



¹ Национальный
медицинский
исследовательский
центр здоровья детей,
Москва

² Московский
государственный
университет
им. М.В. Ломоносова

³ Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

⁴ Центральная
государственная
медицинская академия
Управления делами
Президента РФ,
Москва

⁵ Национальный
медицинский
исследовательский
центр эндокринологии,
Москва

Влияние элиминационной диеты на качество жизни и пищевое поведение детей с тяжелой формой атопического дерматита и пищевой аллергией

Е.Е. Емельяшенков¹, С.Г. Макарова, д.м.н., проф.^{1, 2},
Н.Н. Мурашкин, д.м.н., проф.^{1, 3, 4}, А.А. Галимова¹, И.Ю. Пронина^{1, 5},
Д.С. Ясаков¹

Адрес для переписки: Евгений Евгеньевич Емельяшенков, dkswdsmail@mail.ru

Для цитирования: Емельяшенков Е.Е., Макарова С.Г., Мурашкин Н.Н. и др. Влияние элиминационной диеты на качество жизни и пищевое поведение детей с тяжелой формой атопического дерматита и пищевой аллергией. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (19): 30–35.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-19-30-35

Течение атопического дерматита, осложненного пищевой аллергией, а также соблюдение элиминационной диеты способны значительно ухудшить качество жизни больного и оказать влияние на его пищевое поведение.

Цель исследования – оценить влияние элиминационной диеты на показатели качества жизни и пищевого поведения детей, страдающих тяжелой формой атопического дерматита и пищевой аллергией.

Материал и методы. В исследование были включены 82 ребенка, госпитализированных в отделение дерматологии с группой лазерной хирургии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей с сентября 2021 г. по май 2022 г., в возрасте от 4 до 13 лет 11 месяцев. У всех детей были определены антропометрические показатели физического развития, индекс влияния атопического дерматита на качество жизни, оценены параметры пищевого поведения, проведен биоимпедансный анализ состава тела и анализ химического состава рациона.

Результаты. Течение атопического дерматита оказывало очень сильное и сильное влияние на качество жизни – у 25,6 и 39,0% из обследованных детей соответственно. Наибольшее влияние на качество жизни оказывали зуд у 83,6% детей и нарушение сна у 86,6% детей. При оценке пищевого поведения отмечалось повышение показателей «склонность к эмоциональному недоеданию», «медленный прием пищи» и «желание пить» и понижение показателя «степень получения наслаждения от пищи». При анализе антропометрических показателей была установлена корреляция между ВАЗ, показателем качества жизни ($r = -0,44$; $p = 0,01$) и показателем «степень получения наслаждения от пищи» ($r = 0,19$; $p = 0,01$). Также была выявлена положительная корреляция между показателем качества жизни, продолжительностью заболевания ($r = 0,57$; $p = 0,01$) и числом исключенных из рациона групп продуктов ($r = 0,51$; $p = 0,03$). Была выявлена отрицательная корреляция между показателями качества жизни, «общая реакция на пищу» ($r = -0,49$; $p = 0,04$) и «степень получения наслаждения от пищи» ($r = -0,57$; $p = 0,01$).

Заключение. Элиминационная диета оказывает значительное влияние на качество жизни и пищевое поведение детей с тяжелой формой атопического дерматита и пищевой аллергией. Это говорит о том, что диета должна быть строго обоснована как по набору исключенных продуктов, так и по ее продолжительности.

Ключевые слова: дерматология, педиатрия, атопический дерматит, пищевая аллергия, элиминационная диета, качество жизни, пищевое поведение



Введение

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением. Длительное течение данной патологии может увеличить вероятность развития других атопических заболеваний, приводя к атопическому маршу. Одним из главных триггеров возникновения и ухудшения симптомов АтД, в особенности у детей раннего возраста, служит пищевая аллергия (ПА), основным методом лечения которой в настоящее время является элиминационная диета. В зависимости от провоцирующих антигенов из рациона могут быть исключены многие продукты, в том числе молоко и кисломолочные продукты, куриные яйца, рыба и морепродукты [1]. Данные продукты являются критически важными для развития ребенка из-за содержащихся в них макро- и микронутриентов.

