https://doi.org/10.17116/klinderma2018172108-113

Особенности методического подхода при разработке лечебно-профилактических мероприятий по оптимизации питания и отдельных составляющих образа жизни больных псориазом

С.Г. ЛЫКОВА[1], О.Б. НЕМЧАНИНОВА[1], Т.Г. ПАВЛОВА[2], О.Н. ПОЗДНЯКОВА[1], Е.В. СВЕЧНИКОВА[3]

[1]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, Новосибирск, Россия; [2]ГБУЗ Кемеровской области «Областной клинический кожно-венерологический диспансер», 650025, Кемерово, Россия; [3]ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, 119002, Москва, Россия

Цель исследования — разработать систему лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию алиментарных нарушений и отдельных составляющих образа жизни у больных псориазом легкой и среднетяжелой степенью клинического течения, на основе комплексной оценки питания, пищевого поведения и распространенности вредных привычек.

Материал и методы. В исследование включен 261 больной вульгарным псориазом легкой и средней степени тяжести (142 мужчины и 119 женщин). Из них 101 пациент имел легкую степень тяжести дерматоза, а 160 — среднюю. Проведено комплексное обследование характера питания и составляющих образа жизни у больных псориазом с использованием клинических, аналитических и статистических методов исследования, в том числе с применением трехфакторного дисперсионного анализа.

Результаты. Выполнен анализ составляющих образа жизни 261 больного легкой и среднетяжелой формами вульгарного псориаза. Установлено, что нерациональное питание (несбалансированность продуктовых наборов, пищевого поведения; наличие вредных привычек, таких как курение, прием алкогольных напитков, дополнительное внесение поваренной соли в готовое блюдо, низкая физическая активность и отказ от приема витаминно-минеральных комплексов) утяжеляют клиническое течение заболевания. На основе выявленных нарушений разработана система мероприятий по оптимизации питания и образа жизни больных псориазом.

Заключение. Предложена многоуровневая модель оптимизации питания, включающая на первом этапе повышение уровня информированности больных псориазом в вопросах питания, на втором — оптимизацию рационов питания и составляющих образа жизни. Для осуществления на практике процесса внедрения мероприятий по оптимизации фактического питания и образа жизни у больных псориазом разработана двухуровневая структура мероприятий, включающая индивидуальный и лечебно-профилактический профиль коррекции.

Ключевые слова: псориаз, фактическое питание, тяжесть клинического течения, составляющие образа жизни, оптимизация питания и образа жизни.

Special considerations of methodical approach in the development of therapeutic and preventive measures to optimize the diet and some aspects of the lifestyle of patients with psoriasis

S.G. LYKOVA[1], O.B. NEMCHANINOVA[1], T.G. PAVLOVA[2], O.N. POZDNYAKOVA[1], E.V. SVECHNIKOVA[3]

[1]Novosibirsk State Medical University, 630091, Novosibirsk, Russia; [2]Kemerovo regional clinical dermatovenerologic dispensary, 650025, Kemerovo, Russia; [3]Polyclinic №1 of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, 119002, Moscow, Russia

Objective — the objective of the study was to develop a system of therapeutic and preventive measures aimed at correcting the nutritional disorders and individual aspects of the lifestyle of patients with mild to moderate psoriasis based on the comprehensive assessment of the diet, eating behavior, and harmful habits.

Material and methods. The study included 261 patients with mild to moderate psoriasis vulgaris (142 males and 119 females). Of these, 101 patients had mild dermatosis, and 160 patients had moderate dermatosis. We carried out a comprehensive study of diet and lifestyle factors in patients with psoriasis using clinical, analytical, and statistical research methods, including three-factor analysis of variance.

Results. We analyzed the factors of the lifestyle of 261 patients with mild to moderate psoriasis vulgaris. It was found that poor diet (imbalanced food basket and eating behavior; the presence of harmful habits, such as smoking and alcohol intake; additional salting of ready-to-eat meals; physical inactivity and refuse to take vitamin and mineral complexes) worsen the clinical course of the disease. We developed a system of measures to optimize diet and lifestyle of patients with psoriasis based on the detected disorders.

