

© Гацька Д.О.

УДК: 616.5- 002- 0.53.2(477.44)

Гацька Д.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Резюме.** З метою вивчення поширеності та клінічних особливостей atopічного дерматиту серед дітей та молоді Вінницької області було проведено анкетування 7784 осіб віком від 3 до 27 років (в т. ч. 4532 дітей та 3252 представників молоді). Діагноз atopічного дерматиту був підтверджений в 466 осіб, що склало 5,99 % від загальної кількості анкетованих. Серед клінічних форм atopічного дерматиту у дітей та молоді переважають еритематозно-сквамозна (42,8%) та еритематозно-сквамозна з ліхеніфікацією (37,5%) форми захворювання, істотно меншу питому вагу (19,7%) складає ліхеноїдна форма atopічного дерматиту. Серед обстежених осіб з atopічним дерматитом, не залежно від їх віку, істотно частіше (51,07%) реєструвався середньо-важкий, рідше (31,3%) легкий та важкий (17,6%) перебіг захворювання.

**Ключові слова:** atopічний дерматит, поширеність, клінічні особливості, діти та молодь.

### Вступ

На сьогодні майже в усіх країнах світу відмічається неухильне зростання поширеності алергічних захворювань (АЗ). В загальній структурі АЗ, особливо серед дітей та молоді, питома вага atopічного дерматиту (АтД) складає 50-75% [Хайтов, 2009; Галямова, Чернышева, 2009]. Дебют АтД, в більшості випадків, відбувається в ранньому дитячому віці, набуває хронічного перебігу і зберігає свої клінічні прояви протягом багатьох років життя. Згідно даних досліджень, які проводились з використанням критерію Дерматологічний Індекс Якості Життя, доведено, що за несприятливим впливом на якість життя хворих, серед шкірних захворювань, АтД поступається лише корості [Lewis-Sones, 1995]. Це дозволяє розглядати АтД не лише як медичну, але і як соціальну проблему [Охотникова, 2010; Augustin, 2001]. Для раціонального планування спеціалізованої медичної допомоги необхідна достовірна інформація про розповсюдженість АтД серед популяції. Але дані офіційної статистики, які базуються на показниках звертання за медичною допомогою, зазвичай, занижені в декілька десятків разів і не дають достовірної уяви про істинну частоту даної патології [Сербина, 2001; Луткова, 2005].

Отже, вивчення поширеності, клінічних особливостей АтД серед дітей та молоді Вінницької області являє собою актуальну проблему сучасної медицини, а заходи з профілактики, раннього виявлення та лікування даної патології повинні базуватися на основі результатів клініко-епідеміологічних досліджень.

Метою нашого дослідження явилось вивчення розповсюдженості та клінічних особливостей atopічного дерматиту серед дітей та молоді Вінницької області.

### Матеріали та методи

На першому етапі клініко-епідеміологічного дослідження, за допомогою спеціально розробленого модифікованого опитувальника для виявлення симптомів АЗ органів дихання та шкіри, було проведено анкетування 7784 осіб віком від 3 до 27 років (в т. ч. 4532 дітей та 3252 представників молоді). Діти віком 3-6 років увій-

шли до 1-ї вікової групи, діти віком 7-18 років - до 2-ї вікової групи, а молодь віком від 19-27 років - до 3 вікової групи обстежених.

На другому етапі дослідження була проведена верифікація клінічного діагнозу. На дообстеження з'явилося 1462 осіб з клініко-анамнестичними ознаками АЗ, яким було проведено поглиблене клінічне та алергологічне обстеження з проведенням шкірних проб (прик-тесту) з набором стандартних алергенів.

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась за допомогою пакета IBM SPSS Statistics v.21.0. Для порівняння кількісних ознак вибірок використовували критерій Стюдента, якісних ознак - побудову 95% довірчого інтервалу частот розподілення для вибірок за методом Вальда, критерій Фішера для співставлення двох рядів вибірових значень за частотою ознаки з вирахуванням статистичної значимості. Для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між досліджуваними показниками проводили багатофакторний регресійний покровий аналіз.

