

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА

Ш. З. Мавлянова , Ш. Н. Мирзакулова , А. И. Исмогилов ,  
Ж. Б. Муллаханов , Г. Р. Ибрагимова 

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

✉ Исмогилов Абдумалик Исмоилович — aismagilov@mail.ru

**ВВЕДЕНИЕ.** Атопический дерматит (АД) является глобальной проблемой XXI века, поскольку число лиц, страдающих этим заболеванием, неуклонно увеличивается. Во всем мире с клиническими проявлениями данного заболевания обращаются за медицинской помощью около 20% населения.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка клинического течения АД у детей в условиях жаркого климата Узбекистана.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находились 215 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 1 года до 18 лет. Степень тяжести АД определяли с помощью индекса SCORAD.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди 215 больных эритематозно-сквамозная форма отмечалась у 63 (29,3%), у 47 (21,8%) — эритематозно-сквамозная с лихенификацией, у 55 (25,6%) — лихеноидная, у 34 (15,8%) — экссудативная и у 16 (7,4%) пруритинозная форма АД. Наиболее часто наблюдались пациенты с АД подросткового возраста, причем количество наблюдавшихся мальчиков и девочек подросткового возраста было примерно одинаковым (49,6% и 50,4%, соответственно). По степени тяжести с учетом индекса SCORAD в младенческом возрасте наиболее часто диагностировали среднюю (47,4%) и легкую (36,8%) степень, в детском периоде — среднюю степень тяжести (56,1%), а в подростковом возрасте наиболее часто регистрировались средняя и тяжелая степень — в 40,3% и 33,8% случаев, соответственно. В младенческом возрасте наиболее часто диагностировали экссудативную форму (52,6%). В возрасте от 2 до 11 лет наиболее часто диагностировали эритематозно-сквамозную форму — в 43,8% и лихеноидную форму — в 31,6% случаев, тогда как в возрасте от 12 до 18 лет наблюдалось большее количество больных с эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией (28,1%) и лихеноидной формой (26,6%), а также с эритематозно-сквамозной формой (20,8%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведенное исследование позволило оценить относительную частоту форм атопического дерматита у детей различных возрастных групп в условиях жаркого климата Узбекистана.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** атопический дерматит, клиническая картина, индекс SCORAD.

**ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:** Мавлянова Ш.З., Мирзакулова Ш.Н., Исмогилов А.И., Муллаханов Ж.Б., Ибрагимова Г.Р. Клиническая характеристика атопического дерматита у детей в условиях жаркого климата Узбекистана // *Juvenis scientia*. 2022. Том 8. № 3. С. 22-30. DOI: 10.32415/jscientia\_2022\_8\_3\_22-30. EDN: SRIQXN.

## Original article

DOI: 10.32415/jscientia\_2022\_8\_3\_22-30  
EDN: SRIQXN**CLINICAL CHARACTERISTICS OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN IN THE HOT CLIMATE OF UZBEKISTAN****Sh. Z. Mavlyanova** , **Sh. N. Mirzakulova** , **A. I. Ismogilov** ,  
**J. B. Mullakhanov** , **G. R. Ibragimova** 

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan

✉ Ismogilov Abdumalik — aismagilov@mail.ru

**INTRODUCTION.** Atopic dermatitis (AD) is a global problem of the 21st century, as the number of people suffering from this disease is steadily increasing, and around the world, about 20% of the population with clinical manifestations of this disease seek medical help.

**AIM OF THE STUDY.** Evaluation of the clinical course of AD in children in the hot climate of Uzbekistan.

**PATIENTS AND METHODS.** 215 patients with atopic dermatitis aged from 1 to 18 years were under observation. The severity of AD was determined using the SCORAD index.

**RESULTS.** Among 215 patients, the erythematous-squamous form was observed in 63 (29.3%), erythematous-squamous with lichenification — in 47 (21.8%), lichenoid — in 55 (25.6%), exudative — in 34 (15.8%), and pruriginous form of AD — in 16 (7.4%). Most observed patients were adolescents, and the number of boys and girls with AD in this group was similar (49.6% and 50.4%, respectively). In terms of severity, taking into account the SCORAD index, in infancy, most patients had moderate (47.4%) and mild (36.8%) clinical course; in childhood — moderate (56.1%); in adolescence — moderate (40.3%) and severe (33.8%). In infancy, the exudative form was the most prevalent (52.6%). At the age of 2 to 11 years, the erythematous-squamous and lichenoid forms were the most frequently diagnosed (43.8% and 31.6% of cases, respectively). Meanwhile, at the age of 12 to 18 years, the patients were characterized by a different distribution of forms: the erythematous-squamous form with lichenification was observed in 28.1%, the lichenoid form — in 26.6%, and the erythematous-squamous form in 20.8%.

