

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ
(обзор литературы)**

С.Ю. СОЛОВЬЕВА, А.В. ФОМИНА

Российский Университет Дружбы Народов, ул. Миклухо-Маклая, д.6, г. Москва, 117198, Россия

Аннотация. Хронические дерматозы – это аллергодерматозы, нейродерматозы и дерматозы невыясненной этиологии. Заболеваемость хроническими дерматозами остается стабильно высокой как в России, так и в странах Европы и США. На их развитие оказывают влияние факторы наследственности, заболевания внутренних органов и окружающая среда. В лечении хронических дерматозов огромное значение имеет взаимодействие врачей первичного звена и врачей-дерматовенерологов. Повышение качества медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами требует совершенствования и разработки новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторной помощи.

Дерматозы – полиэтиологические заболевания кожных покровов, которые классифицируются по этиологии (вирусные, бактериальные, грибковые, паразитарные, аллергические) и характеру течения заболевания (острые и хронические). Высока медико-социальная значимость дерматозов. Так, их обострение приводят к ухудшению качества жизни пациентов, эмоциональному стрессу, а также снижению трудоспособности. Кроме того, они являются причиной финансовых затрат. Так, существенно увеличиваются финансовые затраты при тяжелом течении заболевания и при необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Их распространенность среди городского населения, особенно среди населения мегаполисов, существенно выше, чем среди сельского населения. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении хронических дерматозов, часто отмечается недостаточный ответ на терапию и/или обострения на фоне неадекватной терапии.

В лечении хронических дерматозов огромное значение имеет взаимодействие врачей первичного звена и врачей-дерматовенерологов. Повышение качества медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами требует совершенствования и разработки новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторной помощи, в условиях развития общей врачебной практики.

Ключевые слова: хронические дерматозы, заболеваемость, качество медицинской помощи, организация медицинской помощи

**IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES BASED
ON THE DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE
(literature report)**

S.U. SOLOVYVA, A.V. FOMINA

Peoples Friendship University of Russia, Miklukho-Maclay str., 6, Moscow, 117198, Russia

Abstract. Dermatoses are qualified as polyetiologic diseases of the skin, which are classified according to their etiology (viral, bacterial, fungal, parasitic, allergic), and the nature of their clinical course (acute and chronic). Chronic dermatoses are allegro-dermatoses, neurodermatoses and dermatoses of unknown etiology.

The incidence of chronic dermatoses remains high in Russia as well as in Europe and the USA. The medical and social significance of dermatoses is high. Their aggravation leads to the deterioration of patients' quality of life, emotional stress, and decrease in work performance. Moreover, they cause financial expenses. Thus, expenses increase significantly in case of severe clinical course and the needs of high-technological medical care.

Their development is influenced by such factors as heredity, internal organs diseases and surrounding environment. The prevalence of dermatoses among urban population, especially among the population of megalopolises, is significantly higher than among rural population. Despite the advances made in the treatment of chronic dermatoses, the insufficient response to the treatment and / or deterioration of the clinical course of the disease along side with the inadequate therapy is often registered.

The interaction of primary care of physicians and specialists in skin and venereal diseases is crucial for the treatment of chronic dermatoses. Improving the quality of medical care provided to the patients with chronic

dermatoses requires both enhancement and development of new models and principles of organizing therapeutic and diagnostic policies in the system of outpatient care.

Key words: chronic dermatoses, incidence, quality of medical care, organization of medical care.

Проблема хронических дерматозов на сегодняшний день остаётся одной из наиболее значимых. К хроническим дерматозам относятся аллергодерматозы – *атопический дерматит* (АтД), экзема, хроническая крапивница и нейродерматозы (нейродермит, кожный зуд, почесуха), а также дерматозы невыясненной этиологии – *красный плоский лишай* (КПЛ), псориаз [2]. Хронические дерматозы достаточно широко распространены в популяции, при этом пациенты, страдающие данными заболеваниями, нуждаются в долговременном, зачастую пожизненном, лечении. Таким образом, целью терапии любых хронических дерматозов является снижение риска развития обострения и продление, насколько это возможно, периода ремиссии [1].