### Результати. Обговорення

У результаті поглибленого клініко-алергологічного обстеження діагноз АтД був підтверджений в 466 осіб, що склало 5,99% від загальної кількості анкетованих. Atopічний дерматит майже з однаковою частотою зустрічався серед осіб чоловічої (18,83% випадків, 95% ДІ: 0,17;0,21) та жіночої статі (16,13% випадків, 95% ДІ: 0,14;0,18) статі (фемп = 1,833, розбіжність неістотна).

Значну цікавість має розподіл різних форм АтД серед обстежених нами осіб. Так, серед них найбільш часто виявлялися еритематозно-сквамозна форма захворювання без та з ліхенізацією (у 199 осіб або у 42,8% (95% ДІ: 0,38;0,47) випадків та у 175 обстежених або у 37,5% (95% ДІ: 0,33;0,42) спостережень, відповідно). При цьому ліхеноїдна форма АтД була діагностована в 92 (19,7%, 95% ДІ: 0,16;0,23) обстежених. Екссудативна форма АтД нами не була діагностовано в жодному випадку. Клінічна структура різних форм АтД серед об-

Таблиця 1. Структура клінічних форм АтД в залежності від статі обстежених.

Клінічні форми АтД	Число обстежених (n=466)			Число осіб чоловічої статі (n=251)			Число осіб жіночої статі (n=215)		
	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ
Еритематозно-сквамозна з ліхенізацією	175	37,5	0,33-0,42	100	39,8	0,37-0,44	75	34,9	0,31-0,37
Еритематозно-сквамозна	199	42,8	0,38-0,47	110	43,9	0,41-0,46	89	41,4	0,38-0,43
Ліхеноїдна	92	19,7	0,16-0,23	41	16,3	0,14-0,17	51	23,7	0,20-0,26

Таблиця 2. Структура клінічних форм АтД в залежності від віку обстежених.

Клінічні форми АтД	1-ша вікова група			2-га вікова група			3-тя вікова група		
	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ
Еритематозно-сквамозна з ліхенізацією (n=175)	67	38,3	0,31-0,45	80	45,7	0,38-0,53	28	16,0	0,11-0,22
Еритематозно-сквамозна (n=199)	105	52,8	0,46-0,60	79	39,7	0,33-0,46	15	7,5	0,04-0,12
Ліхеноїдна (n=92)	3	3,3	0,01-0,09	25	27,2	0,19-0,37	64	69,5	0,60-0,78

стежених в залежності від їх статі та віку представлені в таблицях 1 і 2.

Аналіз наведених даних дозволив нам встановити, що ліхеноїдна форма АтД достовірно частіше зустрічається серед жінок (23,7%, 95% ДІ: 0,20;0,26), ніж чоловіків (16,3%, 95% ДІ: 0,14;0,17) (фемп = 2,467, розбіжність істотна). При інших формах АтД достовірної різниці в їх частоті в залежності від статі нами не виявлено ( $p > 0,05$  для всіх випадків). Крім того, еритематозно-сквамозна форма з ліхенізацією майже однаково часто (38,3%, 95% ДІ: 0,31;0,45 проти 45,7% (95% ДІ: 0,38;0,53) випадків (фемп = 1,403, розбіжність неістотна)) зустрічалася серед обстежених 1-ої та 2-ої вікових груп, але значно рідше серед молоді - 28 чол. (16,0% 95% ДІ: 0,11;0,22 спостережень, при фемп1 = 3,221, фемп2 = 3,452, розбіжність істотна). Майже половину обстежених (52,8% (95% ДІ: 0,46;0,60) випадків) з еритематозно-сквамозною формою АтД склали діти 1-ої вікової групи та третю частину (39,7% (95% ДІ: 0,33;0,46) спостережень) - діти 2-ої вікової групи (фемп = 2,633, розбіжність істотна). Серед представників 3-ої вікової групи лише в 7,5% випадків діагностувалась дана форма захворювання (фемп1 = 10,693, фемп2 = 11,525, розбіжність істотна). На ліхеноїдну форму АтД в переважній більшості (69,5% (95% ДІ: 0,60;0,78) випадків) страждали особи з 3-ої вікової групи. В 2-ій віковій групі дана форма АтД була виявлена у 27,2% (95% ДІ: 0,19;0,37) осіб, а серед обстежених з 1-ої вікової групи - лише в 3,3% (95% ДІ: 0,01;0,09) спостережень (фемп = 9,521, розбіжність істотна).

