

Путь пациента к атопическому дерматиту: исследование приверженности пациентов к терапии

Л.С. Круглова, ORCID: 0000-0002-5044-5265, e-mail: kruglovals@mail.ru

Н.В. Грязева, ORCID: 0000-0003-3437-5233, e-mail: tynrik@yandex.ru

Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а

Резюме

Введение. Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи. Распространенность атопического дерматита среди детского населения составляет до 20%, среди взрослого населения – 2–8%. В течение последних десятилетий наблюдается рост заболеваемости АД, усложняется его течение, отягощается исход. В связи с этим поиск новых успешных методов лечения, а также детальный анализ используемых в настоящее время схем лечения является актуальной задачей.

Цель. Измерить распределение пациентов с АД по формам течения (легкая, среднетяжелая, тяжелая) с описанием пути пациента, включая наиболее важные моменты принятия решений, драйверы переключений, изменений в терапии, основные группы влияния, выявить основные информационные запросы/нужды пациентов с АД.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 700 пациентов, включая 96 пациентов со среднетяжелой формой и 116 с тяжелой формой. У всех пациентов был диагностирован АД, пациенты имели как минимум одно обострение за последний год. Возраст пациентов составил 18–60 лет.

Результаты. Получены данные, что пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой АД составляют около 25% всех пациентов с АД, из них пациенты с тяжелой формой – около 5%. Антигистаминные препараты наиболее часто используются пациентами с АД, и препарат именно этой категории пациенты чаще всего называют «основным» препаратом от АД. Пациенты с тяжелой формой АД значительно чаще других групп используют стероиды и иммуносупрессанты. Рекомендация врача (дерматолога в муниципальной клинике или КВД) является наиболее значимым фактором, обуславливающим выбор препарата для лечения атопического дерматита.

Выводы. По нашему мнению, необходимо повышать информированность населения об особенностях образа жизни при АД, теоретических аспектах лечения и уходе за кожей, например проводить с пациентами специальные образовательные мероприятия по типу «школ атопического дерматита».

Ключевые слова: атопический дерматит, формы течения, пациенты, терапия, выбор препарата

Для цитирования: Круглова Л.С., Грязева Н.В. Путь пациента к атопическому дерматиту: исследование приверженности пациентов к терапии. *Медицинский совет.* 2020;(12):46–53. doi: 10.21518/2079-701X-2020-12-46-53.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The patient's path to AD: a study of patients adherence to therapy

Larisa S. Kruglova, ORCID: 0000-0002-5044-5265, e-mail: kruglovals@mail.ru

Natalia V. Griazeva, ORCID: 0000-0003-3437-5233, e-mail: tynrik@yandex.ru

Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia

Abstract

Introduction. Atopic dermatitis (AD) is one of the most common skin diseases. The prevalence of atopic dermatitis among children is up to 20%, among adults – 2–8%. According to the form, there are mild, moderate and severe AD. Over the past decades, there has been an increase in the incidence of AD, its course is becoming more complicated, and the outcome is becoming more difficult. In this regard, the search for new successful treatment methods, as well as a detailed analysis of the currently used treatment regimens, is an urgent task.

Goal. Measure the distribution of patients with AD by type of course (mild, moderate, severe) with a description of the patient's path, including the most important moments of decision-making, drivers of switching, changes in therapy, the main groups of influence and identify the main information requests/needs of patients with AD.

Materials and methods. The study involved 700 patients, including 96 patients with moderate to severe form and 116 with severe form. All patients were diagnosed with AD and had at least one exacerbation in the last year. The age of the patients was 18–60 years.

Results. The data obtained show that patients with moderate to severe AD make up about 25% of all patients with AD, including patients with severe ad – about 5%. Antihistamines are most often used by patients with AD, and the drug in this category is most often referred to by patients as the “main” drug for AD. More than half of patients (60%) with moderate to severe AD have used systemic steroids and/or cyclosporins over the past year. Patients with severe AD are significantly more likely than other groups to use steroids and immunosuppressants. The recommendation of a doctor (most often – a dermatologist in a municipal clinic or a skin and venereal clinic) is the most significant factor determining the choice of a drug for the treatment of atopic dermatitis.

Conclusions. The data obtained indicate the need to conduct special educational activities with patients such as “schools of atopic dermatitis”, informing patients about the features of lifestyle in AD, theoretical aspects of treatment and skin care.

Keywords: atopic dermatitis, forms, patients, therapy, drug selection

For citation: Kruglova L.S., Griazeva N.V. The patient's path to AD: a study of patients adherence to therapy. *Meditsinskiy sovet = Medical Council.* 2020;(12):46–53. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-12-46-53.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АД) – системное мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Это одно из наиболее распространенных заболеваний (от 20 до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Распространенность АД среди детского населения составляет до 20%, среди взрослого населения – 2–8%. Согласно данным Федерального статистического наблюдения, в 2018 г. в Российской Федерации заболеваемость АД составила 188,2 случая на 100 000 населения, а распространенность – 426,3 случая на 100 000 всего населения [1–3].