По данным ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ на 2012 год, отмечалась достаточно высокая общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки у взрослого населения РФ, которая составляла 5111,6 на 100000 человек. Из них в ЦФО составляла 4701,0 на 100000, в СЗФО – 5795,0, в ЮФО – 4490,7, в СКФО – 4265,7, в ПФО – 5863,2, в УФО – 5306,2, в СФО – 4839,0, в ДВФО – 5007,1. АтД составил 165,4 на 100000, контактный дерматит – 1062,4, другие дерматиты – 396,8, псориаз – 247,6, КПЛ – 18,6 [18].

Согласно государственной программе города Москвы на среднесрочный период (2012-2020 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», в 2014 году болезни кожи и подкожной клетчатки составили 76,5% (в 2013 году – 70,3%) от всей заболеваемости дерматовенерологического профиля. Заболеваемость дерматозами составила в 2014 году 2 726,8 случаев на 100 тыс. населения (в 2013 году – 2 768,7 случаев на 100 тыс. населения). В связи с чем, можно сделать вывод, что заболеваемость хроническими дерматозами в Москве остаётся на стабильно высоком уровне [14].

Согласно информации Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии на 2013 год, в Москве АтД занимает 12,5%, экзема – 18,5%, псориаз – 14,0% от общего числа кожных заболеваний [13].

По данным исследователей, распространённость АтД в развитых странах составляет от 1 до 3% среди взрослого населения [46], хотя, по данным *G. Pesce*, в Италии она составила 8,1% [36]. Похожие результаты были получены и исследователями в Германии [30], Дании [45] и Польше [43].

Согласно данным разных авторов, заболеваемость экземой у взрослого населения Дании составляет 10% [44], Швеции – 11,5% [37], США – 10,2% [42] и Германии – 8,1% [30].

По результатам метанализа распространённости псориаза, было отмечено её превышение у лиц европейской расы. Так, в Великобритании составила 2,6%, в Дании – 4,82%, в Италии – 3,15%, во Франции – 5,2%, в Австралии – 6,6% [34], в Японии – 0,34% [29], в США – 3,1% [28], в Испании – 2,3% [23]. Отсюда следует, что в целом распространённость псориаза невысокая и находится примерно на одном и том же уровне в большинстве стран Европы, США и Австралии.

Нельзя не отметить высокую медико-социальную значимость дерматозов. Так, их обострение приводят не только к ухудшению качества жизни пациентов, эмоциональному стрессу, но и к снижению трудоспособности [4]. Более того, они увеличивают финансовые затраты, особенно при тяжёлом течении болезни, а также при необходимости обращения за высокотехнологичной медицинской помощью [3].

Известно, что нейродерматозы являются заболеваниями аллергического генеза, патогенез которых недостаточно изучен в настоящее время. Доказано, что на формирование хронических дерматозов оказывает влияние много разных факторов. Так, в исследованиях отмечалась роль генетических факторов в формировании аллергодерматозов [19, 24]. Более того, мутация гена, кодирующего филагрин, считается основным фактором риска для АтД [33] и для экземы [40]. Кроме того, известны ряд мутаций, при которых повышается возможность развития псориаза. К ним относятся мутации генов, кодирующих белки кожного барьера, адаптивного и врождённого иммунного ответа [21].

Очень важна роль экзогенных факторов в формировании хронических дерматозов. Так, доказано, что у людей, живущих в городе риск развития АтД и экземы выше [37], а стрессы курение и загрязненная окружающая среда повышают риск развития псориаза [31, 47].

Эндогенные факторы тоже играют немаловажную роль в развитии хронических дерматозов. Исследователями доказан вклад функционального иммунодефицита со снижением активности *T*-клеточного иммунитета в формировании АтД, подавления гуморального и клеточного иммунитета в формировании экземы [32], хеликобактерной инфекций [25] и целиакии, в развитии крапивницы, провоспалительных цитокинов (*IL-17*, *IL-22*, *IL-23*) в формировании псориаза [22, 27] и вирусных инфекций в развитии КПЛ [38].

Ряд стандартов оказания помощи пациентам с хроническими дерматозами был разработан *Министерством здравоохранения Российской Федерации* (МЗ РФ): стандарт первичной медико-санитарной помощи при АтД; стандарты специализированной медицинской помощи при тяжелых формах АтД и при АтД, резистентном к другим видам системной терапии; при средне-тяжелых формах АтД и специализированной медицинской помощи при тяжелых формах АтД, резистентном к другим видам системной терапии (в дневном стационаре).

