

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ

Зайнуллина О.Н.<sup>1</sup>, Хисматуллина З.Р.<sup>1</sup>, Красильникова Е.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, e-mail: bashsmu@yandex.ru

Обзор посвящен проблеме отрицательного воздействия заболеваний кожи на качество жизни и психоэмоциональный статус дерматологических больных. Ряд ограничений, связанных с наличием дерматоза, длительное рецидивирующее течение заболевания, вынужденная периодическая медикаментозная коррекция, выраженный мучительный зуд, нарушение сна, снижение социальной и функциональной активности, обусловленные состоянием здоровья значительно ухудшают качество жизни дерматологических больных. Все это способствует развитию патологических психосоматических реакций на болезнь. У 80% больных хроническими заболеваниями кожи присутствует весь спектр пограничных психопатологических расстройств, с преобладанием депрессивных и тревожно-ипохондрических. Локализация процесса на открытых участках кожи (при акне, псориазе, розацеа, витилиго) имеет особенно большое значение в возникновении психогенных реакций. Психогенные реакции часто развиваются при рецидивирующих дерматозах, сопровождающихся постоянным зудом (атопический дерматит, экзема, чесотка). Авторами отмечается высокая коморбидность дерматозов и психических расстройств. Психоэмоциональные состояния существенно снижают ответ на стандартную дерматологическую терапию. Особая роль отводится вопросам первичности, вторичности или бинарности психосоматических расстройств. В этой связи обоснована необходимость дальнейшего изучения влияния заболеваний кожи на качество жизни и психоэмоциональное состояние больных с целью оптимизации комплексной терапии дерматологических пациентов.

Ключевые слова: кожные заболевания, хронические дерматозы, дерматологический индекс качества жизни, психоэмоциональные нарушения.

## QUALITY OF LIFE AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN SKIN DISEASES

Zajnullina O.N.<sup>1</sup>, Hismatullina Z.R.<sup>1</sup>, Krasil'nikova E.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FGBOU VO "Bashkir State Medical University" Ministry of Health of Russia, Ufa, e-mail: bashsmu@yandex.ru

The review is devoted to the problem of the negative impact of skin diseases on the quality of life and psycho-emotional status of dermatological patients. A number of limitations associated with the presence of dermatosis, a long-term recurrent course of the disease, forced periodic drug correction, severe painful itching, sleep disturbance, decreased social and functional activity due to health conditions significantly worsen the quality of life of dermatological patients. All this contributes to the development of pathological psychosomatic reactions to the disease. 80% of patients with chronic skin diseases have the entire spectrum of borderline psychopathological disorders, with a predominance of depressive and anxiety-hypochondriacal disorders. Localization of the process in open areas of the skin (with acne, psoriasis, rosacea, vitiligo) is especially important in the occurrence of psychogenic reactions. Psychogenic reactions often develop with recurrent dermatoses accompanied by constant itching (atopic dermatitis, eczema, pruritus). The authors note a high comorbidity of dermatoses and mental disorders. Psychoemotional conditions significantly reduce the response to standard dermatological therapy. A special role is given to the issues of primacy, secondary or binary psychosomatic disorders. In this regard, the need for further study of the impact of skin diseases on the quality of life and psycho-emotional state of patients is substantiated in order to optimize the complex therapy of dermatological patients.

Keywords: skin diseases, chronic dermatoses, dermatological quality of life index, psycho-emotional disorders.

В медицинской практике общепризнано отрицательное воздействие заболеваний кожи на качество жизни пациента, а также частое сочетание дерматозов и психосоматических расстройств [1,2]. Больные с кожными заболеваниями испытывают социально-психологические нагрузки и бремя ухудшения качества жизни чаще, чем в общей численности населения [3].

Качество жизни является интегральным показателем, включающим в себя физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие человека, в основе которого лежит его субъективное восприятие [4]. Понятие «качество жизни» в медицине охватывает различные аспекты жизни больных и выражает степень влияния течения заболевания и эффективности проводимого лечения. Для оценки степени отрицательного влияния кожной патологии на различные аспекты жизни пациента применяется один из стандартизированных методов – Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) [5].