Различные факторы – зуд, ограничения, связанные с болезнью и ее лечением, – способны оказывать влияние на психологическое состояние ребенка. Так, показано, что при среднетяжелой и тяжелой формах АтД качество жизни ребенка может быть ниже, чем при сахарном диабете, псориазе или бронхиальной астме [2]. В исследовании R.X. Foong и соавт. у детей с не-IgE-опосредованной ПА были худшие физические показатели качества жизни, чем у детей с IgE-опосредованной ПА, и более низкие эмоциональные функциональные оценки, чем у детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. Есть работы, в которых оценено влияние длительного соблюдения диеты детьми с АтД, – качество жизни в целом снижалось больше у детей с большим количеством симптомов и большим количеством исключенных из рациона продуктов [3]. Обращает на себя внимание более низкое качество жизни детей с аллергией к белкам коровьего молока по сравнению с детьми с ПА к другим продуктам [2, 4]. В спектр изменений чаще всего входят апатия, повышенная возбудимость и субъективная усталость [5].

Также у детей, находящихся на длительной элиминационной диете, в основном назначенной в раннем возрасте, могут формироваться определенные особенности пищевого поведения. Известными проблемами являются формирование необычных пищевых и вкусовых предпочтений (например, любовь к горькому вкусу при длительной безмолочной диете в раннем возрасте) [6, 7] и пищевая неophobia – негативная реакция ребенка при введении новых продуктов (отказ от продуктов со сложной текстурой или требующих долгого пережевывания при исключении большого количества продуктов в раннем возрасте) [3, 8].

Цель исследования – изучение влияния элиминационной диеты на показатели качества жизни и пищевого поведения детей, страдающих тяжелой формой атопического дерматита и пищевой аллергией.

Материал и методы

В исследование было включено 82 ребенка, госпитализированных в отделение дерматологии с группой лазерной хирургии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей с сентября 2021 г. по май 2022 г. Критерии включения: возраст от 4 до 13 лет 11 месяцев; диагностированный тяжелый атопический дерматит (индекс SCORAD выше 50).

В исследование не включались дети с неаллергическими сопутствующими заболеваниями, способными значительно повлиять на нутритивный статус и пищевое поведение.

В ходе исследования были проанализированы данные историй болезни детей. При анализе были учтены такие данные анамнеза, как возраст первых проявлений АтД, возраст установления диагноза, наличие сопутствующих атопических заболеваний, соблюдение элиминационной диеты (длительность, состав и строгость следования рекомендациям).

Для оценки качества жизни детей использовали опросник Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) [9]. Для подсчета результатов в опроснике использовали балльную систему: очень сильно/не смог пойти в школу – 3 балла; довольно сильно – 2 балла; совсем немного – 1 балл; никогда – 0 баллов. Для оценки влияния АтД на качество жизни ребенка использовали следующую балльную систему: 0–1 балл – заболевание не оказывает влияния на жизнь ребенка; 2–6 баллов – оказывает слабое влияние; 7–12 баллов – оказывает среднее влияние; 13–18 баллов – оказывает сильное влияние; 19–30 баллов – оказывает очень сильное влияние [10].

Для оценки пищевого поведения детей использовали опросник Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) [11]. Опросник содержит 35 вопросов, позволяющих оценить тот или иной параметр по шкале от 1 до 5 баллов с целью последующей оценки таких параметров, как food responsiveness (общая реакция на еду), emotional overeating (склонность к эмоциональному перееданию), enjoyment of food (степень получения наслаждения от еды), desire to drink (желание пить), satiety responsiveness (реакция на чувство сытости), slowness in eating (склонность к замедленному поглощению пищи), emotional undereating (склонность к эмоциональному недоеданию) и food fussiness (склонность к ускоренному поглощению пищи).

Антропометрические показатели определяли с помощью программы WHO AnthroPlus (WHO AnthroPlus for personal computers Manual, 2009; WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006) [12]. Для установления нутритивного статуса определяли показатели weight-for-age (вес по возрасту, WAZ), height-for-age (рост по возрасту, HAZ) и BMI-for-age (индекс массы тела по возрасту, BAZ).

Оценку фактического питания по результатам анализа химического состава рациона проводили с помощью программного обеспечения Nutrilogic [13]



анкетно-опросным методом со сбором данных о съеденной пище за последние три дня. Для расчета рационов использовали данные о химическом составе и энергетической ценности продуктов питания [14, 15].

