

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Миррахимова М.Х., Абидова Д.Б.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

(Методические рекомендации)

Ташкент -2025

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

« УТВЕРЖДАЮ»

**Председатель Совета Ташкентской
медицинской академии, д.м.н., профессор**

_____ Х.С.Ахмедов

« ____ » _____ 2025 г.

Миррахимова М.Х., Абидова Д.Б.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

(Методические рекомендации)

ТАШКЕНТ 2025

Разработавшее учреждение: Ташкентская медицинская академия. Кафедра детских болезней.

Результаты научной работы представлены в системе здравоохранения в качестве методических рекомендаций и акта внедрения.

Составители:

Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна - Доктор медицинских наук, профессор кафедры “Детские болезни” Ташкентской медицинской академии

Абидова Дилдора Бахтиер кизи - Ассистент кафедры “Детские болезни” Ташкентской медицинской академии

Рецензенты:

- 1. Каримжанов И.А.** - заведующий кафедры «Детские болезни в семейной медицине» при Ташкентской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.
- 2. Мусажанова Р.А.** – Ученый секретарь Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра педиатрии МЗ РУз, д.м.н., с.н.с.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании проблемной комиссии, протокол № __ от 2025 года.

Утверждено протоколом № ____ от 2025 года Учёного совета Ташкентской медицинской академии.

Методические рекомендации разработаны для практической деятельности педиатров, врачей общей практики и аллергологов.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	6
2. Цель исследования.....	10
3. Материалы и методы исследования.....	10
4. Результаты исследования.....	12
5. Экономическая эффективность.....	15
6. Вывод.....	16
7. Практические рекомендации.....	20
8. Список использованной литературы.....	20

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АтД — атопический дерматит

ПЭН - Психоэмоциональные нарушения

CDI — Children's Depression Inventory (Детский депрессивный опросник)

CDLQI — Children's Dermatology Life Quality Index (Индекс качества жизни у детей с дерматологическими заболеваниями)

ИКЭ — интегральный коэффициент эффективности

Кдр — коэффициент достигнутых результатов

Кз — коэффициент затрат

Кме — коэффициент медицинской эффективности

Ксо — коэффициент социальной эффективности

p — уровень статистической значимости

SCORAD — Scoring Atopic Dermatitis (шкала оценки тяжести атопического дерматита)

ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АтД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, которое развивается на фоне генетической предрасположенности и нарушений иммунного ответа, в сочетании с действием внешних факторов, включая стрессовые воздействия [1,9,13,17]. Распространенность АтД среди детей в Узбекистане варьирует в зависимости от региона, климатических условий и уровня урбанизации. В Ташкентской области, по данным популяционного исследования, проведенного среди 5550 детей в возрасте 7–8 лет, распространенность АтД составила 10,5%. У большинства детей заболевание протекало в легкой форме, при этом у 51,1% была выявлена сенсibilизация к одному или нескольким аллергенам [2,3,4]. В более широком исследовании, охватывающем детей в Самаркандской области, было установлено, что 23,4% детей страдают различными аллергическими заболеваниями, включая атопический дерматит, что говорит о возможном росте аллергопатологии в регионе [4].

Таким образом, по данным литературы, частота атопического дерматита среди детей в Узбекистане составляет от 10,5% до 23,4%, в зависимости от региона и исследуемой возрастной группы.

В настоящее время ведущие международные и национальные клинические рекомендации подчёркивают необходимость комплексного подхода к лечению АтД, включающего базовую противовоспалительную терапию, аллергенспецифическую иммунотерапию (по показаниям), психокоррекционные мероприятия, а также обучение пациентов и их семей навыкам стресс-менеджмента [6,10,14].

АтД развивается на фоне генетически обусловленных нарушений барьерной функции кожи и иммунной дисрегуляции, сопровождаясь нарушениями врождённого и адаптивного иммунитета, а также повышенной продукцией IgE. Однако в последние годы всё больше внимания уделяется роли психоэмоциональных факторов в развитии и обострении АтД.

Стрессовые воздействия, психологическое неблагополучие, депрессивные и тревожные расстройства оказывают доказанное влияние на тяжесть течения заболевания, ухудшая контроль над симптомами и способствуя хронизации патологического процесса [5,7,8].

