

Сравнительный анализ качества жизни, связанного с тревогой и депрессией, при гнездной алопеции, atopическом дерматите и при сочетании этих заболеваний

Г.П. Терещенко^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9643-0440>, gala_ter@mail.ru

А.Г. Гаджигороева¹, <https://orcid.org/0000-0003-0489-0576>, aida2010@mail.ru

Ю.Ю. Романова¹, <https://orcid.org/0000-0001-6071-5145>, romanova.u@mosderm.ru

Н.Н. Потекаев^{1,3}, <https://orcid.org/0000-0002-9578-5490>, klinderma@mail.ru

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Резюме

Введение. Гнездная алопеция (ГА) и atopический дерматит (АтД) связаны со значительным психосоциальным бременем, что определяет важность оценки качества жизни (КЖ), поскольку негативные последствия могут вызвать серьезные психологические нарушения и препятствовать успешному лечению.

Цель. Провести сравнительный анализ показателей КЖ, тревоги и депрессии у пациентов с ГА, АтД и их сочетанием с учетом тяжести заболеваний.

Материалы и методы. В исследование вошел 91 пациент обоих полов (18–52 лет). Все пациенты были распределены на 3 группы: группа 1 – 23/91 (25%) пациента с ГА, группа 2 – 25/91 (28%) пациентов с АтД, группа 3 – пациенты с обоими заболеваниями (43/91 – 47%). В каждой группе выделены подгруппы с учетом тяжести дерматозов. Использовались опросники ДИКЖ (Дерматологический индекс качества жизни), «Скиндекс-29» и HADS. Для сравнения средних значений количественных данных ($M \pm n$) использовался U-критерий Манна – Уитни ($p < 0,05$).

Результаты. В группе 1, согласно ДИКЖ, КЖ было умеренно снижено ($6,5 \pm 0,67$ балла); общий балл «Скиндекс-29» – $23,55 \pm 2,46$ (слабое влияние), с наибольшим значением в разделе эмоции. В группе 2 ДИКЖ составил $12,5 \pm 1,51$ балла, общий балл Скиндекс-29 – $48,41 \pm 3,76$; в группе 3 ДИКЖ – $11,5 \pm 0,58$ балла, Скиндекс-29 – $50,47 \pm 2,14$ балла. Эти значения соответствовали очень сильному влиянию на КЖ, увеличиваясь при тяжелом течении заболеваний. Наблюдалась достоверная разница в значениях ДИКЖ и доменов «Скиндекс-29» между 1-й и 2-й и между 1-й и 3-й группами. Средние показатели HADS во всех группах оказались в целом сопоставимы и соотносились с тяжестью ГА и АтД.

Выводы. В сравнении с ГА, АтД значительно влияет на КЖ, охватывая все аспекты социального здоровья. ГА воздействует преимущественно на эмоциональную сферу. Наличие обоих заболеваний ухудшает КЖ так же, как и АтД, особенно в аспектах «эмоции» и «функции».

Ключевые слова: гнездная алопеция, atopический дерматит, качество жизни, ДИКЖ, Скиндекс-29, тревога, депрессия

Для цитирования: Терещенко ГП, Гаджигороева АГ, Романова ЮЮ, Потекаев НН. Сравнительный анализ качества жизни, связанного с тревогой и депрессией, при гнездной алопеции, atopическом дерматите и при сочетании этих заболеваний. *Медицинский совет*. 2024;18(14):46–56. <https://doi.org/10.21518/ms2024-320>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Comparative analysis of Health-Related Quality of Life, anxiety and depression in patients with alopecia areata, atopic dermatitis and with association of these diseases

Galina P. Tereshchenko^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9643-0440>, gala_ter@mail.ru

Aida G. Gadzhigorieva¹, <https://orcid.org/0000-0003-0489-0576>, aida2010@mail.ru

Yulia Yu. Romanova¹, <https://orcid.org/0000-0001-6071-5145>, romanova.u@mosderm.ru

Nikolay N. Potekaev^{1,3}, <https://orcid.org/0000-0002-9578-5490>, klinderma@mail.ru

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia

² Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

³ Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

Abstract

Introduction. Alopecia areata (AA) and atopic dermatitis (AtD) are associated with significant psychosocial burden, emphasizing the importance of quality of life (QoL) assessment due to potential psychological distress and treatment hindrance.

Aim. To conduct a comparative analysis of QoL, anxiety and depression in patients with AA, AtD and their combination, according to diseases severity.

Materials and methods. The study included 91 patients of both sexes (18–52 years old). All patients were divided into 3 groups: group 1 – 25% patients with AA, group 2 – 28% with AtD, group 3 – 47% patients with both diseases; the groups were subdivided by dermatoses severity. The DLQI, Skindex-29 and HADS questionnaires were used. Mann-Whitney U-test was conducted to compare the mean values of quantitative data ($M \pm n$) ($p < 0.05$).

Results. Group 1 had moderately decreased QoL according to DLQI (6.5 ± 0.67); total Skindex-29 score was 23.55 ± 2.46 (low impact) with the highest value in the emotion domain. In group 2 DLQI score was 12.5 ± 1.51 , total Skindex-29 score was 48.41 ± 3.76 ; in group 3 DLQI was 11.5 ± 0.58 , Skindex-29 – 50.46 ± 2.14 . These values corresponded to very negative impact on QoL, increasing with diseases severity. There was a reliable difference in DLQI and Skindex-29 values between groups 1 and 2 and groups 1 and 3. Mean HADS scores in all groups were generally comparable and correlated with AtD and AA severity.

Conclusion. Compared to AA, AtD has a greater impact on QoL, involving all areas of social health; AA predominantly affects emotional sphere. The presence of both diseases worsens QoL as well as AtD alone, especially in aspects “emotions” and “functions”.

Keywords: alopecia areata, atopic dermatitis, quality of life, DLQI, Skindex-29, anxiety, depression

For citation: Tereshchenko GP, Gadzhigorieva AG, Romanova YuYu, Potekaev NN. Comparative analysis of Health-Related Quality of Life, anxiety and depression in patients with alopecia areata, atopic dermatitis and with association of these diseases. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(14):46–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-320>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время изучению качества жизни, ассоциированного со здоровьем (КЖ) при дерматологических заболеваниях, уделяется большое внимание, поскольку объективная степень тяжести дерматозов не всегда коррелирует с уровнем влияния на физическое и эмоциональное благополучие пациентов. Это может привести к несвоевременному выявлению серьезных психологических нарушений, выраженному воздействию психосоматических аспектов на течение заболеваний, а также негативно сказываться на установлении доверительных отношений в системе «врач – пациент» и приверженности пациентов к терапии, что в итоге будет отрицательно влиять на результаты лечения.

