

УДК 616.5:613.62

Аллергические заболевания кожи — проблема номер один у медработников «красной» COVID-зоны

И.Ю. Голоусенко, д.м.н., **Е.В. Задюнченко**, к.м.н., **Д.Е. Ключникова**, к.м.н.,
И.В. Звездина, к.м.н., **Т.В. Айвазова**, к.м.н.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

РЕЗЮМЕ. С марта 2020 года по настоящее время было зарегистрировано значительное увеличение обращаемости коллег-медиков, работающих в COVID-отделениях, с симптомами заболеваний кожи. Это побудило нас изучить масштаб проблемы, выявить наиболее часто встречающиеся нозологии, значимые триггеры и задуматься о методах решения. На базе МГМСУ им. А.И. Евдокимова, перепрофилированных под лечение больных коронавирусной инфекцией COVID-19, было проведено анкетирование. Опрошен 171 сотрудник «красной» зоны для выявления и оценки тяжести дерматозов. Обнаружено наличие аллергических реакций со стороны кожи у 137 респондентов в виде ирритантного и аллергического дерматита, обострения атопического дерматита, экземы, крапивницы. В 65,0% случаев определена взаимосвязь дебюта/обострения с началом работы в «красной» зоне. Наиболее частыми аллергенами выступали средства индивидуальной защиты: перчатки, маски, дезинфицирующие вещества, очки, памперсы, обувь. Полученная в ходе исследования информация позволила обозначить масштаб проблемы аллергических проявлений у медперсонала, что требует серьезного изучения, возможно, пересмотра ряда стандартов в работе COVID-отделений и формулировки рекомендаций для охраны труда и здоровья медицинских работников.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: COVID-19, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ, АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ, МЕДПЕРСОНАЛ, КОНТАКТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ЭКЗЕМА, ПРОФИЛАКТИКА

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Голоусенко И.Ю.,
Задюнченко Е.В.,
Ключникова Д.Е. и соавторы.
Аллергические заболевания
кожи — проблема номер
один у медработников
«красной» COVID-
зоны. Медицинский
оппонент 2021;
1 (13): 11–16.

KEYWORDS: COVID-19, OCCUPATIONAL DERMATOSES, ALLERGIC SKIN DISEASES, MEDICAL STAFF, CONTACT ALLERGIC DERMATITIS, ECZEMA, PREVENTION

FOR CITATION: Golousenko I.Yu., Zadionchenko E.V., Klyuchnikova D.E. et al. Allergic skin diseases is hot point problem of red COVID-zone workers. *Meditsinskiy opponent = Medical Opponent* 2021; 1 (13): 11–16.

UDC 616.5:613.62

Allergic Skin Diseases Is Hot Point Problem of Red COVID-Zone Workers

I.Yu. Golousenko,
E.V. Zadionchenko, D.E. Klyuchnikova,
I.V. Zvezdina, T.V. Aivazova

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov», Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia

SUMMARY. Since March 2020 to the present, there has been a significant increase in the demand for treatment of medical colleagues working in COVID-units with complaints and symptoms of skin diseases. This prompted us to study the magnitude of the problem, identify the most common nosologies, significant triggers, and think about solutions. At bases of the A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (MSUMD) repurposed for the treatment of patients with the coronavirus COVID-19, a survey was conducted. 171 employees of the red zone were interviewed to identify and assess the severity of dermatoses. The presence of allergic reactions from the skin was found in 137 respondents in the form of irritant allergic dermatitis, exacerbation of atopic dermatitis, eczema, urticaria. In 65,0% of cases, the relationship between debut/aggravation and the beginning of work in the red zone was determined. The most common allergens were: gloves, masks, disinfectants, glasses, diapers, shoes. The information obtained in the study allowed to identify the scale of the problem of allergic manifestations in the medical staff that requires serious study, possible revision of a number of standards in the COVID-unit and the formulation of recommendations for occupational safety and health of medical workers.

