

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ У ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

FEATURES OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS IN THE SOUTHERN REGION OF UKRAINE

УДК 616.516.5:159.942]-053.2
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.2.32>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Величко В.І.

д.мед.н., професор, завідувачка
кафедри сімейної медицини, загальної
практики та поліклінічної терапії
Одеський національний
медичний університет
ORCID ID: 0000-0002-1936-3421

Портнова О.О.

к.мед.н., доцент кафедри
сімейної медицини, загальної практики
та поліклінічної терапії Одеського
Національного Медичного університету
ORCID ID: 0009-0000-8857-4161

Данільчук Г.О.

к.мед.н., доцент кафедри
сімейної медицини, загальної практики
та поліклінічної терапії Одеського
Національного Медичного університету
ORCID ID: 0000-0002-5247-7164

Вступ. Атопічний дерматит (АтД) – хронічне рецидивне запальне мультифакторне захворювання шкіри зі складним етіопатогенезом, що виявляється сухістю та запаленням шкіри, інтенсивним свербінням, яке може посилюватися багатьма триггерними факторами, як-от алергени та неспецифічні тригери. АтД є хронічним рецидивним ураженням шкірних покривів, поширеність якого сягає 10–30% у дітей та підлітків і 2–10% – у дорослих [1, с. 603]. Він є одним із найпоширеніших захворювань шкіри, яке значно погіршує якість життя пацієнтів і є важливою медико-соціальною проблемою. Тривалість і площа ураження шкірних покривів, а також низка суб'єктивно дискомфортних симптомів, зумовлених ураженням шкіри, визначають медико-соціальну актуальність патології.

Питання психоемоційного стану у хворих з атопічним дерматитом нині є вкрай актуальним

У статті наведено результати комплексного обстеження з оцінкою психоемоційного статусу дітей Південного регіону України, хворих на атопічний дерматит. Обстежено 65 дітей віком від 10 до 17 років, які мешкають в Одеській та Миколаївській областях. Програма обстеження включала: збір анамнестичних даних щодо сімейного та особистого алергоанамнезу, загальноклінічне обстеження, розрахунок індексу SCORAD, визначення загального та специфічного IgE, оцінювання психологічного статусу згідно зі шкалою оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна). У всіх групах індекс SCORAD був вище у дівчат, тобто клінічні симптоми були більш маніфестні. Відмічалось, що в дівчаток із тяжким перебігом захворювання індекс SCORAD був вище за рахунок суб'єктивних ознак (свербіж та порушення сну). До того ж у цієї категорії дітей частіше спостерігалися такі прояви, як: депресивні думки, незадоволеність своїм тілом, сором'язливість.

Отримані дані свідчать, що у всіх пацієнтів реєструвалися скарги психосоматичного характеру. У дітей з тяжкою розповсюдженою формою атопічного дерматиту в стадії його загострення відзначили підвищення рівня реактивної та особистісної тривожності, натомість за легкою локальною формою захворювання рівень змін психологічного статусу був значно меншим.

Підвищення показників реактивної тривожності в період, що передують загостренню, можуть свідчити про етіологічну роль психотравматичних ситуацій у генезі атопічного дерматиту. Водночас стійко високі бали реактивної тривожності в період загострення атопічного дерматиту дозволяють розглядати його як незаперечний фактор індукції та підтримання відчуття тривоги в пацієнтів. Тому призначення комплексної психологічної корекції в програмі базової

терапії атопічного дерматиту є доцільним й обґрунтованим.

Ключові слова: атопічний дерматит, діти, психоемоційний статус.

The article presents the results of comprehensive investigation of the psychoemotional status of children with atopic dermatitis in the southern region of Ukraine. 65 children from 10 to 17 years of age from Odesa and Mykolayiv region were examined. The program of investigation has included: collection of anamnestic data for family and specific allergy history, post-clinical fasting, assessment of the SCORAD index, identification of total and specific IgE, assessment of the psychological status of this scale assessments of the reactive and specific anxiety level (Ch.D. Spilberg, Yu.L. Khanin). In all groups of values SCORAD was higher in girls, so clinical symptoms were more manifesting. It was determined that in girls with severe illness, the SCORAD index was higher for subjective signs (worry and sleep disturbance). Previously, this category of children had got more frequently the following symptoms: depressive thoughts, dissatisfaction with their body and irritability.