**CONCLUSION.** In the present study, we assessed the relative frequency of forms of atopic dermatitis in children of different age groups in the hot climate of Uzbekistan.

**KEYWORDS:** atopic dermatitis, clinical features, SCORAD index.

**FOR CITATION:** Mavlyanova SZ, Mirzakulova SN, Ismogilov AI, Mullakhanov JB, Ibragimova GR. Clinical characteristics of atopic dermatitis in children in the hot climate of Uzbekistan. *Juvenis scientia*. 2022;8(3):22-30. DOI: 10.32415/jscientia\_2022\_8\_3\_22-30.



## ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АД) является глобальной проблемой XXI века, поскольку число лиц, страдающих этим заболеванием, неуклонно увеличивается, и во всем мире около 20% населения Земного шара обращаются за медицинской помощью с клиническими проявлениями данного заболевания [1–10].

Распространенность атопического дерматита, неуклонный рост заболеваемости и течение заболевания, которое начинается в раннем детстве и зачастую сопровождается человеком в течение всей жизни, делают его серьезной медико-социальной проблемой. Так, среди родившихся до 1960 г. от 1,4 до 3% имели один эпизод АД или более, а среди родившихся после 1970 г. этот показатель составил от 8,9 до 20,4% [5, 11, 12]. Согласно исследованиям, проведенным по унифицированным протоколам ISAAC, распространенность АД в мире колеблется от 1 до 46% [6, 13]. Заболеваемость АД среди населения разных стран составляет обычно не менее 5–10%, а в индустриально развитых государствах этот показатель достигает 20% [2–8, 12, 14–16]. Так, по данным ученых из Великобритании в течение 10 лет распространенность атопического дерматита увеличилась с 13 до 16%. По данным материалов XXV конгресса ЕААСИ, участились случаи полиорганных, сочетанных форм АД: бронхиальной астмы и АД — 25–30% случаев, атопического ринита и АД — в два раза чаще. У 24% больных АД в дальнейшем развивается бронхиальная астма [3, 18].

До сих пор дискутируется вопрос классификации атопического дерматита. Диагноз «атопический дерматит» раньше и в настоящее время ставится у больных детского возраста. Однако, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (2000 г.) в группу атопического дерматита были внесены следующие дерматозы: распространенный нейродермит, экзема, почесуха. Выявленные иммунологические нарушения, роль IgE-опосредованных аллергических реакций, генетическая детерминированность, наруше-

ния вегетативной нервной системы и обмена веществ способствовали объединению вышеуказанных дерматозов в одну нозологическую группу «атопический дерматит» [3, 4, 14, 19].

Продолжающийся стремительный рост заболеваемости АД связан, прежде всего, с иммунодепрессивными воздействиями современной цивилизации на организм человека. Загрязнение окружающей среды, повышение радиационного фона, использование в медицине иммунодепрессантов, антибиотиков широкого спектра действия и другие факторы ослабляют естественные защитные механизмы человека и способствуют развитию кожных заболеваний [17, 20, 21]. Данная ситуация в медицине требует пристального внимания ученых и открывает новое научное направление — медицинскую экологию, в частности дерматозкологию, одной из задач которой является изучение клиники, патогенеза заболеваний кожи и подкожной клетчатки и разработка методов диагностики, лечения и профилактики.

Изучение клинического течения атопического дерматита имеет важное значение в тактике определения оптимальных методов терапии.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка клинического течения атопического дерматита у детей в условиях жаркого климата Узбекистана.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Всего нами обследовано 763 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 0 до 63 лет. Среди них лица детского возраста от 0 до 18 лет составили 215 больных (28,2% случаев), в том числе мальчиков — 110 (51,2%) и девочек — 105 (48,8%). Набор клинического материала проводили в течение последних 5 лет (2017–2022 гг.). У всех больных проводили клинические исследования. Степень тяжести атопического дерматита определяли с помощью индекса SCORAD, который объединяет объективные — распространённость кожного

