

© ПОЗДНЯКОВА О. Н., РЕШЕТНИКОВА Т. Б., БЫЧКОВ С. Г.

УДК 616.51-053.3

DOI: 10.20333/2500136-2019-4-81-86

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННЫМ СОМАТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

О. Н. Позднякова, Т. Б. Решетникова, С. Г. Бычков

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск 630091, Российская Федерация

Цель исследования. Проанализировать структуру кожных заболеваний у детей первого года жизни, госпитализированных в педиатрическое отделение патологии раннего возраста с соматическими заболеваниями, для оптимизации тактики их ведения и ранней диагностики дерматозов.

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов, ретроспективным методом изучались истории болезней (форма № 003/у). Для обработки информации были применены методы упорядочения и группировки измерений, распределения данных, построение графиков, структурного анализа.

Результаты. Анализ нозологической структуры дерматозов позволяет говорить, что ведущее место занимает атопический дерматит, на втором месте кандидоз, третья позиция представлена себорейным дерматитом, далее отмечены гемангиомы, простой контактный дерматит, акне новорожденных, токсикодермия, аллергический контактный дерматит, милиум, крапивница, омфалит и редкая патология – десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу. Структура основных клинических диагнозов пациентов включала в себя 12 нозологий, среди которых – острый обструктивный бронхит, острый простой бронхит, атопический дерматит, гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденного, пневмония без уточнения возбудителя, острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, врожденные пороки сердца, неонатальная желтуха, обусловленная неуточненными причинами, крапивница, инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации, бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде и острый тонзиллофарингит.

Заключение. Исследование показало, что структура заболеваемости дерматозами, как и основными клиническими заболеваниями, послужившими причиной для госпитализации, отличалась вариабельностью нозологических форм и включала в себя, в том числе, редкие, тяжелые патологии, такие как десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу, а также легко протекающие транзиторные дерматозы: акне новорожденных, милиум.

Ключевые слова: дерматология, заболеваемость, структура патологий, новорожденные, дети грудного возраста, детская дерматология, атопический дерматит.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Позднякова ОН, Решетникова ТБ, Бычков СГ. Структура заболеваемости дерматозами новорожденных и детей грудного возраста с отягощенным соматическим анамнезом. *Сибирское медицинское обозрение.* 2019;(4):81-86. DOI: 10.20333/2500136-2019-4-81-86

STRUCTURE OF DERMATOSES INCIDENCE IN NEWBORNS AND INFANTS WITH COMPROMISED SOMATIC HISTORY

O. N. Pozdnyakova, T. B. Reshetnikova, S. G. Bychkov

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk 630091, Russian Federation

The aim of the research is to analyze the structure of skin diseases in infants hospitalized to pediatric department of early age pathology with somatic diseases, to optimize their treatment tactics and diagnose dermatoses at early stages.

Material and Methods. The study involved 46 patients; medical histories (form № 003/y) were studied retrospectively. The following methods were used for information processing: sequencing and grouping of measurements, data distribution, graphing, structural analysis.

Results. Analysis of nosologic structure of dermatoses allows to conclude that leading place is occupied by atopic dermatitis, the second place is taken by candidiasis, the third position is represented by seborrheic dermatitis, further one can mark hemangiomas, simple contact dermatitis, neonatal acne, toxicodermia, allergic contact dermatitis, milium, urticaria, omphalitis and rare pathology - desquamative erythroderma Limer-Moussa. The structure of major patients' clinical diagnoses included 12 nosologies, among which are: acute obstructive bronchitis, acute simple bronchitis, atopic dermatitis, hypoxic-ischemic encephalopathy of newborn, pneumonia without specifying pathogen, acute respiratory infections of upper airways, inborn heart disease, neonatal jaundice due to unspecified reasons, urticaria, infection of urinary tract without established localization, bronchopulmonary dysplasia that arose in perinatal period and acute tonsillopharyngitis.