The data shows that the most severe form of disease was occurred in girls. All patients had symptoms of a psychosomatic nature. In children with a severe, widespread form of atopic dermatitis at the acute stage, there was an increased level of reactive and specific anxiety, fatigue.

Increased level of reactive anxiety during the period before exacerbation indicates the etiological role of psychotraumatic situations in the genesis of atopic dermatitis. At the same time, persistently high scores of reactive anxiety during the period of atopic dermatitis exacerbation makes it possible to consider as an indirect factor of induction and suppression of anxiety in patients. Therefore, the importance of complex psychological correction in the program of atopic dermatitis basic therapy can be recommended.

Key words: atopic dermatitis, children, psychoemotional status.

і важливим для медичної спільноти та суспільства загалом [2, с. 98]. За даними ВООЗ, щорічно реєструють до 1 млн випадків хворих на АтД. Це означає, що мільйони людей щодня стикаються з фізичними та емоційними аспектами цього захворювання [3, с. 1317]. Атопічний дерматит та його загострення можуть бути спровоковані психогенними факторами. Невипадково АтД було віднесено Францем Александером до класичних психосоматичних захворювань.

Науковцями також відзначено важливу роль у виникненні та загостренні цього захворювання стресових ситуацій. Понад третини випадків АтД пов'язані з основним пусковим чинником – стресом [4, с. 706]. Стрес-продуруючі ситуації, тривожність і внутрішні конфлікти здатні запускати або загострювати клінічні прояви АтД через активацію нейроендокринної системи та цитокінового каска-

ду. У низці робіт показано, що цей дерматоз може починатися або рецидивувати після різноманітних нервово-психічних травм, тривалих хвилювань, важких переживань. Невротичний стан, що виникає при цьому, виражається в порушенні сну, підвищеній дратівливості, пригніченому стані, плаксивості, емоційній лабільності, може бути первинним, якщо він передуює появі шкірного захворювання, або вторинним, якщо розвивається внаслідок наявного дерматозу.

Вторинні невротичні стани часто супроводжуються поширенням ураження шкіри, викликаючи в пацієнтів фізичний дискомфорт, і є причиною психологічних проблем. Так, для хворих на АтД характерні збудливість, утрата емоційної самостійності, ворожість, схильність до агресивних імпульсів, труднощі встановлення контакту в сім'ї та колективі, тривожність, схильність до депресії, а також тенденції до інтроверсії, астеничних та дистонічних реакцій [5, с. 731; 6, с. 606]. Сверблячка, характерна для atopічного дерматиту, може бути настільки інтенсивною, що пацієнти постійно відчують дискомфорт. Це створює почуття занепокоєння і незадоволення. Пацієнти відчують спокусу подряпати шкіру, навіть якщо вони знають, що це може погіршити клінічну картину, і це викликає конфлікт між бажанням зняти свербіж та страхом погіршення симптомів. Постійна сверблячка може стати джерелом психологічного стресу і тривожності. Хворі можуть почуватися безпорадними перед необхідністю постійно боротися із цим відчуттям [6, с. 1338].

АтД у дітей є ще більш загрозливою проблемою, адже суттєво погіршує якість життя дитини та її сім'ї, призводить до змін в емоційній сфері, порушує звичний для дітей спосіб життя, гармонійний та духовний розвиток. Захворювання призводить до психопатологічного формування особистості, її соціальної дезадаптації (труднощі у виборі професії, створення сім'ї) та ранньої інвалідизації. Щоб оцінити стан психологічного, фізичного та соціального здоров'я дитини, необхідний комплексний показник, яким, власне, і є показник якості життя. Якість життя, згідно з одним із медичних трактувань, – це сприйняття пацієнтом свого становища залежно від хвороби в контексті його систем цінностей, планів, можливостей та психоемоційного статусу. Якість життя за АтД знижується через необхідність дієтичного харчування, вибору певного одягу, температурного режиму, відмови від косметичних засобів, обмеження міжособистісних контактів через збентеження та пригніченість, спричинені станом шкіри. З іншого боку, стрес сам може бути тригером АтД та існує ймовірність виникнення порочного кола між емоційними переживаннями та клінічними симптомами.