Согласно программе госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2015-2017 гг., пациентам предоставляются: первичная медико-санитарная помощь, специализированная и паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях. «Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники». Так, средние нормативные показатели объема медицинской помощи в амбулаторных условиях составляют 2,15 обращения на 1 человека, 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо в рамках базовой программы ОМС, в условиях дневных стационаров – 0,675 пациенто-дня на 1 человека, в рамках базовой программы ОМС – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо на 2015 год [14].

В Москве бесплатно пациентам с хроническими дерматозами медицинскую помощь можно получить при плановом обращении в ГБУЗ г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», а также при направлении другими медицинскими организациями [14].

В настоящее время существуют клинические рекомендации *Российского Общества Дерматовенерологов* (РОДВ) по лечению АтД и псориаза. Так, согласно им, в лечении АтД применяется ступенчатый подход к выбору терапии, при котором каждая следующая ступень лечения дополняет предыдущую. Данный подход также подразумевает добавление антибактериальных средств при присоединении инфекции и выяснение причин при неэффективности лечения, в том числе исключение нарушения комплаентности. В базисную терапию входят средства ухода за кожей, а также устранение аллергенов и обучение пациентов. Топические ГКС или топические блокаторы кальциневрина добавляют к базисной терапии при легкой тяжести АтД. При более тяжелом течении к лечению присоединяют *антигистаминные препараты* (АГП) и УФ-терапию, в дополнение возможно назначение коротких курсов системных ГКС и/или циклоспорина [16]. При лечении псориаза в схемы включены топические ГКС, топические препараты, фототерапия и системная терапия при средне-тяжелых и тяжелых формах заболевания [16].

В соответствии с клиническими рекомендациями Американской Академией Дерматологии по ведению АтД, всем пациентам также рекомендуется базисная терапия и топические ГКС/ингибиторы кальциневрина. Однако топические антигистаминные препараты не входят в рекомендации из-за их низкой эффективности. Также целесообразно добавление УФ-терапии при неэффективности терапии первого ряда. При тяжелом течении АтД возможно назначение системных иммуносупрессивных препаратов, таких как циклоспорин, метотрексат, азатиоприн и др. Системные ГКС назначают только короткими курсами [26].

Европейское общество дерматологов, как РОДВ, рекомендует ступенчатый подход терапии при АтД. В целом, схема лечения аналогична рекомендациям РОДВ. Однако рекомендуется осторожное назначение топических ингибиторов кальциневрина из-за риска развития онкологии [48]. Схема лечения псориаза, по клиническим рекомендациям Европейского общества дерматологов, также соответствует таковой по данным РОДВ [35]. При анализе клинических рекомендаций по ведению пациентов с псориазом, разработанных в разных странах, особое место отведено применению системной терапии, в особенности биологических препаратов [20, 39].

Согласно Н.В.Кунгурову и Н.Н. Потеевау приоритетность реализации Указа Президента России № 597 от 07.05.2012 г. «О мероприятиях по реализации государственной политики»; федеральных законов № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании» и № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлений Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г. «О лицензировании медицинской деятельности» и № 2599-р от 28.12.2012 г. «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности

здравоохранения», приказов Минздрава России и ФОМС определяет современные задачи по специальности «дерматовенерология». Так, для повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи людям, страдающим хроническими дерматозами, главным внештатным дерматовенерологам субъектов РФ и главным врачам КВД нужно наладить мониторинг и актуализацию программ по оптимизации структуры КВД, целевых показателей эффективности и «Программ диспансеризации больных хроническими дерматозами» в регионе [6].