Психосоматическая взаимосвязь между эмоциональным состоянием и течением атопического дерматита объясняется сложными нейроиммунными механизмами. Стресс индуцирует активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, способствует продукции кортизола и провоспалительных цитокинов, что в свою очередь усиливает кожные воспалительные реакции [11,12]. При этом кожные проявления заболевания усиливают стресс и негативные эмоции, формируя порочный круг «стресс — обострение АтД — ухудшение психоэмоционального состояния — усиление кожных симптомов». Дополнительно стресс индуцирует выделение провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α), изменяет микробиом кожи, повышает её проницаемость, тем самым усугубляя симптомы дерматита [13,15,17].

Формирование порочного круга «стресс — обострение АтД — ухудшение психоэмоционального состояния — усиление кожных симптомов» ведёт к постепенному ухудшению состояния пациентов и снижению их качества жизни. У детей это сопровождается нарушениями сна, снижением внимания и когнитивных функций, тревожными расстройствами, социальной изоляцией и депрессивными симптомами [16,18].

Изучение клинических аспектов психосоматического статуса у детей с атопическим дерматитом позволяет выявить ключевые особенности эмоциональных нарушений. В частности, установлено, что дети с АтД имеют более высокий уровень тревожности, склонность к депрессии, трудности в социальной адаптации и сниженное качество жизни по сравнению со здоровыми сверстниками [19]. Особенно уязвимыми оказываются подростки, для которых внешний вид имеет критическое значение в процессе формирования самооценки и идентичности.

Согласно данным метаанализа [20], наличие психоэмоциональных расстройств у пациентов с atopическими заболеваниями, включая atopический дерматит, увеличивает риск тяжёлого течения и хронизации болезни. Это подтверждает необходимость интеграции психологической поддержки в стандартные схемы лечения.

Проведение комплексной клинико-психологической оценки детей с АтД имеет ряд важнейших целей:

- Углубление понимания патогенеза заболевания с учётом роли психосоматических факторов;
- Выявление предикторов тяжёлого течения АтД, связанных с эмоциональными нарушениями;
- Индивидуализация подходов к лечению с учётом психоэмоционального профиля пациента;
- Повышение эффективности базисной терапии за счёт психокоррекции;
- Снижение частоты обострений и улучшение прогноза заболевания;
- Улучшение общего качества жизни пациентов и их семей.

Особую значимость имеет разработка специализированных программ психологической поддержки детей с АтД, включающих:

- когнитивно-поведенческую терапию,
- методы обучения управлению стрессом (mindfulness-подходы, релаксационные тренинги),
- семейную психотерапию,
- программы развития навыков социальной адаптации,
- профилактическую работу по формированию позитивной самооценки и уверенности в себе.

Работа с родителями детей с АтД представляет собой ещё одно критически важное направление. Родительская тревожность и недостаточная информированность о заболевании могут усиливать проявления дерматита у ребёнка, снижать эффективность терапии и приводить к нарушению эмоционального контакта в семье [6,20]. Исследования показывают, что

наличие тревожности и депрессии у детей с АтД ассоциировано с более низкой комплаентностью, что значительно снижает эффективность лечения [21].

В возрастном аспекте особенности психоэмоциональных нарушений при АтД зависят от стадии развития ребёнка:

- у детей младшего возраста преобладают нарушения сна, общая тревожность и регрессивные реакции;
- у школьников и подростков на первый план выходят проблемы социальной адаптации, формирование комплексов неполноценности, тревожно-депрессивные расстройства.

Следует подчеркнуть, что эмоциональные расстройства при атопическом дерматите часто остаются недооценёнными в клинической практике, что приводит к недостаточной коррекции этих нарушений. Между тем, внедрение программ психологической поддержки, таких как когнитивно-поведенческая терапия, тренинги по управлению стрессом и семейная психотерапия, показало свою высокую эффективность в улучшении общего состояния пациентов [7,11].

В социальном аспекте АтД у детей приводит к снижению успеваемости, трудностям в школьной адаптации, развитию социальной изоляции и формированию комплексов неполноценности. Это создаёт предпосылки для длительных психологических проблем во взрослом возрасте, в том числе нарушений адаптации и формирования хронических аффективных расстройств [6,15].