Для оцінки важкості клінічного перебігу АтД нами враховувались частота його загострень протягом року, тривалість періодів рецидиву та ремісії, інтенсивність шкірної висипки, суб'єктивних скарг та поширеність шкірного процесу за допомогою індексу SCORAD. В результаті цього нами були виділені 3 ступеня важкості АтД серед обстежених. При цьому захворюванні легкий ступінь характеризувався 1-2 загостреннями на рік тривалістю не більше 1 місяця та показником індексу SCORAD - 20,6±0,6 балів. Такий ступінь важкості був

виявлений нами в 31,3% (95% ДІ: 0,25;0,37) випадків (146 обстежених). Для середнього ступеня важкості АтД були характерні 3-4 загострення на рік тривалістю до 2 місяців та показник індексу SCORAD - 36,9±1,09 балів. Він був встановлений у 238 обстежених (51,1% випадків, 95% ДІ: 0,43;0,57). Важкий ступінь перебігу АтД характеризувався наявністю більше 4 загострень на рік тривалістю більше 2 місяців та показником індексу SCORAD - 61,7±0,93 балів. Даний ступінь важкості захворювання мав місце в 82 обстежених (17,6% спостережень, 95% ДІ: 0,14;0,21). Отже, такий об'єктивний показник ступеня важкості АтД, як індекс SCORAD, з високим ступенем достовірності підвищувався по мірі збільшення важкості перебігу захворювання ( $p < 0,05$ ).

Однією з найважливіших особливостей АтД є його ранній початок та першочергове місце в "атопічному марші" в більшості дітей [Кондюрина, 2005]. Перші клінічні прояви АтД відмічались у 65 (13,95%, 95% ДІ: 0,11;0,17) обстежених ще у чотиримісячному віці, причому 2/3 (41 пацієнт) з них склали діти з важким перебігом АтД. В 214 (45,92%, 95% ДІ: 0,41;0,50) осіб захворювання дебютувало в 5-12-тимісячному віці, в 153 (32,83%, 95% ДІ: 0,29;0,37) обстежених воно розпочалося у віці від 1 до 2 років, і лише в 34 (7,3%, 95% ДІ: 0,05;0,10) осіб патологічний процес на шкірі виник у віці старше 2 років. З віком клінічна маніфестація АтД у обстежених зменшувалася, але до нього почали приєднуватися респіраторні форми АЗ. При цьому у 225 (48,28 %, 95% ДІ: 0,44;0,53) осіб з АтД в подальшому сформувались бронхіальна астма (БА) та/або алергічний риніт (АР). Так, у 106 (47,11%, 95% ДІ: 0,40;0,53) обстежених на фоні АтД розвинувся АР, у 41 (18,22%, 95% ДІ: 0,14;0,24) особи розвинулась БА та у 78 (34,67%, 95% ДІ: 0,29;0,41) обстежених спостерігалось поєднання АтД з АР та БА.

Як свідчать наведені вище результати, у обстежених з комбінованими формами АЗ прояви АтД маніфестували значно раніше. Так, в 27,90% (95% ДІ: 0,24;0,32) випадків вони з'явилися ще до 1-го року з дня народження, в 11,16% (95% ДІ: 0,08;0,14) - в терміни від 1 до

**Таблиця 3.** Середні терміни маніфестації проявів АтД при ізольованих та комбінованих формах АЗ.

Форми АЗ	До 1 року			Від 1 до 2 років			Після 2 років		
	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ
Комбінована	130	27,90	0,24-0,32	52	11,16	0,08-0,14	43	9,23	0,07-0,12
Ізольована	58	12,45	0,09-0,15	71	15,24	0,12-0,19	112	24,03	0,20-0,28

2-х років та лише в 9,23% (95% ДІ: 0,07;0,12) обстежених - після дворічного віку (частота достовірно знижувалась з віком пацієнтів). В групі ж обстежених з ізольованим АтД вказані зміни були діагностовані у 12,45% (95% ДІ: 0,09;0,15) осіб до 1 року з дня народження, у 15,24% (95% ДІ: 0,12;0,19) - від 1 до 2 років та у 24,03% (95% ДІ: 0,20;0,28) осіб після дворічного віку (фемп1 = 2,693, фемп2 = 11,525, розбіжність істотна). Також нами встановлено (табл. 4), що в групі обстежених з поєднанням АтД з БА та/або АР вірогідно частіше спостерігався важкий та середньо-важкий перебіг АтД (92,68% та 68,07% випадків, відповідно, фемп = 10,256, розбіжність істотна), порівняно з обстеженими на ізольованим перебігом АтД (7,32% та 31,93% спостережень, відповідно, фемп = 6,534, розбіжність істотна).