Conclusion. The study showed that structure of dermatoses incidence, as well as the main clinical diseases that caused hospitalization, are remarkable for variability of nosologic forms and include rare, severe pathologies such as desquamative erythroderma Limer-Mousse, as well as easily going transient Medicine dermatoses: neonatal acne, milium.

Key words: dermatology, incidence, pathological structure, newborns, infants, children dermatology, atopic dermatitis.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Pozdnyakova ON, Reshetnikova TB, Bychkov SG. Structure of dermatoses incidence in newborns and infants with compromised somatic history. *Siberian Medical Review.* 2019;(4):81-86. DOI: 10.20333/2500136-2019-4-81-86

Введение

Детская дерматология в настоящее время является чрезвычайно ответственной и одной из сложнейших областей для врача-дерматовенеролога. У детей первого года жизни патология кожи отличается не только специфичностью нозологического профиля, но и имеет особенности клинических проявлений и течения. В лечении детей с кожной патологией принимают участие врачи различных специальностей, в первую очередь педиатры и аллергологи, однако не всегда удается достичь удовлетворительных результатов в плане повышения эффективности диагностической и лечебно-профилактической помощи этой категории больных без привлечения дерматолога [1, 2, 3]. Сложность раздела «детская дерматология» обусловлена следующими особенностями: болезни кожи у новорожденных развиваются гораздо быстрее дерматозов у взрослых; многие кожные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни имеют клинические проявления, отличные от взрослых; некоторые дерматозы встречаются только в этом возрасте; сбор анамнеза и методы клинического обследования у младенцев отличаются от используемых у взрослых; имеет место повышенный риск системного токсического воздействия местных средств; дозировка и перечень лекарств в педиатрии отличается от таковых у взрослых [4]. Учитывая вышеизложенное, целью исследования послужил анализ структуры кожных заболеваний у детей первого года жизни, госпитализированных в педиатрическое отделение патологии раннего возраста с соматическими заболеваниями, для оптимизации тактики их ведения и ранней диагностики дерматозов.

Материал и методы

Для решения поставленных задач, с соблюдением этических норм, которые соответствуют основным принципам, одобренным обществом исследования детей (Society for Research in Child Development, 1990), было проведено исследование на базе ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 4 имени В. С. Гераськова». Общее количество больных составило 46 человек. Пациенты были осмотрены на наличие кожных заболеваний, ретроспективным методом изучены истории болезней (форма N003/у). Для статистической обработки информации были применены

методы упорядочения и группировки измерений, распределения данных, построение графиков, структурного анализа.

Результаты и обсуждения

Среди больных было 29 (63 %) мальчиков и 17 (37 %) девочек, детей грудного возраста 44 (96 %) и 2 (4 %) новорожденных. Возраст детей, включенных в клиническую группу, варьировал от 26 дней до 11 месяцев. Всего зарегистрировано 69 кожных заболеваний. Нозологическая структура включала в себя 12 дерматозов (рис. 1). Её анализ позволяет говорить, что ведущее место занимает атопический дерматит – 25 %, представленный двумя степенями течения: легкая (47 %), средняя (53 %). Данная кожная патология занимает лидирующие позиции как у детей раннего возраста, так и у пациентов в более поздние периоды детства, независимо от сопутствующего соматического заболевания, так, например, синдром Дауна, при котором у 80 % детей младшего возраста и 52 % старшего наблюдается атопический дерматит [5]. Среди детей, госпитализированных с инфекционными болезнями в детскую инфекционную больницу № 8 г. Москвы, атопический дерматит, как сопутствующая патология, уступал лишь микроспории и занимал второе место [5, 6]. Некоторые авторы рассматривают течение соматических заболеваний на фоне атопического дерматита, как основной нозологии. У детей с ротавирусной инфекцией и атопическим дерматитом имеются особенности течения и исходов этой вирусной патологии, что предусматривает особенности ведения их в острый и восстановительный периоды [7]. Кандидоз (21 %) различных клинических форм