Для оценки здоровья и КЖ у пациентов с кожными заболеваниями предложено большое количество инструментов, которые в целом можно разделить на общие, общие дерматологические и специфические. К общим относят опросник о состоянии здоровья SF-36, госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), анкету общего здоровья (General Health Questionnaire), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) и др. Эти методы измерения, как правило, включают обобщенные психометрические параметры за рамками клинического контекста, позволяющие применять их к различным патологическим состояниям, сравнивая уровень КЖ и показатели тревоги и депрессии в популяционных группах между различными заболеваниями [1]. Среди наиболее широко применяемых опросников в дерматологии выделяют дерматологический индекс качества жизни ДИКЖ (DLQI) и инструмент оценки КЖ больных с кожными болезнями «Скиндекс» (Skindex). ДИКЖ можно встретить практически во всех исследованиях; анкета валидирована на нескольких языках, включает

небольшое количество вопросов, затрагивающих симптомы, повседневную деятельность, досуг, работу или учебу, личные отношения и побочные эффекты лечения, характеризуется простотой интерпретации и не требует много времени для заполнения. Инструмент «Скиндекс» считается высокочувствительным методом оценки КЖ, позволяющим провести оценку по основным аспектам влияния заболевания – эмоции, физические симптомы и функции; он используется в нескольких вариантах, среди которых чаще всего применяется «Скиндекс-29» и его сокращенные версии «Скиндекс-16» и «Скиндекс-17», касающиеся двух сфер – психосоциальной и симптоматической [2]. Специфические методы измерения КЖ при конкретном заболевании учитывают характерные проявления болезни и считаются более чувствительными, однако их применение затруднительно в случаях сравнения КЖ при разных патологиях или с контрольными группами. Для более высокого контроля психосоциального обследования и подробной детализации показателей большинство специалистов рекомендуют использовать несколько хорошо проверенных инструментов, максимально отражающих все аспекты КЖ.

Гнездная алоpecia (ГА) представляет собой хроническое заболевание, возникающее в результате аутоиммунного повреждения волосных фолликулов, которое приводит к полному или частичному выпадению волос на голове и туловище. При ГА патологический процесс носит органоспецифический характер с вовлечением волосных фолликулов и в некоторых случаях ногтевых пластин, не вызывая явных физических симптомов и функциональных нарушений, таких как боль, зуд, жжение и др., однако это заболевание оказывает выраженное негативное влияние на КЖ и психическое здоровье. Нарушение КЖ было выявлено более чем у 75% пациентов с ГА, у трети из которых показатели были расценены как тяжелые [3, 4]. В исследованиях,

сравнивающих КЖ людей с ГА и другими кожными заболеваниями, представлены неоднозначные результаты. Так, многие авторы указывают на то, что при ГА КЖ снижено так же, как при некоторых других дерматозах, таких как псориаз, хроническая крапивница, витилиго [5–7]. В других исследованиях сообщается, что симптомы тревоги чаще наблюдаются при ГА, чем, например, при новообразованиях кожи и андрогенетической алопеции, но меньше, чем при псориазе, акне и atopическом дерматите (АтД) [5, 8].

Значительное бремя ГА для психического здоровья подтверждают данные о высокой распространенности среди пациентов депрессивных и тревожных расстройств, признаков социальной изоляции, низкой самооценки, суицидальных мыслей, атак гнева и других эмоциональных расстройств, а также повышенной частоте применения антидепрессантов и госпитализаций в психиатрические учреждения в сравнении с контрольными группами такого же пола и возраста [9–11]. Распространенность психических заболеваний в течение жизни среди пациентов с ГА составляет 66–74%, при этом депрессия и генерализованное тревожное расстройство составляют 38–39% и 39–62% соответственно [12]. У пациентов с ГА наблюдается ухудшение КЖ во многих областях, таких как психическое здоровье, личность, поведение, эмоции и социальное функционирование. Более высокий уровень тревоги и депрессии, социальная дезадаптация и другие показатели, связанные с нарушением КЖ, наблюдаются по мере увеличения тяжести ГА, которая соответствует площади потери волос [13]. В то же время в ряде исследований указывается, что наибольшую психоэмоциональную нагрузку испытывают пациенты с индексом тяжести SALT 21–49%, что может быть связано с определенной адаптацией и принятием своего состояния у пациентов с полной потерей волос, а также с некоторыми дополнительными сложностями, которые испытывают люди с локальной формой алопеции, например трудностями маскировки [14–16]. Как для мужчин, так и для женщин более значительное влияние заболевания на качество жизни наблюдается при частых рецидивах и выпадении волос в области бровей и ресниц [17, 18]. Психоэмоциональные нарушения при ГА возникают не только у самих пациентов, но и у членов их семей, при этом среди родителей показатели КЖ снижены иногда даже больше, чем у самих пациентов с ГА детского возраста [19–21]. Значительная эмоциональная и психологическая нагрузка при ГА также влияет на трудовую активность: так, среди пациентов с ГА средняя потеря производительности труда и нарушение активности составили 12,2% и 13,3% соответственно, что связано, прежде всего, с ухудшением эмоциональных симптомов, вызванных их заболеванием [22]. Более половины детей школьного возраста с ГА имеют проблемы с учебой, связанные с плохой успеваемостью и частыми пропусками занятий из-за стеснения, стигматизации и насмешек со стороны сверстников [23]. Кроме этого, как показывают опросы, для многих пациентов ГА не только влияет на область функционирования, но и меняет планы в отношении образования, выбора работы и карьеры [24]. Нельзя не упомянуть о значительных финансовых затратах самих

пациентов на лечение и методы маскировки, а также ресурсов здравоохранения в связи с многочисленными визитами к врачам [25, 26]. По мнению как пациентов, так и специалистов, занимающихся лечением ГА, несмотря на расширение в обществе представления о ГА как о заболевании, в настоящее время этой проблеме по-прежнему уделяется недостаточно внимания для осведомленности общественности о бремени болезни и оказания специализированной психологической помощи [27].

К заболеваниям, которые ассоциированы с ГА и рассматриваются как коморбидные, относят болезни atopического круга, среди которых выделяют АтД [28–30]. АтД – это распространенное иммуноопосредованное заболевание со сложным многокомпонентным патогенезом, которое характеризуется хроническим рецидивирующим течением и проявляется специфическими кожными высыпаниями и выраженным зудом. АтД справедливо относят к социально значимым заболеваниям, применяя понятие «бремя АтД», которое включает комплекс факторов, негативно влияющих на трудовую продуктивность, повседневную активность и социальное функционирование: интенсивный зуд, нарушения сна, повышенная тревожность и депрессивные расстройства, частые осложнения и ассоциация с другими заболеваниями аллергического и неаллергического профиля [31, 32]. Хронические проявления заболевания и необходимость проведения длительных и регулярных лечебных мероприятий оказывают значительное влияние на КЖ пациентов и членов их семей. При опросах большинство пациентов, страдающих АтД, считают наиболее обременительными симптомами зуд, сухость, стянутость кожи, покраснения, болезненность, повышенную чувствительность кожи и нарушения сна [30]. Зуд, являясь основным источником дискомфорта, приводит к затруднениям с засыпанием, склонности к частым пробуждениям, снижению трудовой продуктивности, нарушениям в эмоциональной и поведенческой областях. У детей с АтД часто наблюдаются расстройства психического и психологического развития [33, 34]. Проблемы со сном, возникающие у пациентов с АтД, ассоциированы с такими неблагоприятными состояниями, как частые головные боли, задержка в росте и развитии детей, синдром дефицита внимания/гиперактивности и даже повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [35–38]. Локализация поражений кожи на видимых участках тела (в области лица, шеи, рук) является еще одним значимым фактором в отношении негативного влияния АтД на КЖ, создавая дополнительные психологические проблемы и способствуя стигматизации. По данным специальных тестирований, у таких больных преобладают признаки депрессивного, тревожно-депрессивного и неврастенического синдромов. Психические нарушения относят к одним из самых распространенных и значимых коморбидных состояний при АтД, имеющих прямую корреляцию со степенью тяжести дерматоза [39]. По результатам систематических обзоров, среди пациентов с АтД депрессивные расстройства наблюдаются практически у каждого пятого больного; также была отмечена повышенная частота применения пациентами антидепрессантов (29,3% против