Анализ результатов анонимного скринингового тестирования 104 пациентов на амбулаторном дерматологическом приеме показал, что среднее значение ДИКЖ среди них составил 10,8 баллов, что соответствует значительному влиянию заболевания на качество жизни. При этом у больных псориазом и аллергическим контактным дерматитом выявлены наиболее высокие показатели ДИКЖ (21-30 баллов) [6]. Суммарный показатель ДИКЖ среди 80 больных атопическим дерматитом составил  $22,11 \pm 0,02$  балла, что расценивается как значительное снижение качества жизни, при этом самые высокие показатели ДИКЖ (23,24 балла) были получены у пациентов с тяжелым упорно рецидивирующим течением дерматоза [7].

В работе Коннова П.Е. (2017) по оценке качества жизни у 60 больных хроническим актиническим дерматитом установлено значимое влияние на уровень ДИКЖ ограничений на работе, обусловленных обострением заболевания. Суммарный показатель ДИКЖ составил  $22,11 \pm 0,02$  балла, что соответствовало тяжелой степени снижения качества жизни [8].

Высокие показатели влияния тяжести и распространенности заболеваний кожи на качество жизни выявлены и в ряде других исследований. Так, работе Баткаевой Н.В. с соавт. (2018) на выборке из 187 пациентов с хроническими воспалительными дерматозами ДИКЖ был повышен у всех больных, при этом самый высокий уровень показателя отмечался среди больных с псориазом –  $15,8 \pm 5,2$  балла [9]. Аналогичный результат наблюдался среди 45 больных с зудящими дерматозами (кожный зуд, атопический дерматит, экзема, псориаз), среди которых наиболее высокий показатель также отмечался у больных псориазом – 15,1 балл, что соответствовало сильному влиянию заболевания на качество жизни [10].

В других исследованиях было установлено, что качество жизни больных псориазом в большей степени зависит от тяжести и распространенности кожного процесса, локализации высыпаний, частоты обострений, уровня социальной активности, в меньшей степени – от пола, возраста пациентов, давности заболевания. Это отрицательно влияло на психологическую адаптацию больных, способствовало формированию тревожности и депрессии [11].

У пациентов с псориазом на качество жизни оказывают влияние не только клинические проявления, но и психоэмоциональное состояние: пациенты имеют склонность к депрессии, тревожности, беспокойству и раздражению [12]. При опросе 22 050 взрослых пациентов с псориазом, у 16% были выявлены нарушения сна, у 16% – депрессия/тревожность, у 15,1% – вынужденное изменение места работы или учебы [13].

При изучении воздействия кожного заболевания и его лечения на качество жизни 3846 дерматологических пациентов из 13 европейских стран было выявлено существенное влияние на качество жизни в сторону ухудшения у пациентов с атопическим дерматитом (у 63,4% больных), псориазом (у 60,7% больных), чесоткой (у 54,4% больных), гнойным гидраденитом (у 54,3% больных) и крапивницей (у 53% больных) [14].

Ряд ограничений, связанных с наличием дерматоза (выбор профессии, диета, быт и т.д.), длительное рецидивирующее течение заболевания, вынужденная периодическая медикаментозная коррекция, локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова, выраженный мучительный зуд, нарушение сна значительно снижали качество жизни дерматологических больных [6,15]. Все это способствовало развитию патологических психических реакций на болезнь и дополнительно утяжеляющих состояние пациентов [9].

Ряд кожных заболеваний можно отнести к психосоматическим дерматозам, при которых психические (эмоциональные) нарушения связаны с проблемой косметического дефекта, а локализация процесса на открытых участках кожи негативно влияет на социальную и функциональную активность (отношения в семье с родственниками, друзьями, коллегами по работе, занятия спортом и т.д.). Хронические заболевания кожи у 80% больных сочетались с пограничными психопатологическими расстройствами, при этом в основном преобладали депрессивные и тревожно-ипохондрические расстройства. Авторами отмечается высокая коморбидность дерматозов и психических расстройств [1,2].