Введение

Аллергодерматозы (АлД) — это гетерогенная группа заболеваний кожи, в патогенезе которых значительную роль играют аллергические реакции немедленного или замедленного типа. К ним относятся такие значимые нозологии, как контактный аллергический дерматит (КАД), крапивница, экзема, атопический дерматит (АтД). Каждый дерматоз имеет свою особенную клиническую картину, патогенез, факторы риска, но объединяющими их признаками являются жалобы на выраженный зуд, нарушение целостности кожных покровов, вероятность частых обострений и формирование хронических форм при невозможности устранения провоцирующих факторов. Все эти аспекты существенно снижают качество жизни пациента.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в ФГБУ «ГНЦ "Институт иммунологии"» ФМБА России, в различных регионах страны распространенность аллергических заболеваний (АЗ) колеблется от 15 до 35% [1, 2].

Большая часть дерматозов имеет профессиональный характер и составляет около 7% от общего числа профессиональных болезней, возникших вследствие воздействия раздражающих агентов. На аллергические заболевания кожи приходится 85%, контактный аллергический дерматит среди них составляет 45% [3].

Кожный покров обладает множеством функций, основной из которых считается защитная. Сложная структура эпидермиса, где роговой слой является своеобразным блокпостом для предотвращения попадания экзогенных веществ в кожу, обеспечивает работу физического и биологического барьера между организмом и внешней средой. В то же время эпидермис пресекает потерю воды и поддерживает внутренний гомеостаз. Нарушение барьерной функции кожи приводит к быстрому проникновению аллергенов как промышленного, так и инфекционного характера. Это влечет за собой развитие острого и хронического воспалительных процессов, формирование порочного круга повреждения эпидермальных структур [3].

В том случае если на кожу воздействует сразу несколько факторов (поливалентная сенсибилизация) и имеет место их длительная экспозиция, в разы повышаются риски возникновения или обострения аллергических дерматозов. Если же триггеры связаны с профессиональной деятельностью, отмечается более раннее развитие профессиональных дерматозов.

Воздействие условий производственной среды (работа с веществами раздражающего и сенсибилизирующего характера), высокая влажность, постоянная травматизация кожи, отсутствие или недостаточное использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) или, наоборот, слишком длительный контакт с ними, наличие наследственной предрасположенности к аллергическим реакциям, атопический статус, сопутствующая патология (микробная и грибковая сенсибилизация), нарушения функции эндокринной системы и ЖКТ — все эти факторы обладают отягощающим действием на кожный покров человека [3, 4].

В период пандемии COVID-19 большое число медицинского персонала было вынуждено выполнять свои профессиональные обязанности в тяжелых условиях [5].

Дефицит кадрового состава и вследствие этого ненормированный график рабочего дня, сильные физические и эмоциональные нагрузки, постоянная обработка кожи спиртосодержащими антисептическими средствами, продолжительный контакт с СИЗ (масками, перчатками, очками, памперсами), гипертермия и чрезмерная потливость явились агрессивными факторами, влияющими на состояние кожных покровов как здоровых медработников, так и ранее сталкивавшихся с проблемами с кожей. В условиях дефицита времени персонал, как правило, не имел возможности принять адекватные лечебные и профилактические меры для решения дерматологических проблем.

По данным зарубежных источников, у медицинских сотрудников, работающих в «красной» зоне, наиболее часто выявлялись такие заболевания, как острый/хронический контактный раздражающий дерматит, контактный аллергический дерматит, экзема, обострение атопического дерматита, крапивница [6, 7].

На территории России подобные исследования еще проводятся. Дерматологам, иммунологам, аллергологам и профпатологам предстоит осмыслить и проанализировать огромный пул полученной информации.

Цель научной работы: изучить масштаб, вариативность клинических проявлений аллергических заболеваний кожи у медперсонала, выявить наиболее значимые триггеры, определить зависимость тяжести недуга от наличия АЗ в анамнезе. На основе полученных данных сформировать рекомендации для профилактики и лечения дерматозов у медицинских работников.