По форме течения выделяют тяжелый, среднетяжелый и легкий АД. При тяжелом АД возникает более 5 обострений за год либо пациенты испытывают симптомы постоянно. При этом присутствует по меньшей мере одно обострение, при котором поражено более 50% кожи. Длительность обострения составляет более 4 мес., а ремиссия длится не более 1,5–2 мес. При среднетяжелом АД возникает 3–4 обострения за год. И по меньшей мере одно обострение, при котором поражено более 10% кожи. Длительность ремиссии составляет не более 1,5–2 мес. Либо возникает более 5 обострений за год и/или симптомы наблюдаются постоянно, если недостаточно признаков для классификации случая как тяжелого. При легком АД возникает 1–2 обострения за год или 3–4 обострения за год, если недостаточно признаков для классификации случая как среднетяжелого.

В течение последних десятилетий наблюдается рост заболеваемости АД, усложняется его течение, отягощается исход. В связи с этим поиск новых успешных методов лечения, а также детальный анализ используемых в настоящее время схем лечения является актуальной задачей [4–6].

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках рассматриваемого в данной статье исследования были поставлены следующие цели:

1. Измерить распределение пациентов с АД по формам течения (легкая, среднетяжелая, тяжелая).
2. Описать путь пациента со среднетяжелой/тяжелой формой АД, включая наиболее важные моменты принятия решений, драйверы переключений, изменений в терапии, основные группы влияния.
3. Выявить основные информационные запросы/нужды пациентов с АД.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленных целей использовался метод анкетирования пациентов.

В исследовании приняло участие 700 пациентов, включая 96 пациентов со среднетяжелой формой и 116 с

тяжелой формой. У всех пациентов был диагностирован АД, пациенты имели как минимум одно обострение за последний год. Возраст пациентов составил 18–60 лет. Для анализа естественного распределения пациентов с АД по формам течения было опрошено 611 человек, включая 96 со среднетяжелой и 27 с тяжелой формой. А для более глубокого понимания особенностей пациентов с тяжелой формой АД было дополнительно опрошено еще 89 пациентов, подходящих под критерии тяжелого АД.

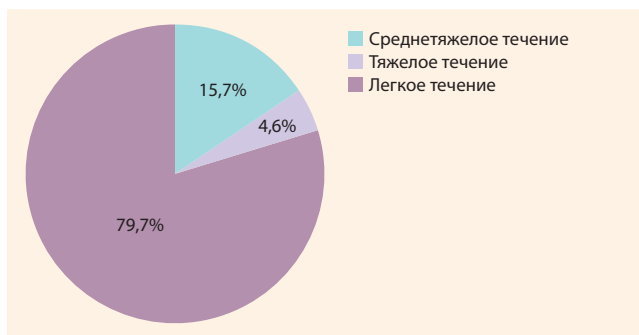
Исследование проводилось в сроки с 07.11.2018 по 18.01.2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенного исследования получено, что пациенты со среднетяжелым и тяжелым АД составляют чуть менее четверти всех пациентов с АД, пациентов с тяжелым АД около 5%.

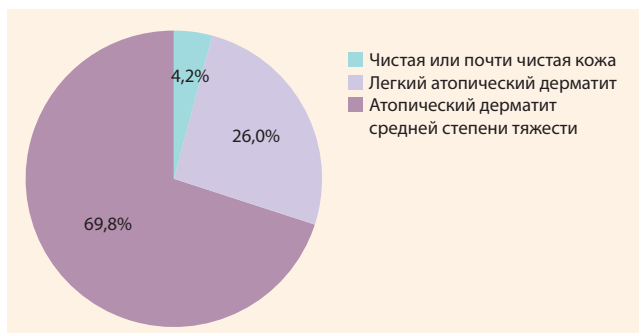
Из 611 пациентов у 79,7% диагностирован легкий АД, у 15,7% – среднетяжелый, у 4,6 – тяжелый (рис. 1).

- **Рисунок 1.** Разделение пациентов по тяжести АД
- **Figure 1.** Distribution of patients according to AD severity



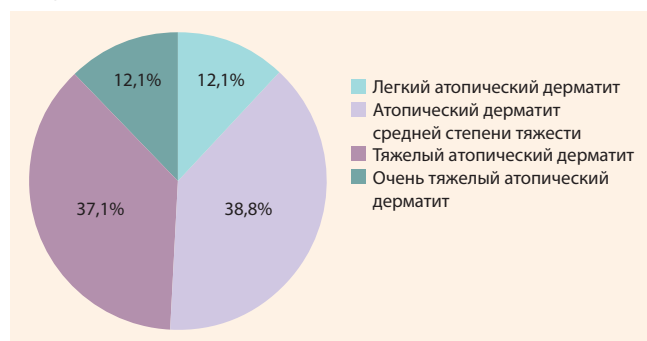
Из 96 пациентов со среднетяжелой формой у 69,8% пациентов выявлен среднетяжелый АД, у 26% – легкий АД, у 4,2% – чистая кожа (самооценка пациента симптомов за последнюю неделю по РОЕМ) (рис. 2).

- **Рисунок 2.** Пациенты со среднетяжелым АД
- **Figure 2.** Patients with moderate AD



Из 116 пациентов с тяжелой формой АД у 38,8% выявлен среднетяжелый АД, у 37,1% – тяжелый, у 12,1% – очень тяжелый, у 12,1 – легкий (самооценка пациента симптомов за последнюю неделю по РОЕМ) (рис. 3).