В амбулаторной дерматологической практике распространенность расстройств тревожного спектра в среднем составляла 21-34% [16], в то время как среди стационарных пациентов этот показатель достигал 31-60% [17]. Психоэмоциональные состояния нередко способствовали дезадаптации дерматологических пациентов и существенно снижали ответ на стандартную дерматологическую терапию [18].

Анализ показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS у 38 дерматологических пациентов позволил установить клинически выраженную ( $45,5 \pm 3,9\%$ ) и субклинически выраженную ( $39,0 \pm 3,5\%$ ) тревогу у больных, которая сопровождалась ощущением внутреннего напряжения, страха, возникновением беспокойных мыслей, неусидчивостью, сложностью расслабиться. Определение уровня тревоги по шкале

Гамильтона выявило наличие симптомов тревоги у  $42,5 \pm 3,7\%$  и тревожного состояния – у  $45,5 \pm 3,9\%$  дерматологических больных [19].

В амбулаторном исследовании 39 пациентов с кожными заболеваниями выявлялось наличие расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации. Для пациентов были характерны симптомы депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, гиперактивности и отгороженности. При этом у больных наблюдалась четкая временная связь между воздействием стрессора и началом симптоматики [20].

По результатам исследования 138 дерматологических пациентов, проведенного в психосоматическом отделении кожно-венерологического диспансера, 56,6% пациентов имели признаки тревожного и/или депрессивного состояния (у 23,9% пациентов – сочетания тревожных и депрессивных состояний, у 19,6% – депрессия, у 13,1% – расстройство тревожного спектра). При этом выявлено, что тревожные состояния были более распространены среди женщин (22,7%) по сравнению с мужчинами (4,2%). Интересным является признание 73,9% опрошенных больных о важности психотерапевтического подхода при стационарном лечении, при этом каждый второй был готов продолжить его после окончания стационарного этапа терапии [21].

При псориазе психогенные воздействия различной степени выраженности, приводящие к дебюту и рецидивам дерматоза, отмечались у 25-60% больных [22]. Психоэмоциональные нарушения у больных псориазом негативно отражались на течении заболевания, при этом тяжесть депрессии соответствовала тяжести кожного процесса и увеличивала частоту рецидивов, укорачивая период ремиссии [23]. В ряде научных публикаций приводятся данные о преимуществах комплексного психосоматического подхода к лечению больных псориазом с коморбидной психической патологией [24,25].

Изучение психоэмоционального состояния 230 больных с различными формами псориаза позволило установить, что у 65% из них имелись значительные ограничения в повседневной деятельности, у 57% – ограничения физической активности, обусловленные состоянием их здоровья. У больных отмечались мысли о невозможности излечения, пессимистическое настроение, депрессия, апатия, что значительно осложняло течение заболевания [25].

В исследовании, проведенном Утц С.Р. и соавт. (2012) по оценке психоэмоционального состояния пациентов с розацеа были выявлены высокие показатели по шкалам эмоциональной лабильности, сенситивности и нейротизма. У 80% больных значение индекса ДИКЖ составило выше 6 баллов, у 50% были выявлены симптомы депрессии. По шкале самооценки тревоги Цунга у 90% больных выявлен средний уровень тревожности и у 10% – высокий уровень тревожности. Авторы заключили, что выявленные психосоматические нарушения,

ухудшение качества жизни говорят о целесообразности введения скрининга по оценке психического статуса в схему обследования больных с розацеа и применения в комплексной терапии методов коррекции психоэмоциональных расстройств [26].