Тим часом об'єктивне оцінювання тяжкості стану пацієнтів з АтД необхідне не тільки для обґрунтованого призначення терапії, але й для визначення її ефективності. Проте натеper робіт із вивчення

психоемоційного статусу в дітей з atopічним дерматитом залежно від ступеня тяжкості захворювання недостатньо.

Мета роботи – вивчення особливостей психоемоційного статусу дітей з АтД Південного регіону України залежно від ступеня тяжкості захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 65 дітей з АтД віком від 10 до 17 років, які мешкають в Одеській та Миколаївській областях. Програма обстеження включала: збирання анамнестичних даних щодо сімейного та особистого алергоанамнезу, загальноклінічне обстеження, розрахунок індексу SCORAD, визначення загального та специфічного IgE, оцінювання психологічного статусу згідно зі шкалою оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна). Інтегральний показник SCORAD вираховували шляхом оцінювання об'єктивних (інтенсивність і поширеність) і суб'єктивних (порушення сну та інтенсивність денного свербіжу) критеріїв [7, с. 1708]. Для розрахунку індексу SCORAD приймалися до уваги три умовні показники: поширеність патологічного шкірного процесу («А»), вираженість клінічних проявів («В») та суб'єктивна оцінка пацієнтом свого стану («С»).

Показник «А» визначався шляхом підсумовування площі уражених зон. Для обчислення показника поширеності шкірного процесу використовували правило «дев'яток». Згідно з цим правилом, площа поверхні голови та шиї дорослої людини становить: однієї верхньої кінцівки – 9%, передньої поверхні тулуба – 18%, задньої поверхні тулуба – 18%, однієї нижньої кінцівки – 18%, а промежини і зовнішніх статевих органів – 1%. Для зручності розрахунків площа передньої та задньої областей голови та шиї, а також передньої та задньої поверхонь верхньої кінцівки приймаються за 4,5% від загальної площі шкірного покриву; передня та задня поверхні тулуба – за 18%; геніталії – за 1%; передня та задня поверхні нижньої кінцівки – за 9%.

Показник «В» визначався як сума оцінок 6 клінічних проявів (еритеми, набряку/папул, екскоріацій, кірки, ліхеніфікації та ксерозу вільної від висипань шкіри). Інтенсивність кожної ознаки оцінювали за 4-рівневою шкалою: 0 – відсутність, 1 – слабка, 2 – помірна, 3 – сильна. Для оцінювання кожної з ознак вибиралася репрезентативна ділянка шкіри з проявами «середньої виразності», при цьому неприпустима оцінка по найважчому з наявних висипань. Варто зазначити, що виразність екскоріацій оцінювали на ділянках неліхеніфікованої шкіри. Під ліхеніфікацією розуміють потовщення епідермісу в ділянках хронічного запалення з грубим підкресленим шкірним малюнком, найчастіше ромбоподібної форми, з трохи блискучою поверхнею, з коричневим або сіруватим відтінком. Ксероз оцінювався без попереднього використання емолієнтів на ділянках, що знаходяться на певній відстані від запальних елементів, тобто на майже здоровій шкірі.

Показник «С» відповідає сумі суб'єктивно оцінених пацієнтом за цифровою аналоговою шкалою (значення від 0 до 10) показників сверблячки та порушення сну, при цьому приймається усереднене значення ознак за останні три доби [7, с. 1709].

Формула для розрахунку індексу SCORAD виглядає так:

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C.$$

Максимально можливий результат відповідає 103 балам. Ступінь тяжкості АТД оцінювали таким чином: легка – менше 25 балів, середньотяжка – від 25 до 50 балів, тяжка – понад 50 балів.

Для психологічного тестування застосовували шкалу оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна) [8, с. 112]. Цей тест – найбільш надійний та інформативний спосіб самооцінки рівня тривожності на момент опитування (реактивної тривожності (РТ) як стану та особистісної тривожності (ОТ) як стійкої характеристики людини). ОТ характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. РТ характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю. Але тривожність не є негативною рисою. Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує індивідуальний оптимальний рівень «корисної тривоги». Наявність низького рівня тривожності свідчить про недооцінення пацієнтом свого стану та потребує підвищення почуття відповідальності та уваги до свого стану. Висока ОТ говорить на користь невротичного конфлікту з емоційними та невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. Шкала оцінки складається із двох частин, що окремо оцінювали реактивну (РТ, питання 1–20) та особистісну (ОТ, питання 21–40) тривожність. Під час інтерпретації результату оцінювали так: до 30 – низька тривожність, 31–45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність.

