

Тревожность как клинический маркер активности атопического дерматита у детейМ.Х.Миррахимова¹  , Д.Б.Абидова¹ *1. Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.*

Ответственный автор: Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна, Профессор кафедры детских болезней Ташкентского государственного медицинского университета, Ташкент, Узбекистан.

Переписка: Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан, 100109, город Ташкент, ул. Фаробий, 2.

Correspondence author: Maktuba KH. Mirrakhimova, Professor, Department of Children's Diseases, Tashkent State Medical University, Tashkent, 100140, Uzbekistan.

e-mail: mmh.20@mail.ru.

Received: 20 January 2026

Revised: 22 February 2026

Accepted: 21 April 2026

Published: 29 April 2026

Funding source for publication: Andijan state medical institute.

Copyright: © 2026 by the authors. Licensee IJSP, Andijan, Uzbekistan. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anxiety as a Clinical Marker of Atopic Dermatitis Activity in ChildrenМ.Х.Миррахимова¹  , Д.Б.Абидова¹ *1. Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan.*

Correspondence: Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan, 100140, Farobiy 2.

Abstract.

Introduction. Atopic dermatitis is one of the most common chronic diseases in children and is often associated with psychoemotional disturbances. **The aim of the study** to study the relationship between psychoemotional status and clinical activity of atopic dermatitis in children. **Materials and Methods.** A total of 41 children aged 7–12 years with atopic dermatitis and 20 healthy controls were examined. Disease severity was assessed using the SCORAD index. Anxiety levels were evaluated using the Spielberger–Khanin scale. **Results and Discussion.** Moderate severity predominated (51.2%). High anxiety levels were mainly observed in severe cases. A direct relationship between disease severity and anxiety level was established. **Conclusion.** Anxiety can be considered a clinical marker of atopic dermatitis activity, supporting the need for a comprehensive therapeutic approach.

Key words: atopic dermatitis, children, anxiety, SCORAD, psychosomatic status.

Введение. Атопический дерматит (АтД) в настоящее время рассматривается как одно из наиболее распространённых хронических воспалительных заболеваний кожи у детей, характеризующееся устойчивой тенденцией к росту заболеваемости во всём мире [4,8,10].

По данным международных эпидемиологических исследований, частота АтД среди детского населения достигает 20–25%, тогда как среди взрослой популяции варьирует в пределах 2–5% [4]. У значительной части пациентов дебют заболевания

приходится на ранний возраст: в течение первого года жизни симптомы проявляются у большинства детей, а у значительной доли больных заболевание сохраняется в последующие возрастные периоды [5].

Современные представления о патогенезе АтД указывают на его мультифакторную природу, включающую генетические, иммунологические и нейрогуморальные механизмы [1,5]. Особое значение придаётся психоэмоциональным факторам, которые способны не только модифицировать клиническое течение заболевания, но и выступать в роли провоцирующих факторов обострения [3].

Хронический рецидивирующий характер АтД сопровождается выраженным зудом, нарушением сна и косметическими дефектами кожи, что существенно снижает качество жизни пациентов и способствует формированию психоэмоциональных нарушений [2]. В свою очередь, тревожность, стресс и эмоциональное напряжение могут усиливать кожные проявления, формируя так называемый «порочный круг» взаимодействия между кожным процессом и психическим состоянием ребёнка [3].

Несмотря на значительное количество исследований, посвящённых АтД, вопросы взаимосвязи психоэмоционального статуса и клинической активности заболевания у детей в условиях Республики Узбекистан остаются недостаточно изученными, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь психоэмоционального состояния и клинической активности атопического дерматита у детей.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета в отделении детской аллергологии. В исследование включён 41 ребёнок в возрасте от 7 до 12 лет с установленным диагнозом атопического дерматита, из них 21 мальчик и 20 девочек.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей соответствующего возраста, не имеющих хронических заболеваний и не перенёвших острые респираторные инфекции в течение последних месяцев.

Комплекс обследования включал клинические, лабораторные и иммунологические методы исследования. Проводилось определение уровня общего иммуноглобулина Е, а также специфических IgE к пищевым, бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.

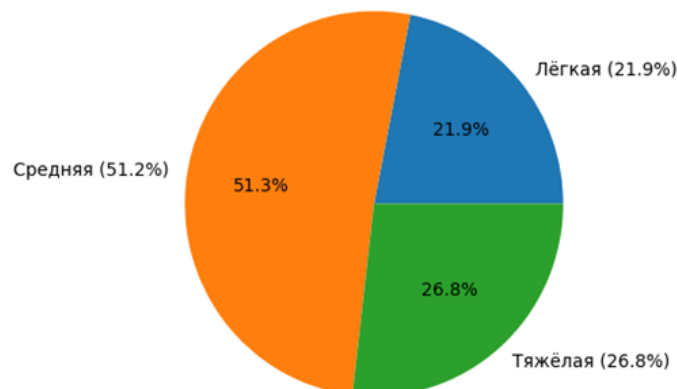
Оценка степени тяжести атопического дерматита осуществлялась с использованием индекса SCORAD, учитывающего площадь поражения кожных покровов, выраженность воспалительных изменений, интенсивность зуда и нарушения сна.

