



Атопический дерматит у подростков как медико-социальная проблема для Вооруженных Сил

ГЛАДЬКО В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы¹
СОКОЛОВА Т.В., профессор¹
ПАНКРАТОВА Е.В.²
ЗОЛОТНОВА В.Ю.²
МАГОМЕДОВ М.А.²
АЙЗИКОВИЧ Л.А., доцент¹

¹Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; ²Ульяновский областной клинический кожно-венерологический диспансер, г. Ульяновск

The analyze of data of official statistics of Department of Health and Social Development speaks for veridical differences in prevalency and morbidity of atopic dermatitis by teen-agers in comparison with children (younger then 14 years old). These indexes are higher in 2–3 times, then these indexes among children. For the first time was effectuated the analyze of health survey. It has been found that in structure of dermatological pathology in general $\frac{5}{6}$ – $\frac{3}{4}$ is the group with patients with new-onset diagnosis, and only $\frac{1}{5}$ – $\frac{1}{4}$ – is a dispensary group. For children, persons older then 18 and population in general the index of health survey is practically identic and is equal to 0,5. For teen-agers this index is higher – 0,6 and more. The highest abundance and morbidity is: among constituents of the Russian Federation – Privolzhsky Federal district, among it's regions – Ul'yanovsk region.

Key words: atopic dermatitis, abundance, morbidity, index of health survey, teen-agers.

Состояние здоровья населения России характеризуется его резким ухудшением у детей и подростков. По данным Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, общая распространенность заболеваний среди детей в возрасте до 14 лет возросла от 1613,0‰ (1998) до 2024,4‰ (2002), а заболеваемость за те же годы – от 1302,0‰ до 1576,0‰ [2]. Иными словами, на одного ребенка приходится 1,6 – 2,0 заболевания, в т. ч. 1,3–1,6 – установленных впервые. Рост этих показателей можно объяснить как истинным ухудшением состояния здоровья, так и улучшением диагностики, повышением качества диспансеризации населения. Об этом свидетельствуют данные Детского консультативно-диагностического центра МЗ РФ (Москва). На одного ребенка, впервые обратившегося за медицинской помощью по поводу определенной патологии, приходится 0,5 сопутствующего заболевания, а после детального обследования у специалистов их число увеличивается в 5 раз [1]. С 2001 г. в структуре заболеваемости лидируют травмы и отравления, болезни органов

пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы [2].

Существенно, что распространенность болезней и заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет ниже, чем детей в возрасте до 14 лет. При этом отмечается та же тенденция роста указанных показателей от 1329,9‰ (1998) до 1643,7‰ (2002) – распространенность – и от 799,5 до 1004,7‰ – заболеваемость.

Нами на примере Одинцовского района Московской области показано, что заболеваемость *атопическим дерматитом* (АтД) юношей приписного возраста и его распространенность значительно выше, чем заболеваемость девушек той же возрастной группы. В динамике за 2002–2006 гг. интенсивный показатель распространенности АтД у юношей превышал таковой у девушек в 1,7–4,3 раза, а заболеваемости – в 1,5–4,4 раза [4].

В данном исследовании проведен в динамике сравнительный анализ распространенности АтД и заболеваемости этой патологией различных контингентов населения РФ в целом и ее субъектов в частности.



Работа выполнялась на базе Ульяновского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Материал получен при анализе статистических данных МЗ и СР РФ за 2005–2006 гг. [3]. Изучены *интенсивные показатели* (ИП) распространенности АтД и заболеваемости им в промилле.

Заболеваемость – число больных с впервые установленным диагнозом в каждом конкретном году. Распространенность – число больных, состоящих на диспансерном учете на конец каждого отчетного года.

Работа выполнялась поэтапно. На первом этапе анализ ИП распространенности и заболеваемости АтД различных контингентов населения за 2005–2006 гг. проведен по РФ в целом. Второй этап посвящен анализу этих показателей в субъектах РФ для выявления регионов с неблагополучной эпидемиологической обстановкой. Третий – анализу ситуации в Приволжском федеральном округе (ФО), который является одним из регионов с высокими показателями распространенности и заболеваемости АтД.

Распространенность болезней кожи и подкожной жировой клетчатки и заболеваемость ими различных контингентов населения РФ за 2005–2006 гг. представлены в табл. 1.