Рисунок 3. Пациенты с тяжелым АД
Figure 3. Patients with severe AD



Выявлено, что чаще всего симптомы АД – это высыпания в виде пятен, покраснений на коже, сильная сухость, шелушение, грубость кожи. Трещины, зуд, мокнутие и кровотечение кожи – также частые симптомы у людей, страдающих АД в тяжелой форме. Среди таких людей примерно половина испытывает симптомы постоянно.

Наиболее часто симптомы АД локализуются на лице, руках, кистях рук, ногах. Другие места более характерны для тяжелой формы АД (рис. 4).

При опросе пациентов выяснилось, что у них нет общего мнения относительно причин возникновения АД, респонденты называют несколько причин, из которых наиболее важными являются стресс, нарушения иммунной системы, аллергия. Тем не менее большинство людей, страдающих АД, вне зависимости от тяжести его проявлений верят, что можно добиться длительной ремиссии АД и возможности вести нормальный образ жизни.

Что касается наличия сопутствующих заболеваний, то аллергический ринит и контактный дерматит являются наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов с АД. Для пациентов с тяжелыми проявлениями АД хронический полипозный риносинусит является более характерным, чем для пациентов с проявлениями средней тяжести (рис. 5).

Интересно, что есть заметный временной промежуток между появлением симптомов АД и визитом к врачу по

Рисунок 4. Наиболее частое расположение симптомов АД
Figure 4. Most common sites of AD symptoms

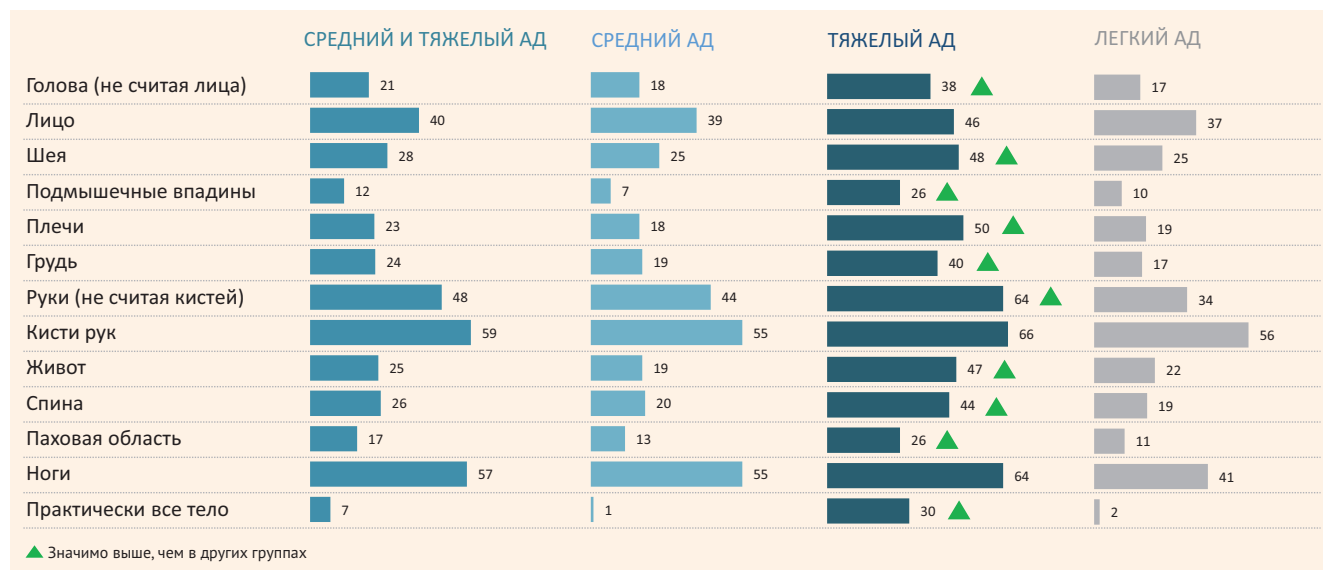
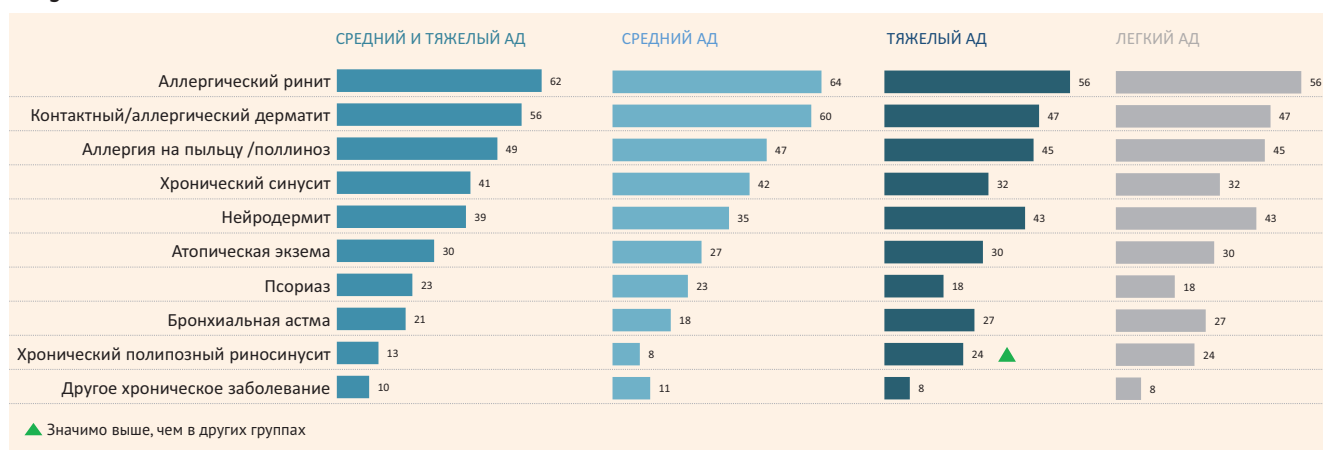