В соответствии с моделью организации специализированной помощи пациентам с хроническими дерматозами, разработанной в ФГУ УрНИИДВиИ, участковые врачи/врачи общей практики оказывают не только амбулаторную помощь, но и могут проводить лечение пациентов в амбулаторных условиях и направлять их к специалистам для стационарного лечения. Дерматовенеролог в амбулаторных условиях проводит диагностику и лечение, коррекцию назначенной ранее терапии, кроме того разрабатывает план диспансерного наблюдения и отбирает пациентов на лечение с использованием высоких технологий. Также в ФГУ УрНИИДВиИ были разработаны показатели оценки результативности взаимодействия участковых врачей/врачей общей практики и дерматовенерологов (удельный вес пациентов, обратившихся к участковому врачу и затем направленных к дерматовенерологу, удельный вес больных, направленных к дерматологу с установленным диагнозом, удельный вес пациентов с хроническими дерматозами, которые были обследованы в полном объёме, удельный вес госпитализированных пациентов) [5].

По данным анализа состояния диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами и эффективности взаимодействия дерматовенеролога с врачами первичного звена и врачами других специальностей, который проводился в Самарской области, отмечено увеличение числа случаев временной нетрудоспособности и пациентов с тяжёлым течением дерматозов при малом удельном весе больных, состоящих на диспансерном наблюдении. Кроме того, обращало внимание отсутствие взаимодействия между врачами первичного звена, врачей КВД и стационаров. В связи с этим, авторы исследования предлагают внедрение новых рекомендаций по взаимодействию дерматовенеролога с врачами первичного звена, что может способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, удовлетворённости пациента, лучшей преемственности и снижению затрат бюджетных средств на обследование [9].

Опыт стран Европы и США в создании моделей организации помощи пациентам с хроническими заболеваниями включает в себя медицинскую помощь, обеспечение лекарственными средствами и социальную поддержку на уровне первичного звена [11].

Опираясь на опыт зарубежных стран, была разработана модель «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» для пациентов с псориазом. Реализовать данную модель предлагают созданием Центров ведения хронических болезней. По результатам исследований, были выявлены основные недостатки оказания помощи больным псориазом. К ним относятся эпизодический характер помощи, слабое взаимодействие между врачами разных специальностей, недостаточный контроль лечения во время ремиссии. Организация междисциплинарного подхода, включающая предоставление медицинской помощи в одном месте, поддержка оптимального качества жизни пациентов, сохранение трудоспособности, дифференциация объёма и видов помощи с учётом риска возникновения осложнений являются основой разработанной модели помощи пациентам с псориазом. Более того, медицинское сообщество поддерживает идею создания данной модели и полагает, что такие центры смогут обеспечить комплексную профилактику обострений и социальную помощь пациентам с хроническими дерматозами [17].

Заключение. Обращает на себя внимание стабильно высокий уровень заболеваемости хроническими дерматозами и в России, и в странах Европы и США. Важную роль в формировании дерматозов играют факторы наследственности, заболевания внутренних органов, а также экзогенные факторы. Отмечается высокая распространённость АТД и экземы среди городского населения, по сравнению с сельским населением, в связи с чем данные заболевания называют «болезнями цивилизации». В настоящее время существует проблема недостаточного ответа на лечение и/или обострений в связи с неадекватной терапией, несмотря на достигнутые успехи в лечении хронических дерматозов.

Необходимо отметить, что взаимодействие врачей первичного звена и дерматовенерологов играет важную роль в терапии хронических дерматозов. В настоящее время проводится работа по увеличению результативности такого взаимодействия, развиваются и внедряются новые модели организации медицинской помощи, повышается качество медицинской помощи. Однако ещё требуется совершенствование и разработка новых моделей и принципов организации лечебного и диагностического процессов в системе амбулаторного звена.