Conclusion. We suggested the multilevel model to optimize diet, which includes improvement of dietary awareness of psoriatic patients as the first stage and optimization of diet and lifestyle factors as the second stage. We developed the two-level set of measures, including individual, therapeutic, and preventive correction profile, aimed at practical implementation of measures to optimize the actual diet and lifestyle of psoriatic patients.

Keywords: psoriasis, actual diet, the severity of the clinical course, lifestyle factors, diet and lifestyle optimization.

[1]e-mail: sadv.nsk@mail.ru
[2]e-mail: p_tat@inbox.ru
[3]e-mail: elene-elene@bk.ru

© Коллектив авторов, 2018

Недостаточное внимание к полноценности и сбалансированности диетического питания и особенностям образа жизни пациента снижает эффективность лечебных мероприятий, способствует наслоению алиментарно-зависимой патологии на основное и сопутствующие заболевания, утяжелению их течения, удлинению сроков реабилитации, возникновению осложнений, повышению частоты побочных эффектов лекарственной терапии [1—3].

По мнению многих исследователей [4—7], актуальность проблемы обусловлена постоянным неуклонным ростом заболеваемости псориазом на современном этапе, а также учащением случаев тяжелых форм данного дерматоза. В Кузбассе по распространенности псориаз занимает 4-е место в структуре дерматологической заболеваемости [8]. Количество случаев заболевания с каждым годом неуклонно растет.

В лечебно-профилактических мероприятиях одно из важнейших мест принадлежит адекватному обеспечению организма энергией, макро- и микронутриентами на фоне оптимального режима питания [1, 2, 9]. Рациональная диетотерапия с использованием рационов, оптимально сбалансированных по всем основным пищевым и биологически активным веществам, совместно с коррекцией составляющих образа жизни, позволяет улучшать качество жизни больного, корригировать имеющиеся метаболические нарушения и улучшать состояние наиболее пораженных органов и систем, тем самым улучшая течение кожного процесса [2, 9, 10].

Однако проблема диетотерапии заболеваний кожи в целом и псориаза в частности остается недостаточно изученной. Некоторые составляющие образа жизни (СОЖ) — вредные привычки (употребление алкоголя и курение табачных изделий) — играют не последнюю роль в развитии псориаза, а также оказывают влияние на особенности его течения [3, 10, 11].

Цель исследования — разработать систему лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию алиментарных нарушений и отдельных СОЖ у больных псориазом с легкой и среднетяжелой степенью клинического течения, на основе комплексной оценки питания, пищевого поведения и распространенности вредных привычек.

Материал и методы

Исследования выполнены на территории Кемеровской области с участием пациентов, больных псориазом, медицинская помощь которым оказывалась на базе ГБУЗ «Кемеровский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в амбулаторных и стационарных условиях. Исследование носило выборочный характер.

Клиническую группу составил 261 больной псориазом в возрасте от 18 до 59 лет включительно, обратившийся за медицинской помощью в течение 1 года (с сентября 2014 г. по сентябрь 2015 г.). Степень течения кожного процесса у участников наблюдения — легкая и среднетяжелая в стационарной и прогрессирующей стадиях патологического процесса. Среди обследуемых были 142 (54%) мужчины, 119 (46%) женщин. Средний возраст больных псориазом женщин составил 38,1±6,2 года, мужчин — 35,5±5,9 года. Выборка осуществлялась с соблюдением репрезентативности: для ее определения использованы общепринятые методы направленного отбора. Обследованы только лица с установленным диагнозом «вульгарный псориаз», в возрасте не моложе 18 лет и не старше 60 лет. Длительность заболевания псориазом варьировала от 6 мес до 40 лет (в среднем 8 лет 7 мес).