Також нами було встановлено, що початок перших клінічних проявів АтД не залежав від статі обстежених. Так, АтД розпочався у віці до 1 року у 48,40% (95% ДІ: 0,41;0,55) хлопчиків та 51,60% (95% ДІ: 0,44;0,58) дівчаток (фемп = 0,621, розбіжність неістотна), у віці від одного до двох років - у 52,03% (95% ДІ: 0,43;0,60) хлопчиків та 47,97% дівчаток (фемп = 0,627, розбіжність неістотна) та після 2-х років - у 47,10% (95% ДІ: 0,39;0,55) хлопчиків та у 52,90% (95% ДІ: 0,45;0,60) дівчаток (фемп = 1,021, розбіжність неістотна).

Найбільш часто (74,0% (95% ДІ: 0,69;0,79) випадків) в анамнезі обстежених з АтД мала місце харчова алергія. Це й факт підтверджується і даними літератури, які свідчать, що АтД хоча і є мультифакторіальним захворюванням, але приблизно в 20-50% випадків він асоціюється з харчовою алергією [Тренева, 2013]. Серед етіологічно значущих продуктів у виникненні перших проявів АтД батьками були названі: коров'яче молоко - 51,29% (95% ДІ: 0,43;0,60) і молочні суміші - 48,71% (95% ДІ: 0,40;0,55) випадків. Рідше в якості потенційних алергенів називалися злаки - 17,38% (95% ДІ: 0,13;0,22), яйце - 8,80% (95% ДІ: 0,04;0,12), риба - 9,23% (95% ДІ: 0,04;0,13), апельсин та інші цитрусові - 6,65% (95% ДІ: 0,01;0,12), томати - 4,94% (95% ДІ: 0,01;0,09), шоколад - 12,23% (95% ДІ: 0,06;0,18) спостережень.

За результатами проведеного дослідження 405 дітей (86,9% (95% ДІ: 0,83;0,90) випадків) знаходились на штучному вигодовуванні, причому перехід на штучне вигодовування у 270 дітей (57,9% (95% ДІ: 0,53;0,62) спостережень) був здійснений до 3-х місяців життя. На можливу роль у розвитку АтД профілактичних щеплень вказали 22 (4,7%, 95% ДІ: 0,03;0,07) обстежених, а в 58 (12,4%, 95% ДІ: 0,09;0,15) осіб їх проведення посилювало

його перебіг. В більшості (81,9%, 95% ДІ: 0,78;0,85) поява шкірної висипки співпала з введенням вакцини АКДС і лише в 2 дітей (9,0%, 95% ДІ: 0,02;0,16) стало наслідком введення вакцини проти кору. Крім того, батьки 11,8% (95% ДІ: 0,08;0,15) обстежених з АтД початок патологічного процесу в шкірі пов'язували з прийомом лікарських препаратів з приводу неалергічних інфекційних захворювань.

Результати обстеження показали, що лише в 79 (16,9% (95% ДІ: 0,14;0,20) обстежених була виявлена сенсibiliзація до однієї групи АГ, а саме: до харчових - у 10,6% (95% ДІ: 0,04;0,14) та до побутових - у 6,3% (95% ДІ: 0,02;0,10) осіб. Сенсibiliзація до 2 та більше груп АГ була виявлена у 387 (83,1%, 95% ДІ: 0,79;0,86) обстежених. При цьому серед обстежених з АтД найбільш часто зустрічалась харчова (62,4% (95% ДІ: 0,58;0,67) випадків) та побутова (57,2% (95% ДІ: 0,52;0,62) спостережень) сенсibiliзація, дещо рідше пилкова - 49,4% (95% ДІ: 0,42;0,56) осіб та найрідше - епідермальна сенсibiliзація, яка мала місце у 24,7% (95% ДІ: 0,19;0,29) обстежених. Сенсibiliзація до харчових АГ істотно частіше (78,3% випадків) зустрічалась серед дітей 1-ої вікової групи в порівнянні з обстеженими 2-ої та 3-ої вікових груп (56,0% та 47,7% спостережень, відповідно). Отже, з віком етіологічна роль харчових АГ при АтД зменшувалась.