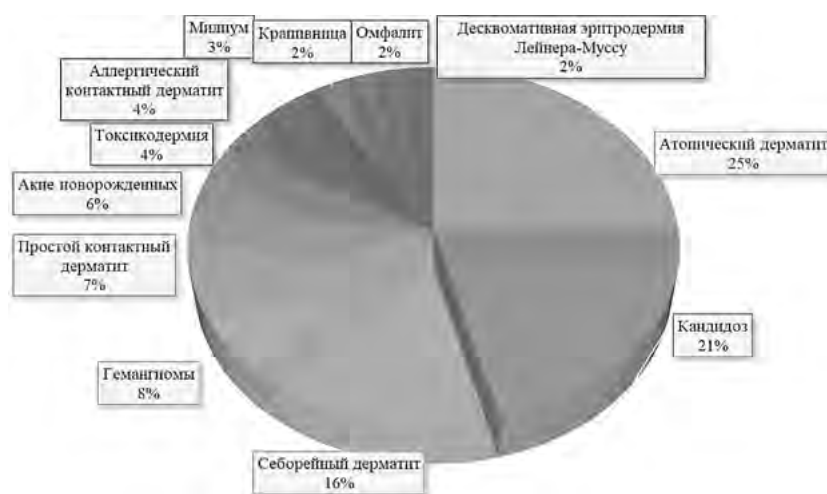


Рисунок 1. Нозологическая структура дерматозов у детей первого года жизни, госпитализированных в соматический стационар.

Figure 1. Nosologic structure of dermatoses in infants hospitalized to somatic hospital.

и локализаций был второй по частоте патологией: крупных складок – 8 %, перианальный – 26 %, фарингомикоз – 26 %, кандидозный стоматит, псевдомембранозная форма – 40 %. Себорейный дерматит был диагностирован в 16 % случаев, в том числе у одного ребенка осложнен вторичной инфекцией. Также были диагностированы следующие дерматозы: гемангиомы (8 %), простой контактный дерматит (7 %), акне новорожденных (6 %), токсикодермия (4 %), аллергический контактный дерматит (4 %), милиум (3 %), крапивница (2 %), омфалит (2 %) и редкая патология, имеющая тяжелое течение – десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу (2 %) у девочки первого месяца жизни, которая была первоначально расценена, как тяжелая форма атопического дерматита. В ряде случаев у одного пациента наблюдались несколько кожных патологий. Например, больной Г., 1 месяц 13 дней, поступил с жалобами на кашель, одышку, хрипы, явления ринита. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 5 дней, когда появился насморк и кашель, мать лечила самостоятельно (Називин, Беродуал). За день до госпитализации появились хрипы, одышка. В связи с нарастанием выраженности данных симптомов был госпитализирован в ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 4 имени В. С. Гераськова». Контакт с инфекционными больными, туберкулез, венерические заболевания, гепатит мать отрицает. Кожные заболевания у родственников отсутствуют, аллергологический анамнез не отягощен. Объективно-состояние средней степени тяжести за счет катарального синдрома, бронхообструктивного синдрома, умеренной дыхательной недостаточности. Кожные покровы сухие, бледно-розового цвета, на волосистой части головы и бровях - эритематозные пятна, чешуйки, мелкие пустулезные элементы сыпи в области щек и подбородка, яркая эритема с эрозиями и мокнутием в области соприкосновения аногенитальной зоны с подгузником. На слизистой оболочке щек, губ белый творожистый налет в виде бляшек. Пациенту были назначены следующие диагностические обследования: общий анализ крови, мочи, копроскопия, кал на кишечную группу, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиограмма, эхокардиограмма,