Оценку компонентного состава тела проводили с помощью метода биоимпедансного анализа (БИА) – метода функциональной диагностики, основанного на измерении электрической проводимости и определении электрического сопротивления различных тканей всего тела или каких-либо его частей в отдельности. Исследование проводили с помощью биоимпедансного анализатора ABC-01 «Медасс» с предварительным измерением роста, массы тела, окружности талии и бедер ребенка [16]. При проведении БИА определяли показатели тощей массы тела

(ТМ), жировой массы тела (ЖМ), активной клеточной массы тела и ее процентной доли (АКМ и %АКМ соответственно), скелетно-мышечной массы (СКМ), удельного основного обмена (УОО), фазового угла (ФУ) и внеклеточной жидкости (ВКЖ).

Статистический анализ данных проводили при помощи программы IBM SPSS Statistics 26 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY:IBM Corp.). Клинические данные представлены с использованием медианы (Me) и квартилей 25% и 75% (Q25; Q75). Полученные выборки тестировали на нормальность при помощи критерия Смирнова – Колмогорова. Для определения корреляции между выборками использовали критерий Спирмена и U-критерий Манна – Уитни. Для сравнения качественных данных применяли метод хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Сила корреляции считалась слабой при $r = 0-0,299$, средней – при $r = 0,3-0,699$, сильной – при $r = 0,7-1,0$.

Таблица 1. Анализ влияния течения АтД на различные аспекты жизни детей (n = 82), абс. (%)

Аспект жизни детей	Степень влияния АтД			
	Очень сильное	Сильное	Слабое	Отсутствует
Беспокойство, связанное с зудом	25 (28,7)	45 (54,9)	10 (12,2)	2 (2,4)
Влияние состояния кожи на общее самочувствие	27 (32,9)	25 (28,7)	20 (24,4)	10 (12,2)
Взаимоотношения с другими людьми	7 (8,5)	28 (34,1)	31 (37,8)	16 (19,6)
Необходимость подбора специальной одежды	2 (2,4)	8 (9,8)	12 (14,6)	60 (73,1)
Ограничение досуга (развлечения)	17 (20,7)	11 (13,4)	25 (30,5)	29 (35,4)
Ограничение досуга (спорт и плавание)	30 (36,6)	0 (0)	0 (0)	52 (63,4)
Затруднение обучения в школе	7 (8,5)	17 (20,7)	5 (6,1)	53 (64,6)
Нарушение сна	41 (50,0)	30 (36,6)	3 (3,8)	7 (8,5)
Влияние процесса лечения на самочувствие	22 (26,8)	35 (42,7)	0 (0)	25 (30,5)

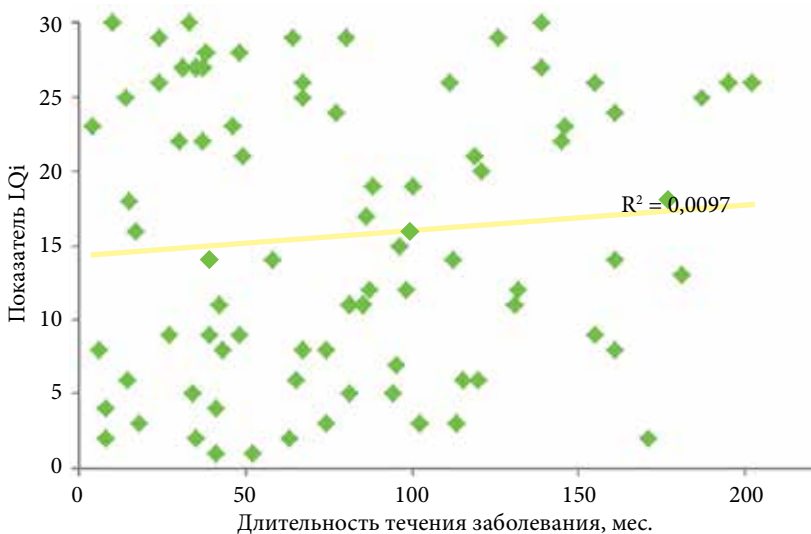


Рис. 1. Корреляция между продолжительностью заболевания и показателем LQI (n = 82)

Результаты

В обследованной группе было 82 ребенка в возрасте от 4 лет до 13 лет 11 месяцев (средний возраст составил 125 (89; 139) месяцев), из них 49 (59,8%) детей были мальчиками.