Из данных табл. 1 видно, что ИП распространенности болезней кожи и подкожной жировой клетчатки в РФ стабилен и составлял 62,3–63,7%. В то же время он существенно различался в данных возрастных группах. У детей до 14 лет он был в 1,8, а у подростков – в 1,6 раза выше, чем у населения в целом. В возрастной группе старше 18 лет ИП, наоборот, был в 1,2 раза ниже. Для распространенности АтД типична аналогичная ситуация. Интенсивный показатель распространенности АтД среди населения РФ составлял 4,6–4,8‰ и был наивысшим у детей до 14 лет (17,4–18,5‰), несколько ниже у подростков (10,6–10,7‰) и невысок у лиц старше 18 лет (1,9‰). Иными словами, распространенность АтД у детей до 14 лет в 1,6–1,7 раза выше, чем у подростков.

Однако за внешним благополучием ситуации скрываются проблемы, которые требуют серьезного анализа. Группа детей охватывает возрастной период в 14 лет, а подростков – только в 3 года. При расчете распространенности АтД на каждый год жизни у детей она составляет 1,2–1,3‰, у подростков – 3,5–3,6‰, что практически в 3 раза больше.

По аналогии рассчитан ИП заболеваемости болезнями кожи и подкожной жировой клетчатки. В РФ он был также стабилен и составлял 49,8–50,7‰ (2005–

Таблица 1

Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки и заболеваемость ими различных контингентов населения РФ за 2005–2006 гг., ‰

Контингент	Распространенность				Заболеваемость			
	Болезни кожи и подкожной жировой клетчатки		АтД		Болезни кожи и подкожной жировой клетчатки		АтД	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Дети до 14 лет	110,4	114,3	17,4	18,5	92,5	94,8	9,8	10,6
Подростки 15–17 лет	97,9	98,9	10,6	10,7	75,4	75,8	4,2	4,4
Лица старше 18 лет	51,3	52,3	1,9	1,9	40,3	41,1	0,96	0,97
Население в целом	62,3	63,7	4,6	4,8	49,8	50,7	2,4	2,6



2006). У детей до 14 лет ИП заболеваемости был в 1,9 (92,5–94,8%), а у подростков в 1,5 раза (75,4–75,8%) выше, чем у населения в целом. В возрастной группе старше 18 лет этот показатель практически соответствовал таковому для всей популяции. Заболеваемость АтД населения РФ составляла 2,4–2,6%. Наивысшее значение зарегистрировано у детей до 14 лет (9,8–10,6%), более низкое – у подростков (4,2–4,4%) и минимальное – у лиц старше 18 лет (0,96–0,97%). Как и в случае распространенности АтД, заболеваемость этой патологией детей до 14 лет была выше, чем у подростков, но уже в 2,3–2,4 раза. Однако при расчете на каждый год заболеваемость детей АтД составляла 0,7–0,6%, а подростков – 1,4–1,3%, что в 2 раза выше.

Полученные данные свидетельствуют, что в РФ распространенность АтД (в 3 раза) и заболеваемость (в 2 раза) у подростков выше, чем у детей. Эти показатели должны настораживать медицинскую общественность как гражданского, так и военного здравоохранения. Атопический дерматит относится к заболеваниям с первичной манифестацией в детском возрасте, что, естественно, предполагает наивысший уровень рассматриваемых показателей именно в этой возрастной группе. Данные официальной статистики убедительно свидетельствуют об обратном явлении. В связи с этим актуально изучение причин высокого уровня заболеваемости подростков, основную часть которых составляют юноши, подлежащие призыву в Вооруженные Силы. Аналогичных исследований в отечественной практике не проводилось.

Если учесть, что ИП распространенности включает в себя показатель заболеваемости, то определение разности этого показателя в процентах позволяет установить долю больных с хроническими дерматозами, состоящими на диспансерном учете. Иными словами, определить *показатель диспансеризации* (ПД). В целом ПД для болезней кожи и подкожной жировой клетчатки в различных

возрастных группах был невысоким и мало отличался в 2005–2006 гг. Он колебался в незначительных пределах – от 16,3 до 24%. В структуре дерматологической патологии $\frac{3}{4}$ – $\frac{5}{6}$ составляют больные с впервые установленным диагнозом, и только $\frac{1}{6}$ – $\frac{1}{4}$ – диспансерная группа.