В 1-й возрастной группе (18—29 лет) обследованы 37,3% пациентов мужского пола, 26,9% женского; во 2-й возрастной группе (30—59 лет) — 62,7 и 73,1% соответственно. Все больные псориазом были распределены в две группы в зависимости от степени тяжести клинического течения: с легкой степенью тяжести по индексу PASI (от 0 до 9,9 балла включительно), со средней степенью тяжести (от 10 до 29,9 балла) [12].

Легкая форма псориаза характеризовалась наличием ограниченного процесса, единичных папул на коже разгибательных поверхностей верхних и/или нижних конечностей, туловища, волосистой части головы. Индекс PASI составлял от 0 до 9,9 балла, обострения случались 1—2 раза в год. При средней форме заболевания процесс был более распространенным; высыпания имели более яркий цвет, отмечались выраженная инфильтрация и шелушение, которые без лечения довольно быстро увеличивались в размерах. Часто больных беспокоил зуд от умеренного до интенсивного. Индекс PASI находился в диапазоне от 10 до 29,9 балла, частота обострений — 2—3 раза в год.

Информацию о питании и пищевом статусе больных собирали с помощью клинических, антропометрических, биохимических и гигиенических методов.

В ходе выполнения исследования анализировали фактическое питание, пищевое поведение, пищевой статус больных псориазом, клиническое течение заболевания, медицинскую документацию. Проведено клиническое исследование и анкетирование по изучению пищевого поведения и составляющих образа жизни, заполнены карты оценки состояния здоровья пациентов с псориазом, опросник по оценке фактического неорганизованного питания. Пациенты, страдающие вульгарным псориазом легкой и средней степени тяжести, вступали в исследование сугубо добровольно и подписывали ин-

формированное согласие на участие в исследованиях и обработку персональных данных, с соблюдением конфиденциальности во всех документах обследования.

Полученные данные статистически были обработаны методами параметрической и непараметрической статистики, корреляционного и многофакторного дисперсионного анализа с использованием пакета Statistica 6.0, модулей «Основные статистики и таблицы», «Непараметрическая статистика», «Дисперсионный анализ» (лицензионное соглашение AXXR009E747530FAN25). Поиск различий в средних значениях показателей, в случае наличия нормального закона распределения, осуществляли с помощью *t*-критерия Стьюдента, в случае отсутствия нормального закона распределения — с помощью критерия Манна—Уитни. Для выявления связи в таблицах сопряженности применяли критерий χ^2. Различия в исследуемых группах оценивали с помощью углового преобразования Фишера [13]. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости ($p \leqslant 0,05$).

Для анализа фактического питания и пищевого поведения больных псориазом была использована трехуровневая иерархия; были проанализированы СОЖ исследуемых больных с использованием формулы:

$$СОЖ=0,5\times X_{1.1}+0,2\times X_{1.2}+0,3\times X_{1.3}$$

Первый уровень иерархии состоял из трех компонент:

1.1 — прием продуктов питания;

1.2 — режим питания;

1.3 — вредные привычки.

Второй уровень модели — составляющие компонент первого уровня. Так, составляющая сбалансированности потребления продуктов питания 1.1 на втором уровне модели была разбита на компоненты: частота употребления в рационе питания рекомендуемых продуктов — 2.1.1, условно допустимых продуктов — 2.1.2, недопустимых продуктов — 2.1.3. На третьем уровне происходило ранжирование составляющих второго уровня на компоненты.

Для расчета весовых коэффициентов, используемых при анализе рациональности фактического питания, на первоначальном этапе исследования были построены таблицы сопряженности с оценкой связи между частотой употребления продукта и тяжестью клинического течения дерматоза. Чем меньше был уровень значимости (*p*), тем больше были различия и тем больший весовой коэффициент имел данный показатель в комплексной оценке. Кроме того, учитывалась и близость фактического потребления отдельного пищевого продукта к нормируемому уровню. После того как ответы пациентов были перекодированы в количественную шкалу, оценивали различия оптимального количества потребления необходимых продуктов питания. Каждый из компонент изменялся в пределах от 0 до 1. Чем ближе было значение показателя к 1, тем рациональнее было количество данного продукта питания [14].

