,7% студентов выбрали системные глюкокортикостероиды (ГКС) в качестве обязательной составляющей активной наружной терапии, 41,1% респондентов проголосовали за использование топических ГКС, а 8,9% считают, что при лечении необходима элиминационная диета и 14,3% выбрали использование эмоленов в качестве обязательной составляющей схемы лечения.

Заключение. Анализируя полученные результаты опроса, можно сказать, что студенты Курского медицинского университета достаточно информированы относительно тактики лечения atopического дерматита: большинство учащихся хорошо ориентируются в классификации АД, способах диагностики и интерпретации полученных данных, выборе препаратов для лечения, а также в том, каких специалистов следует привлекать к лечению ребенка с АД. Необходимо отметить, всё же затруднения у студентов в вопросе о том, всегда ли atopический дерматит сочетается с пищевой аллергией, а у 45,5% выявлены слабые знания относительно назначений шкалы SCORAD.

Ключевые слова: atopический дерматит, аллергические реакции, детская аллергология.

Богомазов Алексей Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, КГМУ, врач-педиатр, аллерголог-иммунолог высшей категории, главный внештатный детский аллерголог-иммунолог комитета здравоохранения Курской области, г. Курск. ORCID ID: 0000-0002-4636-1819, E-MAIL: BOGOMAZOV71@MAIL.RU.

Працко Олеся Владимировна – студентка 6 курса педиатрического факультета, КГМУ, Курск, Россия. E-MAIL: OLESYA.PRATSKO@YANDEX.RU (автор, ответственный за переписку).

УДК 616-092.6:612.1

AWARENESS LEVEL OF PEDIATRICS STUDENTS ABOUT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

BOGOMAZOV A.D., PRATSKO O.V.

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU)
305041, 3, K. MARX STREET, KURSK, RUSSIAN FEDERATION

OBJECTIVE: TO ASSESS THE AWARENESS OF GRADUATE STUDENTS OF THE PEDIATRIC FACULTY OF KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU) ABOUT THE TACTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS.

MATERIALS AND METHODS. AN ANONYMOUS SURVEY OF 56 6TH YEAR STUDENTS OF THE FACULTY OF PEDIATRICS IN THE FORM OF THEIR ANSWERS TO QUESTIONS IN THE GOGGLE FORMS PROGRAM QUESTIONNAIRE.

RESULTS. 53.6% OF STUDENTS CORRECTLY INDICATED THE AGE LIMITS OF THE INFANT FORM OF BLOOD PRESSURE; 46.4% CHOSE THE WRONG ANSWER. ACCORDING TO FUTURE DOCTORS, A PATIENT WITH AD MUST BE OBSERVED BY A PEDIATRICIAN (96.4%) AND AN ALLERGIST-IMMUNOLOGIST (98.2%), WHILE A DERMATOLOGIST IS GIVEN A SECONDARY ROLE IN DECIDING ON THE TREATMENT OF THE CHILD (33.9%). ACCORDING TO 58.9% OF STUDENTS, ATOPIC DERMATITIS IS ALWAYS COMBINED WITH FOOD ALLERGIES, WHICH IS AN ERRONEOUS OPINION. 17.9% OF STUDENTS BELIEVE THAT THERE IS NOT ALWAYS A DIRECT CONNECTION BETWEEN BLOOD PRESSURE AND FOOD ALLERGIES, AND 23.2% OF STUDENTS FOUND IT DIFFICULT TO ANSWER THIS QUESTION. 35.7% OF STUDENTS CHOSE SYSTEMIC CORTICOSTEROIDS AS A MANDATORY COMPONENT OF ACTIVE EXTERNAL THERAPY, 41.1% VOTED FOR THE USE OF TOPICAL CORTICOSTEROIDS, 8.9% BELIEVED THAT AN ELIMINATION DIET WAS NECESSARY DURING TREATMENT, AND 14.3% CHOSE THE USE OF EMOLLIENTS AS MANDATORY COMPONENT OF THE TREATMENT REGIMEN.

CONCLUSION. THUS, ANALYZING THE RESULTS OF THE SURVEY, WE CAN SAY THAT STUDENTS OF KURSK MEDICAL UNIVERSITY ARE SUFFICIENTLY INFORMED ABOUT SUCH A DISEASE AS ATOPIC DERMATITIS: MOST STUDENTS ARE WELL VERSED IN THE CLASSIFICATION OF BLOOD PRESSURE, METHODS OF DIAGNOSIS AND INTERPRETATION OF THE DATA OBTAINED, THE CHOICE OF DRUGS FOR TREATMENT, INCLUDING WHICH DOCTORS SPECIALTIES SHOULD MONITOR A CHILD WITH BLOOD PRESSURE. BUT IT SHOULD ALSO BE NOTED THAT A NUMBER OF STUDENTS HAD DIFFICULTIES IN THE QUESTION OF WHETHER ATOPIC DERMATITIS IS ALWAYS COMBINED WITH FOOD ALLERGIES, AND 45.5% HAD A MISUNDERSTANDING OF THE PURPOSE OF THE SCORAD SCALE.