Аналогичный расчет сделан и для АтД. Показатель диспансеризации населения РФ составляет 47,8% (2005) и 45,8% (2006), т. е. на диспансерном учете состоит практически столько же больных, сколько впервые берется на учет. Сопоставление ПД в различных возрастных группах позволило выявить удивительный парадокс. В возрастной группе до 14 лет ПД (43,7; 42,7%) практически равен таковому возрастной группы старше 18 лет (49–49,5%). У подростков 15–17 лет ПД самый высокий – 60,4% (2005) и 58,9% (2006).

К сожалению, по данным официальной статистики нельзя рассчитать указанные показатели для юношей и девушек. Однако опыт работы свидетельствует, что юноши с АтД берутся на диспансерный учет более активно, чем девушки. Однозначные ПД АтД у населения РФ в целом, детей до 14 лет и в возрастной группе старше 18 лет позволяют с определенной долей вероятности предположить, что юноши, взятые на диспансерный учет в возрасте до 14 лет, переходят в диспансерную группу подросткового периода и в группу старше 18 лет. Так продолжается до 27-летнего возраста, что связано с отсрочкой от службы в ВС РФ. Наивысший уровень ПД в возрасте 15–17 лет свидетельствует об активизации диспансерной работы в данной возрастной группе.

Распространенность болезней кожи и подкожной жировой клетчатки с учетом различных контингентов населения в субъектах РФ существенно различается. В 2005 г. этот показатель составлял в Южном ФО – 55,8%, в Приволжском ФО – 71,8%, в 2006 г. – в Центральном ФО – 56,9%, в Приволжском ФО – 73,4%. На протяжении 2 лет Приволжский ФО лидировал в РФ по распространенно-



сти дерматологической патологии, превышая общероссийский показатель в 1,2 раза.

Распространенность АтД среди населения различных регионов колебалась в 2005–2006 гг. от 2,9‰ (Южный ФО) до 6,5–6,6‰ (Северо-Западный ФО). Доля АтД в структуре дерматологической патологии населения в целом была незначительной и составляла в 2005 и 2006 г. 5,2 и 5% (Южный ФО) и 9,6% (Северо-Западный ФО). Интенсивный показатель распространенности АтД у детей до 14 лет колебался в значительных пределах: от 8,9‰ в 2005 г. и 8,8‰ в 2006 г. (Южный ФО) до 27,6 и 30,1‰ (Северо-Западный ФО). Второе место стабильно занимали Приволжский (19,8 и 22,4‰) и Уральский (19,3 и 20,4‰) ФО, третье – Центральный (17,1 и 17,5‰), Сибирский

(16,8 и 18,6‰) и Дальневосточный (16,9 и 19,6‰) ФО.

Для оценки значимости подростков 15–17 лет в эпидемиологии АтД проведено сопоставление ИП распространенности АтД у детей до 14 лет и подростков 15–17 лет в различных ФО. Впервые показано, что в возрастной группе, охватывающей 14-летний период, больных АтД только в 1,5–1,7 (2005) и в 1,4–1,8 (2006) раза больше, чем в группе, охватывающей 3-летний возрастной период. Исключение составляет Дальневосточный ФО, где эпидемиологическая ситуация близка к истинной.

Проведенный анализ заболеваемости болезнями кожи и подкожной жировой клетчатки и АтД в субъектах РФ свидетельствует, что ИП заболеваемости болезнями кожи и подкожной жировой

Таблица 2

Распространенность и заболеваемость АтД у подростков в возрасте 15–17 лет по Приволжскому ФО за 2005–2006 гг., ‰