Материалы и методы исследования. В период с декабря 2020 по март 2021 года было проведено мультицентровое исследование в виде анкетирования среди среднего и младшего медперсонала, врачей (171 человек), работающих в условиях «красной» зоны COVID-стационаров клинического медицинского центра «Кусково», больницы № 57 им. Д.Д. Плетнева и ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Из обратившихся за помощью 40 (29,2%) человек с проявлениями кожной патологии клинический осмотр прошел дистанционно (при помощи видеосвязи и мессенджеров) 21 (15,3%) медработник, а 19 (13,9%) пациентов осмотрели очно, на приеме.

Была разработана анкета для выявления аллергических заболеваний кожи, учитывающая пол, возраст, наследственность, аллергоанамнез, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний, клинические проявления кожного процесса в виде жалоб и описания элементов кожной сыпи. Опросник выявлял основные триггерные факторы, время их действия. При наличии аллергодерматоза предлагалось указать применяемые лечебные и профилактические мероприятия. Вследствие ограниченного доступа в COVID-отделения анкету разослали с помощью онлайн-мессенджеров и по электронной почте, часть опросников была предоставлена в печатном виде. Полученная информация суммировалась и анализировалась.

Результаты исследования

В ходе проведенного анализа анкет 171 медицинского работника от 18 лет до 51 года (средний возраст — двадцать семь с половиной лет), из них 106 (62,0%) женщин и 65 (38,0%) мужчин, были выявлены некоторые факты.

Наличие какой-либо болезни кожи отрицали 34 сотрудника (19,9%), тогда как 137 опрошенных подтверждали это (80,1%). Из них только у 21 медработника (12,2%) она возникла впервые в жизни, а 116 (67,6%) респондентов указали на присутствие в анамнезе какого-либо аллергического заболевания, в том числе и кожного: АТД, экземы, атопической бронхиальной астмы, аллергического риноконъюнктивита, острой крапивницы (рис. 1).

Среди 42 человек старше 35 лет отметили наличие аллергодерматоза только 22 (52,4%). Из них взаимосвязь начала /обострения заболевания с работой в «красной» зоне обозначили лишь 5 (22,7%) сотрудников. У 17 (77,3%) человек из этой группы аллергодерматоз проявлялся в той же степени тяжести еще до эпидемии COVID-19.

У более молодых медиков, страдающих АД, взаимосвязь заболевания с началом работы в «красной» зоне выявлялась у 98 (76,0%) работников, а 31 (24,0%) респондент не видел связи недуга с этим фактором.

Подавляющее большинство опрошенных — 164 (96,9%) — указывало на продолжительность контакта с СИЗ 6 часов и более. Основным триггерным фактором для работников, предъявляющих жалобы, были перчатки — 113 (82,5%), затем следовали: маски — 36 (26,2%), очки — 25 (18,2%), антисептики — 16 (11,7%), моющие средства — 11 (8,0%), обувь — 5 (3,6%), памперсы — 2 (1,5%), костюм — 1 (0,72%). У 31 (22,6%) респондента триггером выступали сразу несколько обстоятельств, при этом кожный процесс возникал на различных частях тела одновременно: на кистях и лице или на кистях и нижних конечностях (рис. 2).

У 84 (61,3%) сотрудников основными проявлениями патологического процесса были эритема, шелушение, чувство стянутости. Однако продолжительные выходные и 2–3 дня отсутствия контакта

с триггерным фактором, в течение которых медики использовали увлажняющие кремы, приводили к улучшению состояния кожи.

Поражение кожных покровов островоспалительного характера наблюдалось у 28 (20,4%) опрошенных. Высыпания характеризовались яркой эритемой, везикулярными элементами, иногда мокнутием, корками и сильным зудом. У 25 (18,2%) сотрудников имелись признаки хронического течения процесса в виде болезненных трещин, чрезмерной сухости кожи, потери тургора, выраженного гиперкератоза и лихенизации. В этих группах медицинских работников ремиссии за короткие выходные не наблюдалось. Использование наружных увлажняющих и противовоспалительных средств было неэффективным.