Велике значення в формуванні АтД мають функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у вигляді порушення мікробіоценозу кишківника, дискінезії жовчовивідних шляхів, які обумовлюють підвищення гіперреактивності шкіри пацієнтів [Луткова, 2005]. Відомо також, що часті респіраторні захворювання, особливо в ранньому віці, наявність вогнищ хронічної

Таблиця 4. Залежність між ступенем важкості АтД та наявністю/відсутністю інших АЗ.

Ступінь важкості АтД	Ізольований АтД		Поєднання АтД з іншими АЗ		фемп
	абс.	%	абс.	%	
Легкий (n=146)	132	90,41	14	9,59	10,256
Середньо-важкий (n=238)	76	31,93	162	68,07	6,534
Важкий (n=82)	6	7,32	76	92,68	11,239

**Таблиця 5.** Частота і структура супутніх захворювань у обстежених з АтД різних вікових груп.

Вікова група	Хронічні, рецидивуючі респіраторні захворювання			Хронічні рецидивуючі захворювання ШКТ		
	абс.	%	95% ДІ	абс.	%	95% ДІ
1-ша	92	52,57	0,48-0,56	55	31,43	0,26-0,35
2-га	84	45,65	0,40-0,49	64	34,78	0,30-0,38
3-тя	24	22,43	0,18-0,26	27	25,23	0,21-0,29
Разом	200	42,92	0,37-0,47	146	31,33	0,27-0,36

інфекції в носоглотці та інших органах сприяють формуванню сенсibiliзації до інгаляційних АГ [Потемкина, 1990]. Саме тому ми проаналізували наявність та структуру супутніх захворювань у осіб з АтД різних вікових груп (табл. 5). Вогнища хронічної інфекції з боку верхніх та нижніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, аденоїдит, отит, назофарингіт, риносинусит, рецидивуючий ларинготрахеїт, бронхіт) були виявлені у 52,57% (95% ДІ: 0,48;0,56) дітей 1-ої вікової групи, у 45,65% (95% ДІ: 0,40;0,49) дітей 2-ої вікової групи, та у 22,43% (95% ДІ: 0,18;0,26) обстежених 3-ої вікової групи. Супутню патологію ШКТ нами встановлено у 31,43% (95% ДІ: 0,26;0,35) дітей 1-ої, у 34,78% (95% ДІ: 0,30;0,38) дітей 2-ої вікової групи та у 25,23% (95% ДІ: 0,21;0,29) обстежених 3-ої вікової групи. Отже, на розвиток та маніфестацію клінічних проявів АтД та супутніх йому АЗ впливали супутні захворювання респіраторної та травної систем, що підтверджується й літературними даними [Баранов, Балаболкин, 2006].

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. За результатами 2-го етапу клініко-епідеміологічного дослідження atopічний дерматит верифікований

у 5,99% осіб від всіх проанкетованих.

2. Серед клінічних форм atopічного дерматиту у дітей та молоді переважають еритематозно-сквамозна (42,8%) та еритематозно-сквамозна з ліхеніфікацією (37,5%) форми захворювання, істотно меншу питому вагу (19,7%) складає ліхеноїдна форма atopічного дерматиту.

3. Серед обстежених осіб з atopічним дерматитом, не залежно від їх віку, істотно частіше (51,07%) реєструвався середньо-важкий, рідше (31,3%) легкий та важкий (17,6%) перебіг захворювання.

4. У осіб з atopічним дерматитом АтД переважає (83,1% випадків) полівалентна сенсibiliзація до алергенів, в спектрі якої частіше виявляється гіперчутливість до харчових (62,4%) та побутових (57,2%) алергенів.

5. Для осіб з atopічним дерматитом характерно його поєднання з алергічним ринітом (47,1% випадків), бронхіальною астмою (18,2% спостережень) та обома (34,7% випадків) цими захворюваннями.