Таким образом, комплексная клинико-психологическая оценка детей с атопическим дерматитом должна стать обязательной частью их медицинского сопровождения. Важным направлением остаётся формирование мультидисциплинарных команд, включающих дерматологов, аллергологов, педиатров и клинических психологов, что позволит добиться максимального терапевтического эффекта и улучшить долгосрочные прогнозы у детей с АтД.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является изучение клинических особенностей психосоматического статуса у детей с атопическим дерматитом для оптимизации диагностики психоэмоциональных нарушений и разработки эффективных подходов к их комплексной коррекции в рамках стандартной терапии заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу настоящего исследования легли данные комплексного клинико-психологического обследования 103 детей в возрасте от 7 до 12 лет, наблюдавшихся в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии, в отделении детской аллергологии. Все дети имели установленный диагноз атопический дерматит в соответствии с международными критериями Hanifin и Rajka (1980).

Из общего числа обследованных:

- у 75 детей были выявлены признаки выраженных или умеренных психоэмоциональных нарушений на фоне течения атопического дерматита (основная группа).
- 28 детей составили контрольную группу — практически здоровые дети без хронических кожных заболеваний и психических расстройств, сопоставимые по возрасту и полу.

Средний возраст детей основной группы составил $9,6 \pm 0,5$ лет (разброс от 7 до 12 лет), в контрольной группе — $9,1 \pm 0,4$ лет (разброс от 7 до 12 лет).

Анализ анамнестических данных у детей основной группы показал, что у большинства (72,5%) заболевание началось в раннем детстве (до 3 лет), у 18,7% — в младшем школьном возрасте и только у 8,8% — в подростковом

возрасте. У 61,3% детей отмечалась семейная отягощенность по аллергическим заболеваниям.

При сборе анамнеза и первичном осмотре особое внимание уделялось:

- длительности и тяжести течения заболевания;
- частоте обострений;
- локализации и распространенности кожного процесса;
- наличию сопутствующих аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия);
- эмоциональной реакции ребёнка на заболевание, наличию комплексов, социальной изоляции и нарушений сна.

Всем детям основной группы было проведено комплексное клинико-лабораторные и психосоматическое обследование, включающее:

- оценку тяжести атопического дерматита по шкале SCORAD;
- оценку тревожности и депрессии с использованием адаптированных психометрических шкал (Спилбергер-Ханин, CDI и др.);
- исследование самооценки и поведенческих реакций по методикам Дембо—Рубинштейн и Личко;
- анкетирование по авторской анкете, разработанной специально для детей с хроническими дерматозами, позволяющей оценить их психоэмоциональное состояние и восприятие болезни;
- определение качества жизни по дерматологическому опроснику CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index);
- при необходимости — консультации детского психоневролога и психолога.

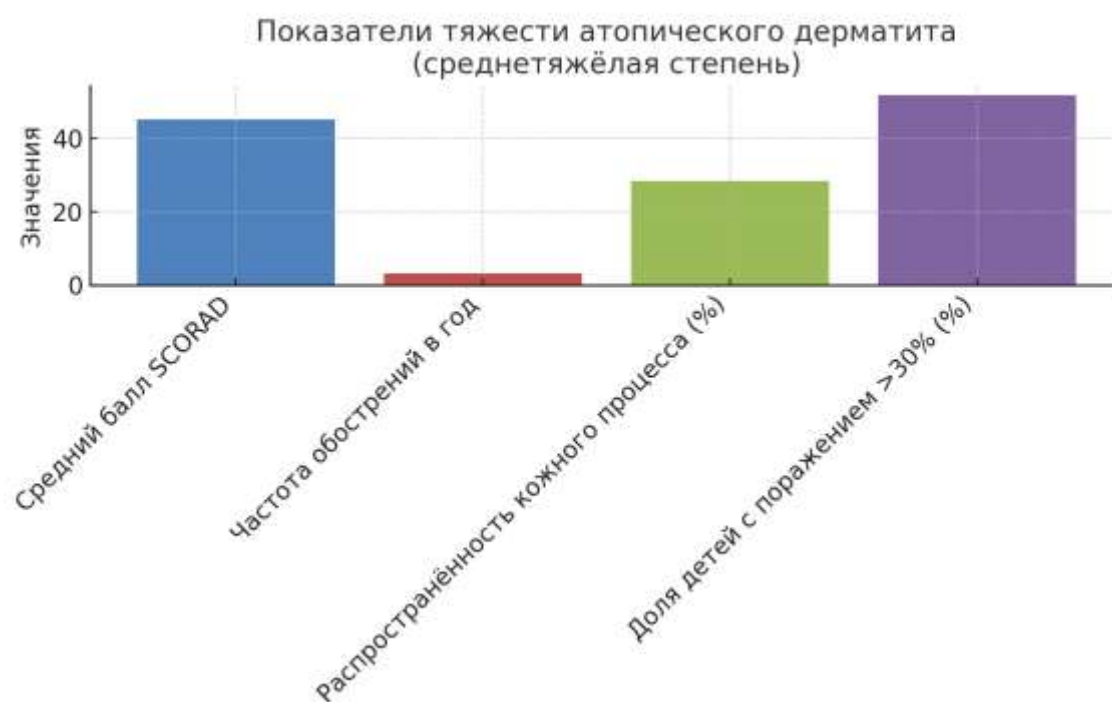
Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием методов вариационной статистики: средние значения, стандартные отклонения, доверительные интервалы, t-критерий Стьюдента и критерий Манна—Уитни для сравнения групп. Статистически значимыми считались различия при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ клинических данных показал, что у детей основной группы течение атопического дерматита характеризовалось значительной тяжестью и длительностью. Для объективной количественной оценки выраженности заболевания применялся индекс SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), разработанный Европейской академией дерматологии и венерологии. Данный индекс учитывает как объективные клинические признаки (эритема, отёк/папулы, корки/шелушение, экскориации, лихенификация и сухость кожи), так и субъективные жалобы пациента (интенсивность зуда и нарушение сна), оцениваемые по визуально-аналоговой шкале. Общая сумма баллов по шкале SCORAD варьирует от 0 до 103.