В результате анализа данных, полученных с помощью опросника CDLQ_i, был определен показатель влияния на качество жизни (LQ_i, Life Quality index). В исследуемой группе течение АтД оказывало очень сильное влияние на жизнь 21 ребенка (25,6%), сильное – на жизнь 32 (39,0%) детей. У 18 (22,0%) детей течение основного заболевания оказывало среднее влияние на жизнь, у 11 (13,4%) – слабое. Не было детей, на жизнь которых течение АтД не оказывало существенного влияния. При оценке степени влияния на качество жизни детей различных факторов наибольшее снижение качества жизни (очень сильное и сильное влияние на жизнь) вызывали зуд (83,6% детей), чувство стыда и огорчение в связи с состоянием кожи (61,6%), нарушение сна (86,6%), процесс лечения заболевания (69,5% детей) (табл. 1). При анализе антропометрических показателей статистически значимой корреляции между показателем качества жизни и HAZ детей выявлено не было ($r = 0,22$). Была установлена средняя отрицательная корреляция между показателем LQ_i и BAZ ($r = -0,44$; $p = 0,01$), средняя положительная корреляция между продолжительностью заболевания и показателем LQ_i ($r = 0,57$; $p = 0,01$) (рис. 1).

Анализ данных, полученных с помощью опросника SEVQ, показал, что для детей данной подгруппы было более характерно преобладание таких форм пищевого поведения, как «склонность к эмоциональному недоеданию», «медленный прием пищи» и «желание пить». Не было характерно повышение таких показателей, как «общая реакция на пищу», «реакция на чувство сытости», «склонность к ускоренному поглощению пищи» и «склонность к эмоциональному перееданию». Отмечалось снижение показателя



«степень получения наслаждения от пищи» (табл. 2). Была выявлена средняя отрицательная корреляция между показателями LQ_i, «общая реакция на пищу» ($r = -0,49$; $p = 0,04$) и «степень получения наслаждения от пищи» ($r = -0,57$; $p = 0,01$) (рис. 2, 3).

Также была установлена слабая положительная корреляция между показателем «степень получения наслаждения от пищи» и BAZ ($r = 0,19$; $p = 0,01$), средняя отрицательная корреляция между продолжительностью заболевания и показателем «степень получения наслаждения от пищи» ($r = -0,57$; $p = 0,01$) и средняя положительная – между продолжительностью заболевания и показателем «склонность к эмоциональному недоеданию» ($r = 0,63$; $p = 0,01$).

БИА был проведен у 64 (78,1%) детей. Сниженный показатель ЖМ был определен у 14 (21,9%) детей, ТМ – у 17 (26,6%), АКМ и %АКМ – у 20 (31,3%) и 19 (29,7%) соответственно, СКМ – у 9 (14,1%) детей, УОО – у 16 (25,0%), ФУ – у 7 (11,0%), ВКЖ – у 30 (46,9%) детей. Показана средняя отрицательная корреляция между показателем LQ_i детей и ФУ ($r = -0,50$; $p = 0,03$) и средняя положительная корреляция между желанием пить и ВКЖ ($r = 0,56$; $p = 0,01$).

При анализе особенностей рациона детей в исследуемой подгруппе была установлена средняя положительная корреляция между показателем LQ_i детей и числом исключенных из рациона групп продуктов ($r = 0,51$; $p = 0,03$) (рис. 2). Также была установлена слабая отрицательная корреляция между числом исключенных из рациона групп продуктов и показателями «степень получения наслаждения от пищи» ($r = -0,11$; $p = 0,04$) и «общая реакция на пищу» ($r = -0,21$; $p = 0,01$) (рис. 4, 5).

Было установлено, что в исследуемой группе 56 (68,3%) детей строго соблюдали назначенную элиминационную диету. При этом у таких детей показатель LQ_i был значимо выше, чем у детей, не соблюдавших диету ($p = 0,02$). Также у детей, строго соблюдавших диету, показатели «общая реакция на пищу» и «степень получения наслаждения от пищи» были значимо ниже ($p = 0,01$ и $p = 0,01$ соответственно), а показатель «склонность к эмоциональному недоеданию» – выше ($p = 0,04$).