6. У 42,92% осіб з atopічним дерматитом виявлено хронічні та рецидивуючі респіраторні інфекції, а в 31,33% випадків - патологію шлунково-кишкового тракту, які можуть негативно впливати на перебіг основного захворювання.

### Список літератури

- Алергологія дитячого віку; під ред. О. Л. Ласиці, Т. С. Ласиці, С. М. Недельської. - Київ: Книга плюс, 2004. - 368 с.
- Аллергология и иммунология; под ред. Р. М. Хаитова. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
- Атопический дерматит у детей; под ред. Н. Г. Коротких, А. А. Тихомирова. - Тверь: "Триада", 2003. - 238 с.
- Баранов А. А. Детская алергология / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 687с.
- Болотная Л. А. Наружная терапия и уход за кожей больных atopическим дерматитом / Л. А. Болотная // Здоров'я України. - 2011. - № 7 (260). - С. 1-4.
- Босенко Ю. А. Атопический дерматит и алергический ринит как этапы возрастной эволюции алергических заболеваний у детей первых 5 лет жизни: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.36 / Босенко Юлия Александровна. - Москва, 2008. - 144 с.
- Галямова Ю. А. Распространенность atopического дерматита среди детей Российской Федерации / Ю. А. Галямова, М. П. Чернышева // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - № 2. - С. 122-123.
- Детская алергология; под ред. А. А. Баранова, И. И. Балаболкина. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. - 687с.
- Диагностика и лечение atopического дерматита у детей и взрослых: Консенсус ЕААС/АААА/РАСТАЛ // Здоров'я України. - 2006. - № 5. - С. 41-43.
- Зеленская В. В. Возрастные аспекты atopического дерматита у школьников Новосибирска / В. В. Зеленская, Т. А. Филатова, Р. М. Закревская // Вопросы современной педиатрии. - 2004. - № 1. - С. 162.
- Калюжная Л. Д. Атопический дерматит: современные вопросы диагностики и лечения / Л. Д. Калюжная // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2006. - № 1 (2). - С. 19-22.
- Кениксфест Ю. В. Атопический дерматит: иммуноморфологические особенности кожи у больных с различными вариантами клинического течения / Ю. В. Кениксфест, Н. В. Кунгуров, М. М. Кохан // Дерматология. - 2009. - № 5. - С. 54-58.
- Кондюрина Е. Г. Роль терапии atopического дерматита в профилактика atopического марша / Е. Г. Кондюрина, В. В. Зеленская, Т. Н. Елкина // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Т. 4, № 1. - С. 26-30.
- Луткова Т. С. Клинико-эпидемиологические аспекты atopического дерматита у школьников г. Чебоксары: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Луткова Татьяна Сергеевна. - Чебоксары, 2005. - 181 с.
- Мачарадзе Д. Ш. Роль пищевой алергии при atopическом дерматите у детей / Д. Ш. Мачарадзе // Педиатрия. - 2004. - № 4. - С. 65-71.
- Намазова Л. С. Атопический дерматит у детей - проблемы и решения / Л. С. Намазова, Н. И. Вознесенская, Л. П. Мазитова // Русс. мед. жур-нал. - 2006. - Т. 14, № 19. - С. 44-49.
- Охотникова Е. Н. Атопический дерматит: взгляд педиатра / Е. Н. Охотникова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2010. - № 1. - С. 65-73.
- Потемкина А. М. Диагностика и лечение алергических заболеваний у детей / Потемкина А. М. - Казань, 1990. - 318 с.
- Сербина О. П. Клинико-эпидемиологические особенности и совершенствование методов лечения atopического дерматита у детей г. Ставрополь: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Сербина Ольга Петровна. - Ставрополь. - 2001. - 170 с.
- Augustin M. Lebeusgualited and economic bei allergischen Haulerkankungen / M. Augustin, I. Zshocke // Allergologie. - 2001. - 2001. - P. 433-442.
- Ellis C. Международная согласительная конференция по atopическому дерматиту: новые клинические данные и современные стратегии лечения /

- C. Ellis, T. Lunger // Аллергология. - 2003. - № 4. - С. 49-58.
- Immun. - 2004. - Vol. 113, № 5. - P. 925-931.
- III S. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma Ellis / S. IIII, E. Mutius, S. Lau // J. Allergy Clin. Immun. - 2003. - Vol. 112, № 2. - P. 252-262.
- Lewis-Sones M. S. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use / M. S. Lewis-Sones, A. Y. Finlay / Br. J. Dermatol. - 1995. - Vol. 132. - P. 942-949.
- Nava K. Allergic and nonallergic forms of atopic diseases / K. Nava, T. Bieber // J. Allergy Clin. Immun. - 2003. - Vol. 112, № 2. - P. 252-262.