Для характеристики психоэмоционального состояния применялась шкала тревожности Ч. Спилбергера в адаптации Ю. Ханина, позволяющая дифференцировать личностную и ситуативную тревожность. Уровень тревожности оценивался как высокий (≥ 45 баллов), умеренный (31–44 балла) и низкий (≤ 30 баллов).

Результаты. В исследовании приняли участие 41 ребёнок с атопическим дерматитом в возрасте от 7 до 12 лет. При оценке степени тяжести заболевания по шкале SCORAD установлено, что у большинства пациентов преобладало среднетяжёлое течение — 51,2% (21 ребёнок), тогда как тяжёлая форма диагностирована у 26,8% (11 детей), а лёгкая — у 21,9% (9 детей), представлено на рисунке 1.

Рисунок-1. Распределение детей по степени тяжести атопического дерматита.

Figure-1. Distribution of children by severity of atopic dermatitis.



Анализ наследственной отягощённости показал, что у 80,5% (33 пациента) вы-

явлена предрасположенность к аллергическим заболеваниям. При этом в 66,7% случаев наследственный фактор прослеживался по материнской линии, у 21,2% — по отцовской, а у 18,2% пациентов — по обеим линиям.

Иммунологические исследования продемонстрировали значительное повышение уровня общего иммуноглобулина Е, что соответствует данным литературы о выраженной аллергической направленности заболевания [1,5]. Результаты в сыворотке крови показали $583,3 \pm 32,1$ МЕ/л при норме до 90 МЕ/л, что свидетельствует о высокой активности аллергического процесса. При анализе спектра сенсибилизации установлено, что пищевая аллергия выявлена у 85,4% пациентов, пыльцевая — у 24,7%, при этом у 56,7% детей отмечалась поливалентная сенсибилизация.

Изучение факторов, провоцирующих обострение атопического дерматита, показало, что ведущую роль играют пищевые аллергены (85,4%). Полученные данные о ведущей роли пищевых аллергенов согласуются с результатами ранее проведённых исследований [6]. Наряду с этим значимое влияние оказывали стрессовые факторы (24,4%), контакт с пылью растений (31,7%), бытовыми аллергенами (12,2%), синтетическими моющими средствами (14,6%) и лекарственными препаратами (21,9%), представлено на рисунке 2.

Рисунок-2. Факторы, провоцирующие обострение атопического дерматита.

Figure-2. Factors that provoke exacerbation of atopic dermatitis.

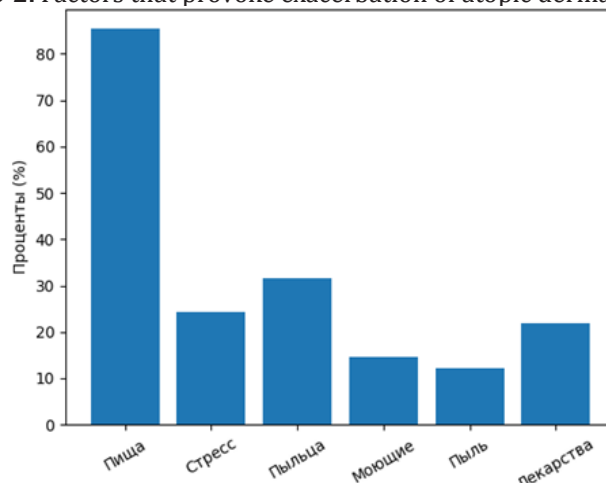
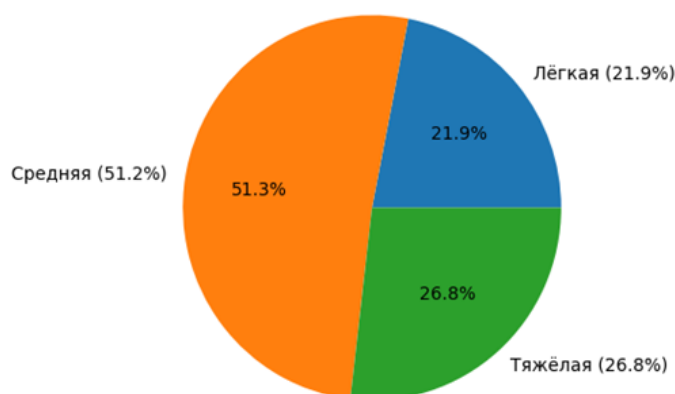


Рисунок-3. Связь уровня тревожности с тяжестью атопического дерматита у детей.