Большое значение в возникновении психогенных реакций приобретает локализация высыпаний – «интимная» зона (генитальный герпес), открытые части тела (руки, лицо) или волосистая часть головы (акне, розацеа, себорейный дерматит, псориаз, витилиго и т.д.) [27]. Хотя большинство кожных заболеваний относятся к легким, не имеющим угрозы для жизни пациентов, в тоже время обезображивающее воздействие таких дерматозов, как акне, существенно превосходит воздействие других косметических дефектов [28].

Значительный эстетический дискомфорт и высокие показатели влияния на качество жизни причиняло акне, которое, по данным Горшунова Ю.С. (2021), заняло лидирующие позиции среди дерматологических нозологий при анкетировании 259 студентов медицинского университета в возрасте 19-28 лет [15]. Данное заболевание может вызывать необратимые физические рубцы, негативно влиять на качество жизни и самооценку, а также приводить к повышенному уровню тревожности, депрессии и суицидальным мыслям [28].

При акне аффективные расстройства выявлялись более чем в 1/3 наблюдений [29,30]. Среди 62 студентов с акне у 75,4% выявлено ограничение количества социальных контактов с последующим снижением уровня общения. Стресс, связанный с переживаниями по поводу болезни, активирует выработку кортикотропинрилизинг гормона (КРТГ), который в свою очередь стимулирует выделение в кровь адренокортикотропного гормона (АКТГ), а АКТГ передает сигнал о стрессе надпочечникам, в результате чего происходит реализация андрогенного эффекта, а значит и стимуляция акне [31]. Таким образом, акне обостряется на фоне стресса, и в тоже время стресс еще больше усугубляется при обострении акне [32].

При оценке индексов психоэмоционального состояния и ДИКЖ у 147 пациентов с акне были выявлены неуверенность в себе, чувство беспокойства и раздражительности, ощущение собственной неполноценности. У женщин чаще встречались расстройства сна и аппетита, сексуальные дисфункции, навязчивые ипохондрические и социальные страхи, чувство стыда из-за «обезображивающих» высыпаний на коже. При этом степень негативного влияния заболевания зачастую не коррелировала со степенью тяжести соматической патологии. В свою очередь, симптомы постакне вызывали более выраженные изменения психического состояния (тревожные и депрессивные расстройства), чем сам дерматоз (воспалительные элементы). Так, показатель ДИКЖ был наиболее высокий (14,6 [13,8; 15,1]) в группе из 38 взрослых с постакне (возраст от 21 года до 48 лет), по сравнению с пациентами, страдающими папулопустулезным акне, независимо от возраста [1].

Психогенные реакции часто развиваются при рецидивирующих дерматозах, сопровождающихся постоянным зудом (атопический дерматит, экзема). Психоэмоциональные расстройства встречались у 70% больных с зудящими дерматозами [33], значительно снижая качество их жизни. Психоэмоциональные реакции, обусловленные зудом и/или видимыми изменениями кожи (косметический дефект) в свою очередь влияли на течение самого дерматоза, усугубляя тяжесть проявлений [34].

Последствием atopического дерматита являлось возникновение тревожно-депрессивных и фобических расстройств, связанных со страхом относительно исхода заболевания и косметических дефектов [35]. При этом прослеживалась прямая зависимость между степенью тяжести дерматоза и выраженностью сопутствующего психического расстройства [36]. При тяжелом течении atopического дерматита более чем у двух третей больных усугублялись патологические психосоматические процессы, а соответственно и выраженность клинических изменений кожи [29,30].

Еще одно исследование с использованием большого количества шкал и методик психологического обследования было проведено в 2013 году S. Noh и соавт., которые изучали качество жизни больных atopическим дерматитом и витилиго. Уровень личностной тревожности и ДИКЖ были больше у пациентов с atopическим дерматитом и витилиго, чем у здоровых лиц. При этом, уровень ДИКЖ у больных atopическим дерматитом был выше, чем у больных витилиго. Витилиго, которое не сопровождалось какими-либо симптомами, оказывало меньшее психотравмирующее воздействие, чем atopический дерматит, сопровождавшийся зудом и раздражением. Также у больных с витилиго закономерно обнаруживался более высокий уровень общей тревожности, чем у здоровых, что вполне можно объяснить страхом усугубления косметического дефекта [37].