KEYWORDS: ATOPIC DERMATITIS. ALLERGIC REACTIONS. CHILDREN'S ALLERGOLOGY.

BOGOMAZOV ALEXEY D. – CANDIDATE OF MEDICAL SCIENCES, ASSOCIATE PROFESSOR OF THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS OF KSMU, PEDIATRICIAN, ALLERGIST-IMMUNOLOGIST OF THE HIGHEST CATEGORY, CHIEF FREELANCE PEDIATRIC ALLERGIST-IMMUNOLOGIST OF THE KURSK REGION HEALTH COMMITTEE, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID: 0000-0002-4636-1819, E-MAIL: BOGOMAZOV71@MAIL.RU.

PRATSKO OLESYA V. – 6 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF MEDICINE, KSMU, KURSK, RUSSIA. E-MAIL: OLESYA.PRATSKO@YANDEX.RU (THE AUTHOR RESPONSIBLE FOR THE CORRESPONDENCE).

АКТУАЛЬНОСТЬ

Атопический дерматит (АД) – одно из самых ранних и частых клинических проявлений атопии у детей; представляет собой мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [6]. АД быстро принимает хроническое рецидивирующее течение, значительно нарушая качество жизни ребенка, его семьи и, кроме того, является существенным фактором риска развития аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей. Атопический дерматит, заболеваемость которым в мире за последние 16 лет возросла в 2,1 раза, встречается во всех странах, у лиц обоего пола и во всех возрастных группах. В НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН были проведены стандартизированные эпидемиологические исследования, по итогам которых выяснили, что в Российской Федерации и странах СНГ заболеваемость атопическим дерматитом у детей варьирует от 5,2 до 15,5% [1], а электронный ресурс «Медскейп» заявляет, что 85 % случаев заболевания приходится на возраст до 1 года, а 95 % случаев - на возраст до 5 лет. Данные статистические цифры заставляют изучать и анализировать как сам атопический дерматит, так и заболевания, которые могут быть его последствием. За последнее время опубликовано достаточно много документов – протоколов лечения атопического дерматита, научных исследований, проводимых как в России, так и в зарубежных странах посвященных этой проблеме. Несомненно, современные врачи и студенты обращаются ко многим научным источникам для расширения своих знаний в определенной области, но, к сожалению, наличие огромного количества информации в свободном доступе нередко приводит к путанице среди студентов в классификации АД, методах оценки степени тяжести,

лекарственных препаратах, в том, врач какой специальности должен назначать лечение атопического дерматита, и в том, всегда ли АД сочетается с пищевой аллергией. Кроме того, по данным опроса тридцати жителей г. Курска разного пола и возраста [10], при быстрых темпах увеличения количества людей, страдающих АД, далеко немногие осведомлены о том, что представляет это заболевание, как распознать его на ранних сроках, к какому врачу необходимо обратиться.

Патогенез атопического дерматита основан на генетических нарушениях в организме, среди которых выделяют комбинацию из трех ключевых составляющих: наследственная предрасположенность к атопии, гиперпродукция цитокинов и дисфункция кожного барьера. Наличие у человека вышеуказанных факторов также свидетельствует о многократном увеличении риска «атопического прогрессирования» (развития пищевой аллергии, аллергического ринита, риноконъюнктивита и бронхиальной астмы) и развитию коморбидных состояний, таких как заболевания желудочно-кишечного тракта. Среди причин, поддерживающих хроническое течение заболевания, выделяют: влияние факторов окружающей среды (экстремальные температуры, УФ-излучение, загрязнение воздуха, повышенную жесткость воды и др.), микробный дисбаланс, нарушение правил ухода за кожей, употребление в пищу продуктов, богатых гистамином (квашеная капуста, шпинат, ферментированные сыры, соя, какао, томаты и др.) или гистамин-либераторов (продукты, повышающие выработку гистамина: клубника, цитрусовые, шоколад и др.) и т.д. Также, многие исследования доказывают наличие наследственной предрасположенности у пациентов с атопическим дерматитом [3].

