

**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

\_\_\_\_\_ X.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

**р** — 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 сенсибилизация 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 большее 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- $\alpha$ ), 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]. Особенno 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 атопическими заболеваниями, включая атопический 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 регressive 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 остается 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 dermatологическому опроснику CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index);
- при необходимости — консультации детского психоневролога и психолога.

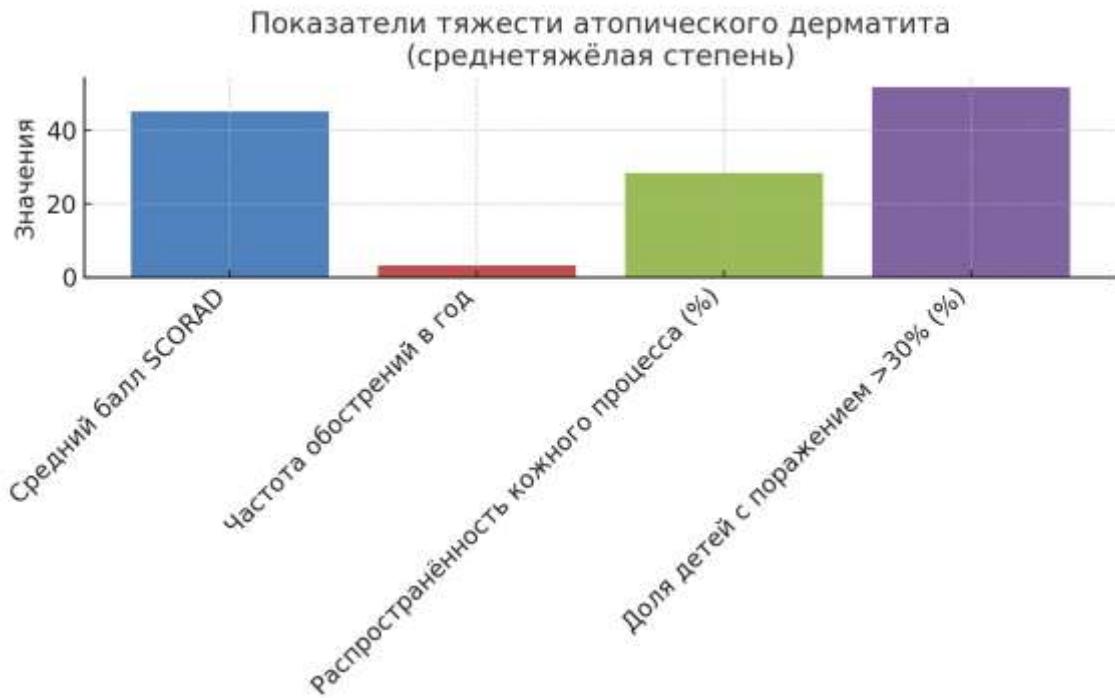
Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием методов вариационной статистики: средние значения, стандартные отклонения, доверительные интервалы, t-критерий Стьюдента и критерий Манна—Уитни для сравнения групп. Статистически значимыми считались различия при уровне значимости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

## **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 (эрitemа, 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.

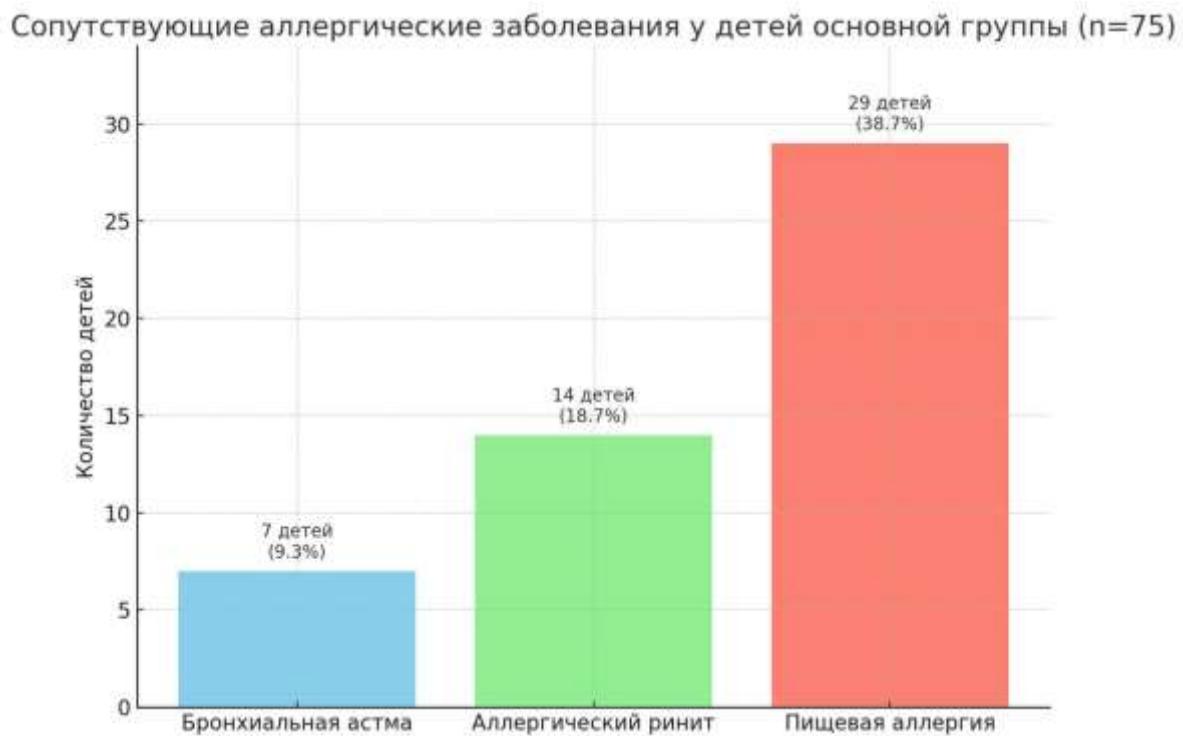
На основании полученных данных, среднее значение SCORAD у детей основной группы составило  $45,2 \pm 2,4$  балла, что соответствует среднетяжёлому течению заболевания. Согласно международной классификации, показатели до 25 баллов свидетельствуют о лёгкой степени, 25–50 — о среднетяжёлой, а более 50 — 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 ( $SCORAD < 10$ ), 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:



### 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)	$45,2 \pm 3,1$ (SD ≈ 26,9)	$29,4 \pm 2,2$ (SD ≈ 11,6)	<0,001
Личностная тревожность (баллы)	$47,1 \pm 2,8$ (SD ≈ 24,3)	$30,8 \pm 2,0$ (SD ≈ 10,6)	<0,001
Индекс депрессии	$17,6 \pm 2,2$ (SD ≈ 19,1)	$7,1 \pm 1,5$ (SD ≈ 7,9)	<0,001

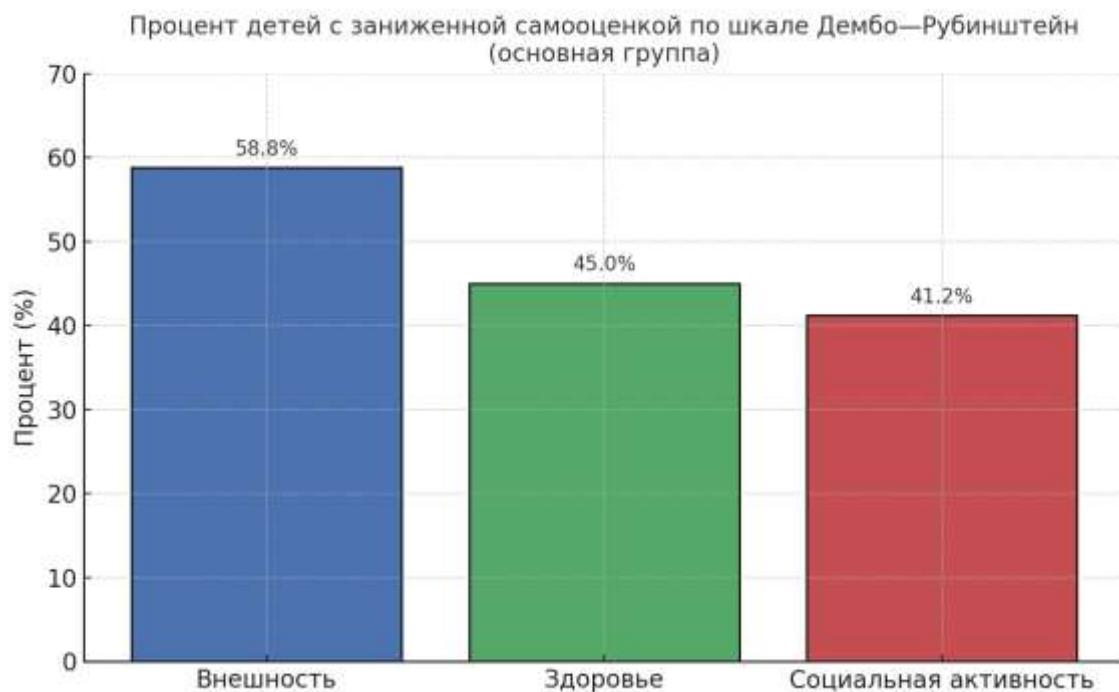
(CDI, баллы)			
--------------	--	--	--

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 ( $M \pm m$ )	Контрольная группа ( $M \pm m$ )	p-значение
Общее влияние на качество жизни	$14,7 \pm 1,5$	$3,2 \pm 0,5$	<0,001
Физический дискомфорт (зуд, болезненность кожи)	$3,4 \pm 0,6$	$0,5 \pm 0,1$	<0,001
Эмоциональное состояние	$3,1 \pm 0,5$	$0,6 \pm 0,2$	<0,001
Социальные ограничения	$2,9 \pm 0,4$	$0,4 \pm 0,1$	<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 ( $K_{co}$ ),
- коэффициент медицинской эффективности ( $K_{me}$ ),
- коэффициент затрат ( $K_z$ ),
- коэффициент достигнутых результатов ( $K_{dr}$ ).

На основании проведённого анализа коэффициент социальной эффективности ( $K_{co}$ ) составил 0,92, а коэффициент медицинской эффективности ( $K_{me}$ ) — 0,93. В норме значения  $K_{co}$  и  $K_{me}$  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 ( $IK\mathcal{E} \geq 1$ ), 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. Findeyzinger 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](https://www.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
20	Ты замечаешь, что из-за болезни ухудшается твое 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"/>