Авторы отмечали, что значительное ухудшение качества жизни наблюдалось при чесотке [38,39], которая сопровождалась хроническим, изнурительным зудом. Последнее отрицательно влияло на психику пациентов и существенно снижало качество жизни [40]. Проведенное исследование выявило, что у больных чесоткой взрослых имелись социально-психологические специфики личности, что позволяло включить это заболевание в категорию психосоматических заболеваний [41]. Необходимы дальнейшие исследования и разработка инструментов по изучению связи этого дерматоза и эмоционального состояния больных [38].

Тесная ассоциация кожной патологии у пациента с дерматозом и его эмоциональных нарушений представляет собой результат взаимосвязи кожи как органа осязания и нервной системы. Кожа и нервная система имеют общее происхождение, так как развиваются из одного зародышевого листка – эктодермы [42], что свидетельствует об их неразрывной связи. Значительная часть хронических дерматозов возникает и поддерживается в результате

психогенного воздействия, которое, в свою очередь обуславливает выработку различных нейромедиаторов, включаясь в механизм развития дерматоза и приобретая патогенетическое значение [43,44]. Е. Peters в 2005 году на примере аллергического воспаления при атопическом дерматите и псориазе создал модель воздействия биохимического или психоэмоционального стресса через этап реакций нейроэндокринной системы на воспалительные заболевания кожи [45].

В последнее десятилетие проведены многочисленные исследования по изучению психопатологических изменений у больных дерматозами, при этом особая роль отводится вопросам первичности, вторичности или бинарности психосоматических расстройств [28,46,47]. Известно, что возникновение и развитие рецидивов многих дерматозов (атопический дерматит, вульгарный псориаз, рецидивирующий простой герпес и другие) в 25-50% было связано с психогенными воздействиями [29]. Было показано, что депрессивный аффект способствует формированию иммунной недостаточности с подавлением клеточных иммунных реакций в коже, обуславливая дебют и поддерживая хроническое рецидивирующее течение дерматозов [46]. Стресс рассматривается как триггерный механизм аллергических дерматозов, цепочка патохимических реакций при которых представлена следующим образом: стресс → стресс-индуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов → выброс цитокинов → дисбаланс клеточного иммунитета в системе Th1/Th2 → высокая продукция IgE-антител → взаимодействие аллергенов с IgE-антителами на поверхности тучных клеток и базофилов → гистаминолиберация → аллергическое воспаление [48,49]. В тоже время, при зудящих дерматозах или болезнях кожи, клинические проявления которых располагались на открытых участках кожи (витилиго, акне, гнездная алопеция, атопический дерматит, розацеа), развивались вторичные психические изменения, которые существенно отягощали течение основного заболевания [21].

### **Заключение**

Таким образом, накапливающиеся результаты клинических исследований убедительно подтверждают связь заболеваний кожи и психоэмоционального состояния у дерматологических больных. Вместе с тем по-прежнему необходимы дальнейшие исследования психоэмоциональных аспектов различных заболеваний кожи и поиск эффективных способов психокорригирующего лечения. Общих схем терапии психосоматических расстройств при заболеваниях кожи не существует, они должны быть строго индивидуальными, учитывающими характер и степень выраженности соматической и психосоматической патологии. Изучение и анализ качества жизни пациентов позволяет улучшить понимание психосоциальной нагрузки на дерматологического больного, что может стать основой для поиска эффективных способов комплексной терапии данной категории

больных. Адекватное комплексное специфическое лечение сопутствующих эмоциональных нарушений у дерматологических больных позволит улучшить качество их жизни и оптимизировать эффективность оказания медицинской помощи.