Общепринятой классификации атопического дерматита не существует, а рабочая классификация атопического дерматита представлена Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ)

в 2002 г. [6, 8]. Возрастные периоды АД принято разделять на: младенческий, детский, подростковый, так как каждый из них имеет свою специфику.

Тяжесть атопического дерматита определяется с помощью таких инструментов оценки, как индекс площади и тяжести экземы (EASI) и шкала оценки тяжести атопического дерматита (SCORAD). Шкала SCORAD учитывает больше типов поражений и областей тела, чем оценка EASI, дает возможность врачу оценить тяжесть заболевания и его динамику, поэтому намного чаще используется в практике врача.

Индекс SCORAD (SCORING Atopic Dermatitis) был разработан специалистами Европейской рабочей группы по АД (ETFAD) в 1993 г., в настоящее время является одним из основных для определения степени тяжести АД, лечения, оценки эффективности проводимой терапии. Кроме индекса SCORAD врачи могут использовать более 20 шкал (ADAM, ADASI, ADSI, BCSS, EASI, IGADA, LEICESTER INDEX, NESS, OSAAD, POEM, RL SCORE, SA-EASI, SASSAD, SIS, SSS, TBSA, TISS, WAZ-S и др.), однако они включают в себя различные сочетания клинических признаков и симптомов АД, а это усложняет принятие клинических решений.

Среди основных специалистов, принимающих участие в лечении детей с АД, выделяют педиатров, аллергологов и дерматологов. Чаще всего первым специалистом, который сталкивается с атопическим дерматитом у ребенка является педиатр. В последствии после диагностики заболевания он направляет пациента к специалистам – аллергологам и дерматологам. В России в более чем 40% случаях детей с АД наблюдают аллергологи, к которым дети были направлены педиатрами, и в 10% – дерматологи. Однако, по данным на 2022 г., в других странах именно дерматологи являются основными специалистами, занимающимися атопическим дерматитом: от 47,5% в Саудовской Аравии до 78,7% в Китае, тогда как врачи общей практики и аллергологи играют восторженную роль в лечении АД [8].

Напротив, в США педиатр ведет все случаи легкого и среднетяжелого течения АД, обращаясь за помощью к специалистам лишь в случаях тяжелого течения заболевания [7]. Эта особенность отражается на задачах, которые ставят перед собой специалисты разных стран при лечении АД, и на содержании научных работ и обзоров.

Относительно взаимосвязей пищевой аллергии и АД проведено много исследований. По мнению Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и Союза педиатров России атопический дерматит не всегда сочетается с пищевой аллергией, кроме того, помимо пищевой аллергии, в развитии дерматита значимую играют роль такие факторы как особенности строения кожи, аллергия к различным непищевым веществам (пыльце растений, дорожной пыли, частиц резины и пластика, шерсти, синтетическим тканям, грибкам и др.), повышенная чувствительность кожи к различным раздражителям и многие другие. Кроме того, по итогам исследования 302 пациента, проходивших лечение в аллергологическом отделении ОДКБ г. Курска в возрасте 3–17 лет, страдали такими заболеваниями, как бронхиальная астма, аллергический ринит и атопический дерматит. Было выяснено, что одной из главных причин, вызывающих обострения аллергических заболеваний у детей являются бытовые и пыльцевые аллергены [9].

Некоторые продукты питания могут ухудшать состояние пациента, но их исключение из рациона питания ребенка требует обоснования в виде проведения лабораторных исследований после консультации с аллергологом-иммунологом. Комплексная диагностика пищевой аллергии необходима для того, чтобы дать пациенту персонализированные рекомендации по питанию, так как обычная диета с исключением многих продуктов может лишить ребенка веществ, необходимых для полноценного роста и развития [2, 4].

При лечении атопического дерматита, в соответствии с российскими и международными клиническими реко-

-мендациями, активная наружная терапия топическими ГКС является обязательной составляющей схемы лечения АД [6]. Топические глюкокортикостероиды (ТГКС) имеют преимущество перед другими средствами, они действуют непосредственно на орган-мишень, минимизируя побочные эффекты. Эмоленты также применяются при лечении, но относятся к консервативной терапии в целях поддержания водно-липидного баланса и барьерных функций кожи в связи с дефицитом в ней филаггрина для удлинения периода ремиссии [5]. Системные ГКС применяют для уменьшения интенсивности зуда, при тяжелых формах АД, в случаях, когда невозможно добиться контроля над течением атопического дерматита при применении ТГКС в период тяжелого обострения болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки осведомленности студентов 6 курса педиатрического факультета КГМУ о тактике диагностики и лечения атопического дерматита был создан анонимный опрос с помощью программы GoogleForms, в котором приняло участие 56 студентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Правильно указали возрастные границы младенческой формы атопического дерматита (1 мес. – 2 года) 53,6% учащихся; 46,4% студентов выбрали ошибочный вариант ответа «от 1 мес. до 1,5 лет» (Рис. 1).