Подавляющее большинство опрошенных — 164 (96,9%) — указывало на продолжительность контакта с СИЗ 6 часов и более. Основным триггерным фактором для работников, предъявляющих жалобы, были перчатки — 113 (82,5%)



Лица, ранее имевшие аллергический контактный дерматит, экзему, признаки атопического заболевания, наблюдали обострение болезни через 2–3 недели после начала работы в отделении.

Через месяц у 53 (38,6%) медицинских работников с высыпаниями на коже отметили отсутствие эффекта от применения увлажняющих средств

Рисунок 1. Наличие клинических проявлений аллергодерматоза и отягощенности аллергоанамнеза у медперсонала «красной» зоны (n = 171)

Figure 1. The presence of clinical manifestations of allergic dermatosis and aggravation of allergic anamnesis in the medical staff of the red zone (n = 171)

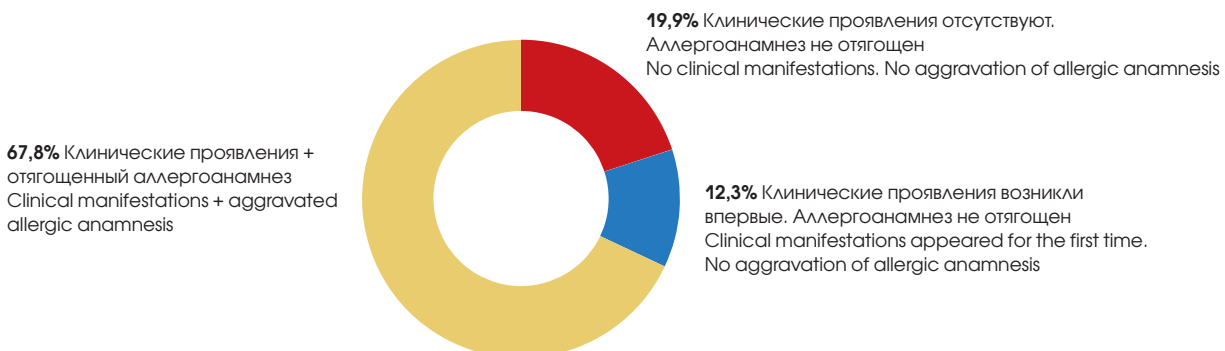
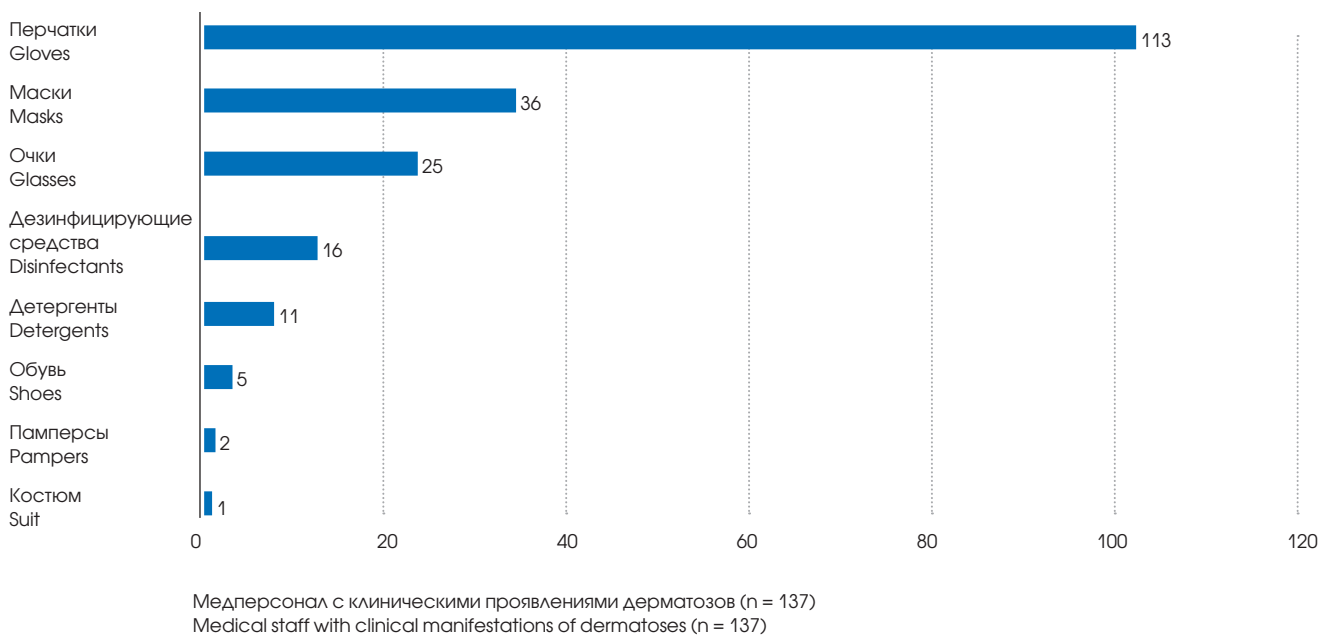