При количественном анализе включения в рацион продуктов, рекомендуемых в лечебном питании при псориазе, различия в группах оценивали с помощью критерия Манна—Уитни. При назначении весовых коэффициентов для составляющих учитывали не только уровень значимости различий, но и близость значения показателя к 1.

Анализ режима питания (1.2) состоял из оценки следующих компонент: 2.2.1 — кратность приема пищи, 2.2.2 — наличие завтраков, 2.2.3 — приемы пищи на работе, 2.2.4 — прием пищи перед сном, 2.2.5 — питьевой режим.

После перекодировки значений остальных показателей и выявления различий в их средних значениях в группах пациентов с различной степенью тяжести заболевания были определены весовые коэффициенты для комплексной оценки режима питания.

Анализ процесса курения (2.3.1) содержал информацию о стаже курения (3.3.1.1) и количестве сигарет (3.3.1.2), употребляемых в сутки. Показатель, характеризующий стаж курения, был переведен в диапазон [0; 1].

Аналогично оценивали употребление алкогольных напитков (2.3.2), учитывая информацию о том, какие спиртные напитки употребляет пациент (3.3.2.1), о частоте (3.3.2.2) и количестве употребления (3.3.2.3). В случае отказа пациентов от употребления алкогольных напитков значения данных показателей приравнивали к 1. В случае употребления пациентами спиртных напитков ежедневно и больше условной нормы значения соответствующих показателей приравнивали к 0.

Для анализа наличия у пациента нездоровой привычки «досаливание продуктов» (2.3.3) была введена шкала: 1 — пациент не досаливает продукты; 0,1 — досаливает иногда; 0 — досаливает всегда.

Чем более выраженными были у пациента вредные привычки, тем ближе было значение показателя $X_{1.3}$ к 0. В случае отсутствия у пациента всех трех вредных привычек значение показателя $X_{1.3}=1$.

Результаты и обсуждение

Проанализированы СОЖ больных псориазом с помощью трехфакторного дисперсионного анализа. Выявлены различия по полу ($p=0,01$), возрасту ($p=0,002$), тяжести патологического процесса ($p=0,0001$) и взаимосвязи факторов пола, возраста, тяжести заболевания ($p=0,019$) **(рис. 1)**.

В ходе исследований установлено, что более правильный образ жизни (в том числе рациональнее питаются, лучше соблюдают режим питания, избе-