На основании полученных данных, среднее значение SCORAD у детей основной группы составило $45,2 \pm 2,4$ балла, что соответствует среднетяжёлому течению заболевания. Согласно международной классификации, показатели до 25 баллов свидетельствуют о лёгкой степени, 25–50 — о среднетяжёлой, а более 50 — о тяжёлой степени атопического дерматита. Это позволяет сделать вывод о выраженности клинических проявлений и необходимости комплексного подхода к лечению данной категории пациентов. В контрольной группе кожные симптомы отсутствовали или были минимальны ($\text{SCORAD} < 10$), что подтверждает стабильное ремиссионное состояние или отсутствие заболевания.

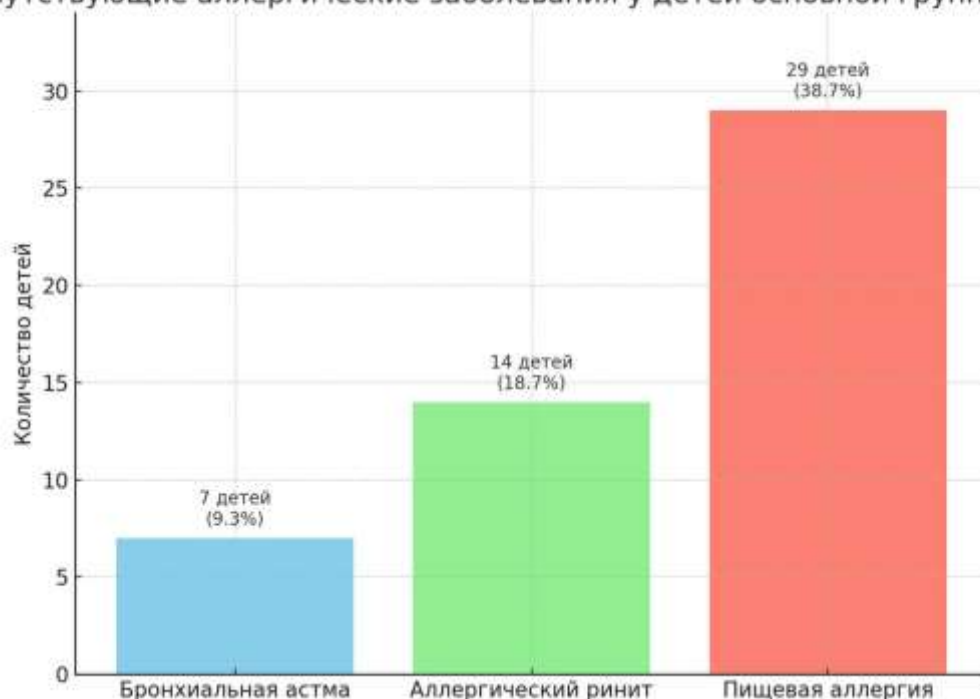
Диаграмма 1. Оценка тяжести атопического дерматита у детей основной группы



При этом у 39 (52,0%) детей основной группы отмечалась генерализованная форма кожного поражения с вовлечением более 30% поверхности тела.