Рисунок 5. Сопутствующие заболевания при АД
Figure 5. Concomitant diseases in AD



этому поводу (для $\frac{1}{4}$ пациентов он составляет более года). На протяжении этого времени $\frac{2}{3}$ пациентов пробовали лечить АД самостоятельно, в т. ч. использовали наружные и системные препараты. При этом более половины пациентов искали информацию, касающуюся своего состояния, в интернете, а также советовались с родственниками и знакомыми. Триггером для визита к врачу чаще всего становилось снижение эффективности используемых лекарств, а также усиление симптомов. Отмечено, что пациенты с тяжелыми проявлениями АД более дисциплинированы и чаще посещают врача согласно заранее составленному графику. Главным специалистом, к которому в первую очередь обращаются больные АД, является дерматолог, он же впервые ставит диагноз АД и остается основным врачом при дальнейшем лечении ($\frac{2}{3}$ всех случаев). Меньший процент пациентов все же обращается к терапевту и аллергологу (рис. 6).

При опросе выявлено, что подавляющее большинство пациентов с АД со средней и тяжелой формой посещали или дистанционно консультировались с врачом и/или были госпитализированы в течение последнего года (81% посещали или консультировались амбулаторно, еще около 17% были госпитализированы). При этом очные визиты к врачам почти вдвое более популярны, чем дистанционные консультации. Исключительно дистанционные консультации с дерматологами более характерны для пациентов с тяжелой формой АД, чем для пациентов со средней формой. Выбор специалистов не сильно различается: больные АД чаще всего обращаются к дерматологам, аллергологам и терапевтам как очно, так и дистанционно. Если говорить о способах дистанционного консультирования, то наиболее популярные каналы – это звонки по телефону и сообщения в мессенджерах. Использование специальных мобильных приложений для дистанционных консультаций с врачами по поводу АД более характерно для

пациентов с тяжелой формой АД, чем для пациентов со средней формой. Естественно, что пациенты, страдающие тяжелыми проявлениями АД, посещают врачей чаще, особенно дерматологов, терапевтов и эндокринологов, чем пациенты со средней формой. Чаще всего это районная поликлиника и кожно-венерологический диспансер (КВД), независимо от тяжести заболевания. Пациенты с тяжелыми проявлениями немного чаще посещают коммерческие, профильные и ведомственные клиники. Если говорить о последовательности посещений лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), то, независимо от тяжести заболевания, сначала пациенты обращаются в поликлинику, потом в КВД, а потом в коммерческую клинику. Основной причиной прекращения посещения пациентами с АД врачей, как правило, является то, что они уже приобрели опыт борьбы с болезнью и умеют самостоятельно справляться с обострениями (рис. 7).

По-другому обстоят дела с госпитализацией: 39% пациентов с тяжелой формой АД и 14% со средней формой АД были когда-либо госпитализированы, и из них почти половина с тяжелой формой – в течение прошлого года, со средней – более года назад. Городские/районные КВД и профильные научно-исследовательские институты (НИИ) являются наиболее распространенными клиниками для госпитализации с АД. Направляют пациентов на госпитализацию дерматологи из КВД, местной поликлиники или профильного НИИ. Госпитализации, связанные с АД, длятся в среднем две недели и более. Лечение в стационаре ведет, как правило, дерматолог. Большинство пациентов продолжают посещать его или консультироваться удаленно после выписки из больницы. Установлено, что пациентам, которые были госпитализированы в течение последнего года, более чем в половине случаев назначали дополнительную терапию АД либо меняли/отменяли прежнюю терапию.