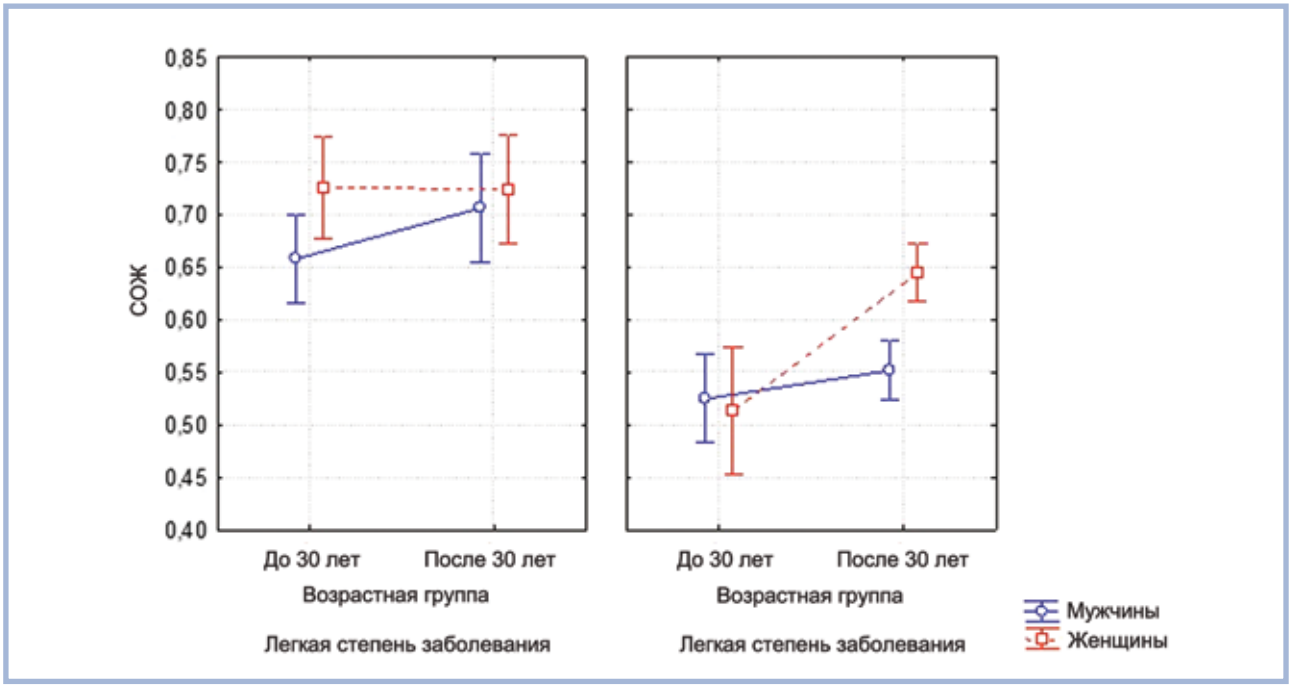

Рис. 1. **Анализ зависимости СОЖ от пола, возраста и тяжести клинического течения псориаза.**

гают вредных привычек, таких как курение, прием алкогольных напитков, досаливание готовых блюд) ведут больные псориазом (мужчины и женщины) с легким клиническим течением заболевания по сравнению с больными, имеющими среднетяжелую форму.

Женщины с легким клиническим течением заболевания в обеих возрастных группах ведут более правильный образ жизни в сравнении с мужчинами. В то же время мужчины с легким клиническим течением псориаза в младшей возрастной группе (18—29 лет) ведут менее правильный образ жизни в сравнении с мужчинами старшей возрастной группы (30—59 лет), которые стремятся изменить свои стереотипы питания и образа жизни в лучшую сторону. Пациенты обоего пола со среднетяжелой формой псориаза ведут менее рациональный образ жизни с точки зрения сбалансированности рационов, режимов питания, частоты встречаемости вредных привычек, таких как дополнительное внесение поваренной соли в готовые блюда, фактора курения (стаж, количество сигарет) и употребления алкоголя. График средних значений у женщин со среднетяжелой формой псориаза демонстрирует стремление к более правильному образу жизни с увеличением возраста, в группе мужчин независимо от возраста это стремление выражено незначительно. В сравнении с женщинами мужчины старшей возрастной группы ведут менее рациональный образ жизни.

Результаты проведенной комплексной оценки фактического питания у больных псориазом показали, что оно характеризуется недостаточной частотой употребления продуктов, рекомендуемых в лечебном питании. Вместе с тем питание больных с легким клиническим течением псориаза отличается большей рациональностью потребления рекомендуемых продуктов в сравнении с пациентами с клиническим течением средней тяжести (p=0,0001). Пациенты с клиническим течением дерматоза средней тяжести чаще употребляют недопустимые продукты, чем пациенты с легким течением (p=0,0001).

У больных со средней степенью тяжести процесса чаще отмечают нерациональный режим питания в течение суток, характеризующийся недостаточной кратностью приемов пищи, отсутствием или нерегулярными приемами пищи перед и во время работы, временны́м интервалом между последним приемом пищи и сном (p=0,0001) в сравнении с пациентами с легким течением псориаза. СОЖ характеризовались более выраженной нерациональностью у больных со средней тяжестью течения по сравнению с больными с легким течением по наличию нездоровой привычки дополнительного внесения поваренной соли в готовые блюда (p=0,0001), а также вредных привычек — употребления алкогольных напитков (p=0,02) и курения табачных изделий. Вместе с тем результаты исследования показали, что более правильный образ жизни ведут пациентки женского пола в сравнении с мужчинами независимо от возрастной группы и степени тяжести клинического течения псориаза.