### Список литературы

1. Круглова Л.С., Самушия М.А., Талыбова А.М. Психические расстройства, социальная дезадаптация и качество жизни пациентов с акне и симптомами постакне // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 12. С. 4-10. DOI: 10.17116/jnevro20181181214.
2. AlOtaibi H.M., AlFurayh N.A., AlNooh B.M., Aljomah N.A., Alqahtani S.M. Quality of life assessment among patients suffering from different dermatological diseases // Saudi Med J. 2021. Vol. 42. Is. 11. P. 1195-1200. DOI: 10.15537/smj.2021.42.11.20210560.
3. Hon K.L., Chu S., Leung A.K.C. Quality of Life for Children with Allergic Skin Diseases // Curr Pediatr Rev. 2022. Vol. 18. Is. 3. P. 191-196. DOI: 10.2174/1573396317666210901124211.
4. Астафьева Н.Г., Еремина М.Г. Профессиональная и социальная активность как важные характеристики качества жизни трудоспособных лиц с заболеваниями кожи // Социология медицины. 2014. Т. 1. № 24. С. 51-59.
5. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 11-15.
6. Ефанова Е.Н., Васильева Е.А., Кобылянская Н.В., Калинин М.А. Анализ индекса качества жизни DLQI (The Dermatology Life Quality Index) у пациентов с различными дерматологическими нозологиями // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2019. Т. 21. № 6. С. 22-26. DOI: 10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-6-22-26.
7. Орлов Е.В., Коннов П.Е., Арсеньева А.А. Клиническая эффективность комбинированной терапии атопического дерматита с применением адаптола // Терапевтический архив. 2014. Т. 86, № 5. С. 78-82.
8. Коннов П.Е., Орлов Е.В., Арсеньева А.А. Оценка качества жизни и эффективности комбинированной фармакотерапии с применением анксиолитика у больных хроническим актиническим дерматитом // Клиническая дерматология и венерология. 2017. Т. 16. № 1. С. 64-67. DOI: 10.17116/klinderma201716164-67.
9. Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Гитинова М.М. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами // Русский медицинский журнал. 2018. Т. 26. № 8-2. С. 68-71.



10. Круглова Л.С., Переверзина Н.О., Коваленко Ю.А. Противозудная терапия как основная составляющая повышения качества жизни пациентов с дерматозами // Медицинский алфавит. 2020. № 6. С. 6-10. DOI: 10.33667/2078-5631-2020-6-6-10.
11. Chamoun A., Goudetsidis L., Poot F., Bourdeaud'hui F., Titeca G. Psoriasis and depression // Rev Med Brux. 2015. Vol. 36. Is. 1. P. 23-28.
12. Singh S.M., Narang T., Dogra S., Verma A.K., Gupta S., Handa S. Psychiatric morbidity in patients with psoriasis // Cutis. 2016. Vol. 97. Is. 2. P. 107-112.
13. Duvetorp A., Østergaard M., Skov L., Seifert O., Tveit K.S., Danielsen K., Iversen L. Quality of life and contact with healthcare systems among patients with psoriasis and psoriatic arthritis: results from the NORdic PATient survey of Psoriasis and Psoriatic arthritis (NORPAPP) // Arch Dermatol Res. 2019. Vol. 311. Is. 5. P. 351-360. DOI: 10.1007/s00403-019-01906-z.
14. Balieva F.N., Finlay A.Y., Kupfer J., Aragonés L.T., Lien L., Gieler U., Poot F., Jemec G.B.E., Misery L., Kemeny L., Sampogna F., van Middendorp H., Halvorsen J.A., Ternowitz T., Szepietowski J.C., Potekaeв N., Marron S.E., Altunay I.K., Salek S.S., Dalgard F.J. The Role of Therapy in Impairing Quality of Life in Dermatological Patients: A Multinational Study // Acta Derm Venereol. 2018. Vol. 98. Is. 6. P. 563-569. DOI: 10.2340/00015555-2918.
15. Горшунова Ю.С., Полонская А.А., Толмачев Д.А. Анализ индекса качества жизни DLQI (The Dermatology Life Quality Index) у пациентов с различными дерматологическими нозологиями // Modern Science. 2021. № 11-4. С. 41–46.
16. Picardi A., Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth // Psychother Psychosom. 2001. Vol. 70. Is. 3. P. 118-136. DOI: 10.1159/000056237.
17. Андрющенко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 1. С. 14-27.
18. Романов Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть I) // Психические расстройства в общей медицине. 2014. № 1. С. 37-45.
19. Елькин В.Д., Коберник М.Ю., Седова Т.Г., Бородина Е.Н., Андрусенко А.А. Исследование эмоциональных нарушений у дерматологических и кардиологических больных // Пермский медицинский журнал. 2021. Т. 38. № 3. С. 68-75. DOI: 10.17816/pmj38368-75.
20. Божко С.А., Шерина Т.Ф. Возможности применения нелекарственных методов для коррекции кожных заболеваний стрессорного генеза // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 4. С. 63-68.
21. Кочорова Л.В., Максимова А.А., Скрипов В.С. Опыт лечения дерматологических больных в психосоматическом отделении // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2018. Т. 62. № 2. С. 36-39.