Рисунок 2. Триггерные факторы аллергодерматозов у медперсонала «красной» зоны

Figure 2. Trigger factors of allergic dermatoses in the medical staff of the red zone



и топических глюкокортикостероидов (ГКС). За профессиональной дерматологической помощью обратились 40 (29,2%) медиков. Важно отметить, что среди лиц с явными дерматологическими проблемами отказались от выполнения своих профессиональных обязанностей только пятеро (2,9%). Двум сотрудникам пришлось на время лечения прервать работу. Один человек был госпитализирован в стационар с обострением АД. Остальные (даже при наличии высыпаний) продолжали свою работу.

Обсуждение

Всемирной организацией здравоохранения болезнью XXI века была объявлена аллергия. Рост аллергических заболеваний отмечается у всех возрастных категорий социума [8].

Важное место среди этих нозологий занимают профессиональные дерматозы. Наше исследование продемонстрировало масштаб проблемы на небольшом количестве медперсонала в нескольких медицинских учреждениях. Неожиданным явилось наличие аллергических заболеваний в анамнезе у большей части молодых сотрудников.

В связи с этим мы предприняли попытку собрать, проанализировать и представить имеющуюся информацию о лечении и мерах профилактики аллергодерматозов у медицинских работников.

Первым и самым важным условием предотвращения развития или обострения профессионального АД является снижение или устранение воздействия потенциальных аллергенов и раздражителей, что обычно достигается при использовании СИЗ (перчаток, масок и т. д.). Однако парадокс заключается в том, что сами защитные средства зачастую выступают в роли возможного этиологического фактора. Ярким примером служат перчатки, без которых профессиональная деятельность

медицинского работника в условиях пандемии невозможна, при этом в подавляющем большинстве случаев латекс является причиной развития контактного дерматита. Выходом из сложившейся ситуации может быть использование неопудренных изделий из нитрила, поскольку к компонентам пыли нередко возникает сенсibilизация.

Кроме того, длительное ношение воздухо непроницаемых материалов способствует нарушению процессов перспирации и скоплению влаги, которая ведет к мацерации эпидермиса, снижению барьерных свойств кожи и усугублению патологического процесса. Решением данной проблемы могло бы быть применение изделий из хлопка (под резиновыми перчатками) или периодическая смена резиновых перчаток на новые после смывания пота и тщательного просушивания кожи.

Однако, во-первых, при контакте с больными коронавирусной инфекцией COVID-19 предложенный алгоритм невыполним. Во-вторых, частое мытье рук (особенно с использованием мыла) способствует дегидратации кожи, появлению сухости, увеличению проницаемости эпидермиса для различных патогенных факторов, что также повышает риск развития и обострения дерматозов [10]. В данном случае с целью минимизации возможных последствий, возникающих на этом фоне, многие анкетированные после завершения работы и мытья использовали различные косметические увлажняющие средства и топические ГКС, как правило, средней или малой степени активности. Регулярность и длительность их нанесения всегда варьировались, что, вероятно, и послужило причиной развития резистентности к проводимой терапии.