нейросонография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек. В общем анализе крови-нейтрофильный лейкоцитоз, ускорена скорость оседания эритроцитов, остальные анализы без существенных изменений. На основании клинико-лабораторных данных был поставлен диагноз «Острый обструктивный бронхит средней степени тяжести, дыхательная недостаточность I. Себорейный дерматит. Акне новорожденных. Пеленочный дерматит. Кандидозный стоматит, псевдомембранозная форма». Больному проводилось следующее лечение: антибактериальные препараты широкого спектра действия, отхаркивающие и муколитические средства, антимикотики, ингаляции с бронхолитиками, туалет носа физиологическим раствором и местно-крем, улучшающий трофику и репарацию тканей. Под влиянием назначенной терапии наблюдалось медленное регрессирование себорейного и пеленочного дерматита. После завершения курса лечения кандидозный стоматит разрешился полностью, а также была получена клинико-лабораторная ремиссия по заболеванию, послужившему причиной для госпитализации в стационар-острому обструктивному бронхиту средней степени тяжести с дыхательной недостаточностью I. Данное клиническое наблюдение интересно тем, что у пациента были выявлены четыре различных по этиопатогенезу дерматоза на фоне основного соматического заболевания, каждый из которых требовал индивидуального диагностического подхода и тактики ведения в условиях стационара. Структура основных клинических диагнозов пациентов, по которым проводилась госпитализация в стационар, включала в себя 12 нозологий (рис. 2). Среди них –

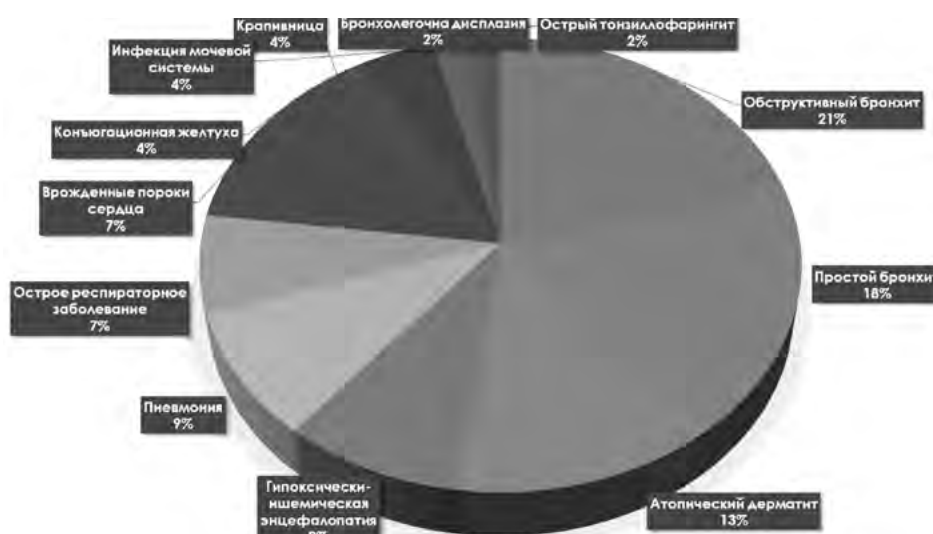


Рисунок 2. Структура основных клинических диагнозов пациентов, по которым проводилась госпитализация в соматический стационар.

Figure 2. Structure of main clinical diagnoses of patients, according to which they were taken to somatic hospital.