Заключение

В результате проведенной комплексной оценки питания и отдельных СОЖ и у больных псориазом



Рис. 2. **Структура мероприятий по оптимизации питания больных псориазом.**

установлено, что выявленные нарушения (разбалансированность суточных рационов, недопотребление продуктов — источников белка, витаминов и микроэлементов, недостаточная кратность приема пищи в течение суток, отсутствие завтраков по утрам, отсутствие или нерегулярные приемы пищи перед и во время работы, временные интервалы между последним приемом пищи и сном, прием продуктов, не рекомендуемых в лечебном питании, досаливание готовой пищи, прием алкоголя и курение, отказ от занятий физической культурой) оказывают влияние на клиническое течение псориаза. Результаты исследования подтверждают, с одной стороны, полиэтиологическую природу заболевания, а с другой — недостаточное внимание и готовность лечащих врачей к коррекции этих факторов при комплексной терапии заболевания.

На основании выявленных нарушений у больных псориазом предложена многоуровневая модель оптимизации питания, на первом этапе включающая повышение уровня информированности больных псориазом в вопросах питания, на втором — оптимизацию рационов питания, в том числе нормализацию режимов питания (кратность не менее 4 раз в сутки с обязательным включением завтраков; последний прием пищи не позднее, чем за 3 ч до сна). При рационализации рационов необходимо увеличить поступление белка и витаминов группы A, C, B, E, D, минеральных веществ (кальция, хрома, меди, цинка, селена, йода), с одновременным уменьшением поступления насыщенных жиров и простых углеводов посредством увеличения потребления мясных, молочных продуктов и рыбы нежирных сортов, субпродуктов, овощей, фруктов, ягод и цельнозерновых продуктов, ограничения сливочного масла, сала, жирной мясной гастрономии. Кроме того, необходимо исключить из рациона продукты, обладающие высоким аллергизирующим потенциалом.

Для осуществления на практике процесса внедрения оптимизации фактического питания у больных псориазом разработана двухуровневая структура мероприятий **(рис. 2)**.

Сведения об авторах:
Т.Г. Павлова — http://orcid.org/0000-0002-9411-4636
Е.В. Свечникова — http://orcid.org/ 0000-0002-5885-4872

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Суханов Б.П., Керимова М.Г., Елизарова Е.В. Актуальные аспекты надзора за диетическим лечебным и профилактическим питанием в медицинских организациях. *Вопросы питания.* 2014;83(1):12-19. [Sukhanov BP, Kerimova MG, Elizarova EV. Relevant aspects of supervision of dietary therapeutic and preventive nutrition in healthcare organizations. *Vopr pitaniya.* 2014;83(1):12-19. (In Russ.)].
2. Медведев Ж. *Питание и долголетие.* М.: Время. 2011;528. [Medvedev Zh. *Pitanie i dolgoletie.*. M.: Vremja, 2011;528. (In Russ.)].
3. Шагиева Д.Р., Гатин Ф.Ф., Юсупова Л.А. Клиническая эффективность медико-социальной профилактики сопутствующих хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами. *Общественное здоровье и здравоохранение.* 2011;1:71-75. [Shagieva DR,

Gatin FF, Yusupova LA. Clinical efficacy of medical and social prevention of related chronic dermatoses in patients with mental disorders. *Obshchestv zdorov'e i zdravookhranenie*. 2011;1:71-75. (In Russ.)].