процесса (А), интенсивность клинических проявлений (В) и субъективные критерии (С), включающие интенсивность кожного зуда и нарушение сна [22]. Индекс SCORAD рассчитывали по формуле:  $A/5 + 7B/2 + C$ . Общая сумма баллов по шкале SCORAD колебалась от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления atopического дерматита). В нашем исследовании при значении индекса SCORAD до 40 баллов течение АД определяли как легкое, от 40 до 70 баллов — как средней тяжести, выше 70 баллов — как тяжелое. Для анализа применялись методы описательной статистики.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинические исследования показали, что среди 215 больных эритематозно-сквамозная форма отмечалась у 63 (29,3%), у 47 (21,8%) — эритематозно-сквамозная с лихенификацией, у 55 (25,6%) — лихеноидная, у 34 (15,8%) — эксудативная и у 16 (7,4%) — пруригинозная форма АД.

Для оценки возрастных особенностей клинического течения АД у детей нами использована рабочая классификация дерматоза, предложенная Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ, 2002 г.), которая отражает возрастную динамику, клинико-морфологические формы, тяжесть и стадии течения болезни (таблица 1).

Из наблюдавшихся нами больных АД пациентов младенческого возраста было 19 (8,8%), детского возраста — 57 (26,5%), подросткового — 139 (64,6%). Количество мальчиков и девочек существенно не отличалось: в наиболее многочисленной подростковой группе оно составило 49,6% и 50,4%, соответственно.

Результаты оценки степени тяжести по индексу SCORAD представлены в таблице 2.

По степени тяжести с учетом индекса SCORAD в младенческом возрасте наиболее часто диагностировали среднюю — у 9 (47,4%) и легкую степень — у 7 (36,8%) пациентов, в детском периоде чаще выявляли среднюю степень тяжести — у 32 (56,1%), а в подростковом с наибольшей частотой регистрировали среднюю — у 56 (40,3%) и тяжелую степень — у 47 (33,8%) пациентов.

Нами также проведена оценка клинического течения АД с учетом возраста детей (таблица 3).

В младенческом возрасте среди 19 детей наиболее часто диагностировали эксудативную форму — 52,6% (у 10 из 19), характеризующуюся острым воспалением кожи с высыпаниями папул и микровезикул с выраженной эксудацией и мокнутием. Кожно-патологический процесс в основном локализовался на лице, реже на голени и бедрах. На фоне гиперемии и эксудации, инфильтрации и отека отдельных участков кожи выявлялись микровезикулы с серозным содержимым, вялой покрывкой, быстро вскрывающиеся с образо-

Таблица 1

#### Характеристика больных АД с учетом пола и возраста (абс, %)

Возрастные группы (годы)	Всего больных		Распределение по полу			
			Мальчики		Девочки	
	Кол-во	%	Всего	%	Всего	%
Младенческий период (от 0 недель до 1 года)	19	8,8	8	42,1	11	57,9
Детский период, (2–11 лет)	57	26,5	33	57,9	24	42,1
Подростковый период, (12–18 лет)	139	64,6	69	49,6	70	50,4
<b>Всего</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>53,1</b>	<b>105</b>	<b>46,8</b>

Таблица 2

## Характеристика степени тяжести АД у детей по индексу SCORAD

	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Младенческий период (от 0 недель до 1 года), n=19	7	9	3
Детский период (2-11 лет), n=57	9	32	16
Подростковый период (12-18 лет), n=139	36	56	47
<b>Всего, n=215</b>	<b>52</b>	<b>97</b>	<b>66</b>

ванием «экзематозных колодцев». При этом экзематозные папулы и микровезикулы представлялись бесполостными ограниченными образованиями в виде мелких узелков (до 1 мм), которые слегка возвышались над уровнем кожи, округлой конфигурации, мягкой консистенции. Обычно они были фокусными, местами имели сгруппированный и эволюционирующий характер. Детей с такими формами часто беспокоил зуд и плохой сон.

В возрасте от 2 до 11 лет (детский возраст) наиболее часто диагностировали эритематозно-сквамозную форму — в 43,8% (25 из 57) и лихеноидную форму — в 31,6% (18) случаев,

соответственно, тогда как в возрасте от 12 до 18 лет (подростковый возраст) большее количество больных составили пациенты с эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией — 28,1% (у 39 из 57) и лихеноидной формой — 26,6% (37), а также с эритематозно-сквамозной формой — 20,8% (29), соответственно.