острый обструктивный бронхит (21 %), острый простой бронхит (18 %), атопический дерматит (13 %), гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденного (9 %), пневмония без уточнения возбудителя (9 %), острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (7 %), врожденные пороки сердца (7 %), неонатальная желтуха, обусловленная неуточненными причинами (4 %), крапивница (4 %), инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации (4 %), бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде (2 %) и острый тонзиллофарингит (2 %). В восьми из десяти случаев у пациентов с острым обструктивным бронхитом наблюдался атопический дерматит, что косвенно указывает на наличие поливалентной сенсибилизации у детей первого года жизни. Больной В., 5 месяцев 2 дня поступил с жалобами на кашель, насморк, повышение температуры тела до 38,0°, хрипы. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 3 дней, когда появился насморк и кашель, мать лечила самостоятельно (Називин, Амбробене, Парацетамол). В связи с нарастанием выраженности данных симптомов был госпитализирован в ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 4 имени В. С. Гераськова». Имел контакт с инфекционными больными – у матери и брата ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит – мать отрицает. Кожные заболевания у родственников отсутствуют, аллергологический анамнез не отягощен. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски умеренной влажности. Объективно-состояние средней степени тяжести за счет катарального синдрома, бронхообструктивного синдрома, умеренной дыхательной недостаточности. Пациенту были назначены следующие диагностические обследования: общий анализ крови, мочи, копроскопия, кал на кишечную группу, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиограмма. В общем анализе крови – нейтрофильный лейкоцитоз, ускорена скорость оседания эритроцитов, остальные анализы без существенных изменений. На основании клинико-лабораторных данных был поставлен диагноз «Острый обструктивный бронхит средней степени тяжести, дыхательная недостаточность I. Ринофарингит». Больному проводилось следующее лечение: антибактериальные препараты широкого спектра действия, отхаркивающие и муколитические средства, ингаляции с бронхолитиками, глюкокортикостероидами, туалет носа физиологическим раствором и местные антимикробные средства на слизистую носовых путей, противовирусные суппозитории на основе интерферона альфа 2-в человеческого

рекомбинантного. А также назначено питание молочной смесью «Нестожен 1». Под влиянием терапии наблюдалась регрессия бронхообструкции и ринофарингита. На третий день госпитализации появилась двусторонняя эритема в области щек, наблюдалась сухость кожи и шелушение. Был поставлен диагноз «Атопический дерматит, младенческая форма, легкая степень течения». К текущему лечению добавили антигистаминные препараты и перевели на питание гипоаллергенной молочной смесью. После завершения терапии наблюдали полную клиническую ремиссию. Данный клинический случай интересен тем, что у пациента, госпитализированного в соматический стационар по поводу бронхообструктивного синдрома, ранее не имевшего кожных заболеваний, манифестировал атопический дерматит, возможно, на фоне полученной терапии и питания. Структура дерматологической патологии у пациентов с различными соматическими и инфекционными заболеваниями чаще является предметом изучения у взрослых пациентов. Например, были описаны особенности патогенеза, клинического течения и терапии кожных процессов при хронических диффузных заболеваниях печени, структура дерматологической патологии у больных туберкулезом внутренних органов, распространенность и особенности течения дерматозов у лиц допризывного и призывного возрастов [8, 9, 10]. Большинство публикаций, касающихся детского возраста, посвящены отдельной группе дерматологических заболеваний, чаще всего алергодерматозам и микозам, которые включают в себя различные возрастные периоды, а также условия возникновения кожных патологий. Например, заболеваемость алергодерматозами детей в условиях Крайнего Севера, особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков [11, 12, 13, 14, 15]. Структура заболеваемости дерматозами детей первого года жизни, госпитализированных в отделение патологии детей грудного возраста с различной соматической патологией, анализируется впервые.

Заключение

Таким образом, структура заболеваемости дерматозами у детей первого года жизни, госпитализированных в соматический стационар, отличается вариабельностью нозологических форм и включает в себя редкие, тяжелые патологии, такие как десквамативная эритродермия Лейнера – Муссу, а также и легко протекающие транзиторные дерматозы: милиум, акне новорожденных. Наиболее часто диагностировался атопический дерматит (25 %), который является