Результати та їх обговорення. Усі пацієнти були поділені на три групи залежно від тяжкості захворювання:

1-ша група – 17 (26,2%) діти з легким ступенем тяжкості АТД;

2-га група – 36 (55,4%) діти із середнім ступенем тяжкості АТД;

3-тя група – 12 (18,4%) діти з тяжким ступенем тяжкості АТД.

Тривалість захворювання у групи обстежених дітей була від 5 до 10 років. У разі виявлення анамнестичних даних у 43 (66,2%) дітей перші прояви АТД спостерігалися у віці до 1 року. При цьому у 9 (75,0%) з 12 дітей з тяжким перебігом АТД (3-тя група) дебют захворювання мав місце до 6 міс. За причинами виникнення загострень, за даними алергоанамнезу, у 55,5% провідною групою були харчові алергени, у 40% – аероалергени (пилкові, побутові та епідермальні чинники).

Під час вивчення спадкової алергообтяженості було визначено, що успадкування патогенетичних особливостей по лінії матері відзначається у 43 (66,2%) дітей, у 12 (18,5%) – по лінії батька, у 13 (20,0%) – по лінії обох батьків. Роль стресових ситуацій у генезі загострення АТД спостерігалася у 78,5% хворих. Під час аналізу коморбідної патології виявлено, що у 33,8% дітей АТД поєднувався з такими atopічними захворюваннями, як бронхіальна астма, алергічний риніт, кон'юнктивіт. Ураження шкіри було представлено вогнищами з переважною локалізацією на шкірі обличчя, кистей, тулуба, кінцівок, характеризувалося еритемою, папульозним висипом, ліхеніфікацією, екскоріаціями, кірками, сухістю шкіри, супроводжувалося сверблячкою, порушенням сну. Слід відзначити, що у всіх хворих на середньотяжкий та тяжкий АТД реєструвалося порушення сну внаслідок свербіж. Також обстежені діти скаржилися на зниження настрою, слабкість, тривожність, зниження концентрації уваги, невпевненість у собі внаслідок ураження шкіри, проблему з вибором одягу та комунікативні порушення.

За визначення специфічних IgE було виявлено, що більшість (78,5%) пацієнтів мають харчову сенсibilізацію. При цьому залежно від тяжкості захворювання змінювалася частота харчової сенсibilізації, зокрема, якщо серед 1-ої групи пацієнтів цей фактор зустрічався у 20 (30,8%), то зі зростанням тяжкості захворювання зростав і рівень харчової сенсibilізації (76,9 і 86,2% відповідно).

Пилкова сенсibilізація була зареєстрована у 28 (43,1%), епідермальна – у 10 (15,4%) пацієнтів. Слід зазначити, що в 32 (49,2%) дітей спектр сенсibilізації був полівалентним, тобто спостерігалося поєднання кількох сенсibilізаційних факторів. Зокрема, одночасно пилкова та харчова сенсibilізації зустрічалася у 10 (15,3%), пилкова, епідермальна та побутова – у 11 (19%), пилкова, харчова та побутова – у 6 (9,2%) пацієнтів.

За оцінками індексу SCORAD, усі обстежені діти були розподілені на 3 групи (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл дітей з АТД за статтю та ступенем тяжкості, згідно з індексом SCORAD

Ступінь тяжкості	Величина індексу SCORAD		P
	Дівчата	Хлопчики	
Легкий (n=17)	27,2±1,6	23,5±3,3	<0,001
Середньотяжкий (n=36)	52,4±2,1	46,8±2,7	<0,01
Тяжкий (n=12)	88,1±3,6	76,5±3,1	<0,01

Показники реактивної та особистої тривожності за шкалою Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна у дітей з АтД залежно від ступеня тяжкості