Известно, что применение слабых кортикостероидов приводит к возникновению торпидности воспалительного процесса, который в дальнейшем с трудом поддается разрешению, а также создает

морфологическую основу для осложнений, замедляет заживление эпидермиса и формирует входные ворота для вторичной инфекции [9].

Поэтому при обострении заболевания терапию следует начинать с короткого курса современных топических ГКС с высоким терапевтическим индексом с последующим переходом на более слабые ГКС или на интермиттирующую схему, которая используется для поддержания продолжительной ремиссии и считается предпочтительной для дерматозов с длительным хроническим течением [10, 11].

Основными задачами лечения таких заболеваний являются не только остановка прогрессирования болезни и достижение стабилизации воспалительного процесса, но и профилактика и исключение вторичного инфицирования, восстановление поврежденного эпителия и дермы, устранение сухости кожи, улучшение ее барьерных свойств. Поскольку нарушение целостности кожного барьера — немаловажный фактор в развитии многих хронических кожных заболеваний, применение эмолиентов обязательно как в период обострения, так и во время ремиссии дерматоза. Следует отметить, что использование средств базового ухода должно сопровождать противовоспалительную терапию и продолжаться после ее окончания [12].

По механизму действия существует четыре типа эмолиентов:

- связывающие воду на поверхности эпидермиса (растительного происхождения);
- гигроскопические (связывающие воду внутри эпидермиса — глицерин, гликоли);
- с окклюзивным (защитным) действием (нейтральные жиры, парафин);
- проникающие внутрь рогового слоя и восполняющие эндогенные липиды (керамиды, сфинголипиды, холестерин).

Наиболее рационально использование средства, активно воздействующего одновременно на несколько механизмов. Эффективный эмолиент должен оказывать комплексное действие: повышать гидратацию рогового слоя, восполнять дефициты липидов, препятствовать трансэпидермальной потере воды. Такие средства универсальны, они оказывают противовоспалительное, увлажняющее, липидовосполняющее, репаративное, разрешающее, противозудное и антисептическое действия. Применение эмолиентов уменьшает сроки активной терапии и значительно удлиняет ремиссию [13, 14].

Литература/References

1. Богова А.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет. Российский аллергологический журнал 2008; 6: 3–14. [Bogova A.V., Ilyina N.I., Luss L.V. Trends in the study of the epidemiology of allergic diseases in Russia over the past 10 years. Russian Journal of Allergy. (In Russ.).]
2. Горячкина Л.А., Кашкин К.П. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей. М.: Миклош, 2009: 200, 287, 279. [Goryachkinou L.A., Kashkina K.P. Clinical allergology and immunology: a guide for practicing physicians. M.: Miklosh, 2009: 200, 287, 279. (In Russ.).]
3. Измерова Н.И., Селицкий Г.Д. Профессиональные дерматозы и их профилактика. Дерматовенерология. В кн.: Скрипкин Ю.К., ред. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011:

Поскольку в течение рабочего дня нет возможности пользоваться такими средствами, целесообразно нанести их после работы на чистую кожу на ночь под хлопковые перчатки. Необходимо помнить о том, что перед непосредственным применением масок, перчаток и других воздухо непроницаемых средств защиты категорически не рекомендуется нанесение эмолиентов на соответствующие области.

В хронизации и частом рецидивировании аллергодерматозов виновником могут выступать условно-патогенные микроорганизмы. При микробиологическом исследовании очагов поражения с поверхности кожи у больных АД выявляется наличие патогенной микрофлоры [15]. При обнаружении пиококковой инфекции усиливается воспалительная и эксудативная симптоматика, появляется пустулизация, что диктует необходимость назначения топических глюкокортикостероидов в комбинации с антибактериальными или/и антимикотическими компонентами.