Безмолочной диеты придерживались 29 (35,4%) детей, в этой подгруппе показатель LQ_i был значимо выше, чем у детей, получавших молоко и молочные продукты с рационом ($p = 0,01$). У детей на безмолочной диете также показатели «общая реакция на пищу» и «степень получения наслаждения от пищи» были значимо ниже ($p = 0,01$ и $p = 0,01$ соответственно), а показатель «желание пить» – выше ($p = 0,03$).

Анализ химического состава рациона был проведен у всех детей исследуемой группы. Установлена слабая отрицательная корреляция между показателем LQ_i и количеством получаемых углеводов ($r = -0,12$; $p = 0,02$) (рис. 3), слабая отрицательная корреляция между показателем «склонность к замедленному поглощению пищи» и количеством получаемых углеводов ($r = -0,18$; $p = 0,01$) (рис. 6).

Таблица 2. Оценка различных аспектов пищевого поведения у детей и их корреляции с антропометрическими показателями ($n = 82$)

Показатель	Среднее значение в подгруппе	Значимость корреляции с HAZ (p)	Значимость корреляции с BAZ (p)
Общая реакция на пищу	16 (14; 18)	0,19	0,38
Склонность к эмоциональному перееданию	8 (7; 11)	0,21	0,14
Склонность к эмоциональному недоеданию	18 (16; 20)	0,32	0,17
Степень получения наслаждения от пищи	7 (5; 9)	0,24	0,01
Желание пить	12 (11; 13)	0,34	0,27
Реакция на чувство сытости	16 (14; 18)	0,27	0,35
Склонность к замедленному поглощению пищи	17 (16; 18)	0,31	0,12
Склонность к ускоренному поглощению пищи	13 (12; 14)	0,29	0,23

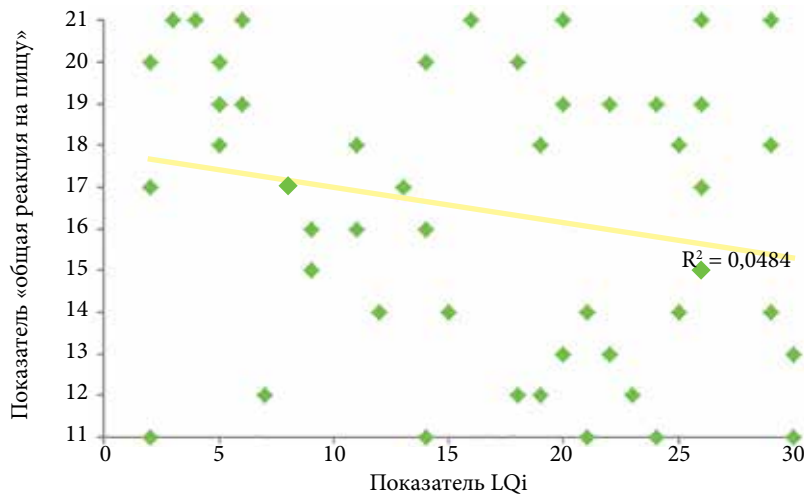


Рис. 2. Корреляция между показателями LQ_i и «общая реакция на пищу» ($n = 82$)

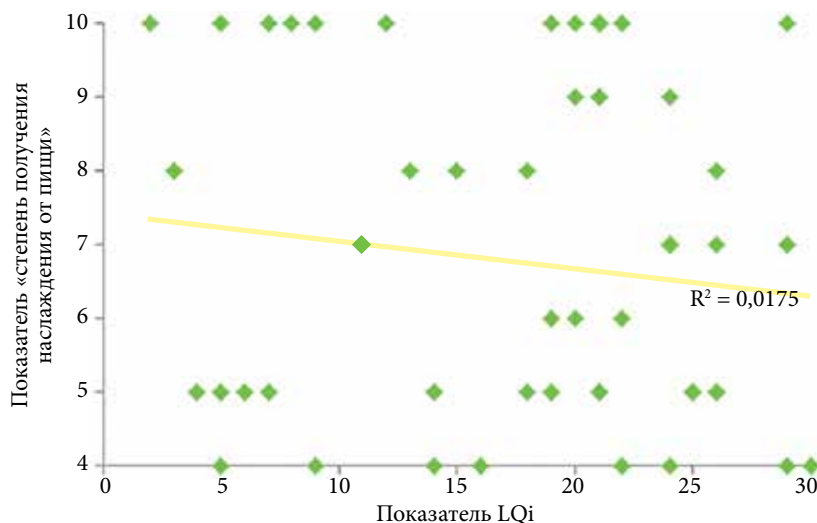


Рис. 3. Корреляция между показателями LQ_i и «степень получения наслаждения от пищи» ($n = 82$)