● Рисунок 6. Визиты к врачу пациентов с АД
● Figure 6. Doctor visits by patients with AD

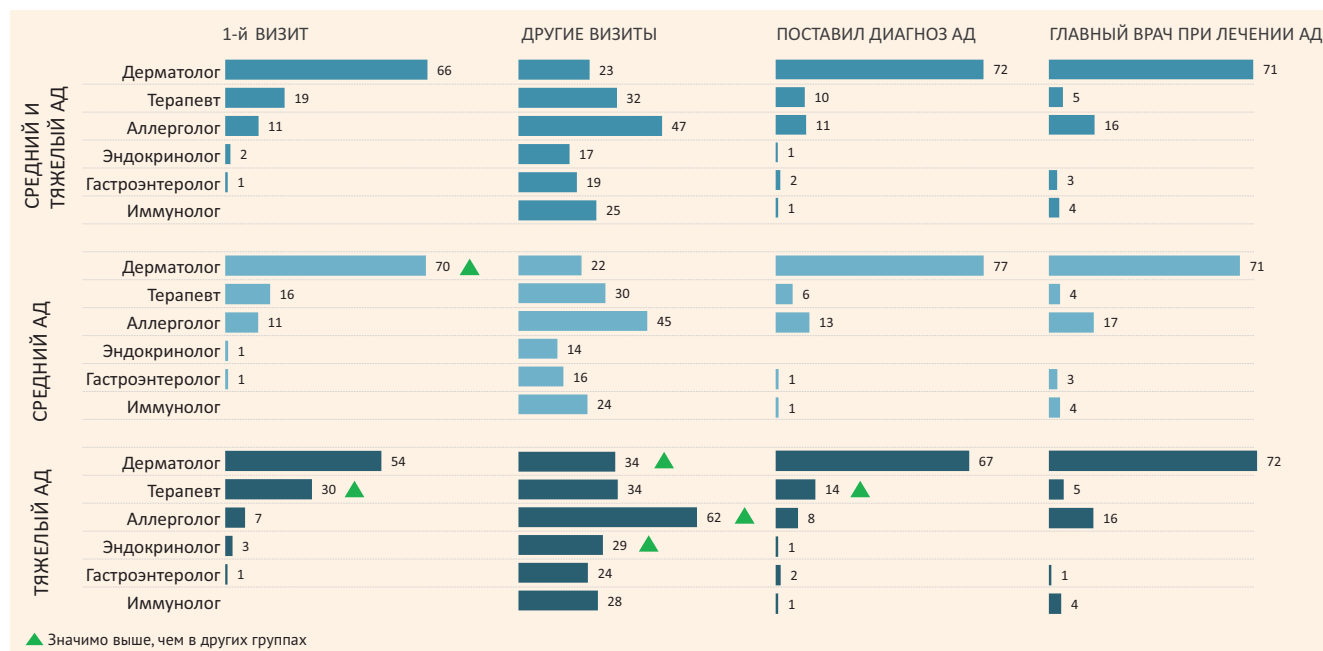


Рисунок 7. Причины прекращения визитов к врачу
Figure 7. Reasons for avoiding doctor visits

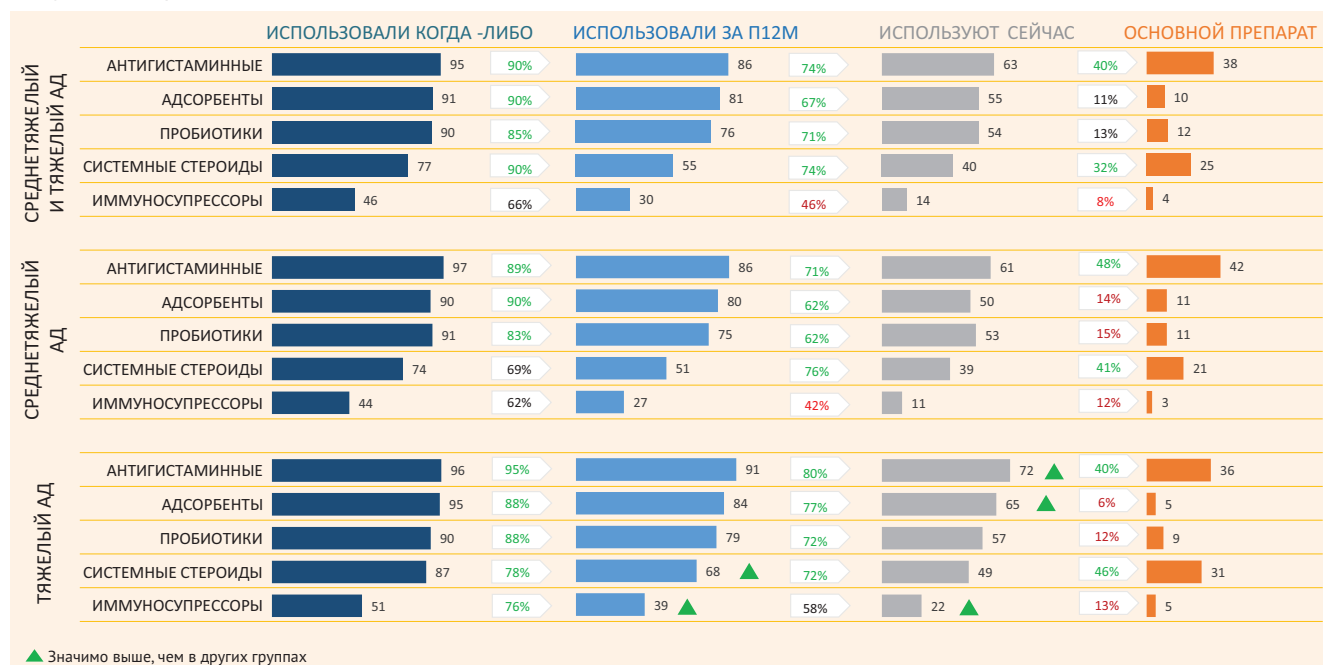


Что касается течения заболевания у пациентов, то частота обострений у пациентов с тяжелой формой АД значительно выше, чем у пациентов со среднетяжелой формой, почти половина пациентов с тяжелой формой испытывают симптомы АД постоянно. Ремиссия длится почти одинаково у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой АД, но у пациентов с тяжелой формой обострения длятся дольше. Естественно, что пациенты предпринимают больше действий и тратят больше денег на лечение АД во время обострений, чем во время ремиссий. Для периодов ремиссии в целом более характерным является использование немедикаментозных методов, поездок на море и косметических процедур.