Если процесс носит тяжелый и распространенный характер, а площадь поражения кожи составляет более 20%, возникает необходимость присоединения системной терапии с использованием антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, системных ГКС. При рефрактерном течении применяются иммуносупрессоры и фотохимиотерапия.

Выводы

Подводя итог, можно отметить, что для лечения и профилактики развития аллергодерматозов у медицинского персонала при работе в «красной» зоне следует рекомендовать:

- исключить или ограничить контакты с провоцирующими факторами;
- обращаться к дерматовенерологу при первых признаках болезни;
- начинать лечение дебюта/обострения заболевания ограниченного характера с короткого курса высокоактивных топических ГКС с последующим переходом на интермиттирующую схему их использования;
- при присоединении вторичной инфекции использовать комбинированные топические ГКС;
- сопровождать наружную глюкокортикостероидную терапию эмолиентами и применять их после разрешения клинических проявлений на коже;
- присоединять системное лечение при распространении процесса;
- обязательное диспансерное наблюдение.

648–658. [Izmerova N.I., Selitsky G.D. Professional dermatoses and their prevention. Dermatovenerology. Skripkin Yu.K. National guide. M.: GEOTAR-Media, 2011: 648–658. (In Russ.).]

4. Friis U.F., Menné T., Flyvholm M.A. et al. Occupational allergic contact dermatitis diagnosed by a systematic stepwise exposure assessment of allergens in the work environment. Contact Dermatitis 2013; 69 (3): 153–63.
5. Рекомендации по применению гибких форм занятости в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории РФ. Рекомендации Министерства труда и социальной защиты РФ № 14–2/10/П-3710 от 23.04.2020. [Recommendations on the use of flexible forms of employment in the conditions of prevention of the spread of a new coronavirus infection in the territory of the Russian Federation. Recommendations of the Ministry of Labor and Social Protection of RF № 14–2/10/П-3710 from 23.04.2020. (In Russ.).]

6. Long H., Zhao H., Chen A. et al. Protecting medical staff from skin injury/disease caused by personal protective equipment during epidemic period of COVID-19: experience from China. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2020; 34 (5): 919–921.
7. Kiely L.F., Moloney E., O'Sullivan G. et al. Irritant contact dermatitis in healthcare workers as a result of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Clin. Exp. Dermatol.* 2021; 46(1): 142–144.
8. Phenology and human health: allergic disorders report of a WHO meeting Rome. [Электронный ресурс.] Italy, 16–17 January 2003. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/240232/e79129.pdf (дата обращения: 24.02.2021). [Phenology and human health: allergic disorders report of a WHO meeting Rome. [Electronic resource.] Italy, 16–17 January 2003. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/240232/e79129.pdf (date of access: 24.02.2021).
9. Кутасевич Я.Ф. Новые возможности лечения аллергодерматозов. *Клиническая иммунология, аллергология, инфектология* 2006; 3 (4). [Kutasevich Ya.F. New opportunities for the treatment of allergodermatoses. *Clinical Immunology, Allergy, Infectology* 2006; 3 (4). (In Russ.)].
10. Хаматханова Е. М., Чучалина Л. Ю., Титков К. В. и др. Семиступенчатый метод дезинфекционной обработки рук: опыт подготовки медицинских работников COVID-госпиталя. *Медицинский оппонент* 2020; 2 (10): 27–29. [Khamatkhanova E.M., Chuchalina L.Yu., Titkov K.V. et al. Seven-step method of hand disinfection: the experience of training medical workers in a COVID hospital. *Meditsinskiy opponent = Medical Opponent* 2020; 2 (10): 27–29. (In Russ.)].
11. Хаматханова Е. М., Чучалина Л. Ю., Титков К. В. и др. Опыт коммуникативной деятельности с представителями пациентов в условиях госпиталя для лечения больных COVID-19. *Медицинский оппонент* 2020; 3 (11): 6–11. [Khamatkhanova E.M., Chuchalina L.Yu., Titkov K.V. et al. Experience of communication in a hospital with patients' entitled representatives for treatment of patients with COVID-19. *Meditsinskiy opponent = Medical Opponent* 2020; 3 (11): 6–11. (In Russ.)].
12. Соколовский Е. В. Особенности наружной терапии стероидчувствительных дерматозов — возможности новых лекарственных препаратов. *Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология* 2015; 3 (45). [Sokolovsky E.V. Features of external therapy of steroid-sensitive dermatoses-possibilities of new drugs. *Effective pharmacotherapy. Dermatovenerology and Dermatocosmetology* 2015; 3 (45). (In Russ.)].
13. Горячкина М. В., Белоусова Т. А. Рациональный выбор средств базового ухода у больных аллергодерматозами. *Клиническая дерматология и венерология* 2013; 2 (11): 45–51. [Goryachkina M.V., Belousova T.A. Rational choice of basic care products in patients with allergic dermatoses. *Clinical Dermatology and Venereology* 2013; 2 (11): 45–51. (In Russ.)].
14. Третьякова Е. И. Эмоленты в лечении и профилактике хронических воспалительных дерматозов. *Медицинский алфавит* 2018; 1 (11): 26–30. [Tretyakova Ye.I. Emollients in the treatment and prevention of chronic inflammatory dermatoses. *Medical Alphabet* 2018; 1 (11): 26–30. (In Russ.)].
15. Мавлянова Ш. З., Турдикулова Ш. У., Капралова Ю. А. и др. К результатам выявляемости вариабельности генотипов *S. aureus*, выделенных с биосубстратов организма у больных аллергодерматозами. *Медицинский журнал Узбекистана* 2018; 4: 8–12. [Mavlyanova Sh.Z., Turdikulova Sh.U., Kapralova Yu.A. et al. Results of detectability of *S. aureus* isolated from body biosubstrates in patients with allergic dermatoses. *Medical Journal of Uzbekistan* 2018; (4): 8–12. (In Russ.)].