Кожный патологический процесс при эритематозно-сквамозной форме дерматоза характеризовался гиперемией, инфильтрацией и легким шелушением кожи без экссудации. Очаги поражения в основном располагались на коже лица (хейлит, поражение щек, лба,

Таблица 3

## Характеристика клинической картины АД с учетом возраста детей (абс, %)

Возраст	Форма				
	Эритематозно-сквамозная	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией	Экссудативная	Лихеноидная	Пруригинозная
Младенческий период (от 0 недель до 1 года), n=19	9 (47,4%)	0	10 (52,6%)	0	0
Детский период (2–11 лет), n=57	25 (43,8%)	8 (14,0%)	6 (10,5%)	18 (31,6%)	0
Подростковый период (12–18 лет), n=139	29 (20,8%)	39 (28,1%)	18 (12,9%)	37 (26,6%)	16 (11,5%)
Всего, n=215	63 (29,3%)	47 (21,8%)	34 (15,8%)	55 (25,6%)	16 (7,4%)

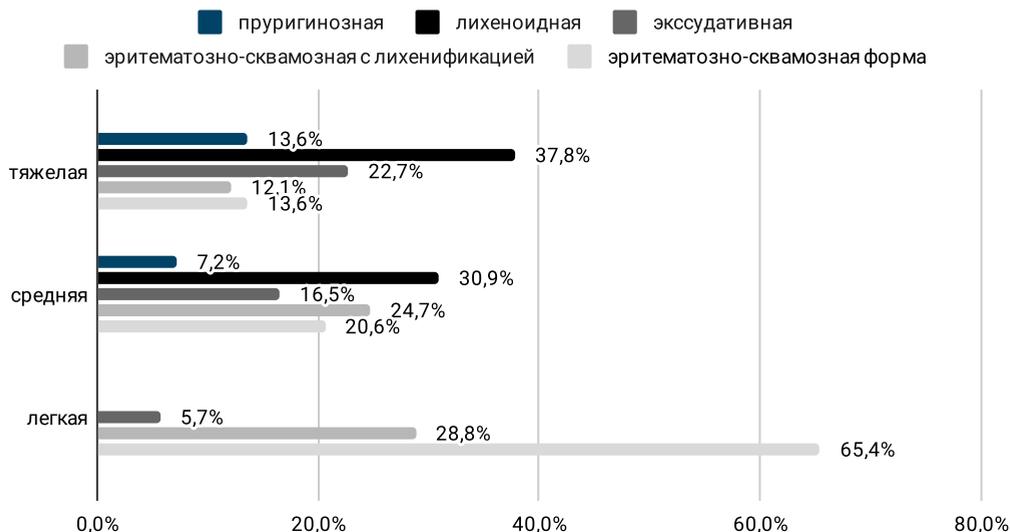


Рисунок 1. Показатели степени тяжести АД с учетом клинической формы

волосистой части головы), туловища, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. У больных отмечалась значительная гиперемия кожи, ее выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, наблюдался периодический сильный зуд.

При эритематозно-сквамозной форме с лихенизацией отмечалась выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз. В дальнейшем на поверхности кожи преобладали лихеноидные папулы и очаги лихенификации с типичной локализацией в складках кожи. Высыпания локализовались чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп.

Распределение пациентов с различными клиническими формами АД по степеням тяжести в соответствии с величиной индекса SCORAD представлено на рисунке 1.

Как следует из рисунка, при легкой степени тяжести АД наибольшее количество больных составили дети с эритематозно-сквамозной формой (65,4%), при средней степени тяже-

сти — с лихеноидной (30,9%) и эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией (24,7%). В случае тяжелого течения наиболее часто диагностировали лихеноидную (37,8%) и экссудативную форму (22,7%).

Таким образом, atopический дерматит в условиях жаркого климата Узбекистана представляет собой актуальную проблему, в особенности для пациентов подросткового возраста обоих полов, у которых более часто наблюдается тяжелое течение заболевания. В проведенном исследовании продемонстрирована частота выявления отдельных клинических форм atopического дерматита у детей в Узбекистане и их взаимосвязь с тяжестью течения заболевания.

## ВЫВОДЫ

1. Среди всех больных atopическим дерматитом, находившихся под наблюдением, пациенты в возрасте от 0 до 18 лет составили 28,2% случаев.

2. В условиях жаркого климата Узбекистана частота выявления у детей отдельных клинических форм atopического дерматита составила: эритематозно-сквамозной — 29,3%, эритема-

тозно-сквамозной с лихенификацией — 21,8%, лихеноидной — 25,6%, экссудативной — 15,8%, пруригинозной — 7,4% случаев.