На сегодняшний день, по данным проведенного исследования, основными препаратами в лечении АД

являются антигистаминные препараты, несмотря на то, что большинство из них не имеют показания «атопический дерматит». На втором месте – системные стероиды. Пациенты с тяжелым АД значительно чаще используют стероиды и иммунодепрессанты, чем пациенты со среднетяжелым АД. Лидером среди всех препаратов по знанию и использованию является хлоропирамин. 17% пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой АД считают его основным препаратом в лечении. У пациентов с тяжелой формой АД хлоропирамин делит лидерство с цетиризином и гидрокортизоном. Чаще всего данные рекомендации по лечению даются врачом-дерматологом в районной поликлинике или в КВД, однако среди пациентов с тяжелым АД вдвое больше тех, кому их основной препарат был назначен еще в детстве (рис. 8).

Рисунок 8. Препараты, используемые для лечения АД
Figure 8. Drugs to treat AD



Выбор системных стероидов/циклоспоринов чаще обусловлен именно рекомендациями врача, чем выбор других препаратов для лечения АД. Среди врачебных рекомендаций мнение дерматолога является решающим. Около 28% пациентов, страдающих среднетяжелым и тяжелым АД, поменяли основной препарат, большинство опрошенных сделали это согласно рекомендации врача КВД. Врачи-аллергологи играют относительно более важную роль при смене основного препарата, чем при его первоначальном выборе, но лишь у пациентов со среднетяжелым АД. Большинство последних смен препаратов произошло 1–2 года назад. Установлено, что пациенты с тяжелым АД переключаются чаще – среди них есть большая доля недавних переключений. Наиболее важными критериями выбора препарата у пациентов со среднетяжелым АД являются снятие зуда и максимально быстрый эффект, у пациентов с тяжелым АД – снятие зуда и снятие кожных проявлений. Только половина пациентов строго следуют рекомендациям врача при определении режима приема препаратов, вторая половина учитывает другие факторы (чаще всего инструкции к продукту). Пациенты с тяжелым АД в целом немного более скептически относятся к новым препаратам. В то же время среди тех, кто принимает системные стероиды и/или циклоспорины постоянно или длительными курсами, общая доля энтузиазма и позитивного отношения к новым продуктам выше по сравнению с другими – 77% против 56% соответственно.

Говоря о системных стероидах и/или циклоспорине, необходимо отметить, что более половины (60%) пациентов со среднетяжелым и тяжелым АД в течение прошлого года использовали системные ГКС и/или циклоспорины. Наиболее популярно применение короткими курсами или использование только в случаях крайней необходимости. При этом пациенты со среднетяжелой формой АД чаще использовали циклоспорины только в случаях крайней необходимости, чем пациенты с тяжелой формой. Пациенты с тяжелой формой АД использовали системные ГКС и/или циклоспорины чаще, чем пациенты со среднетяжелой

формой. Длительные курсы и постоянное применение гораздо более характерны для этой группы. Более 40% пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой АД удовлетворены эффективностью системных стероидов (6–7 баллов по 7-балльной шкале), и только 29% – эффективностью циклоспоринов. Пациенты с тяжелым АД выше оценивают эффективность циклоспоринов. Возможно, это связано с тем, что они чаще всего используют эту категорию постоянно. Как системные стероиды, так и циклоспорины чаще используются скорее для облегчения симптомов во время обострения, чем для предотвращения обострения. Необходимо отметить, что пациенты с тяжелой формой АД чаще используют инъекционные формы препаратов.

Нередко пациентам приходится отменять препарат. По данным анкетирования, наиболее распространенная причина отмены системных стероидов – рекомендация врача, в то время как циклоспорины часто отменяются самими пациентами из-за побочных эффектов. Основные причины отмены системных стероидов/циклоспоринов – недостаточный эффект и перерыв после долгого периода применения. Большинство пациентов, использующих системные стероиды и циклоспорины, хотели бы снизить частоту приема/дозу или полностью прекратить использование этих препаратов. При этом пациенты с тяжелым АД более довольны терапией циклоспорином (что может быть связано с тем, что они чаще используют циклоспорины постоянно, поэтому их терапия более эффективна). Наиболее частыми причинами желания снизить частоту приема/дозу или полностью прекратить использование являются боязнь причинить вред своему здоровью и возникновение побочных эффектов (рис. 9) [7, 8].