Вклад авторов. И. Ю. Голоусенко: разработка концепции и дизайна исследования, редактирование рукописи; Е. В. Задюнченко: написание текста рукописи; Е. В. Задюнченко, Д. Е. Ключникова, И. В. Звездина, Т. В. Айвазова: сбор данных, анализ материала, анализ литературных источников.

Authors contributions. I. Yu. Golousenko: development of the concept and research design, editing of the article; E. V. Zadionchenko: article writing; E. V. Zadionchenko, D. E. Klyuchnikova, I. V. Zvezdina, T. V. Aivazova: data collection, material analysis, analysis of literary sources.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 25.02.2021.

Принята к публикации: 02.03.2021.

Article received: 25.02.2021.

Accepted for publication: 02.03.2021.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Голоусенко Игорь Юрьевич, д. м. н., профессор кафедры кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Телефон: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Задюнченко Екатерина Владимировна, к. м. н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Телефон: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Ключникова Дина Евгеньевна, к. м. н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Телефон: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Звездина Ирина Владимировна, к. м. н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Телефон: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Айвазова Татьяна Витальевна, к. м. н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Телефон: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

AUTHORS INFORMATION

Golousenko Igor Yuryevich, PhD, Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases, Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov, Ministry of Health of Russia. Address: 127473, Moscow, 20 Delegatskaya St., building 1. Phone: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Zadionchenko Ekaterina Vladimirovna, PhD, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov, Ministry of Health of Russia. Address: 127473, Moscow, 20 Delegatskaya St., building 1. Phone: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Klyuchnikova Dina Evgenyevna, PhD, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov, Ministry of Health of Russia. Address: 127473, Moscow, 20 Delegatskaya St., building 1. Phone: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Zvezdina Irina Vladimirovna, PhD, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov, Ministry of Health of Russia. Address: 127473, Moscow, 20 Delegatskaya St., building 1. Phone: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.

Aivazova Tatyana Vitalyevna, PhD, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov, Ministry of Health of Russia. Address: 127473, Moscow, 20 Delegatskaya St., building 1. Phone: +7 (495) 609-67-00. E-mail: mgmsu-skin@mail.ru.