Литература

1. II Континентальный конгресс дерматологов. Современный взгляд на терапию хронических дерматозов // Дерматовенерология и дерматокосметология. 2011. Т. 2. С. 48–54.
2. Клиническая эффективность применения УФА1-терапии в комплексном лечении хронических дерматозов / Бакулев А.Л., Платонова А.Н., Рассказов Я.А. [и др.] // Vestn Dermatol Venerol. 2012. № 4. С. 64–69.
3. Ермошина Е. А., Сонин Д.Б. Анализ заболеваемости дерматозами с временной утратой трудоспособности в амбулаторно-поликлинических условиях // 3-й Всерос. конгр. дерматовенерологов. 2009.
4. Определение степени выраженности симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения патологического процесса / Есипова Е.А., Артишев С.О., Харахордина Ю.Е. [и др.] // Инновации в медицине. Сборник тезисов. 2014. С. 73.
5. Организационные аспекты оказания специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами / Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Зильберберг Н.В. [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии 2010. № 5. С. 22–28.
6. Кунгуров Н.В., Потеев Н.Н. Основные задачи дерматовенерологии на современном этапе // Вестник международного форума дерматовенерологов и косметологов. 2014. С.4.
7. МЗ РФ. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при atopическом дерматите. Приложение к приказу № 770 н.
8. МЗ РФ. Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжёлых формах atopического дерматита, резистентного к другим видам системной терапии. Приложение к приказу № 1588н.
9. Морозова Е.В., Чертухина О.Б. Анализ междисциплинарной работы в рамках реализации мероприятий по диспансеризации пациентов дерматовенерологического профиля // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. Т. 4, № 5. С. 1517–1522.
10. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы. Порядок предоставления дерматовенерологической помощи. Приказ № 255.
11. Нолте Е., Мартин М. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиции системы здравоохранения // ВОЗ. 2011. С. 237.
12. Пивень Н.П., Пивень Е.А. Характеристика распространённости хронических дерматозов в Москве // Вестник РУДН. 2004. Т. 26, № 2. С. 83–88.
13. Померанцев О.Н., Потеев Н.Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема // Клиническая дерматология и венерология. 2013. № 6. С. 4–6.
14. Правительство Москвы. Постановление Правительства Москвы от 23 апреля 2015г. № 229-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП». URL: <http://old.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/>.
15. Правительство РФ. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. URL: <http://government.ru/media/files/z4YWAmlKswA.pdf>.
16. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом. URL: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/.
17. Стародубов В.И., Мишина О.С., Дворников А.С. Принципы организации медицинской и социальной помощи населению на основе модели «сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» (на примере больных псориазом) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. ISSN 2071-5021.
18. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2012 г. 2012.
19. Akiyama M. FLG mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema: spectrum of mutations and population genetics // Br. J. Dermatol. 2010. Vol. 162, № 3. P. 472–477.
20. Cyclosporine in psoriasis: comparison of a 25-year real world Italian experience to current European guidelines / Altomare G., Ayala F., Bardazzi F. [et al.] // G. Ital. Dermatol. Venereol. 2015.
21. Bergboer J.G.M., Zeeuwen P.L.J.M., Schalkwijk J. Genetics of Psoriasis: Evidence for Epistatic Interaction between Skin Barrier Abnormalities and Immune Deviation // J. Invest. Dermatol. 2012. Vol. 132, № 10. P. 2320–2331.
22. Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis / Chandra A. [et al.] // Mol. Immunol. 2015. Vol. 64, № 2. P. 313–323.
23. Ferrándiz C., Carrascosa J.M., Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics // Actas dermo-sifiliográficas. 2014. Vol. 105, № 5. P. 504–509.