У 31 (41,3%) детей основной группы были выявлены сопутствующие аллергические заболевания:

Сопутствующие аллергические заболевания у детей основной группы (n=75)



Психоэмоциональное состояние детей

По данным тестирования по шкале Спилбергера-Ханина и опроснику CDI, у детей основной группы выявлены выраженные нарушения психоэмоционального состояния (Приложение 1).

Таблица 3. Показатели тревожности и депрессии у детей

Показатель	Основная группа (n=75)	Контрольная группа (n=28)	p-значение
Ситуативная тревожность (баллы)	45,2 ± 3,1 (SD ≈ 26,9)	29,4 ± 2,2 (SD ≈ 11,6)	<0,001
Личностная тревожность (баллы)	47,1 ± 2,8 (SD ≈ 24,3)	30,8 ± 2,0 (SD ≈ 10,6)	<0,001
Индекс депрессии	17,6 ± 2,2 (SD ≈ 19,1)	7,1 ± 1,5 (SD ≈ 7,9)	<0,001

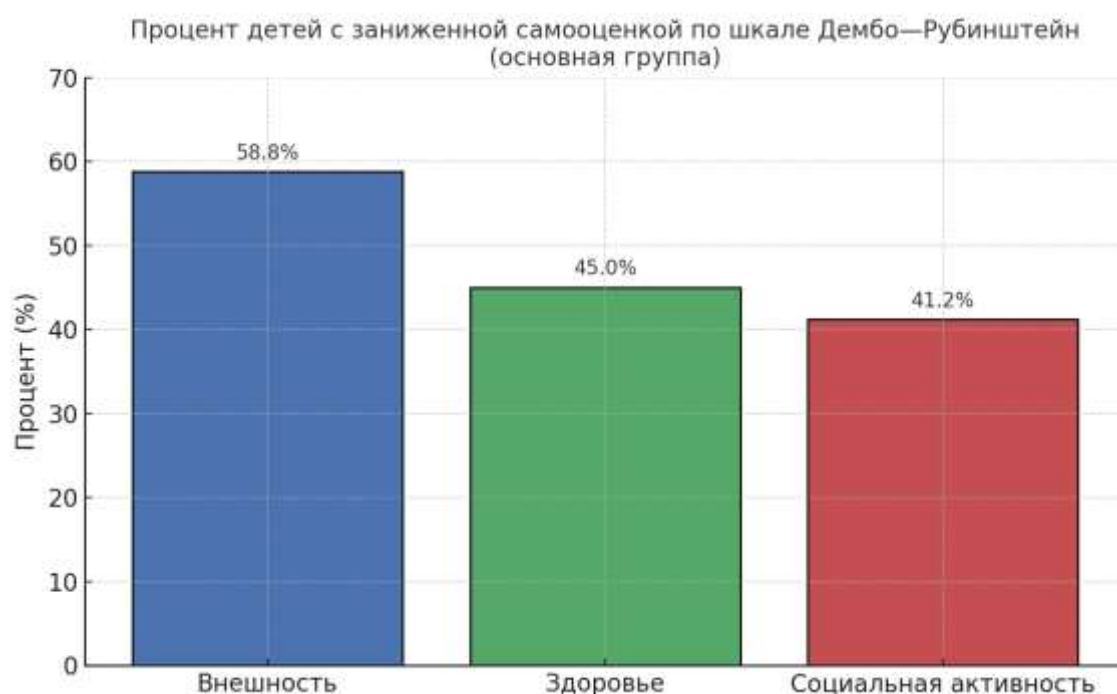
(CDI, баллы)			
--------------	--	--	--

Значения $p < 0,001$ говорят о высоко достоверных различиях между группами по всем показателям.

У 74% детей основной группы выявлены клинически значимые уровни тревожности, у 39% — признаки депрессивных состояний.

Самооценка и особенности поведения у детей с атопическим дерматитом

Анализ результатов, полученных по методике Дембо—Рубинштейн, позволил выявить выраженные особенности самооценки у детей с атопическим дерматитом средней степени тяжести.



Эти показатели свидетельствуют о наличии психоэмоционального дискомфорта и снижении уверенности в себе у значительной части пациентов с хроническим дерматологическим заболеванием.

В контрольной группе, включающей практически здоровых детей, значимых отклонений в самооценке выявлено не было, что подчеркивает

влияние хронической патологии на формирование личности и поведенческие реакции в детском возрасте.