Если говорить об использовании препаратов местного действия, то гормональные местные препараты чаще используются и считаются основными местными препаратами для лечения АД¹ (рис. 10) [9].

¹ Ipsos Comcon LLC carries out surveys in compliance with the international standard for Social Opinion and Market Research ISO 20252:2012. Certificate No. RU228996MR (rev. 07.04.2017).

● **Рисунок 9.** Причины желания снизить частоту использования и/или дозу системных стероидов/циклоспоринов
● **Figure 9.** Reasons for a desire to reduce the frequency of use and/or a dose of systemic steroids/cyclosporins

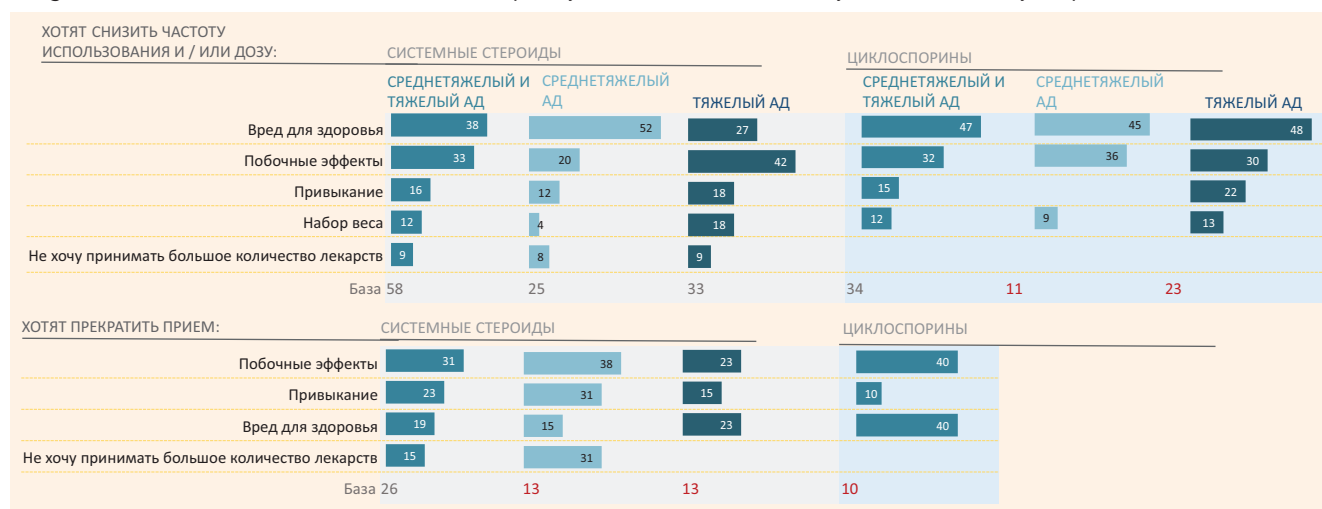
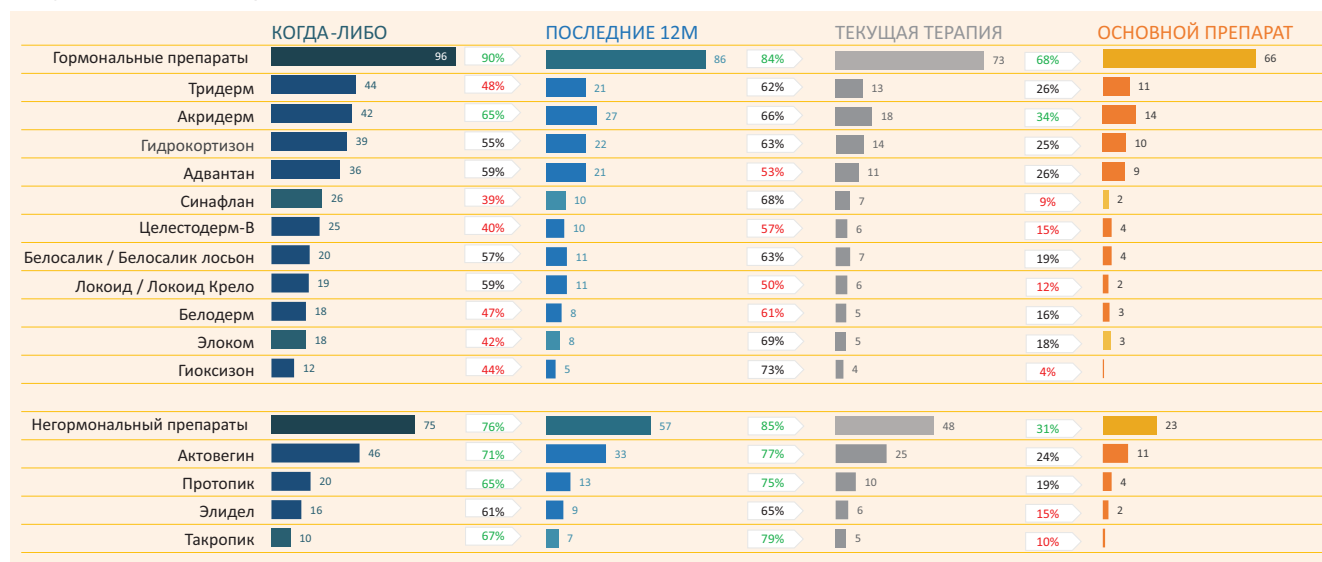