одним из наиболее ранних, манифестирующих в грудном возрасте, хронических дерматозов, он же у 13 % явился причиной госпитализации. Несколько реже был верифицирован диагноз кандидоза (21 %). В условиях стационара часто используются антибиотики широкого спектра действия, нарушающие микробиоту кожи, а также незрелость иммунной системы детей первого года жизни. Себорейный дерматит, был зарегистрирован у 16 % пациентов данной клинической группы, по-видимому из-за того, что на 1-2 неделе жизни начинается гормональный криз, приводящий к гиперпродукции кожного сала. На первом месте среди соматических заболеваний находится обструктивный бронхит (21 %). В восьми из десяти случаев у пациентов с данным диагнозом наблюдался атопический дерматит, что косвенно указывает на наличие поливалентной сенсibilизации у детей первого года жизни. Совместными усилиями врача педиатра и дерматолога на этапе кожных проявлений возможно предотвращать дальнейшее прогрессирование атопии и манифестацию бронхообструкции путем вторичной профилактики аллергических заболеваний: своевременное и адекватное лечение атопического дерматита, минимизация контакта с аллергенами позволяет исключить рецидивы и последующее нарастание сенсibilизации. Лечение детей первого года жизни с выраженными симптомами заболеваний, требующих госпитализации, и дерматозами, как сопутствующими, так и атопическим дерматитом, требует совместных усилий дерматологов и педиатров. Задачей педиатра является терапия соматических нарушений, способствующих хроническому и более тяжелому течению кожных заболеваний. Диагностика и лечение дерматозов должны проводиться врачами дерматологами, профессионально владеющими специальными умениями, позволяющими по клинико-морфологическим признакам верифицировать диагноз и назначить оптимальную терапию, в том числе и наружную, с разработкой тактики последующих профилактических мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов.

Литература/References

1. Зверькова ФА. *Болезни кожи детей раннего возраста*. 1994; 235 с. [Zverkova PhA. *Diseases Of The Skin Of Young Children*; 1994: 235 p. (In Russian)]
2. Скрипкин ЮК, Зверькова ФА, Шарапова ГЯ, Студницин АА. Руководство по детской дерматовенерологии; 1983: 221–250. [Skripkin YuK, Zverkova PhA, Sharapova GYa, Studnitsin AA. *Manual Of Pediatric Dermatovenerology*. 1983; 221–250. (In Russian)]

3. Суворова КН. *Болезни кожи у детей первого года жизни: вопросы диагностики*. *Русский Медицинский Журнал*. 1996; (10):1. [Suvorova KN. *Skin diseases in children of the first year of life: issues of diagnosis*. *Russian Medical Journal*. 1996; (10):1. (In Russian)]

4. Голдсмит ЛА, Кац СИ, Джилкрест БА, Потекаев НИ, Львов АН. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике*. 2015; (2):1325–1345. [Goldsmith LA, Kats SI, Gilcrest BA, Potekaev NI, Lvov AN. *Fitzpatrick Dermatology In Clinical Practice*. 2015; (2):1325–1345. (In Russian)]

5. Kusters MA, Verstegen RH, Gemen EF, de Vries E. *Intrinsic defect of the immune system in children with Down syndrome: a review*. *Clinical and Experimental Immunology*. 2009; 156(2): 189–193. DOI: 10.1111/j.1365-2249.2009.03890.x.

6. Кулагин ВИ, Хамаганова ИВ, Войнич ЗВ, Китаева НВ, Колибрина АМ, Макушина ЗВ, Сафарова ГГ. *Анализ кожных заболеваний у детей и возможности их первичной профилактики (по данным детской инфекционной больницы № 8, Москва)*. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1998; (5):23–26. [Kulagin VI, Hamaganova IV, Voinich ZV, Kitaeva NV, Kolibrina AM, Makushina ZV, Safarova GG. *Analysis of skin diseases in children and the possibility of their primary prevention (according to the data of the Children's Infectious Diseases Hospital No. 8, Moscow)*. *Journal Of Dermatology And Venereology*. 1998; (5):23–26. (In Russian)]

7. Горелова ЕА, Олисова ОЮ, Усенко ДВ. *Исходы и пути оптимизации лечения ротавирусной инфекции у детей с атопическим дерматитом*. *Инфекционные болезни*. 2016; 14 (1): 80–85. [Gorelova EA, Olysova OYu, Usenko DV. *Outcomes and ways of optimizing treatment of rotavirus infection in children with atopic dermatitis*. *Infectious Diseases*. 2016; 14 (1): 80–85. (In Russian)]