20,3% в контрольной группе) и значительное преобладание суицидальных мыслей и наклонностей (12,2% среди пациентов с АтД против 6,4% в группе без АтД) [40, 41]. Установлено, что у детей влияние АтД на КЖ существенно более выражено, чем при других кожных заболеваниях, таких как псориаз, хроническая крапивница, акне, алопеция, при этом параметры КЖ соответствуют уровню при других серьезных хронических заболеваниях (эпилепсия, сахарный диабет, астма и др.), лишь немного уступая показателям при детском церебральном параличе [42].

Таким образом, ГА и АтД представляют собой распространенные кожные заболевания, которые оказывают выраженное негативное влияние на КЖ и связаны со значительным уровнем психических нарушений. При сочетании ГА и АтД у пациентов могут наблюдаться более серьезные последствия для их КЖ. Сравнительный анализ таких аспектов, как психологическое состояние, влияние на социальное взаимодействие, степень удовлетворенности лечением у пациентов с сочетанными заболеваниями ГА и АтД и у пациентов, страдающих только одним заболеванием, позволит более детально провести оценку КЖ и выявить характерные особенности. Понимание психосоциальной нагрузки, своевременное выявление, оценка психологических проблем при этих заболеваниях, а также комплексный подход, включающий необходимые психотерапевтические мероприятия, будут иметь значительное положительное влияние на результаты лечения.

Цель исследования – сделать сравнительный анализ показателей КЖ, тревоги и депрессии у пациентов с ГА, АтД и при сочетании этих заболеваний с учетом тяжести клинических проявлений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное когортное сравнительное неконтролируемое исследование на базе ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы. Сбор и анализ полученных данных проводился с октября 2023 г. по апрель 2024 г.

В исследование включены 91 пациент, 41 (45%) мужчина и 50 (55%) женщин, в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст $32 \pm 0,73$ года), с диагнозами «Атопический дерматит» и «Гнездная алопеция» (коды МКБ-10: L20.8, L 63.0; 63.1; L 63.2; 63.8), имеющих активные проявления заболеваний. У всех пациентов оценивалась тяжесть кожных заболеваний согласно общепринятым индексам: SALT (%) – для ГА и SCORAD (балл) – для АтД. Критериями распределения пациентов в подгруппы по тяжести заболевания являлись: для ГА показатель SALT более 50%, что рассматривалось как тяжелое течение, SALT менее 50% – легкая или среднетяжелая степень; для АтД значение SCORAD менее 50 баллов – легкое/среднетяжелое течение, более 50 баллов – тяжелое течение. Для оценки показателей КЖ, уровня тревоги и депрессии проводилось анкетирование с применением русскоязычных версий психометрических опросников ДИКЖ (DLQI), «Скиндекс-29» (Skindex-29) и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Ответы на вопросы анкеты ДИКЖ оценивались по четырехбалльной шкале: 0 – совсем нет, 1 – незначительно, 2 – сильно, 3 – очень сильно. Индекс рассчитывался путем суммирования баллов по каждому вопросу; полученные результаты интерпретировались согласно шкале: от 0 до 1 балла – кожное заболевание не влияет на жизнь пациента; от 2 до 5 баллов – незначительно влияет; от 6 до 10 баллов – умеренно влияет; 11–20 баллов – очень сильно влияет; 21–30 баллов – чрезвычайно сильно влияет [1, 43].

Опросник «Скиндекс-29», состоящий из 29 вопросов, категоризирован на три раздела: раздел «симптомы», включающий 7 вопросов, раздел «эмоции» – 10 вопросов и раздел «функции» – 12 вопросов. Ответы на вопросы оценивались по пятибалльной шкале, представленной следующими цифровыми значениями: 0 – никогда, 25 – редко, 50 – иногда, 75 – часто, 100 – всегда; оценка проводилась по среднему баллу в каждом домене и по общему среднему значению. Интерпретация значений «Скиндекс-29» представлена в *табл. 1* [44, 45].

Оценка тревоги и депрессии проводилась с использованием инструмента HADS, содержащего по 7 вопросов в каждом разделе HADS-A – «тревога» и HADS-D – «депрессия», проводилась по общепринятым критериям: рассчитывалось суммарное количество баллов по каждому разделу; результаты интерпретировались как 0–7 баллов – нет тревоги/депрессии, 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия [1, 46].

Все опросники заполнялись пациентами самостоятельно, добровольно, после подписания информированного согласия.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программного обеспечения Statistica 10 и Microsoft Excel (2016). Для количественных переменных были рассчитаны следующие характеристики: среднее значение (M) и ошибка среднего значения (n), которую графически представляли в виде доверительных интервалов (95% ДИ). Количественные переменные были проверены на нормальное распределение с помощью критериев Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилка. Сравнение количественных показателей проводилось с помощью параметрических и непараметрических критериев. Для непараметрических сравнений использовали U-критерий Манна – Уитни с выбранным критическим уровнем значимости 5% ($p < 0,05$).

● **Таблица 1.** Интерпретация опросника «Скиндекс-29»

● **Table 1.** Interpretation of the Skindex-29

Градация степени влияния заболевания на КЖ	Значение баллов			
	Эмоции	Функции	Симптомы	Общий балл
Слабая	0–23,9	0–20,9	0–38,9	0–24,9
Умеренная	24–34,9	21–31,9	39–41,9	25–31,9
Тяжелая	35–38,9	32–36,9	42–51,9	32–43,9
Очень тяжелая	≥39	≥37	≥52	≥44

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты были распределены на три группы в зависимости от имеющегося заболевания: группа 1 – 23/91 (25%) пациента с ГА, группа 2 – 25/91 (28%) пациентов с АтД, группа 3 – 43/91 (47%) пациента, имеющих ГА и АтД. В структуре пациентов каждой группы выделены подгруппы согласно выбранным критериям тяжести дерматозов: показатели SALT и SCORAD больше или меньше 50%/баллов (тяжелое или легкое/среднетяжелое течение). Клинико-демографическая характеристика пациентов всех групп представлена в *табл. 2*.