Рівень тривожності	Ступінь тяжкості АтД		
	Легкий (n=17)	Середньотяжкий (n=36)	Тяжкий (n=12)
Реактивна	12,87±0,33	22,85±0,88	42,50±0,77
Особиста	25,47±0,27	33,29±0,82	47,58±0,77

Виходячи з даних таблиці, можна зробити висновки, що індекс SCORAD у дівчаток, хворих на АтД, був достеменно вищий у всіх групах. Так, за легкого перебігу величина індексу дорівнювала у дівчаток $27,2 \pm 1,6$, тоді як у хлопчиків такий показник сягав $23,5 \pm 3,3$ ($p < 0,001$). У хворих на АтД середньотяжкого перебігу також реєструвалося достеменне превалювання індексу SCORAD у дівчаток ($52,4 \pm 2,1$ проти $46,8 \pm 2,7$, $p < 0,01$). За тяжкого перебігу АтД простежувалася аналогічна тенденція – ознаки захворювання були більш суттєвими в дівчаток ($88,1 \pm 3,6$ проти $76,5 \pm 3,1$, $p < 0,01$). Слід відмітити, що у дівчаток з тяжким перебігом захворювання індекс SCORAD був вище за рахунок суб'єктивних ознак (свербіж та порушення сну). До того ж у цієї категорії дітей частіше відмічалися такі прояви, як: депресивні думки, незадоволеність своїм тілом, сором'язливість.

З огляду на наведені дані було проведено оцінювання психологічного статусу пацієнтів методом тестування за шкалою оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна (табл. 2).

Отримані дані свідчать про більш високий рівень реактивної тривожності в дітей з тяжким перебігом захворювання ($12,87 \pm 0,33$ та $22,85 \pm 0,88$ проти $42,50 \pm 0,77$, $p < 0,001$). У цієї групи найвищі показники реєструвалися в дівчаток. У діагностичному періоді низька РТ відзначена у 2 пацієнтів (5%). В обох випадках це були хлопчики (10,5% від загальної кількості хлопців) із середнім ступенем тяжкості АтД. Помірна РТ виявлена у 22 (33,3%) хворих, серед яких 3 хлопчики з АтД середнього ступеня тяжкості, 2 – з легким ступенем тяжкості та 7 дівчаток, з яких 4 – із середнім ступенем тяжкості та 3 – з легким. У 26 (40%) пацієнтів з АтД відзначено високий рівень РТ. Це були хлопчики і дівчатка з тяжким та середньотяжким АтД. У таких пацієнтів не було почуття внутрішнього задоволення, вони відчували скутість, напругу, відзначали відсутність впевненості в собі.

Рівень особистої тривожності також превалював у дітей з тяжким перебігом АтД ($25,47 \pm 0,27$ та $33,29 \pm 0,82$ проти $47,58 \pm 0,77$, $p < 0,001$). Слід відмітити, що в дітей із середньотяжким і тяжким перебігом АтД також спостерігалася переважання дівчат із найвищими показниками особистої тривожності. Під час дослідження ОТ низького рівня не виявили. Помірну ОТ відзначили у 21 пацієнта (50,0%). Це були всі хлопчики та дівчатка з легким та середньотяжким ступенем тяжкості АтД (12 хлопчиків та 9 дівчаток). 38,5% дітей з АтД у діагностичному

періоді турбували плаксивість, відчуття небезпеки, розчарування, невпевненості в собі та прогнозі хвороби, що говорило на користь високої ОТ. Це були переважно дівчатка з тяжким захворюванням.

Підвищення показників реактивної тривожності в періоди, що передують загостренню, можуть свідчити про етіологічну роль психотравматичних ситуацій у генезі АтД. Водночас стійко високі бали реактивної тривожності в період загострення атопічного дерматиту дозволяють розглядати його як незаперечний фактор індукції та підтримання відчуття тривоги в пацієнтів.

Виявлялися ознаки аутодистанціювання по відношенню до власних шкірних покривів: уникнення тактильного контакту; відмова від демонстрації свого тіла та уражених ділянок шкіри; недостатній візуальний контроль за ураженими ділянками шкіри; прагнення «ізолювати», «приховати» уражені ділянки шкірних покривів за допомогою «закритого» одягу; відмова чи зведення до мінімуму саногенних маніпуляцій зі шкірними покривами (зокрема, безболісних). При цьому генез переліченої симптоматики лежав не в площині фобічних переживань (побоювання пошкодити шкірні покриви, пережити медичні маніпуляції), а був відповіддю на хворобливе неприйняття власної зовнішності.