24. Predictive value of food sensitization and filaggrin mutations in children with eczema / Filipiak-Pittroff B. [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011. Vol. 128, № 6. P. 1235–1241.
25. Association between *Helicobacter pylori* Infection and Chronic Urticaria: A Meta-Analysis / Gu H. [et al.] // *Gastroenterol. Res. Pract.* 2015. Vol. 2015. P. 1–9.
26. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies / Eichenfield L.F. [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. Vol. 71, № 1. P. 116–132.
27. Harden J.L., Krueger J.G., Bowcock A.M. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review // *J. Autoimmun.* 2015. Vol. 64. P. 66–73.
28. Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003-2006 and 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys / Helmick C.G. [et al.] // *Am. J. Prev. Med.* 2014. Vol. 47, № 1. P. 37–45.
29. Kubota K. et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database // *BMJ Open.* 2015. Vol. 5, № 1.
30. Langen U., Schmitz R., Steppuhn H. Prevalence of allergic diseases in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) // *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz.* 2013. Vol. 56, № 5-6. P. 698–706.
31. Smoking and risk for psoriasis: a population-based twin study / Lunnberg A.S. [et al.] // *Int. J. Dermatol.* 2015. Vol. 55, № 2. P. 72–78.
32. Marenholz I., Esparza-Gordillo J., Lee Y.A. Shared genetic determinants between eczema and other immune-related diseases // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2013. Vol. 13, № 5. P. 478–786.
33. Oord R.A.H.M. van den, Sheikh A. Filaggrin gene defects and risk of developing allergic sensitisation and allergic disorders: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* 2009. Vol. 339. P. 2433.
34. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence / Parisi R. [et al.] // *J. Invest. Dermatol.* 2013. Vol. 133, № 2. P. 377–385.
35. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / Pathirana D., Ormerod A.D., Saiac P. [et al.] // *Clinical Guidelines.* Vol. 23, № 2. P. 1–70.
36. Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors / Pesce G. [et al.] // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2015. Vol. 29, № 6. P. 1180–1187.
37. Eczema among adults: prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden / Runmark E.P. [et al.] // *Br. J. Dermatol.* 2012. Vol. 166, № 6. P. 1301–1308.
38. Lichen planus and hepatitis virus infections: causal association? / Rebsam K. [et al.] // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2011. Vol. 9, № 6. P. 464–468.
39. Evidence-based guidelines of the Spanish psoriasis group on the use of biologic therapy in patients with psoriasis in difficult-to-treat sites (nails, scalp, palms, and soles) / Sánchez-Regaña M. [et al.] // *Actas Dermosifiliogr.* 2014. Vol. 105, № 10. P. 923–934.
40. Filaggrin mutations in the onset of eczema, sensitization, asthma, hay fever and the interaction with cat exposure / Schuttelaar M.L.A. [et al.] // *Allergy.* 2009. Vol. 64, № 12. P. 1758–1765.
41. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents / Sidbury R. [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. Vol. 71, № 2. P. 327–349.
42. Silverberg J.I., Hanifin J.M. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2013. Vol. 132, № 5. P. 1132–1138.
43. Atopic dermatitis is a serious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study / Sybilski A.J. [et al.] // *Postępy dermatologii i Alergol.* 2015. Vol. 32, № 1. P. 1–10.
44. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings / Thyssen J.P. [et al.] // *Contact Dermatitis.* 2010. Vol. 62, № 2. P. 75–87.
45. Is adult atopic eczema more common than we think? - A population-based study in Danish adults / Vinding G.R. [et al.] // *Acta Derm. Venereol.* 2014. Vol. 94, № 4. P. 480–482.
46. Watson W., Kapur S. Atopic dermatitis // *Allergy, Asthma Clin. Immunol.* 2011. Vol. 7. P. S4.
47. Weigle N., McBane S. Psoriasis // *Am. Fam. Physician.* 2013. Vol. 87, № 9. P. 626–633.
48. The diagnosis and graded therapy of atopic dermatitis / Werfel T. [et al.] // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014. Vol. 111, № 29-30. P. 509–520.

References

1. II Kontinental'nyy kongress dermatologov. Sovremennyy vzglyad na terapiyu khronicheskikh dermatozov [II Continental Congress of Dermatologists. The modern view of the treatment of chronic dermatoses]. *Dermatovenerologiya i dermatokosmetologiya.* 2011;2:48-54. Russian.