3. По степени тяжести с учетом индекса SCORAD в младенческом возрасте наиболее часто диагностировали среднюю (47,4%) и легкую (36,8%) степень, в детском периоде — среднюю (56,1%), а в подростковом возрасте — среднюю (40,3%) и тяжелую (33,8%) степени тяжести атопического дерматита.

**Финансирование:** Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Соответствие принципам этики:** Все лица, участвовавшие в исследовании, дали информированное согласие на участие в исследовании.

## ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Намазова-Баранова Л.С. *Аллергия у детей. От теории — к практике*. Москва: ПедиатрЪ, **2011**. 668 с. [Namazova-Baranova LS. *Allergiya u detei: ot teorii — k praktike (Allergy in children. From theory to practice)*. Moscow: Pediatr, **2011**. 668 p. (In Russ.)].
2. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Потехаев Н.С., и др. *Атопический дерматит. Руководство для врачей*. Москва: Медицина для всех, **2002**. 182 с. [Sergeev YV, Ivanov OL., Potekaev NS, et al. *Atopicheskij dermatit. Rukovodstvo dlja vrachej (Atopic dermatitis. Guide for doctors)*. Moscow: Medicina dlja vseh, **2002**. 182 p. (In Russ.)].
3. Мачарадзе Д.Ш. *Атопический дерматит у детей*. М.: ГЭОТАР-Медиа, **2007**. 384 с. [Macharadze DS. *Atopicheskij dermatit u detej (Atopic dermatitis in children)*. Moscow: GEOTAR-Media, **2007**. 384 p. (In Russ.)].
4. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Natl Health Stat Report. **2008**; (12):1-23.
5. Darné S, Leech SN, Taylor AE. *Narrowband ultraviolet B phototherapy in children with moderate-to-severe eczema: a comparative cohort study*. Br J Dermatol. **2014**;170(1):150-156. DOI: 10.1111/bjd.12580
6. Sibbald C, Pope E, Ho N, Weinstein M. *Retrospective review of relapse after systemic cyclosporine in children with atopic dermatitis*. Pediatr Dermatol. **2015**;32(1):36-40. DOI: 10.1111/pde.12367
7. Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. *Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research*. Br J Dermatol. **2014**;170(3):501-513. DOI: 10.1111/bjd.12645
8. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. *Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report*. Allergy. **2006**;61(8):969-987. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2006.01153.x
9. Berger TG, Duvic M, Van Voorhees AS, et al. *The use of topical calcineurin inhibitors in dermatology: safety concerns. Report of the American Academy of Dermatology Association Task Force*. J Am Acad Dermatol. **2006**;54(5):818-823. DOI: 10.1016/j.jaad.2006.01.054
10. Lee J, Seto D, Bielory L. *Meta-analysis of clinical trials of probiotics for prevention and treatment of pediatric atopic dermatitis*. J Allergy Clin Immunol. **2008**;121(1):116-121.e11. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.10.043
11. Короткий Н.Г. *Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей*. Тверь: Триада, **2003**; 193 с. [Korotkiy NG. *Atopicheskij dermatit u detej. Rukovodstvo dlja vrachej (Atopic dermatitis in children. Guide for doctors)*. Tver: Triada, **2003**; 193 p. (In Russ.)].
12. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis*. J Am Acad Dermatol. **2014**;70(2):338-351. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.10.010