В группе 1 средний индекс тяжести ГА SALT был равен $63,3 \pm 7,27\%$, в группе 2 средний индекс тяжести АтД SCORAD – $46,95 \pm 5,10$ балла, в группе 3 (пациенты с ГА и АтД) SALT – $58 \pm 5,59\%$, SCORAD – $39,85 \pm 3,34$ балла.

В группе 1 (у пациентов только с ГА) средний показатель ДИКЖ соответствовал умеренному влиянию заболевания на КЖ ($6,5 \pm 0,67$ балла); средний общий балл «Скиндекс-29» был в пределах значений, соответствующих слабому влиянию заболевания на КЖ ($23,55 \pm 2,46$), однако наибольший показатель отмечался в разделе эмоции ($31,5 \pm 3,44$).

В группе 2 (пациенты с только с АтД) и группе 3 (пациенты с ГА и АтД) средние значения ДИКЖ соответствовали очень сильному влиянию заболевания/заболеваний на КЖ: $12,5 \pm 1,51$ и $11,5 \pm 0,58$ балла соответственно; средний общий балл «Скиндекс-29» в группе 2 был $48,41 \pm 3,76$ балла, в группе 3 – $50,465 \pm 2,14$ балла. Эти показатели характеризовали влияние заболеваний на КЖ как «очень тяжелое».

Наблюдалась статистически достоверная разница в средних значениях ДИКЖ и «Скиндекс-29» (домены «эмоции», «функции», «симптомы» и «общий балл») между 1-й и 2-й группами и между 1-й и 3-й группами ($p < 0,05$). При этом различий между 2-й и 3-й группами по всем разделам практически не отмечалось.

В соответствии с полученными результатами клинически/субклинически выраженные тревога и/или депрессия (HADS > 7 баллов) в группе 1 (только с ГА) установлены у 7/23 (30%) пациентов. В группе 2 среди пациентов

только с АтД количество больных с клиническими/субклиническими признаками тревоги и/или депрессии составило 12/25 (48%) человек. В 3-й группе у пациентов с сочетанными заболеваниями ГА и АтД значения HADS-A и/или HADS-D более 7 отмечены у 29/43 (67%) больных, из них у 7/29 человек (24%) субдепрессия (HADS-D 8–10 баллов) сочеталась с клинически/субклинически выраженными тревожными расстройствами. При этом средние значения доменов HADS-A и HADS-D («тревога» и «депрессия») во всех группах показали 7 и менее баллов (отсутствие тревоги и депрессии).

Средние показатели КЖ, согласно ДИКЖ и «Скиндекс-29», тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D) в группах пациентов представлены на *рис. 1*. Отсутствие интерполяции между графически представленными 95% ДИ в виде отрезков означает наличие статистически достоверных различий между группами. Достоверность различий во всех случаях была подтверждена с помощью U-критерия Манна – Уитни.

При анализе показателей КЖ с учетом тяжести заболеваний было отмечено, что все средние количественные показатели ДИКЖ и «Скиндекс-29» в группе 2 (пациенты с АтД) и в группе 3 (пациенты с ГА и АтД) соответствовали значительной и очень значительной степени влияния, увеличиваясь пропорционально тяжести клинических симптомов (*рис. 2*). У пациентов 1-й группы с ГА очень сильное влияние на КЖ, согласно ДИКЖ, было в подгруппе с SALT $> 50\%$ ($11 \pm 1,40$ балла). Наибольший показатель ДИКЖ из всех подгрупп наблюдался у пациентов 2-й группы с тяжелым течением АтД (SCORAD > 50) – $18 \pm 1,96$ балла.

В разделе «Скиндекс-29» «эмоции» наблюдалась крайне высокая степень влияния на КЖ (> 39 баллов) у пациентов всех трех групп, включая легкие/среднетяжелые и тяжелые формы заболеваний.

В разделе «функции» значение более 37 баллов выявлено у всех пациентов с АтД (SCORAD больше или меньше 50 баллов), а также у пациентов 3-й группы, имеющих одно или оба заболеваний с тяжелым течением.

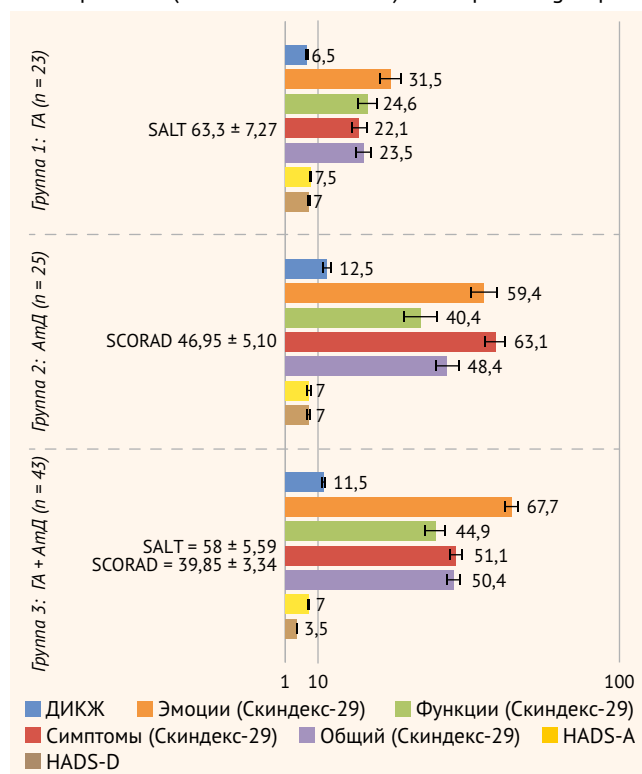
В разделах «Скиндекс-29» «симптомы» и «общий балл» у пациентов 2-й и 3-й групп (с АтД и с сочетанными

● **Таблица 2.** Клинико-демографическая характеристика пациентов
● **Table 2.** Clinical and demographic characteristics of patients

Группы пациентов, (n = 91)		Пол		Средний возраст (M ± n)	
		М, n = 41 (45%)	Ж, n = 50 (55%)		
Группа 1 – пациенты с ГА, (n = 23)	SALT<50% (n = 13)	5 (38%)	8 (62%)	$23,5 \pm 2,55$	$21,5 \pm 1,65$
	SALT > 50% (n = 10)	6 (60%)	4 (40%)	$22,5 \pm 1,73$	
Группа 2 – пациенты с АтД, (n = 25)	SCORAD<50 баллов (n = 13)	6 (46%)	7 (54%)	$23 \pm 2,37$	$33 \pm 1,51$
	SCORAD > 50 баллов (n = 12)	4 (33%)	8 (67%)	$37,5 \pm 1,95$	
Группа 3 – пациенты с ГА и АтД, (n = 43)	SALT<50% SCORAD<50 баллов (n = 12)	5 (42%)	7 (58%)	$26 \pm 1,10$	$34,5 \pm 0,86$
	SALT > 50% SCORAD<50 баллов (n = 11)	3 (33%)	8 (67%)	$31,5 \pm 2,40$	
	SALT<50% SCORAD > 50 баллов (n = 10)	5 (50%)	5 (50%)	$24,5 \pm 1,44$	
	SALT > 50% SCORAD > 50 баллов (n = 10)	7 (70%)	3 (30%)	$31,5 \pm 1,97$	

● **Рисунок 1.** Средние показатели качества жизни (ДИКЖ, «Скиндекс-29»), тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D) в группах пациентов

● **Figure 1.** Mean scores of QoL (DLQI, Skindex-29), anxiety and depression (HADS-A and HADS-D) in the patient groups



ГА – гнездная алопеция; АтД – атопический дерматит; ДИКЖ – Дерматологический индекс качества жизни.