22. Lowry C.L. Shah R., Fleming C., Taylor R., Bewley A. A study of service provision in psychocutaneous medicine // *Clin Exp Dermatol*. 2014. Vol. 39. Is. 1. P. 13-18. DOI: 10.1111/ced.12235.
23. Пашинян А.Г., Дворников А.С., Донцова Е.В. Оценка качества жизни больных псориазом: обзор современных исследований // *Лечебное дело*. 2019. № 2. С. 32–35. DOI: 10.24411/2071-5315-2019-12109.
24. Блайхер Ц., Глик Г. Новый комплексный метод лечения и профилактики псориаза с применением элементов альтернативной терапии // *Международный медицинский журнал*. 2000. № 4. С. 344-345.
25. Филонова А.В., Утц С.Р., Шнайдер Д.А., Гуськова О.П. Психокоррекционные мероприятия в комплексной терапии больных псориазом // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2015. Т. 11. № 3. С. 466-471.
26. Утц С.Р., Моррисон А.В., Давыдова А.В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012. Т. 8. № 2. С. 664-667.
27. Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Жукова О.В., Хлыстова Е.А., Кочетков М.А., Игошина А.В. Психосоматические расстройства и качество жизни при хронических дерматозах фациальной локализации и их динамика на фоне применения медицинского камуфляжа // *Клиническая дерматология и венерология*. 2017. Т. 16. № 5. С. 58-72. DOI: 10.17116/klinderma201716558-71.
28. Eichenfield D.Z., Sprague J., Eichenfield L.F. Management of Acne Vulgaris: A Review // *JAMA*. 2021. Vol. 326. Is. 20. P. 2055-2067. DOI: 10.1001/jama.2021.17633.
29. Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) // *Психические расстройства в общей медицине*. 2012. № 1. С. 4-14.
30. Lopes C., Pinto L., Leite C. Personality Traits May Influence the Severity of Atopic Dermatitis in Adult Patients: A Pilot Study // *J. Investig Allergol Clin Immunol*. 2016. Vol. 26. Is. 3. P. 198-199. DOI: 10.18176/jiaci.0056.
31. Прохоров Д.В., Нгема М.В., Шеренговская Ю.В., Горлова Н.А., Северинова С. К. Анализ показателей опросника SF-36 у студентов с угревой болезнью // *Таврический медико-биологический вестник*. 2019. Т. 22. № 3. С. 37-40.
32. Ильчевская Е.А., Криницына Ю.М., Сергеева И.Г. Нарушения психоэмоционального статуса у пациентов с эксфолированными акне // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017. № 5. С. 64-69. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-5-64-69.