2. Bakulev AL, Platonova AN, Rasskazov YaA, et al. Klinicheskaya effektivnost' primeneniya UFA1-terapii v kompleksnom lechenii khronicheskikh dermatozov [The clinical efficacy of UFA1 therapy in treatment of chronic dermatoses]. Vestn Dermatol Venerol. 2012;4:64-9. Russian.
3. Ermoshina EA, Sonin DB. Analiz zaboлеваemosti dermatozami s vremennoy utratoy trudospособnosti v ambulatorno-poliklinicheskikh usloviyakh [Analysis of the incidence of dermatoses with temporary disability in outpatient]. 3-y Vseros. kongr. dermatovenerologov. 2009. Russian.
4. Esipova EA, Artishchev SO, Kharakhordina YE, et al. Opredelenie stepeni vyrazhennosti simptomov trevogi u bol'nykh razlichnymi formami psoriaza v stadii obostreniya patologicheskogo protsesssa [Determination of the degree of anxiety symptoms in patients with various forms of psoriasis in the acute stage of the pathological process]. Innovatsii v meditsine. Sbornik tezisov. 2014;73. Russian.
5. Kungurov NV, Keniksfest YV, Zil'berberg NV, et al. Organizatsionnye aspekty okazaniya spetsializirovannoy pomoshchi detyam, bol'nym khronicheskimi dermatozami [Organizational aspects of the provision of specialized care to children suffering from chronic dermatoses]. Vestnik dermatologii i venerologii 2010;5:22-8. Russian.
6. Kungurov NV, Potekaev NN. Osnovnye zadachi dermatovenerologii na sovremennom etape [The main objectives of dermatology at the present stage]. Vestnik mezhdunarodnogo foruma dermatovenerologov i kosmetologov. 2014;4. Russian.
7. MZ RF. Standart pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi pri atopicheskom dermatite [Health Ministry. The standard of primary health care in atopic dermatitis. Annex to the order № 770 n]. Prilozhenie k prikazu № 770 n. Russian.
8. MZ RF. Standart spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi pri tyazhelykh formakh atopicheskogo dermatita, rezistentnogo k drugim vidam sistemnoy terapii [Health Ministry. The standard of specialized medical care for severe forms of atopic dermatitis resistant to other systemic therapy]. Prilozhenie k prikazu № 1588n. Russian.
9. Morozova EV, Chertukhina OB. Analiz mezhdistsiplinarnoy raboty v ramkakh realizatsii meropriyatiy po dispanserizatsii patsientov dermatovenerologicheskogo profilya [Analysis of interdisciplinary work within the framework of activities for the clinical examination of patients dermatovenerological Profile]. Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra RAN. 2014;4(5):1517-22. Russian.
10. Moskovskiy nauchno-prakticheskiiy tsentr dermatovenerologii i kosmetologii Departamenta zdra-vookhraneniya goroda Moskvy [Moscow Scientific-Practical Center of dermatology and cosmetology Moscow Health Department]. Poryadok predostavleniya dermatovenerologicheskoy pomoshchi. Prikaz № 255. Russian.
11. Nolte E, Martin M. Okazanie pomoshchi pri khronicheskikh sostoyaniyakh [Provision of care for chronic conditions. View from the health system position]. Vzglyad s pozitsii sistemy zdavookhraneniya. VOZ. 2011;237. Russian.
12. Piven' NP, Piven' EA. Kharakteristika rasprostranennosti khronicheskikh dermatozov v Moskve [Characteristics of the prevalence of chronic dermatoses in Moscow]. Vestnik RUDN. 2004;26(2):83-8. Russian.
13. Pomerantsev ON, Potekaev NN. Zaboлеваemost' naseleniya boleznymi kozhi i podkozhnoy kletchatki kak mediko-sotsial'naya problema [Morbidity diseases of the skin and subcutaneous tissue as a medical and social problem]. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2013;6:4-6. Russian.
14. Pravitel'stvo Moskvy. Postanovlenie Pravitel'stva Moskvy ot 23 aprelya 2015g. № 229-PP «O vnese-nii izmeneniy v postanovlenie Pravitel'stva Moskvy ot 4 oktyabrya 2011 g. № 461-PP» [The Government of Moscow. Moscow Government Decree of 23 April 2015. № 229-PP "On Amending Resolution of the Government of Moscow on October 4, 2011 № 461-PP"]. Russian. Available from: <http://old.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/>.
15. Pravitel'stvo RF. O Programme gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoy pomoshchi na 2015 god i na planovyy period 2016 i 2017 godov [The Government of the Russian Federation. On the program of state guarantees of free medical care provision to citizens for 2015 and the planning period of 2016 and 2017]. URL: <http://government.ru/media/files/z4YWAm1KswA.pdf>. Russian.
16. Rossiyskoe obshchestvo dermatovenerologov i kosmetologov. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh psoriazom [The Russian Society of dermatologists and cosmetologists. Federal guidelines for the management of patients with psoriasis]. Russian. Available from: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/.
17. Starodubov VI, Mishina OS, Dvornikov AS. Printsipy organizatsii meditsinskoy i sotsi-al'noy pomoshchi naseleniyu na osnove modeli «soprovozhdenie khronicheskikh bol'nykh na protyazhenii vsey zhizni» (na primere bol'nykh psoriazom) [The principles of the organization of medical and social assistance to the population, based on the model of "support chronic disease throughout life" (for example, patients with psoriasis)]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2015. ISSN 2071-5021. Russian.
18. FGBU «TsNII OIZ» MZ RF. Obshchaya zaboлеваemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2012 g. 2012 [FGBU "FPHI" Health Ministry. The overall incidence of the adult population of Russia in 2012]. Russian.
19. Akiyama M. FLG mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema: spectrum of mutations and population genetics. Br. J. Dermatol. 2010;162(3):472-7.
20. Altomare G, Ayala F, Bardazzi F, et al. Cyclosporine in psoriasis: comparison of a 25-year real world Italian experience to current European guidelines. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2015.