заболеваниями) средние значения соответствовали тяжелому и очень тяжелому влиянию на КЖ независимо от степени клинических проявлений.

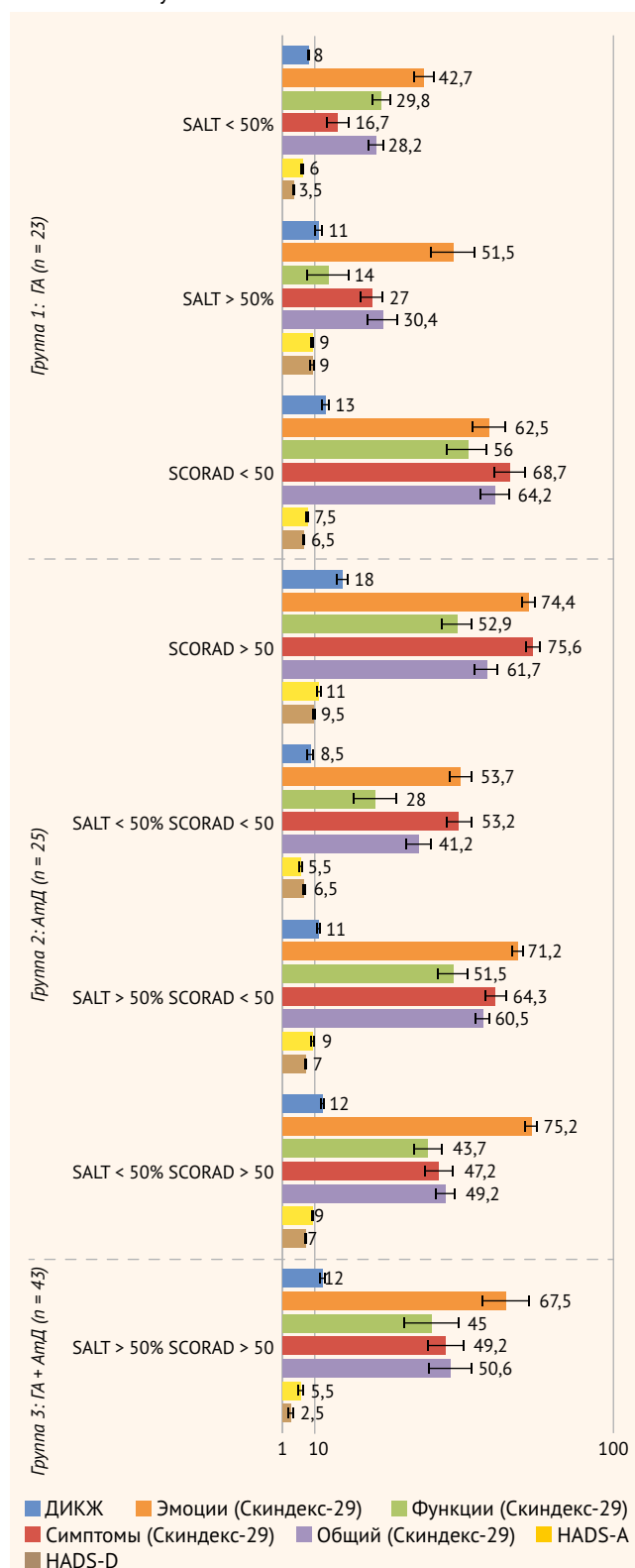
У пациентов с тяжелым АтД (SCORAD > 50) HADS-A составил $11 \pm 0,84$ балла, что соответствует клинически выраженной тревоге. Субклинически выраженная тревога наблюдалась у пациентов с тяжелыми формами ГА ($9 \pm 0,57$ балла) и в 3-й группе у пациентов с тяжелым течением одного из заболеваний (подгруппа с SALT > 50% SCORAD < 50 – $9 \pm 0,73$ балла и подгруппа с SALT < 50% SCORAD > 50 – $9 \pm 0,42$ балла). Измерения HADS-D показали субклинически выраженную депрессию у пациентов с распространенной ГА (1-я группа, SALT > 50%) – $9,5 \pm 0,61$ балла и у пациентов с тяжелым АтД (2-я группа, SCORAD > 50 баллов) – $9,5 \pm 0,61$ балла. Домен HADS-D был значительно ниже у пациентов из 3-й группы в подгруппе с тяжелым течением ГА и АтД (SALT > 50%, SCORAD > 50 баллов) – $2,5 \pm 0,92$ балла, что не соотносилось с объективными клиническими данными.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные о результатах оценки КЖ у пациентов с ГА характеризуются неоднородностью и высокой гетерогенностью, что связано с применением различных инструментов, в разной степени учитывающих такие критерии, как возраст, пол, социальный статус, тяжесть заболевания

● **Рисунок 2.** Средние значения индексов ДИКЖ, «Скиндекс-29», HADS-A и HADS-D в подгруппах пациентов, разделенных по степени тяжести заболеваний ГА и АтД

● **Figure 2.** Mean values of DLQI, Skindex-29, HADS-A and HADS-D scores in patients' subgroups according to AA and AtD disease severity



Примечание: 95% ДИ представлены графически в виде отрезков; достоверность различий во всех случаях была подтверждена с помощью U-критерия Манна – Уитни. ГА – гнездная алопеция; АтД – атопический дерматит; ДИКЖ – дерматологический индекс качества жизни.

и пр. Наиболее часто в исследованиях по изучению КЖ при ГА используются общие дерматологические индексы: дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ/DLQI) и его адаптированный вариант для пациентов детского возраста (ДДИКЖ/CDLQI), дерматологическая шкала качества жизни (ДШКЖ/DQLS), инструмент оценки КЖ больных с кожными болезнями «Скиндекс» (Skindex), который чаще всего используется в версиях «Скиндекс-29» или «Скиндекс-16» [47]. В последнее время чаще стали применяться инструменты, разработанные специально для измерения КЖ при ГА, такие как индекс КЖ при ГА (AA-QLI), шкала оценки влияния симптомов при ГА (AASIS), качество жизни пациентов с гнездой алопецией (AAQ), а также специфические инструменты для заболеваний волос (Hairdex, Scalpdex and 'hair-specific Skindex-29) [48]. По данным систематических обзоров, показатели ДИКЖ среди пациентов с ГА составляют от 5,3 до 13,54 балла со средним значением 6,67 балла (95% ДИ [5,54; 7,81]), характеризую влияние на КЖ как умеренное выраженное [5, 49]. В нашем исследовании средний показатель ДИКЖ у пациентов с ГА составил $6,5 \pm 0,67$ балла, что совпадает с результатами других исследований.