Рисунок 10. Препараты местного действия, используемые для лечения АД
Figure 10. Topical drugs to treat AD



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой АД составляют немного менее четверти всех пациентов с АД, из них пациенты с тяжелой формой – около 5%. Абсолютное большинство страдающих АД (около 98%), консультировались с амбулаторным врачом и/или были госпитализированы за последний год. Врачи, наиболее часто посещаемые в связи с АД, – дерматологи, аллергологи (пациенты с тяжелой формой АД консультируются с ними чаще, чем другие) и терапевты. Пациенты с тяжелым АД госпитализируются гораздо чаще, чем пациенты со среднетяжелой формой: за последний год 15% против 1% соответственно.
2. Антигистаминные препараты – категория, наиболее часто используемая пациентами с АД, и препарат именно этой категории пациенты чаще всего называют своим «основным» препаратом от АД. Более половины пациентов (60%) со среднетяжелым и тяжелым АД за последний год использовали системные стероиды и/или циклоспорины (наиболее часто такие препараты применяются короткими курсами или только в случае крайней необходимости). Пациенты с тяжелой формой АД значительно чаще других групп используют стероиды и иммуносупрессанты
3. Рекомендация врача (наиболее часто – дерматолога в муниципальной клинике или кожно-венерологическом диспансере) является наиболее значимым

фактором, обуславливающим выбор препарата. Среди триггеров переключения между препаратами рекомендация врача также занимает первое место по частоте. В этом случае роль кожно-венерологического диспансера больше, чем муниципальной клиники. Рекомендация аллерголога чаще является триггером переключения на новый препарат, если сравнивать с ролью этой специальности при выборе препарата при вхождении в категорию (особенно это касается пациентов со среднетяжелым течением АД).

4. Наиболее часто потребность в отмене системных стероидов и циклоспоринов возникает в результате либо недостаточного эффекта, либо отсутствия эффекта от препаратов (одна треть всех случаев отмены), реже причиной отмены является возникновение побочных эффектов (примерно 15% случаев). Кроме того, зачастую пациенты хотят снизить частоту приема/дозу или полностью прекратить использование системных стероидов и циклоспоринов из-за нежелания причинить вред своему здоровью и боязни возникновения побочных эффектов. Возникает необходимость информирования пациентов о препаратах для лечения АД, в т. ч. в формате образовательных лекций/вебинаров и удаленных консультаций со специалистами.

Поступила / Received 10.09.2020
 Поступила после рецензирования / Revised 28.09.2020
 Принята в печать / Accepted 29.09.2020

Список литературы / References

1. Drucker A.M., Wang A.R., Li W.Q., Severson E., Block J.K., Qureshi A.A. The burden of atopic dermatitis: summary of a report for the National Eczema Association. *J Invest Dermatol.* 2017;137(1):26–30. doi: 10.1016/j.jid.2016.07.012.
2. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T., Christen-Zaech S., Deleuran M., Fink-Wagner A. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(5):657–682. doi: 10.1111/jdv.14891.
3. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Итоги 2018 года. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2019;95(4):8–23. doi: 10.25208/0042-4609-2019-95-4-8-23.

4. Williams H.C., Strachan D.P. The natural history of childhood eczema: observations from the British 1958 birth cohort study. *Br J Dermatol.* 1998;139(5):834–839. doi: 10.1046/j.1365-2133.1998.02509.x.
5. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(4):579–582. doi: 10.1016/j.jaad.2004.11.037.
6. Ellis C.N., Mancini A.J., Paller A.S., Simpson E.L., Eichenfield L.F. Understanding and managing atopic dermatitis in adult patients. *Semin Cutan Med Surg.* 2012;31(3S):18–22. doi: 10.1016/j.sder.2012.07.006.
7. Ring J., Alomar A., Bieber T., Deleuran M., Fink-Wagner A., Gelmetti C. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(8):1045–1060. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04635.x.
8. Malajian D., Guttman-Yassky E. New pathogenic and therapeutic paradigms in atopic dermatitis. *Cytokine.* 2015;73(2):311–318. doi: 10.1016/j.cyt.2014.11.023.
9. Ricci G., Patrizi A., Bellini F., Medri M. Use of textiles in atopic dermatitis: care of atopic dermatitis. *Curr Probl Dermatol.* 2006;33:127–143. doi: 10.1159/000093940.

Информация об авторах:

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., профессор, проректор по учебной работе, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; e-mail: kruglovals@mail.ru

Грязева Наталья Владимировна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; e-mail: tynrik@yandex.ru

Information about the authors:

Larisa S. Kruglova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Vice-rector for academic Affairs, Head of the Department of dermatovenerology and cosmetology, Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education “Central State Medical Academy” of the Presidential administration of the Russian Federation; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; e-mail: kruglovals@mail.ru

Natalia V. Gryazeva, Cand. of Sci. (Med.), associate Professor of the Department of dermatovenerology and cosmetology, Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education “Central State Medical Academy” of the Presidential administration of the Russian Federation; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; e-mail: tynrik@yandex.ru