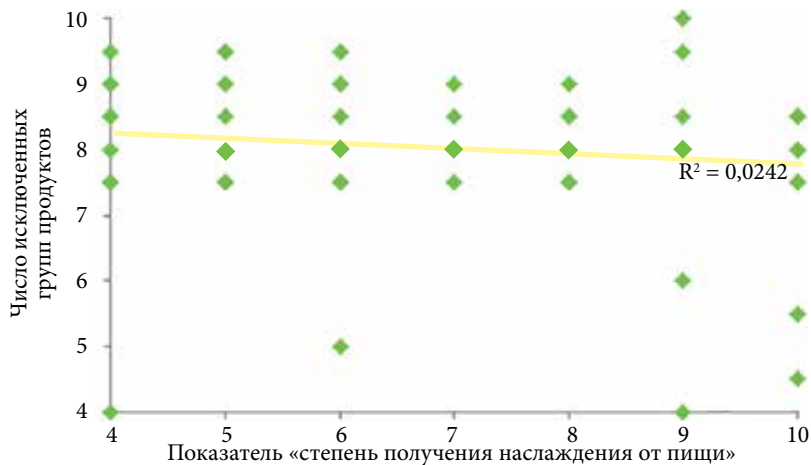


Рис. 4. Корреляция между показателем «степень получения наслаждения от пищи» и числом исключенных из рациона групп продуктов (n = 92)

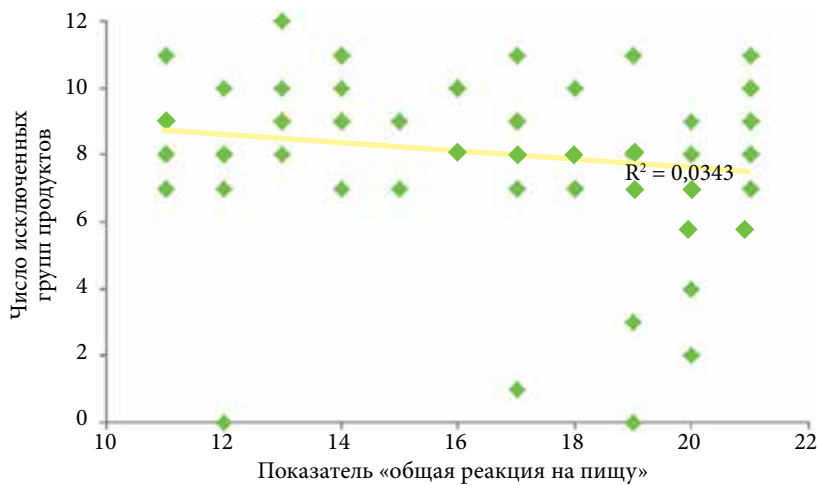


Рис. 5. Корреляция между показателем «общая реакция на пищу» и числом исключенных из рациона групп продуктов (n = 92)

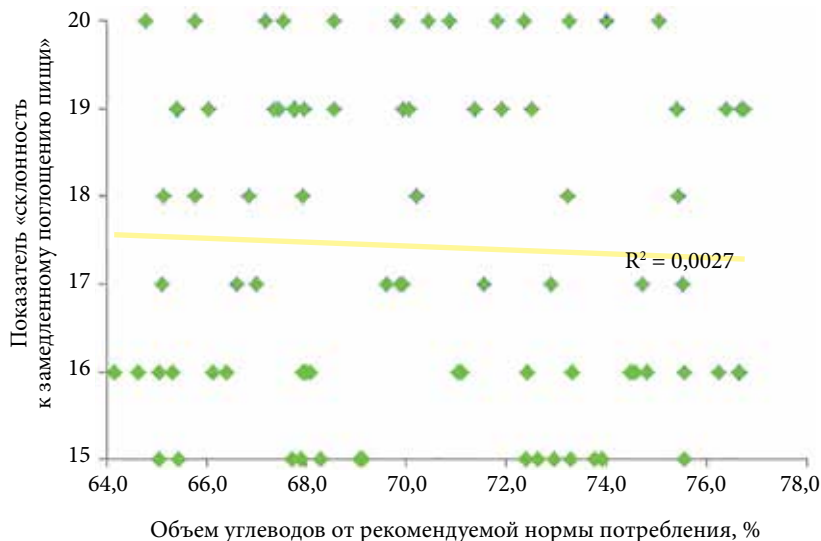


Рис. 6. Корреляция между показателем «склонность к замедленному поглощению пищи» и количеством получаемых углеводов (n = 92)