При применении индекса «Скиндекс-29» при ГА в других исследованиях средние баллы по трем разделам были следующие: симптомы от 12,9 до 25,36, эмоции – 36,2–82,9, функции – от 22 до 52,17 балла [15, 50]. В нашем исследовании при интерпретации результатов «Скиндекс-29» у всех пациентов с ГА наиболее высокие показатели наблюдались в подразделе «эмоции», увеличиваясь пропорционально степени тяжести заболевания (в подгруппе с SALT < 50% – $42,75 \pm 3,18$, в подгруппе с SALT > 50% – $51,5 \pm 6,87$ балла). По разделу «функции» средние показатели соответствовали умеренному влиянию заболевания; наименьшие показатели отмечались в разделе «симптомы» ($22,13 \pm 2,43$). Полученные результаты также согласуются с другими исследованиями, где отмечено наиболее сильное влияние ГА на эмоциональную сферу, за которой следуют область функционирования (социальное, семейное функционирование) и аспекты, касающиеся физических нарушений и симптомов [13, 19, 20]. Эти данные согласуются с результатами исследования КЖ у пациентов с алопециями Ю.Ю. Романовой с соавт. 2019 г.: снижение КЖ в большей мере связано с эмоциональными реакциями на потерю волос и коррелирует с психическими расстройствами, прежде всего, тревогой по HADS [51].

На значение психосоматических расстройств в снижении КЖ у пациентов с дерматозами (включая ГА и АтД) указывает ряд исследований, что следует учитывать при обследовании пациентов, особенно со значительным снижением КЖ [45, 51]. Несмотря на ряд преимуществ шкалы HADS в качестве скринингового инструмента для оценки тревоги и депрессии у дерматологических пациентов (дискретность оценки тревоги и депрессии, удобство заполнения и трактовки результатов), данные о применении HADS при ГА остаются немногочисленными [16, 52]. Согласно исследованию T. Ito et al. [16], которое включало 400 участников с ГА в возрасте 17–83 лет, по разделу HADS-A (тревога) результат интерпретировался как

субклинически выраженная тревога/пограничное состояние (8–10 баллов) у 21,0% респондентов и у 25,0% – как клинически выраженные симптомы (11–20 баллов); по разделу HADS-D (депрессия) у 22,3% и 19,5% респондентов показатели были оценены как субклиническая и клинически выраженная депрессия соответственно. Значительную частоту тревоги и/или депрессии по HADS (у 30% больных ГА) подтверждает и настоящее исследование, в котором у пациентов с ГА среднее значение HADS-A составило $7,5 \pm 0,45$ балла, HADS-D $7 \pm 0,506$, однако в подгруппе пациентов с SALT > 50% значения доменов соответствовали субклиническим состояниям (HADS-A – $9 \pm 0,57$ и HADS-D – $9 \pm 0,88$).

Для оценки влияния АтД на КЖ предложено достаточно много инструментов, как общих (DLQI, HADS), так и специфических: инструмент контроля АтД (ADCT – AD control tool); оценка тяжести атопического дерматита пациентом (POEM – Patient-Oriented Eczema Measure); краткое описание атопической экземы (RECAP – RECap of AtoPic Eczema); шкала оценки атопического дерматита (SCORAD – SCORing Atopic Dermatitis), индекс КЖ атопического дерматита (QoLIAD) и др. В настоящее время признано, что при оценке заболевания, помимо объективных параметров (площадь и характер высыпаний), следует учитывать такие показатели, как зуд, качество сна, повседневная активность, поскольку именно эти критерии являются важными для определения тяжести заболевания, нарушений КЖ, принятия решений о методах лечения и контроля их эффективности. Следует отметить, что некоторые специфические индексы, такие как SCORAD, ADCT, POEM, учитывают не только объективные клинические признаки заболевания, но и ряд субъективных показателей, оцениваемых пациентами, однако для полной картины психологического состояния пациентов рекомендуется использовать специальные психометрические опросники.

По разным данным, средний индекс ДИКЖ при АтД составляет от 7,23 до 8,3 балла, что соответствует умеренному влиянию, однако во всех исследованиях указывается на широкий спектр психосоциальных последствий заболевания [53, 54]. Показатели КЖ имеют прямую корреляцию с тяжестью АтД: в исследовании Hsieh B.J. et al. [54] у пациентов с тяжелым АтД средний балл ДИКЖ был равен $18,5 \pm 4,3$, средние баллы пациентов со среднетяжелым и легким течением были $11,9 \pm 4,4$ и $7,2 \pm 3,7$ соответственно; при этом у всех пациентов вопросы с самыми высокими средними баллами касались симптомов, чувств и трудовой активности (работа или учеба). В нашем исследовании в группе пациентов с АтД было самое высокое среднее значение ДИКЖ – $12,5 \pm 1,51$ балла (очень сильное влияние кожного заболевания на КЖ), причем наиболее высокий балл ($18 \pm 1,96$) наблюдался в подгруппе пациентов с тяжелым течением заболевания (SCORAD > 50 баллов).

Несмотря на то что инструмент «Скиндекс» признан высокочувствительным методом оценки КЖ при кожных заболеваниях, результаты его применения при АтД в литературе практически отсутствуют. Полученные нами результаты применения этого инструмента при

АтД показали значительное влияние заболевания на все аспекты КЖ, в особенности касающиеся симптомов и эмоций; значения всех разделов «Скиндекс-29» в группе пациентов с АтД интерпретированы как «очень тяжелая степень влияния» ($59,45 \pm 4,060$ в разделе «эмоции», $40,475 \pm 5,29$ в разделе «функции», $63,1 \pm 3,305$ в разделе «симптомы» и $48,41 \pm 3,76$ – «общий балл»); эти показатели коррелировали со степенью тяжести дерматоза.

При оценке уровня тревоги и депрессии при АтД по шкале HADS в других исследованиях средние значения разделов «тревога» (HADS-A) составляли 7,2–7,7, «депрессия» (HADS-D) – 5–6 баллов, при этом уровень тревоги напрямую соотносился с уровнем депрессии, общие показатели дистресса достоверно коррелировали со степенью тяжести АтД [55, 56]. В нашем исследовании в группе пациентов с АтД средние показатели разделов HADS соответствовали значению «нет тревоги/депрессии» ($7 \pm 0,79$ балла для HADS-A и $7 \pm 0,62$ для HADS-D), однако в подгруппе пациентов с индексом тяжести SCORAD более 50% наблюдались высокие значения доменов: уровень тревоги соответствовал клинически выраженным проявлениям ($11 \pm 0,84$ балла), уровень депрессии – субклиническим признакам ($9,5 \pm 0,61$ балла).