Регионы Приволжского ФО	Распространенность		Заболеваемость	
	2005	2006	2005	2006
Республика Башкортостан	11,8	12,3	6,7	6,6
Республика Марий Эл	10,7	9,5	3,6	4,5
Республика Мордовия	10,4	11,2	3,7	4,4
Республика Татарстан	12,3	12,3	4,3	4,5
Удмуртская Республика	12,3	16,9	5,6	9,5
Чувашская Республика	9,9	10,6	3,2	2,7
Кировская область	9,0	9,3	1,9	2,3
<i>Нижегородская область</i>	<i>14,9</i>	<i>16,6</i>	<i>7,1</i>	<i>9,2</i>
Оренбургская область	10,6	9,8	5,4	5,0
Пензенская область	9,2	8,8	2,4	2,3
Пермский край	12,9	13,9	4,5	5,1
Самарская область	11,0	10,9	3,8	3,2
Саратовская область	10,2	13,3	2,7	2,8
<i>Ульяновская область</i>	<i>18,5</i>	<i>18,8</i>	<i>7,9</i>	<i>6,7</i>
Всего...	11,9	12,7	4,8	5,2



клетчатки в субъектах РФ отличался незначительно. Как уже было отмечено, Приволжский ФО лидировал по заболеваемости дерматозами в Российской Федерации.

Интенсивный показатель заболеваемости АтД населения различных субъектов РФ колебался в 2005 г. от 1,6‰ (Южный ФО) до 3‰ (Северо-Западный и Приволжский ФО) и в 2006 г. — от 1,6 до 3,2‰ в тех же регионах. Интенсивный показатель заболеваемости АтД детей до 14 лет в 2005 г. колебался от 5,2‰ (Южный ФО) до 14,8‰ (Северо-Западный ФО) и в 2006 г. — от 5,1 до 16,4‰ в тех же округах. Приволжский ФО стабильно занимал второе место — 11,9‰ (2005) и 12,7‰ (2006). Интенсивный показатель заболеваемости АтД подростков 15–17 лет в 2005 и 2006 гг. был максимальным в Северо-Западном (5,5 и 5,3‰ соответственно), Сибирском (5 и 5,4‰) и Приволжском (4,8 и 5,2‰) федеральных округах.

Учитывая высокий ИП распространенности и заболеваемости АтД подростков в Приволжском ФО, проанализированы ИП распространенности и заболеваемости АтД у подростков 15–17 лет в его регионах. Полученные данные представлены в табл. 2.

Данные табл. 2 показывают, что ИП распространенности АтД у подростков 15–17 лет в Ульяновской области самый высокий по сравнению с другими регионами. Он в 1,6 (2005) и 1,5 раза (2006) превышает аналогичный пока-

затель Приволжского ФО в целом. Заболеваемость АтД этого же контингента населения в Ульяновской области также лидирует (7,9 и 6,7‰), превышая в 1,6 (2005) и 1,3 раза таковой по Приволжскому ФО.

Таким образом, высокий показатель диспансеризации подростков 15–17 лет по сравнению с ПД населения в целом, детей до 14 лет и возрастной группы старше 18 лет может трактоваться по-разному.

Во-первых, часть из них наблюдается и лечится в частных клиниках и лечебных центрах, а постановка на учет по месту жительства происходит только в период приписки и призыва.

Во-вторых, внимание родителей к состоянию здоровья сыновей «повышается» именно в этот период и они впервые направляют своих детей к специалисту.

В-третьих, диспансеризация юношей в период приписки способствует выявлению дерматологической патологии.

В-четвертых, не исключен факт гипердиагностики АтД как возможной причины освобождения от срочной службы. Последний факт требует серьезного анализа.

Учитывая, что Ульяновская область лидирует по распространенности и заболеваемости АтД подростков среди регионов Приволжского ФО, а последний — среди субъектов РФ, актуально проведение в данном регионе соответствующего исследования.

Литература

1. Максимова В.Б. Совершенствование планирования численности медицинского персонала детских консультативно-диагностических центров федерального подчинения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2008. — 26 с.

2. Основные характеристики и тенденции состояния здоровья детей (1992–2002 годы) // Электронная версия бюллетеня «Население и общество» Центра демографии и экологии человека Института народ-

нохозяйственного прогнозирования РАН № 135–136 от 17–30 ноября 2003 г.

3. Ресурсы деятельности кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005–2006 (Статистические материалы). — М., 2007. — 116 с.

4. Соколова Т.В., Дьячек И.А., Гладыко В.В. и др. Заболеваемость юношей приписного возраста по данным медицинской комиссии военкомата Одинцовского района // Тез. науч.-историч. конф., посвященной 300-летию со дня открытия ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. — М., 2007. — С. 119–120.