13. Караулов А.В., Сергеева Е.М. *Атопический дерматореспираторный синдром: роль грибковых инфекций в аллергии к грибам* // Проблемы медицинской микологии. **2002**. Т. 4. № 2. С. 58. [Karaulov AV, Sergeeva EM. *Atopicheskij dermatorespiratornyj sindrom: rol' gribkovyh infekcij v allergii k gribam (Atopic dermatorespiratory syndrome: the role of fungal infections in fungal allergy)*. Problems of medical mycology. **2002**;4(2):58. (In Russ.)].
14. Ng SY, Begum S, Chong SY. *Does Order of Application of Emollient and Topical Corticosteroids Make a Difference in the Severity of Atopic Eczema in Children?*. *Pediatr Dermatol*. **2016**;33(2):160-164. DOI: 10.1111/pde.12758
15. Ersser SJ, Cowdell F, Litter S, et al. *Psychological and educational interventions for atopic eczema in children*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(1):CD004054. DOI: 10.1002/14651858.CD004054.pub3
16. Foolad N, Brezinski EA, Chase EP, Armstrong AW. *Effect of nutrient supplementation on atopic dermatitis in children: a systematic review of probiotics, prebiotics, formula, and fatty acids*. *JAMA Dermatol*. **2013**;149(3):350-355. DOI: 10.1001/jamadermatol.2013.1495
17. Foisy M, Boyle RJ, Chalmers JR, et al. *Overview of Reviews The prevention of eczema in infants and children: an overview of Cochrane and non-Cochrane reviews*. *Evid Based Child Health*. **2011**;6(5):1322-1339. DOI: 10.1002/ebch.827
18. Маннанов А.М. *Клинико-иммуногенетический анализ детей, больных атопическим дерматитом узбекской популяции, рождённых в условиях панмиксии и инбридинга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук*. 2000. [Mannanov AM. *Kliniko-immunogeneticheskij analiz detej, bol'nyh atopicheskim dermatitom uzbekskoj populjacji, rozhdjonnyh uslovijah panmiksii i inbridinga (Clinical and immunogenetic analysis of children with atopic dermatitis of the Uzbek population, born under conditions of panmixia and inbreeding)*: diss... abst... **2011**. (In Russ.)].
19. Васенькина Н.А., Нагаева Т.А. *Характеристика факторов риска развития атопического дерматита у детей: материалы временных коллективов* // Материалы научно-практической конференции. Томск: Сибирский медицинский университет, **2002**. С. 25-26. [Vasenkina NA, Nagaeva TA. *Harakteristika faktorov riska razvitija atopicheskogo dermatita u detej: materialy vremennyh kollektivov (Characterization of risk factors for the development of atopic dermatitis in children: materials of temporary teams)*. In: Conference Proceedings. Tomsk: Siberian Medical University, **2002**. 25-26 p. (In Russ.)].
20. Мачарадзе Д.Ш. *Распространенность атопических заболеваний среди детей в г. Москве (по данным I и III фаз исследования по программе ISAAC)* // Российский аллергологический журнал. **2005**. № 5. С. 59-63. [Macharadze DS. *Rasprostranennost' atopicheskix zabolevanij sredi detej v g. Moskve (po dannym I i III faz issledovanija po programme ISAAC) (The prevalence of atopic diseases among children in Moscow (according to phases I and III of the study under the ISAAC program))* // *Russian Journal of Allergy*. 2005;(5):59-63. (In Russ.)].
21. Baumer JH. *Atopic eczema in children, NICE*. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. **2008**;93(3):93-97. DOI: 10.1136/adc.2008.139626
22. *Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis*. *Dermatology*. **1993**;186(1):23-31. DOI: 10.1159/000247298

## АВТОРЫ [AUTHORS]

Мавлянова Шахноза Закировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая научной лабораторией по изучению проблем дерматозов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства

Mavlyanova Shakhnoza Zakirovna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Scientific Laboratory for the Study of Dermatoses Problems of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic

здравоохранения Республики Узбекистан; ORCID: 0000-0003-2256-5283.

*Мирзакулова Шахноза Нейматиллаевна*, базовый докторант Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; ORCID: 0000-0002-8856-3777.

*Муллаханов Жавлон Бахтиярович*, PhD, старший научный сотрудник, заведующий консультативной поликлиникой Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; ORCID: 0000-0001-9996-8932.

✉ *Исмогилов Абдумалик Исмоилович*, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующий отделением дерматологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; ORCID: 0000-0002-5546-1045; email: aismagilov@mail.ru.

*Ибрагимова Гулнора Рустамовна*, врач-дерматовенеролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; ORCID: 0000-0002-0077-8723.

of Uzbekistan; ORCID: 0000-0003-2256-5283.

*Mirzakulova Shakhnoza Nematillaevna*, basic doctoral student of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; ORCID: 0000-0002-8856-3777.

*Mullakhanov Zhavlon Bakhtiyarovich*, PhD, Senior Researcher, Head of the Consultative Polyclinic of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; ORCID: 0000-0001-9996-8932.

✉ *Ismogilov Abdumalik Ismoilovich*, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of the Department of Dermatology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; ORCID: 0000-0002-5546-1045; email: aismagilov@mail.ru.

*Ibragimova Gulnora Rustamovna*, dermatovenereologist of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; ORCID: 0000-0002-0077-8723.

**Поступила в редакцию: 12.04.2022**

**Принята к печати: 07.06.2022**

**Опубликована: 30.06.2022**