С позиций современной медицины наличие сопутствующих заболеваний оказывает значительное влияние на течение патологических состояний, исход, развитие осложнений и стратегии лечения. Не менее важным в ведении коморбидных пациентов является оценка качества жизни, функционального статуса, прогноза и затрат на лечение. При наличии у пациентов определенной сочетанной патологии степень ее влияния на тяжесть и прогноз заболеваний можно измерить с помощью специальных индексов коморбидности, таких как индекс коморбидности Charlston, индекс сосуществующих болезней (Index of Co-Existent Disease – ICED) и др. [57], однако для заболеваний дерматологического профиля эти инструменты малоприменимы и не содержат показателей влияния на КЖ. В нашем исследовании сравнительный анализ параметров КЖ у пациентов с ГА, АтД и с сочетанием этих заболеваний показал, что в сравнении с ГА АтД оказывает более выраженное негативное влияние, охватывая больше сфер функционирования пациентов. Это можно объяснить тем, что для АтД характерны субъективные ощущения (зуд, дизестезии), наличие сухости, повышенная восприимчивость кожи к внешним раздражителям – физические симптомы заболевания, оказывающие воздействие на ежедневное функционирование. Для ГА нетипично наличие телесных ощущений, симптоматика ограничивается потерей волос на любом участке кожи, в т. ч. в заметных для окружающих локализациях (волосистая часть головы, лицо), что имеет в большей мере психоэмоциональные и социальные последствия. По полученным данным, снижение КЖ при ГА можно расценить как умеренное, при этом наиболее пострадавшей является эмоциональная сфера. У пациентов, имеющих коморбидность ГА и АтД (группа 3), уровень психосоциального благополучия в целом соответствует значениям при наличии только АтД (группа 2). Более низкое КЖ при сочетании патологий

установлено по разделам «Скиндекс-29» «эмоциональное состояние» и «функционирование», хотя различия не достигли статистической значимости. При ГА, АтД и при их сочетании уровень КЖ напрямую зависит от степени тяжести заболеваний. Обращает на себя внимание, что у большей части больных, имеющих сочетание АтД и ГА (67%), установлена субклиническая или клиническая тревога и/или депрессия по HADS. Таким образом, дерматологам следует быть особенно настороженными в отношении сопутствующих психических расстройств у данной группы больных и своевременно рекомендовать обращение за помощью к медицинским психологам, психиатрам, психотерапевтам.

В нашем исследовании представлены подробное описание и интерпретация наиболее известных индексов оценки КЖ (ДИКЖ, «Скиндекс-29»), тревоги и депрессии (HADS), оценена их чувствительность при ГА, АтД и при ассоциации этих заболеваний. Это дает возможность увеличить понимание бремени этих хронических дерматозов и определить наиболее чувствительные сферы психического здоровья. Сравнивая инструменты, применяемые в исследовании, можно сделать вывод, что полученные результаты ДИКЖ и «Скиндекс-29» коррелируют с тяжестью заболеваний и в целом соответствуют друг другу, что позволяет считать их взаимозаменяемыми. Так, в группе 1 у пациентов с ГА показано умеренное влияние заболевания по ДИКЖ, слабое влияние по «Скиндекс-29»; в группах 2 и 3 (с АтД и ГА в сочетании с АтД соответственно) – очень сильное влияние по ДИКЖ и очень тяжелая степень по «Скиндекс-29». По нашему мнению, опросник «Скиндекс-29» намного шире отражает влияние кожного заболевания на КЖ, позволяя проводить оценку по трем основным доменам функционирования, однако применение этого инструмента в рутинной клинической практике может быть ограничено из-за сложностей интерпретации и длительности заполнения, затрудняющих его использование в качестве скринингового метода. В настоящем исследовании определены сопоставимые уровни дистресса (тревоги и депрессии) по HADS и зависимость показателей от тяжести заболевания у пациентов с ГА и АтД, за исключением значений в группе 3 у пациентов с сочетанными заболеваниями.

Ограничениями нашего исследования можно считать малые выборки сравниваемых групп без учета социально-демографических характеристик и длительности заболеваний и отсутствие группы контроля.

ВЫВОДЫ

Несмотря на наличие обширного выбора инструментов для оценки КЖ у больных с ГА и АтД, практический опыт их применения ограничен, в то время как большинство ведущих экспертов признают, что оценка КЖ у пациентов с хроническими кожными заболеваниями очень важна в клинической практике не только для правильной оценки тяжести заболевания, но и для мониторинга эффективности терапии и удовлетворенности пациентов лечением, а также для разработки и внедрения

психотерапевтических мероприятий и образовательных программ для пациентов и их родителей [47]. Заполняя психометрические опросники, пациенты также имеют возможность получить более глубокое представление о своем заболевании и его последствиях, улучшить свое самосознание и расширить возможности обсуждения своих проблем с близкими людьми и с врачами [58].

Эмоциональная и психосоциальная нагрузки, связанные с ГА и АтД, хорошо известны и подтверждаются в нашем исследовании. При ГА, ассоциированной с АтД, на пациентов накладывается еще большее бремя заболеваний,

и в дополнение к эмоциональной сфере, значительно затронутой при ГА, также страдают аспекты, связанные с симптомами и ежедневным функционированием. Учитывая распространенность коморбидностей среди пациентов с кожными заболеваниями, разработка и валидация соответствующих методов, включающих оценку воздействия сочетанных заболеваний на психологическое здоровье, представляется актуальной.



Поступила / Received 16.06.2024
Поступила после рецензирования / Revised 18.07.2024
Принята в печать / Accepted 18.07.2024