**Гацкая Д.О.**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ**

**Резюме.** С целью изучения распространенности и клинических особенностей атопического дерматита среди детей и молодежи Винницкой области было проведено анкетирование 7784 человек в возрасте от 3 до 27 лет (в т. ч. 4532 детей и 3252 представителей молодежи). Диагноз атопического дерматита был подтвержден у 466 чел, что составило 5,99 % от общего количества анкетированных. Среди клинических форм атопического дерматита у детей и молодежи преобладают эритематозно-сквамозная (42,8%) и эритематозно-сквамозная с лишенификацией (37,5%) формы заболевания, достоверно меньший удельный вес (19,7%) составляет лихеноидная форма атопического дерматита. Среди обследованных с атопическим дерматитом, не зависимо от их возраста, достоверно чаще (51,07%) регистрировался средне-тяжелое, реже (31,3%) легкое и тяжелое (17,6%) течение заболевания.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, распространенность, клинические особенности, дети и молодежь

**Hatska D.O.**

**ATOPIC DERMATITIS AMONG CHILDREN AND TEENAGERS IN VINNITSA REGION: INCIDENCE AND CLINICAL FEATURES**

**Summary.** Questionnaire-based study of 7784 enrolled participants aged from 3 to 27 years allowed us to define the mean incidence and clinical features of atopic dermatitis among children and teenagers in Vinnitsa Region (4532 children, 3252 teenagers). We confirmed atopic dermatitis in 466 participants (5,99%). Among all clinical forms of atopic dermatitis in children and teenagers were observed significant prevalence of erythematous-squamous form (42,8%), less significant incidence of dermatitis erythematous-squamous with lichenification (37,5%) form of atopic dermatitis was observed during the study, significantly smaller proportion (19,7%) makes lichenification form of atopic dermatitis. Among all participants, with no age dependence, enrolled into the study, we observed moderate (51,07%) severity of the disease, mild (31,3%) and severe (17,6%) forms of the disease appeared to be less frequent.

**Key words:** atopic dermatitis, incidence, clinical features, children and young people.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Пухлик Б.М.**

Стаття надійшла до редакції 22.05.2015 р.

Гацка Дар'я Олегівна - аспірант кафедри фізіатрії з курсом клінічної імунології Вінницького національного медичного університету; +38 097 947-47-97

© Панчук О.Ю.

УДК: 613:796.015.6:331.546-057.87(61)

**Панчук О.Ю.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул.Пирогова,56, м.Вінниця, 21018, Україна)

**ПРОФЕСІЙНО-ПРИКЛАДНА ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА КОМПЛЕКСУ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗБІЛЬШЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРИДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Резюме.** В ході проведених досліджень визначені місце і роль професійно-прикладної фізичної підготовки як невід'ємної складової комплексу заходів, спрямованих на збільшення рівня професійної придатності студентів медичних вищих навчальних закладів, доведений позитивний вплив використання її основних вправ на процеси формування провідних професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливості особистості дівчат і юнаків, які засвоюють стоматологічні спеціальності.

**Ключові слова:** студенти, вищі навчальні заклади, професійна придатність, професійно-прикладна фізична підготовка.

**Вступ**

Професійна придатність як надзвичайно важлива медична, педагогічна і психологічна категорія сучасної науки і практики становить певну сукупність особливостей стану здоров'я, психофізіологічних властивостей та особливостей особистості людини, які цілком адекватно та абсолютно коректно визначають ступінь функціональної готовності її організму до виконання певних

професійно-обумовлених дій, реалізації знань, умінь і навичок, набутих у процесі спеціальної підготовки та необхідних для досягнення високої продуктивності трудової діяльності і ефективності праці [Макаренко и др., 1987; Бодров, 2001, 2006; Кундиев, Нагорная, 2007; Сердюк и др., 2012; Полька, Сергета, 2012].

Тому процес формування високої професійної при-