21. Bergboer JGM, Zeeuwen PLJM, Schalkwijk J. Genetics of Psoriasis: Evidence for Epistatic Interaction between Skin Barrier Abnormalities and Immune Deviation. *J. Invest. Dermatol.* 2012;132(10):2320-31.
22. Chandra A., et al. Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis. *Mol. Immunol.* 2015;64(2):313-23.
23. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas dermo-sifiliográficas.* 2014;105(5):504-9.
24. Filipiak-Pittroff B, et al. Predictive value of food sensitization and filaggrin mutations in children with eczema. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011;128(6):1235-41.
25. Gu H, et al. Association between *Helicobacter pylori* Infection and Chronic Urticaria: A Meta-Analysis. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2015;2015:1-9.
26. Eichenfield LF, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014;71(1):116-32.
27. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review. *J. Autoimmun.* 2015;64:66-73.
28. Helmick CG, et al. Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003-2006 and 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am. J. Prev. Med.* 2014;47(1):37-45.
29. Kubota K, et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database. *BMJ Open.* 2015;5(1).
30. Langen U, Schmitz R, Steppuhn H. Prevalence of allergic diseases in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz.* 2013;56(5-6):698-706.
31. Lunnberg AS, et al. Smoking and risk for psoriasis: a population-based twin study. *Int. J. Dermatol.* 2015;55(2):72-8.
32. Marenholz I, Esparza-Gordillo J, Lee Y.-A. Shared genetic determinants between eczema and other immune-related diseases. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2013;13(5):478-86.
33. Oord RAHM van den, Sheikh A. Filaggrin gene defects and risk of developing allergic sensitisation and allergic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009;339:2433.
34. Parisi R, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J. Invest. Dermatol.* 2013;133(2):377-85.
35. Pathirana D, Ormerod AD, Saiac P, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *Clinical Guidelines.* 23(2):1-70.
36. Pesce G, et al. Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2015;29(6):1180-7.
37. Runmark EP, et al. Eczema among adults: prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden. *Br. J. Dermatol.* 2012;166(6):1301-8.
38. Rebsam K, et al. Lichen planus and hepatitis virus infections: causal association? *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2011;9(6):464-8.
39. Sánchez-Regaña M, et al. Evidence-based guidelines of the Spanish psoriasis group on the use of biologic therapy in patients with psoriasis in difficult-to-treat sites (nails, scalp, palms, and soles). *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(10):923-34.
40. Schuttelaar MLA, et al. Filaggrin mutations in the onset of eczema, sensitization, asthma, hay fever and the interaction with cat exposure. *Allergy.* 2009;64(12):1758-65.
41. Sidbury R, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014;71(2):327-49.
42. Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2013;132(5):1132-8.
43. Sybilski AJ, et al. Atopic dermatitis is a serious health problem in Poland. *Epidemiology studies based on the ECAP study. Postpy dermatologii i Alergol.* 2015;32(1):1-10.
44. Thyssen JP, et al. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. *Contact Dermatitis.* 2010;62(2):75-87.
45. Vinding GR, et al. Is adult atopic eczema more common than we think? - A population-based study in Danish adults. *Acta Derm. Venereol.* 2014;94(4):480-2.
46. Watson W, Kapur S. Atopic dermatitis. *Allergy, Asthma Clin. Immunol.* 2011;7(1):4.
47. Weigle N, McBane S. Psoriasis. *Am. Fam. Physician.* 2013;87(9):626-33.
48. Werfel T, et al. The diagnosis and graded therapy of atopic dermatitis. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014; 111(29-30):509-20.

Библиографическая ссылка:

Соловьева С.Ю., Фомина А.В. Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №4. Публикация 8-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/8-6.pdf> (дата обращения: 25.10.2016). DOI: 10.12737/22634.