8. Кузнецова ОА. *Эпидемиология заболеваемости среди допризывников и призывников*. *Уральский медицинский журнал*. 2009; (7): 56–59. [Kuznetzova OA. *Epidemiology of sickness rate among prospective conscripts and conscripts*. *Ural Medical Journal*. 2009; (7): 56–59. (In Russian)]

9. Позднякова ОН, Немчанинова ОБ, Лыкова СГ, Решетникова ТБ. *Особенности клинического течения болезней «обмена веществ» кожи у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени*. *Терапевтический архив*. 2017; (1): 49–52. [Pozdnyakova ON, Nemchaninova OB, Lykova SG, Reshetnikova TB. *Clinical features of “metabolism” diseases of the skin in patients with chronic diffuse liver diseases*. *Therapeutic Archive*. 2017; (1): 49–52. (In Russian)]

10. Русак ЮЭ, Кузьмина НВ, Анциферова ЮЕ, Улитина ИВ, Попик ОВ. Колликувативный туберкулез кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011; (4): 21–23. [Rusak YuE, Kuzmina NV, Antsiferova YuE, Ulitina IV, Popik OV. Tuberculosis cutis colliquativa. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2011; (4): 21–23. (In Russian)]

11. Амозова ИВ. Заболеваемость аллергодерматозами детей в условиях Крайнего Севера. *Актуальные вопросы дерматовенерологии*. 2003; (3): 9–10. [Amozova IV. The incidence of allergic children in the Far North. *Topical Issues Of Dermatology And Venereology*. 2003; (3): 9–10. (In Russian)]

12. Балаболкин ИИ, Булгакова ВА, Елисеева ТИ. Атопический дерматит у детей: иммунологические аспекты патогенеза и терапии. *Педиатрия*. 2017; (2):128–135. [Balabolkin II, Bulgakova VA, Eliseeva TI. Atopic dermatitis in children: immunological aspects of pathogenesis and therapy. *Pediatrics*. 2017; (2): 128–135. (In Russian)]

13. Saceres Rhos H, Rueda M, Ballona R. Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tinea capitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000; 42 (1): 80–84.

14. Кондюрина ЕГ, Филатова ТА, Елкина ТН, Зеленская ВВ, Лиханов АВ. Атонический дерматит у детей: современные эпидемиологические тенденции. *Бюллетень СО РАМН*. 2011; 24 (1): 39–44. [Kondy

urinaEG, FilatovaTA, ElkinaTN, ZelenskayaVV, Likhano vAV. Atopic eczema in children: modern epidemiological tendencies. *Bulletin of SB RAMS*. 2011; 24 (1): 39–44. (In Russian)]

15. Козырева ЛА, Ефремов АВ, Самсонова ЕН. Особенности воспалительного ответа у детей с различными формами микроспории. *Сибирское медицинское обозрение*. 2011; (4): 19–22. [Kozyreva LA, Efremov AV, Samsonova EN. Peculiarities of inflammatory response in children with different forms of dermatophytosis. *Siberian Medical Review*. 2011; (4): 19–22. (In Russian)]

Сведения об авторах

Позднякова Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект д. 52; тел: +7(913)4507131; e-mail: Bogomoltatyana@yandex.ru

Решетникова Татьяна Борисовна, д.м.н., профессор, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект д. 52; тел: +7(913)9135241; e-mail: Tatyanaresh@mail.ru

Бычков Станислав Германович, студент, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект д. 52; тел: +7(961)2283770; e-mail: Stasbychkov9409@mail.ru

Author information

Olga N. Pozdnyakova, Dr.Med.Sci., Professor, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue, Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(913)4507131; e-mail: Bogomoltatyana@yandex.ru

Tatyana B. Reshetnikova, Dr.Med.Sci., Professor, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue, Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(913)9135241; e-mail: Tatyanaresh@mail.ru

Stanislav G. Bychkov, student, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue, Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(961)2283770; e-mail: Stasbychkov9409@mail.ru

Поступила 23.11.2018 г.

Принята к печати 09.04.2019 г.

Received 23 November 2018

Accepted for publication 09 April 2019