Figure-3. Relationship between anxiety level and severity of atopic dermatitis in children.



При анализе клинических проявлений заболевания выявлены гендерные различия. У девочек показатели площади поражения кожи были в 1,7 раза выше, интенсивность клинических проявлений — в 1,4 раза, выраженность зуда — в 1,6 раза, нарушения сна — в 1,7 раза, а индекс SCORAD — в 1,4 раза превышал аналогичные показатели у мальчиков ($p < 0,05$).

Оценка психоэмоционального состояния показала, что у детей с атопическим дерматитом наблюдается снижение уровня самочувствия, активности и настроения. При тяжёлых формах заболевания уровень личностной тревожности был достоверно выше и составил $46,04 \pm 0,53$ балла по сравнению с детьми со среднетяжёлым течени-

ем ($35,03 \pm 0,41$ балла) и практически здоровыми детьми ($37,8 \pm 0,26$ балла) ($p < 0,05$). представлено на рисунке 3.

Уровень ситуативной тревожности также имел тенденцию к увеличению при утяжелении заболевания, однако оставался в пределах умеренных значений. Повышение уровня тревожности при утяжелении клинического течения заболевания подтверждает данные о психосоматической природе атопического дерматита [2,3].

Обсуждение. Результаты проведённого исследования подтверждают наличие значимой взаимосвязи между клинической активностью атопического дерматита и психоэмоциональным состоянием детей. Установлено, что по мере утяжеления кожного процесса наблюдается достоверное повышение уровня тревожности, что указывает на вовлечение психосоматических механизмов в патогенез заболевания.

Полученные данные согласуются с результатами ранее опубликованных исследований, в которых показано, что хронический зуд, нарушение сна и косметические дефекты кожи оказывают выраженное негативное влияние на эмоциональное состояние ребёнка, способствуя формированию тревожных и депрессивных реакций. В свою очередь, психоэмоциональное напряжение способно усиливать кожный зуд, провоцировать расчесывание и поддерживать воспалительный процесс.

Таким образом, формируется патогенетически значимый «порочный круг», при котором соматические и психоэмоциональные факторы взаимно потенцируют друг друга, способствуя хронизации и прогрессированию заболевания.

Особого внимания заслуживает выявленное повышение уровня личностной тревожности у детей с тяжёлыми формами атопического дерматита, что может свидетельствовать об истощении адаптационных резервов организма и снижении устойчивости к стрессовым воздействиям. Данный факт подтверждает необходимость ранней диагностики психоэмоциональных нарушений у данной категории пациентов.

Выявленные гендерные различия, проявляющиеся более тяжёлым течением заболевания у девочек, могут быть обусловлены как биологическими, так и социально-психологическими факторами, включая более выраженную эмоциональную реактивность и повышенную значимость внешнего вида в подростковом возрасте.

Кроме того, установлено, что наряду с пищевыми аллергенами значительную роль в провокации обострений играют стрессовые факторы и контакт с ирритантами, что ещё раз подчёркивает мультифакторный характер заболевания и важность комплексной оценки триггерных механизмов.

Практическая значимость полученных результатов заключается в обосновании необходимости включения оценки психоэмоционального состояния в стандартный алгоритм обследования детей с атопическим дерматитом. Использование шкалы тревожности может рассматриваться как дополнительный диагностический инструмент для оценки активности заболевания и эффективности проводимой терапии.

Таким образом, представленные данные подтверждают целесообразность интеграции дерматологического и психосоматического подходов в ведении пациентов с атопическим дерматитом, что позволит повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни детей.

Выводы. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о значимом влиянии психоэмоционального состояния на течение атопического дерматита у детей.

Установлено, что повышение уровня тревожности, особенно личностной, ассоциировано с более тяжёлым течением заболевания.

Тревожность может рассматриваться как дополнительный клинический маркер активности атопического дерматита, что обосновывает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению с учётом психосоматических факторов.

Учитывая выявленную взаимосвязь между эмоциональным состоянием и кожным процессом, целесообразно включение психологической коррекции в стандартные схемы терапии детей с атопическим дерматитом.

Прозрачность исследования. Авторы подтверждают, что представленное исследование выполнено в соответствии с общепринятыми этическими принципами проведения научных исследований. Все процедуры, проводимые с участием детей, соответствовали стандартам биоэтики и не нарушали прав пациентов и их законных представителей. Информированное согласие на участие в исследовании было получено от родителей или законных представителей всех обследованных детей.

Авторы заявляют о полной достоверности представленных данных, а также об отсутствии искажения результатов исследования.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, связанного с публикацией данной статьи.

Финансирование исследования осуществлялось без привлечения внешних источников. Все этапы работы - от сбора материала до анализа и интерпретации данных - выполнены авторами самостоятельно.