Показово, що цей варіант ставлення до шкірних покривів найбільш часто корелював з підвищеними балами реактивної та особистісної тривожності порівняно з аутофіксаційним варіантом. Аутофіксація на власних шкірних покривах відрізнялася підвищеною увагою до них і мала як свідомий, так і частіше несвідомий характер, виявляючись у поведінковій сфері. Цей варіант виявлявся у 32,3% спостережень. Аутофіксаційний варіант у свою чергу можна поділити на: аутокураційний, що має на увазі зосередженість уваги дитини на власних шкірних покривах (у тому числі через надмірне розглядання здорових та уражених ділянок шкіри); прагнення до забезпечення тактильного «комфорту», проведення саногенних маніпуляцій; та аутоагресивний зі скарифікацією шкірних покривів як на ділянках ураження, так і поза ними. У 38,5% випадків мало місце поєднання описаних варіантів, коли симптоматика з протилежних за спрямованістю варіантів могла бути одночасно або мала тимчасову або територіальну прив'язку. Так, хворі, які в громадських місцях дотримуються характерної для аутодистанційного варіанта моделі поведінки, в домашніх умовах могли бути схильні до аутофіксаційних дій – постійно торкатися руками уражених ділянок шкіри, уважно розглядати їх тощо.

Висновки. На підставі отриманих даних можна зробити такі висновки:

1. Розподіл дітей, хворих на АД, за ступенем тяжкості показав переважання тяжких форм захворювання у дівчаток з більш високим рівнем індексу SCORAD за рахунок суб'єктивних ознак.

2. У всіх пацієнтів, окрім загальних скарг, притаманних захворюванню, спостерігалися симптоми психосоматичного характеру.

3. Найвищі показники рівня реактивної та особистої тривожності, за шкалою Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна, реєструвалися в дітей з тяжким перебігом захворювання. Рівень тривожності переважав у дівчаток з тяжким перебігом захворювання, що корелювало з високим рівнем індексу SCORAD.

4. Отже, призначення комплексної психологічної корекції в програмі базової терапії atopічного дерматиту є доцільним й обґрунтованим.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Cheng B.T., Patel M.S., Xu M., Tilley C.C., Zee P.C., Paller A.S., Fishbein A.B. Timing of itch among children with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2022. Vol. 128, № 5. P. 603–605.

2. Bellemere G., Boyer G., Belilovsky C.De, Baudouin C. Prevention of atopic dermatitis using emollients for 6 months – Follow-up for 24 months. *Journal of Investigative Dermatology*. 2019. Vol. 139, № 5. P. 97–100.

3. Chopra R., Vakharia P.P., Sacotte R., Patel N., Immaneni S., White T. et al. Severity strata for Eczema

Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2017. Vol. 177, № 5. P. 1316–1321.

4. Wollenberg A., Oranje A., Deleuran M., Simon D., Szalai Z., Kunz B. et al. European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016. Vol. 30, № 5. P. 729–747.

5. Schmitt J., Langan S., Deckert S., Svensson A., von Kobyletzki L., Thomas K. et al. Harmonising Outcome Measures for Atopic Dermatitis (HOME) Initiative. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: a systematic review and recommendation. *J Allergy Clin Immunol*. 2013. Vol. 132, № 6. P. 1337–1347.

6. Chopra R., Silverberg J.I. Assessing the severity of atopic dermatitis in clinical trials and practice. *Journal of Clinical Dermatology*. 2018. Vol. 36, № 5. P. 606–615.

7. Chopra R., Vakharia P.P., Sacotte R., Patel N., Immaneni S., White T. et al. Relationship between EASI and SCORAD severity assessments for atopic dermatitis. *Journal of Allergy, Clinical Immunology*. 2017. Vol. 140, № 6. P. 1708–1710.

8. Development of the short version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 116, № 10. P. 112–116.

Стаття надійшла у редакцію: 11.10.2025

Стаття прийнята: 28.10.2025

Опубліковано: 08.12.2025