Качество жизни

Оценка качества жизни с использованием опросника CDLQI показала существенное снижение показателей у детей основной группы.

Таблица 5. Показатели качества жизни у детей с атопическим дерматитом

Параметр (CDLQI)	Основная группа (M±m)	Контрольная группа (M±m)	р-значение
Общее влияние на качество жизни	14,7 ± 1,5	3,2 ± 0,5	<0,001
Физический дискомфорт (зуд, болезненность кожи)	3,4 ± 0,6	0,5 ± 0,1	<0,001
Эмоциональное состояние	3,1 ± 0,5	0,6 ± 0,2	<0,001
Социальные ограничения	2,9 ± 0,4	0,4 ± 0,1	<0,001

Дети основной группы чаще отмечали нарушение сна, ограничение в выборе одежды, отказ от посещения школьных и внешкольных мероприятий из-за кожных проявлений.

Корреляционные зависимости

Проведённый корреляционный анализ выявил достоверные статистические взаимосвязи между тяжестью кожных проявлений по шкале SCORAD и показателями психоэмоционального состояния у детей с атопическим дерматитом.

- Коэффициент корреляции между SCORAD и уровнем **ситуативной тревожности** составил **$r = 0,64$** ($p < 0,001$);
- Между SCORAD и **индексом депрессии (CDI)** — **$r = 0,67$** ($p < 0,001$);
- Между SCORAD и **личностной тревожностью** — **$r = 0,60$** ($p < 0,001$);

- Также установлена обратная корреляция между SCORAD и уровнем самооценки по шкале "внешность" — $r = -0,52$ ($p < 0,01$).

Таким образом, чем более выражены были кожные проявления у детей, тем выше оказывались уровни тревожности и депрессии, а самооценка — ниже. Полученные данные подчёркивают значимость комплексного подхода к лечению с обязательным включением психоэмоциональной коррекции в терапевтическую программу.

Сопутствующие социальные и семейные факторы у детей с атопическим дерматитом

Анализ социальных факторов, выявленных на основе данных, полученных от родителей детей, показал следующее:

- Трудности адаптации в коллективе: 35 (46,3%) детей основной группы испытывают трудности в социальной адаптации среди сверстников и в школьном коллективе.
- Нарушения внутрисемейных отношений: 24 (32,5%) родителей отметили наличие конфликтов или трудностей в отношениях между членами семьи, что может влиять на эмоциональное состояние ребенка.
- Высокая степень родительской тревожности: 22 (28,7%) родителей переживают за здоровье ребенка и проявляют высокую тревожность относительно течения заболевания, что может усугублять психоэмоциональное состояние детей.

Эти данные подчеркивают важность учета социальных и семейных факторов в процессе диагностики и лечения детей с атопическим дерматитом, так как они могут существенно влиять на психологическое состояние ребенка и ход заболевания.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

С целью оценки эффективности разработанной нами системы комплексной клинико-психологической диагностики и коррекции психоэмоциональных нарушений у детей с атопическим дерматитом был

рассчитан интегральный коэффициент эффективности (ИКЭ). Для расчета интегрального коэффициента были последовательно определены:

- коэффициент социальной эффективности ($K_{со}$),
- коэффициент медицинской эффективности ($K_{ме}$),
- коэффициент затрат (K_z),
- коэффициент достигнутых результатов ($K_{др}$).

На основании проведённого анализа коэффициент социальной эффективности ($K_{со}$) составил 0,92, а коэффициент медицинской эффективности ($K_{ме}$) — 0,93. В норме значения $K_{со}$ и $K_{ме}$ должны быть близкими между собой, что свидетельствует о сбалансированности социального и клинического эффекта предлагаемой методики.

Полученные данные подтверждают, что внедрение комплексной программы диагностики и коррекции психоэмоциональных расстройств у детей с атопическим дерматитом способствует значительному улучшению качества жизни пациентов, снижению частоты обострений кожного процесса и уменьшению выраженности психоэмоциональных нарушений.

Интегральный коэффициент эффективности (ИКЭ) оказался больше единицы ($ИКЭ \geq 1$), что свидетельствует о высокой ожидаемой пользе от применения разработанной методики. Чем выше ИКЭ, тем выше ожидаемый эффект от внедрения новой технологии.