В вопросе о том, какие специалисты или специалист должен наблюдать ребенка с атопическим дерматитом студентам давалась возможность выбрать несколько вариантов ответа из предложенных. На рисунке 2 можно увидеть, что по мнению будущих врачей пациента с АД обязательно должен наблюдать педиатр (96,4%) и аллерголог-иммунолог (98,2%), дерматологу же отдается второстепенная роль в решении вопроса о лечении ребенка (33,9%).

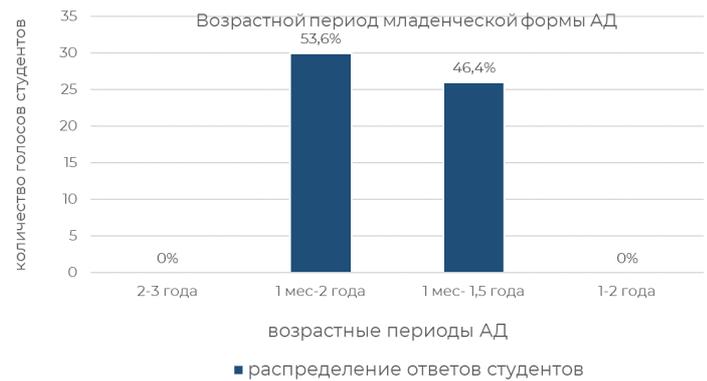


Рис. 1. Возрастной период выставления младенческой формы АД

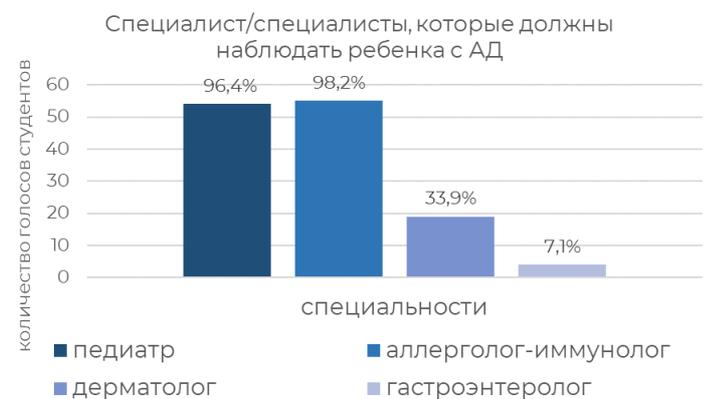


Рис. 2. Специалисты/специалисты, наблюдающие ребенка с АД



Рис. 3. Восприятие показателя «Индекс SCORAD»

29,1% студентов не знает, что отражает величина индекса SCORAD: 9,1% считают, что индекс показывает тяжесть обострения АД и 20% предполагают, что SCORAD отражает и тяжесть течения и тяжесть обострения; 16,4% студентов затрудняются с выбором ответа (Рис. 3).

По мнению 58,9% учащихся атопический дерматит всегда сочетается

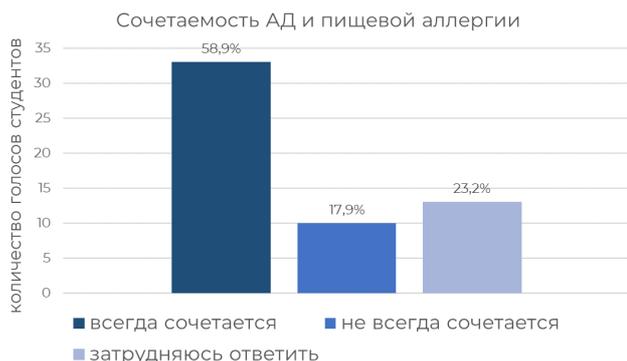


Рис. 4. Сочетание АД с пищевой аллергией

с пищевой аллергией, что является ошибочным мнением. 17,9% студентов считают, что между АД и аллергией на пищевые продукты далеко не всегда наблюдается прямая связь, а у 23,2% учащихся ответ на данный вопрос вызвал затруднение (Рис. 4).