Обсуждение

Настоящее исследование показало, что преобладающими факторами течения АтД, влияющими на качество жизни страдающих им детей, являются зуд, нарушение сна, эмоциональный дискомфорт, связанный с кожным процессом, и проводимое лечение. Также анализ показал, что на качество жизни влияет продолжительность заболевания. Опросник качества жизни LQ_i не включает вопросы, касающиеся непосредственно элиминационной диеты, однако сопоставление результатов опросника с клиническими данными, характером питания ребенка и результатами опросника для оценки пищевого поведения позволило получить новые данные о влиянии непосредственно диеты. Показано, что влияние заболевания АтД на качество жизни выше у детей в зависимости от числа исключенных из питания продуктов.

Использование опросника CDLQ_i для оценки особенностей пищевого поведения позволило установить, что для детей, страдающих АтД и ПА, были более характерны эмоциональное недоедание и медленный прием пищи, а не снижение общего наслаждения от пищи. Была установлена слабая положительная корреляция между «степенью наслаждения от пищи» и BAZ ($r = 0,19$; $p = 0,01$), средняя отрицательная корреляция между продолжительностью заболевания, «степенью наслаждения от пищи» ($r = -0,57$; $p = 0,01$) и «склонностью к эмоциональному недоеданию» ($r = -0,63$; $p = 0,01$).

У детей, строго соблюдавших назначенную диету, влияние заболевания на качество жизни – показатель LQ_i – было значимо выше, чем у детей, нестрого соблюдавших диету ($p = 0,02$). Также у детей, строго соблюдавших диету, показатели «общая реакция на пищу» и «степень получения наслаждения от пищи» были значимо ниже ($p = 0,01$ и $p = 0,01$ соответственно), а показатель «склонность к эмоциональному недоеданию» – выше ($p = 0,04$).

Важно подчеркнуть, что исключение из питания молочных продуктов оказывало существенное влияние на качество жизни и пищевое поведение детей – показатель LQ_i был значимо выше у детей на безмолочной диете, чем у детей, получавших молоко и молочные продукты, что отмечали и другие исследователи [2, 4]. У детей на безмолочной диете значимо ниже оказались показатели «общая реакция на пищу» и «степень получения наслаждения от пищи», также обнаружено влияние на качество жизни недостаточного потребления углеводов с рационом.

Заключение

В настоящем исследовании показано влияние элиминационной диеты на качество жизни и пищевое поведение детей с тяжелым АтД. Это еще раз подчеркивает, что назначение диеты должно быть строго обосновано и показано при наличии подтвержденной пищевой аллергии у ребенка [17]. Исключение определенных продуктов из рациона и длительность ограничений должны определяться врачом. При необходимости соблюдения диеты состав ее должен быть тщательно сбалансирован по всем нутриентам. ●