33. Gieler U., Niemeier V., Kupfer J., Harth W. Psychosomatik in der Dermatologie (Psychosomatic dermatology). *Hautarzt*. 2008. Vol. 59. Is. 5. P. 415-432.
34. Потекаев Н., Данилин И., Корсунская И., Косталевская А., Невозинская З., Артемьева М. Психосоматические аспекты атопического дерматита // *Врач*. 2018. Т. 29. № 2. С. 18-21.
35. Kage P., Simon J.C., Treudler R. Atopic dermatitis and psychosocial comorbidities // *J. Dtsch Dermatol Ges*. 2020. Vol. 18. № 2. P. 93-102. DOI: 10.1111/ddg.14029.
36. Lim V.Z., Ho R.C., Tee S.I., Ho M.S., Pan J.Y., Lim Y.L., Tang M.B., Chan K.L., Giam Y.C. Anxiety and Depression in Patients with Atopic Dermatitis in a Southeast Asian Tertiary Dermatological Centre // *Ann Acad Med Singapore*. 2016. Vol. 45. Is. 10. P. 451-455.
37. Noh S., Kim M., Park C.O., Hann S.K., Oh S.H. Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and symptomatic cutaneous diseases: Vitiligo and atopic dermatitis // *Ann. Dermatol*. 2013. Vol. 25. Is. 4. P. 454-461. DOI: 10.5021/ad.2013.25.4.454.
38. Janmohamed S.R., Gwillim E.C., Yousaf M., Patel K.R., Silverberg J.I. The impact of prurigo nodularis on quality of life: a systematic review and meta-analysis // *Arch Dermatol Res*. 2021. Vol. 313. Is. 8. P. 669-677. DOI: 10.1007/s00403-020-02148-0.
39. Whang K.A., Le T.K., Khanna R., Williams K.A., Roh Y.S., Sutaria N., Choi J., Gabriel S., Chavda R., Semenov Y., Kwatra S.G. Health-related quality of life and economic burden of prurigo nodularis // *J. Am Acad Dermatol*. 2022. Vol. 86. Is. 3. P. 573-580. DOI: 10.1016/j.jaad.2021.05.036.
40. Rambhia P.H., Levitt J.O. Recalcitrant prurigo nodularis treated successfully with dupilumab // *JAAD CaseRep*. 2019. Vol. 5. Is. 5. P. 471-473. DOI: 10.1016/j.jdcrr.2019.03.016.
41. Красильникова Е.С., Хисматуллина З.Р., Камалов Э.С. Психосоматические аспекты пруриго взрослых // *Южно-Уральский медицинский журнал*. 2022. № 2. С. 52-56.
42. Shenefelt P.D. Psychological interventions in the management of common skin conditions // *Psychol Res Behav Manag*. 2010. Is. 3. P. 51-63. DOI: 10.2147/prbm.s7072.
43. Кубанова А.А., Смольяникова В.А., Чикин В.В., Карамова А.Э. Нейротрофины и нейропептиды как медиаторы воспаления при хронических дерматозах // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014. № 6. С. 57-61.
44. Чикин В.В., Смольяникова В.А., Нефедова М.А. Роль белков, регулирующих рост нервных волокон, в формировании зуда у больных атопическим дерматитом // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017. Т. 20. № 2. С. 125. DOI: 10.18821/1560-9588-2017-20-2-125.
45. Peters E., Kuhlmei A. Immunology of psoriasis // *Brain Behav. Immunol*. 2005. Is. 19. P. 252-262.

46. Милус И.Е. Психосоматические нарушения у больных атопическим дерматитом и обоснование психокорректирующей терапии // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии и косметологии. 2022. № 1 (35). С. 34-38.
47. Мухамадеева О.Р., Шарафутдинова Н.Х. Уровень качества жизни, тревоги и депрессии у пациентов с хроническими дерматозами старше трудоспособного возраста // Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2023. Т. 25. № 2. С. 5-10. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2023-25-2-5-10.
48. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6. № 6. С. 272-274.
49. Лусс Л.А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции // Доктор.Ру. 2010. № 2 (53). С. 55-58.