На рисунке 5 показано, что 35,7% студентов выбирают системные глюкокортикостероиды (ГКС) в качестве обязательной составляющей активной наружной терапии, 41,1% проголосовали за использование топических ГКС, 8,9% считают, что необходима элиминационная диета и 14,3% выбрали эмоленты в качестве обязательной составляющей схемы лечения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, анализируя результаты опроса студентов 6 курса педиатрического факультета КГМУ, необходимо отметить, что студенты КГМУ достаточно информированы относительно клиники и лечения атопического дерматита у детей. Большинство студентов хорошо ориентируются в классификации АД, способах диагностики и интерпретации полученных данных, выборе препаратов для лечения, в том врачи каких специальностей должны наблюдать ребенка с АД. При этом, необходимо отметить, что у небольшой части студентов возникли затруднения в вопросе о том, всегда ли атопический дерматит сочетается с пищевой аллергией, а у 45,5% есть недопонимание назначений по шкале SCORAD.



Рис. 5. Обязательная составляющая активной наружной терапии АД

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи (интересы относительно публикации) у авторов нет.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Богомазов А.Д. – разработка дизайна публикации, проверка критически важного содержания статьи, обзор публикаций по теме статьи, проведение исследования, подготовка и редактирование текста статьи;

Працко О.В. – разработка дизайна публикации, проверка критически важного содержания статьи, обзор публикаций по теме статьи, проведение исследования, написание и редактирование текста статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит у детей. Клинические рекомендации. *Союз педиатров России, Министерство здравоохранения РФ*. 2023.
2. Бельмер С.В., Корниенко Е.А. Органы пищеварения как мишень аллергического процесса. *Практика педиатра*. 2019; (2):3-6.
3. Бобылева Л.А., Богомазов А.Д., Зайцева Л.Ю. Уровень информированности на-

- селения Курской области об atopических заболеваниях. Университетская наука: взгляд в будущее: Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. В 2-х томах. Под редакцией Лазаренко В.А. Том II. 2020:369-373.
4. Богомазов А.Д., Зайцева Л.Ю., Сережкина А.С. Анализ причин возникновения и особенностей диагностики аллергических заболеваний у детей, проживающих на территории Курской области. *Российский иммунологический журнал*. 2019;13.2-1(22):171-173. DOI: 10.31857/S102872210006442-1. EDN: KSXBQV.
 5. Емельяшенков Е.Е., Макарова С.Г., Мурашкин Н.Н. Влияние элиминационной диеты на качество жизни и пищевое поведение детей с тяжелой формой atopического дерматита и пищевой аллергией. Эффективная фармакотерапия. 2023;19(19):30-35. DOI:10.33978/2307-3586-2023-19-19-30-35. EDN: ONCABV.
 6. Полятыкина О.В. Изменения вегетативной регуляции у детей с atopическим дерматитом и их диагностическая значимость в оценке тяжести заболевания: специальность 14.00.09: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2005:18. EDN: NIAWVP.
 7. Смолкин Ю.С., Масальский С.С., Чебуркин А.А., Горланов И. А. Роль пищевой аллергии в развитии atopического дерматита. Позиционная статья ассоциации детских аллергологов и иммунологов. *CONSILIUM MEDICUM*. 2020;1:26-35. DOI: 10.26442/26586630.2020.1.200019. EDN: FZICJV.
 8. Тамразова О.Б., Глухова Е.А. Уникальная молекула филаггрин в структуре эпидермиса и ее роль в развитии ксероза и патогенеза atopического дерматита. *Клиническая дерматология и венерология*. 2021;6:102-110.
 9. KUDRYAVTSEVA A., BOGUSLAVSKAYA J., MINGALIEVET R. ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN FROM RUSSIAN AND ENGLISH-SPEAKING FAMILIES IN RUSSIA AND OTHER COUNTRIES. *ALLERGY*. 2017;72(103):246.
 10. MASPERO J., RUBINI N., ZHANG J., SANCLEMENTE G., AMADOR J.R., EL SAYED M.H., MING A., DODIUK-GAD R.P., HAMADAN I., THEVARAJAN S., RINCON-PEREZ C., FEDENKO E., YEW Y.W., TANG M.B.Y., CHU C.Y., KULTHANAN K., KUCUK O.S., AL-HAMMADI A., BRIGNOLI L., TSANKOVA A., EL-SAMAD S., NEVES J.E., ECKERT L. EPIDEMIOLOGY OF ADULT PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS IN AWARE 1: A SECOND INTERNATIONAL SURVEY. *WORLD ALLERGY ORGAN J*. 2023;28-16(3):100724. DOI: 10.1016/J.WAOJOU.2022.100724. PMID: 37033301; PMCID: PMC10074250.