Авторы несут полную ответственность за содержание и научную достоверность представленных материалов.

Информация об авторе(ах):

Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна, ORCID ID: 0000-0003-2802-4357, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: mmh.20@mail.ru. Профессор кафедры детских болезней Ташкентского государственного медицинского университета, Ташкент, 100140, Узбекистан.

Абидова Дилдора Бахтиёр кизи, ORCID ID: 0009-0002-0791-1459, ассистент, e-mail: diabidova6@gmail.com. Ассистент, кафедра детских болезней, Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, 100140, Узбекистан. Телефон: +998977295554. (Автор для корреспонденции)

About the author(s):

Maktuba KH. Mirrakhimova, D.Sc. (Med.), Professor, ORCID ID: 0000-0003-2802-4357, e-mail: mmh.20@mail.ru. Professor, Department of Children's Diseases, Tashkent State Medical University, Tashkent, 100140, Uzbekistan.

Dildora B. Abidova, ORCID ID: 0009-0002-0791-1459, ассистент, e-mail: diabidova6@gmail.com. Assistant, Department of Children's Diseases, Tashkent State Medical University, Tashkent, 100140, Uzbekistan. Phone: +998977295554. (Corresponding author)

References

- [1] Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Елисеева Т.И. Иммунопатогенез и современные возможности терапии атопического дерматита у детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2017. – № 2. – С. 12–22.
- [2] Balabolkin II, Bulgakova VA, Eliseeva TI. Immunopatogenez i sovremennye vozmozhnosti terapii atopicheskogo dermatita u detey [Immunopathogenesis and modern treatment options of atopic dermatitis in children]. *Allergologiya i immunologiya v pediatrii* [Allergology and Immunology in Pediatrics]. 2017;(2):12–22.
- [3] Вострикова С.А., Пенкина Н.И., Иванова М.А. Качество жизни детей с атопическим дерматитом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67, № 6. – С. 83–87.
- [4] Vostrikova SA, Penkina NI, Ivanova MA. Quality of life of children with atopic dermatitis. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2022;67(6):83–87.
- [5] DOI: 10.21508/1027-4065-2022-67-6-83-87.
- [6] Дворянкова Е.В., Шевченко Н.А., Жукова О.В. Психосоциальный статус пациентов с кожными заболеваниями // Медицинский совет. – 2022. – Т. 16, № 13. – С. 38–46.
- [7] Dvoriankova EV, Shevchenko NA, Zhukova OV. Psikhosotsial'nyy status patsientov s kozhnymi zabolevaniyami [Psycho-emotional status of patients with skin diseases]. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(13):38–46.
- [8] DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-13-38-46.
- [9] Кузьмичева К.П., Малинина Е.И., Рычкова О.А. Современный взгляд на распространённость аллергических заболеваний у детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2021. – № 2 (65). – С.4–10.
- [10] Kuzmicheva KP, Malinina EI, Rychkova OA. Sovremennyy vzglyad na rasprostranennost allergicheskikh zabolevaniy u detey [A modern view on the prevalence of allergic diseases in children]. *Allergologiya i immunologiya v pediatrii*. 2021;2(65):4–10.
- [11] DOI: 10.24412/2500-1175-2021-2-4-10.
- [12] Мухачева Д.А., Разнатовский К.И., Соболев А.В. Роль нейромедиаторов и кишечной микробиоты в патогенезе атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. – Т. 22, № 3. – С. 302–308.
- [13] Mukhacheva DA, Raznatovsky KI, Sobolev AV. Role of neurotransmitters and intestinal microbiota in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Russian Journal of Clinical*

Dermatology and Venereology. 2023;22(3):302–308.

[14] DOI: 10.17116/klinderma202322031302.

[15] Ревякина В.А., Сафронова А.И., Абрамова Т.В., Конь И.Я., Денисова С.Н. Специализированные продукты питания в лечении и профилактике пищевой аллергии у детей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – С. 426–433.

[16] Revyakina VA, Safronova AI, Abramova TV, Kon IYa, Denisova SN. Specialized nutrition in treatment and prevention of food allergy in children. Moscow: Medical Information Agency; 2017:426–433.

[17] Khalmatova B., Mirrakhimova M.K., Nishonboyeva N.Y. Diagnosis and therapy of pancreatic dysfunction in children with atopic dermatitis // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3, № 3. – С. 132–140.

[18] DOI: 10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue03-19.

[19] Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. Lancet. 2020;396(10247):345–360.

[20] DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1.

[21] Musters A.H., Mashayekhi S., Harvey J., et al. Phototherapy for atopic eczema // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2021. – № 10. – CD013870.

[22] DOI: 10.1002/14651858.CD013870.

[23] Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. Lancet. 2016;387(10023):1109–1122.

[24] DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00149-X.