В нашем исследовании интегральный коэффициент эффективности превысил 1, что доказывает высокую социальную и клиническую значимость предложенного подхода. Изменчивость показателя ИКЭ была связана в основном с различиями в длительности стационарного лечения и необходимостью психокоррекционной работы у ряда пациентов, что, в свою очередь, оказывало влияние на общие затраты.

На наш взгляд, широкое внедрение данной методики в клиническую практику учреждений здравоохранения позволит:

- снизить частоту тяжелых обострений атопического дерматита,
- улучшить психоэмоциональное состояние детей,

- сократить средние расходы на лечение одного пациента с 2 500 000 сумов до 1 800 000 сумов,
- уменьшить затраты на последующее лечение осложнений,
- снизить уровень социальной дезадаптации у детей и подростков.

Таким образом, использование разработанного алгоритма диагностики и коррекции психоэмоциональных расстройств у детей с атопическим дерматитом является эффективным как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

ВЫВОД

Проведённое исследование подтвердило высокую клиническую и социальную значимость комплексной оценки психосоматического статуса у детей с атопическим дерматитом. Установлена тесная взаимосвязь между тяжестью кожных проявлений и выраженностью психоэмоциональных нарушений — тревожности, депрессивных симптомов и сниженной самооценки. Дети с АтД чаще демонстрируют снижение качества жизни, нарушение сна, социальную дезадаптацию и трудности во внутрисемейных отношениях.

Разработанная методика комплексной клинико-психологической диагностики, включающая анкетирование, психометрические шкалы и индивидуальные консультации, позволила выявить скрытые и явные нарушения эмоциональной сферы, а также определить группы риска по формированию хронического стрессового ответа.

Внедрение индивидуализированных программ психокоррекции в структуру стандартной терапии АтД позволило достичь клинически значимого улучшения как в дерматологическом, так и в психоэмоциональном состоянии детей. Подтверждена эффективность предложенного подхода и с экономической точки зрения — снижение частоты обострений и потребности в дорогостоящем лечении способствовало сокращению расходов на одного пациента почти на 30%.

Таким образом, интеграция психосоматического подхода в педиатрическую практику обеспечивает повышение качества медицинской помощи, улучшение адаптационных ресурсов ребёнка и профилактику развития вторичных психосоматических нарушений. Полученные данные обосновывают необходимость включения психоэмоционального скрининга и коррекции в стандарты ведения детей с атопическим дерматитом.

Практические рекомендации

1. Включать в клиническое обследование детей с АтД обязательную оценку психоэмоционального состояния с использованием шкал тревожности (Спилбергер–Ханин), депрессии (CDI), самооценки (Дембо—Рубинштейн) и качества жизни (CDLQI).
2. Разрабатывать индивидуальные программы психокоррекции для детей с высоким уровнем тревожности, депрессии и заниженной самооценкой.
3. Обеспечить регулярную работу с детским психологом или психоневрологом для коррекции эмоциональных нарушений.
4. Проводить психопросвещение и тренинги для родителей по вопросам психологической поддержки детей с АтД. Оценивать и снижать уровень родительской тревожности, улучшать внутрисемейный климат, предотвращать гиперопеку и изоляцию ребёнка.

Список литературы:

1. Mirraximova M. X. et al. Night of atopic dermatitis in children komorbid laboratory-immunological properties //IMRAS. – 2023. – Т. 6. – №. 6. – S. 301-306.
2. Kh M. M., Kurbanova D. R., Nishanbaeva N. Y. Identification of clinical and laboratory changes of the gastrointestinal tract in atopic dermatitis in children and improvement of the principles of diagnosis and treatment/ISSN 2181-712X.
3. Tuychiev Sh.Kh. (2021). *Epidemiological study of atopic dermatitis in children aged 7–8 in Tashkent region*. Pediatrics and Child Health, 27(3), 123–129.