Литература

1. Клинические рекомендации Союза педиатров России. Пищевая аллергия. 2018.
2. Warren C.M., Gupta R.S., Sohn M.W., et al. Differences in empowerment and quality of life among parents of children with food allergy. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2015; 114 (2): 117–125.
3. Foong R.X., Meyer R., Godwin H., et al. Parental perception of their child's quality of life in children with non-immunoglobulin-E-mediated gastrointestinal allergies. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2017; 28 (3): 251–256.
4. Howe L., Franxman T., Teich E., Greenhawt M. What affects quality of life among caregivers of food-allergic children? *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2014; 113 (1): 69–74.e2.
5. Уголев Д.А. Пищевые предпочтения (анализ проблемы с позиций адекватного питания и трофологии). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2001; XI (4): 52–63.
6. Maslin K., Grimshaw K., Oliver E., et al. Taste preference, food neophobia and nutritional intake in children consuming a cows' milk exclusion diet: a prospective study. *J. Hum. Nutr. Diet.* 2016; 29 (6): 786–796.
7. Harris G., Mason S. Are there sensitive periods for food acceptance in infancy? *Curr. Nutr. Rep.* 2017; 6 (2): 190–196.
8. Hatzmann J., Heymans H.S., Ferrer-i-Carbonell A., et al. Hidden consequences of success in pediatrics: parental health-related quality of life – results from the Care Project. *Pediatrics.* 2008; 122 (5): e1030–e1038.
9. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The children's dermatology life quality index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br. J. Dermatol.* 1995; 132 (6): 942–949.
10. Waters A., Sandhu D., Beattie P., et al. Severity stratification of children's dermatology life quality index (CDLQI) scores. *Br. J. Dermatol.* 2010; 121.
11. Quah P.L., Fries L.R., Chan M.J., et al. Validation of the children's eating behavior questionnaire in 5 and 6 year-old children: the GUSTO cohort study. *Front. Psychol.* 2019; 10: 824.
12. WHO AnthroPlus Software. <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools>.
13. Стандарт рабочего места диетолога и нутрициолога. <https://nutrilogic.ru>.
14. Скурихин И.М., Тутельян В.А. Химический состав российских пищевых продуктов: справочник. М.: ДеЛи принт, 2002.
15. USDA Food and Nutrient Database for Dietary Studies, 5.0. 2012. Beltsville, MD: Agricultural Research Service, Food Surveys Research Group.
16. Руднев С.Г., Соболева Н.П., Стерликов С.А. и др. Биоимпедансное исследование состава тела населения России. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014.
17. Oykman P., Dookie J., Al-Rammahy H., et al. Dietary elimination for the treatment of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2022; 10 (10): 2657–2666.e8.

Effect of Elimination Diet on Quality of Life and Eating Behavior in Children with Severe Atopic Dermatitis and Food Allergies

E.E. Emeliashenkov¹, S.G. Makarova, PhD, Prof.^{1,2}, N.N. Murashkin, PhD, Prof.^{1,3,4}, A.A. Galimova¹, I.Yu. Pronina^{1,5}, D.S. Yasakov¹

¹ National Medical Research Center for Children's Health, Moscow

² Lomonosov Moscow State University

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

⁴ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

⁵ National Endocrinology Research Centre, Moscow

Contact person: Evgeniy E. Emelyashenkov, dkswdsman@mail.ru

The course of atopic dermatitis complicated by food allergies, as well as the use of an elimination diet, can significantly worsen patient's quality of life and affect his eating behavior.

Aim of the study was to assess indicators of the quality of life and eating behavior in children with severe atopic dermatitis and food allergies.

Material and methods. This study included 82 children of age 4–13 years 11 months, hospitalized in Dermatology with the Laser Surgery department in the National Medical Research Center of Children's Health from September 2021 to May 2022. Anthropometric indices, the index of the influence of atopic dermatitis on the quality of life, eating behavior parameters, bioimpedance analysis of body composition and analysis of the chemical composition of the diet were assessed in all children.

Results. The course of atopic dermatitis had a very strong and strong impact on the quality of life – in 25.6% and 39.0% of children, respectively. Itching in 83.6% of children and sleep disturbance in 86.6% of children had the greatest impact on the quality of life. When assessing the eating behavior, there was an increase in the indicators of "emotional undereating", "slowness in eating" and "desire to drink" and a decrease in the "enjoyment of food". When analyzing anthropometric indicators, a correlation was established between BAZ, an indicator of quality of life ($r = -0.44$, $p = 0.01$) and the indicator "enjoyment of food" ($r = 0.19$, $p = 0.01$). A positive correlation was also found between the quality of life index, disease duration ($r = 0.57$, $p = 0.01$) and the number of food groups excluded from the diet ($r = 0.51$, $p = 0.03$). A negative correlation was found between the indicators of quality of life, "food responsiveness" ($r = -0.49$, $p = 0.04$) and "enjoyment of food" ($r = -0.57$, $p = 0.01$).

Conclusion. Elimination diet has a significant impact on the quality of life and eating behavior of children with severe atopic dermatitis and food allergies. This suggests that the diet must be strictly justified both in terms of the set of excluded foods and in terms of its duration.

Key words: dermatology, pediatrics, atopic dermatitis, food allergy, elimination diet, quality of life, eating behavior