4. Горланов И.А, Микиртичан Г.Л., Заславский Д.В. и др. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011;1:36-40. [Gorlanov IA Mikirtichan GL, Zaslavskiy DV et al. Clinical and sociological problems of compliance in pediatric dermatology. *Vestn. dermatologii i venerologii*. 2011;1:36-40. (In Russ.)].
5. Бакулев А.Л. Метотрексат: к вопросу об эффективности и безопасности применения препарата у больных псориазом. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017;1:38-45. [Bakulev AL. Methotrexate: Revisited efficiency and safety of drug administration in psoriasis patients. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2017;1:38-45. (In Russ.)]. https://doi.org/10.25208/0042-4609-2017-0-1-38-45
6. Кунгуров Н.Н., Матусевич С.Л., Филимонкова Н.Н., Бахлыкова Е.А. Псориатическая болезнь и коморбидности. Тюмень: РИЦ «Айвекс». 2015;232. [Kungurov NN, Matusevich SL, Filimonkova NN, Bahlykova EA. *Psoriaticheskaja bolezn' i komorbidnosti*. Tjumen': RIC «Ajveks». 2015;232. (In Russ.)].
7. Kokpol C. Prevalence of metabolic syndrome in Thai psoriasis patients at a tertiary care center. *J Am Acad Dermatol*. 2011;326:3369.
8. *Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения за 2015* г.: форма №12, утв. приказом Росстата №591 от 27.11.15. [*Svedenija o chisle zabolevanij, zaregistrirovannyh u pacientov, prozhivajushhih v rajone obsluzhivanija lechebnogo uchrezhdenija za 2015 g*: forma №12, utv. prikazom Rosstata №591 ot 27.11.15. (In Russ.)].
9. Кочергин Н.Г. Последние тренды в лечении псориаза. *Лечащий врач*. 2011;5:42-45. [Kochergin NG. Recent trends in treatment of psoriasis. *Lechashchii vrach*. 2011;5:42-45. (In Russ.)].
10. Чикин В.В., Знаменская Л.Ф., Минеева А.А. Патогенетические аспекты лечения больных псориазом. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014;5:86-90. [Chikin VV, Znamenskaya LF, Mineeva AA. Pathogenetic aspects of the treatment of patients with psoriasis. *Vestn dermatologii i venerologii*. 2014;5:86-90. (In Russ.)].
11. Глебова Л.А. и др.*Социально-гигиенические проблемы охраны здоровья населения Кузбасса*. Материалы юбилейной научно-практическая конференции, посвященной 90-летию создания государственной санитарно-эпидемиологической службы России. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2012;202. [Glebova LA, et al. *Social'no-gigienicheskie problemy ohrany zdorov'ja naselenija Kuzbassa*: materialy jubil. nauch.-prakt. konf., posvjashh. 90-letiju sozdanija gos. sanitar.-jepidemiol. sluzhby Rossii. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat, 2012;202. (In Russ.)].
12. *Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем*. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016;768. [*Federal'nye klinicheskie rekomendacii. Dermatovenerologija 2015: Bolezni kozhi. Infekcii, peredavaemye polovym putem*. 5-e izd., pererab. i dop. M.: Delovoj jekspress. 2016;768. (In Russ.)].
13. Наследов А. *IBM SPSS Statistica 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных*. СПб. 2013;416. [Nasledov A. *IBM SPSS Statistica 20 i AMOS: professional'nyj statisticheskij analiz dannyh*. Sankt-Petersburg. 2013;416. (In Russ.)].
14. Халафян А.А. *Statistica 6*. Статистический анализ данных. 2-е изд., переработ. и дополн. Учебник. М. 2013;528. [Halafjan AA. *Statistica 6. Statisticheskij analiz dannyh*. 2-e izd., pererabot. i dopoln. Uchebnik. M. 2013;528. (In Russ.)].

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Лыкова С.Г., Немчанинова О.Б., Павлова Т.Г., Позднякова О.Н., Свечникова Е.В. Особенности методического подхода при разработке лечебно-профилактических мероприятий по оптимизации питания и отдельных составляющих образа жизни больных псориазом. Клиническая дерматология и венерология. 2018;17(2):108-113. https://doi.org/10.17116/klinderma2018172108-113

TO CITE THIS ARTICLE:
Lykova SG, Nemchaninova OB, Pavlova TG, Pozdnyakova ON, Svechnikova EV. Special considerations of methodical approach in the development of therapeutic and preventive measures to optimize the diet and some aspects of the lifestyle of patients with psoriasis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2018;17(2):108-113. https://doi.org/10.17116/klinderma2018172108-113