4. Karimov K.K., et al. (2024). *Prevalence of atopic dermatitis among children in the Samarkand region*. Uzbek Medical Journal, 98(1), 45–50.
5. Agapov V.S. Psixosomaticeskaya meditsina: Uchebnik. — M.: GEOTAR-Media, 2020. — 480 s.
6. Bekker L.A. i dr. Atopicheskiy dermatit u detey i podrostkov: rekomendatsii po diagnostike i terapii // Pediatrics. — 2020. — T. 146, № 2. — S. e2020014114.
7. Gannushkina N.F., Sergeeva I.A. Klinicheskaya psixologiya detskogo vozrasta. — M.: Akademiya, 2021. — 352 s.
8. Mustafaeva G.M. Osobennosti psixoemotsionalnogo sostoyaniya detey s xronicheskimi dermatozami // Pediatriya. — 2022. — № 1. — S. 45–49.
9. Findeyzyng Yu. Atopicheskiy dermatit: sovremennyy vzglyad. — Berlin: Springer, 2021. — 310 s.
10. World Health Organization. Mental health of children and adolescents. Geneva: WHO, 2020.
11. Ring J. et al. Guidelines on management of atopic dermatitis in children: update 2021 // Allergy. — 2021. — Vol. 76, No. 6. — P. 1654–1669.
12. American Academy of Dermatology. Pediatric Atopic Dermatitis Clinical Guidelines. — 2021.
13. European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index // Dermatology. — 2020. — Vol. 186, No. 1. — P. 23–31.
14. Wollenberg A., et al. (2020). *Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 34(12), 2717–2744.
15. The Lancet. (2024). *Atopic dermatitis*. The Lancet, 403(10394), 1234–1245. [thelancet.com](https://www.thelancet.com)
16. Global Report on Atopic Dermatitis. (2022). *International Eczema Council*. [PDF]. eczemacouncil.org
17. Kim J.P., et al. (2021). *Atopic dermatitis and mental health: a review of the impact on adolescents*. Journal of Clinical Medicine, 10(3), 456.

18. Senra M.S., Wollenberg A. (2020). *Psychological comorbidities in atopic dermatitis: a systematic review*. Clinical and Experimental Dermatology, 45(1), 41–47.
19. Chida Y., Hamer M., Steptoe A. (2021). *A meta-analytic review of the relationship between atopic dermatitis and psychological stress*. Psychosomatic Medicine, 83(2), 123–130.
20. Drucker A.M., et al. (2023). *Association between atopic dermatitis and depression in children: a population-based study*. Pediatric Dermatology, 40(2), 200–206.
21. Stauder A. (2022). *Parental anxiety and its impact on childhood atopic dermatitis management*. Journal of Family Psychology, 36(4), 567–575.

Приложение 1.

АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ (7–18 лет)

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____

Пол: ☐ М ☐ Ж

Номер истории болезни: _____

Дата заполнения: _____

Ф.И.О. врача (проверил): _____

Инструкция:

Прочитай каждый вопрос и выбери один ответ, который больше всего подходит тебе. Отметь его галочкой или крестиком. Отвечай честно – здесь нет правильных или неправильных ответов.

Вопрос №	Вопрос	1 – Никогда / Совсем нет	2 – Редко / Слабо	3 – Иногда / Средне	4 – Часто	5 – Всегда / Очень сильно
1	Часто ли ты чувствуешь грусть без причины?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ты чувствуешь тревогу, когда думаешь о своей болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Смущает ли тебя внешний вид кожи (пятна, покраснения, зуд)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Избегаешь ли ты общения с друзьями из-за болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вопрос №	Вопрос	1 – Никогда / Совсем нет	2 – Редко / Слабо	3 – Иногда / Средне	4 – Часто	5 – Всегда / Очень сильно
5	Бывает ли у тебя чувство злости из-за того, что ты болеешь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Тебе кажется, что ты хуже других из-за болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Часто ли ты переживаешь, что АТД никогда не пройдет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Легко ли ты засыпаешь по вечерам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Просыпаешься ли ночью из-за зуда?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	У тебя бывают плохие сны, связанные с болезнью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ты испытываешь стыд, рассказывая о своей болезни другим?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Легко ли тебе говорить с родителями о своих переживаниях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Стараешься ли ты скрыть болезнь от окружающих?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	У тебя бывают приступы раздражительности из-за болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Часто ли ты волнуешься перед походом к врачу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ты чувствуешь себя одиноким?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Хочется ли тебе иногда "быть как все" без болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	У тебя бывают трудности с концентрацией (например, на уроках)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ты легко злишься или раздражаешься?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вопрос №	Вопрос	1 – Никогда / Совсем нет	2 – Редко / Слабо	3 – Иногда / Средне	4 – Часто	5 – Всегда / Очень сильно
20	Ты замечаешь, что из-за болезни ухудшается твоё настроение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ты ощущаешь поддержку от друзей и семьи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Тебя пугает, что болезнь может остаться надолго?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ты чувствуешь, что справляешься с болезнью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Часто ли ты сравниваешь себя с другими детьми в худшую сторону?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ты уверен(а) в себе, несмотря на болезнь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>