Список литературы / References

- Адаскевич ВП. *Диагностические методы в дерматологии*. М.: Издательство Панфилова; 2014. 352 с.
- Chren MM. The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on quality of life. *Dermatol Clin*. 2012;30(2):231–236. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.11.003>.
- Muntyanu A, Gabrielli S, Donovan J, Gooderham M, Guenther L, Hanna S et al. The burden of alopecia areata: A scoping review focusing on quality of life, mental health and work productivity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(8):1490–1520. <https://doi.org/10.1111/jdv.18926>.
- Vélez-Muñoz RDC, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Psychological Profile and Quality of Life of Patients with Alopecia Areata. *Skin Appendage Disord*. 2019;5(5):293–298. <https://doi.org/10.1159/000497166>.
- van Dalen M, Muller KS, Kasperkovitz-Oosterloo JM, Okkerse JME, Pasmans SGMA. Anxiety, depression, and quality of life in children and adults with alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:1054898. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1054898>.
- Atiş G, Tekin A, Ferhatoglu ZA, Göktaş F, Yaşar S, Aytekin S. Type D personality and quality of life in alopecia areata and vitiligo patients: A cross-sectional study in a Turkish population. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. 2021;55(2):87–91. Available at: <https://doi.org/10.4274/turkderm.galenos.2020.36776>.
- Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ST, Ceran S. A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. *Adv Ther*. 2014;31(9):1000–1007. <https://doi.org/10.1007/s12325-014-0152-6>.
- Karia SB, De Sousa A, Shah N, Sonavane S, Bharati A. Psychiatric morbidity and quality of life in skin diseases: A comparison of alopecia areata and psoriasis. *Ind Psychiatry J*. 2015;24(2):125–128. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.181724>.
- Aldhouse NVJ, Kitchen H, Knight S, Macey J, Nunes FP, Dutronc Y et al. "You lose your hair, what's the big deal?" I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed": a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4(1):76. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00240-7>.
- Macbeth AE, Holmes S, Harries M, Chiu WS, Tziotziou C, de Lusignan S et al. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care. *Br J Dermatol*. 2022;187(1):73–81. <https://doi.org/10.1111/bjd.21055>.
- Tzur Bitan D, Berzin D, Kridin K, Sela Y, Cohen A. Alopecia Areata as a Proximal Risk Factor for the Development of Comorbid Depression: A Population-based Study. *Acta Derm Venereol*. 2022;102:adv00669. <https://doi.org/10.2340/actadv102.1622>.
- Villasante Fricke AC, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:397–403. <https://doi.org/10.2147/CCID.S53985>.
- Vañó-Galván S, Blume-Peytavi U, Farrant P, Reygagne P, Johansson E, Reed C et al. Physician- and Patient-Reported Severity and Quality of Life Impact of Alopecia Areata: Results from a Real-World Survey in Five European Countries. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(12):3121–3135. <https://doi.org/10.1007/s13555-023-01057-0>.
- Gelhorn HL, Cutts K, Edson-Heredia E, Wright P, Delozier A, Shapiro J et al. The Relationship Between Patient-Reported Severity of Hair Loss and Health-Related Quality of Life and Treatment Patterns Among Patients with Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(4):989–997. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00702-4>.
- Shi Q, Duvic M, Osei JS, Hordinsky MK, Norris DA, Price VH et al. Health-Related Quality of Life (HRQoL) in alopecia areata patients—a secondary analysis of the National Alopecia Areata Registry Data. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2013;16(1):S49–S50. <https://doi.org/10.1038/jidsymp.2013.18>.
- Ito T, Kamei K, Yuasa A, Matsumoto F, Hoshi Y, Okada M, Noto S. Health-related quality of life in patients with alopecia areata: Results of a Japanese survey with norm-based comparisons. *J Dermatol*. 2022;49(6):584–593. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16364>.
- Senna M, Ko J, Glashofer M, Walker C, Ball S, Edson-Heredia E et al. Predictors of quality of life in patients with alopecia areata. *J Invest Dermatol*. 2022;142:2646–2650.e2643. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2022.02.019>.
- Abedini R, Hallaji Z, Lajevardi V, Nasimi M, Karimi Khaledi M, Tohidinik HR. Quality of life in mild and severe alopecia areata patients. *Int J Womens Dermatol*. 2017;4(2):91–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.07.001>.
- Liu LY, King BA, Craiglow BG. Alopecia areata is associated with impaired health-related quality of life: A survey of affected adults and children and their families. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(3):556–558.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.01.048>.
- Qi S, Xu F, Sheng Y, Yang Q. Assessing quality of life in Alopecia areata patients in China. *Psychol Health Med*. 2015;20(1):97–102. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.894641>.
- Capozza K, Gadd H, Kelley K, Russell S, Shi V, Schwartz A. Insights From Caregivers on the Impact of Pediatric Atopic Dermatitis on Families: "I'm Tired, Overwhelmed, and Feel Like I'm Failing as a Mother". *Dermatitis*. 2020;31(3):223–227. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000582>.
- Gandhi K, Shy ME, Ray M, Fridman M, Vaghela S, Mostaghimi A. The Association of Alopecia Areata-Related Emotional Symptoms with Work Productivity and Daily Activity Among Patients with Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(1):285–298. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00864-1>.
- Christensen T, Yang JS, Castelo-Soccio L. Bullying and Quality of Life in Pediatric Alopecia Areata. *Skin Appendage Disord*. 2017;3(3):115–118. <https://doi.org/10.1159/000466704>.
- Mesinkovska N, King B, Mirmirani P, Ko J, Cassella J. Burden of Illness in Alopecia Areata: A Cross-Sectional Online Survey Study. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2020;20(1):S62–S68. <https://doi.org/10.1016/j.jisip.2020.05.007>.
- Mostaghimi A, Gandhi K, Done N, Ray M, Gao W, Carley C et al. All-cause health care resource utilization and costs among adults with alopecia areata: A retrospective claims database study in the United States. *J Manag Care Spec Pharm*. 2022;28(4):426–434. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2022.28.4.426>.
- Li SJ, Mostaghimi A, Tkachenko E, Huang KP. Association of Out-of-Pocket Health Care Costs and Financial Burden for Patients With Alopecia Areata. *JAMA Dermatol*. 2019;155(4):493–494. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.5218>.
- Rudnicka L, Trzeciak M, Alpsoy E, Arenberger P, Alper S, Benáková N et al. Disease burden, clinical management and unmet treatment need of patients with moderate to severe alopecia areata: consensus statements, insights, and practices from CERTAAE (Central/Eastern EU, Russia, Türkiye AA experts) Delphi panel. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1353354. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353354>.
- Kridin K, Renert-Yuval Y, Guttman-Yassky E, Cohen AD. Alopecia Areata Is Associated with Atopic Diathesis: Results from a Population-Based Study of 51,561 Patients. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(4):1323–1328.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.01.052>.
- Mohan GC, Silverberg JL. Association of Vitiligo and Alopecia Areata With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2015;151(5):522–528. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.3324>.
- Sun R, Kong D. Bilateral Association Between Atopic Dermatitis and Alopecia Areata: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatitis*. 2024;35(3):208–218. <https://doi.org/10.1089/derm.2023.0114>.
- Silverberg JL, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;121(3):340–347. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.07.006>.

32. Thyssen JP, Halling A-S, Schmid-Grendelmeier P, Guttman-Yassky E, Silverberg JI. Comorbidities of atopic dermatitis – what does the evidence say? *J Allergy Clin Immunol.* 2023;151(5):1155–1162. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.12.002>.
33. Elliott BE, Luker K. The experiences of mothers caring for a child with severe atopic eczema. *J Clin Nurs.* 1997;6(3):241–247. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00310.x>.
34. Camfferman D, Kennedy JD, Gold M, Martin AJ, Lushington K. Eczema and sleep and its relationship to daytime functioning in children. *Sleep Med Rev.* 2010;14(6):359–369. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.01.004>.
35. Silverberg JI. Association between childhood eczema and headaches: An analysis of 19 US population-based studies. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;137(2):492–499.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.07.020>.
36. Silverberg JI, Paller AS. Association between eczema and stature in 9 US population-based studies. *JAMA Dermatol.* 2015;151(4):401–409. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.3432>.
37. Silverberg JI, Greenland P. Eczema and cardiovascular risk factors in 2 US adult population studies. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135(3):721–728.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.11.023>.
38. Romanos M, Gerlach M, Warnke A, Schmitt J. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and atopic eczema modified by sleep disturbance in a large population-based sample. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64(3):269–273. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.093534>.
39. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;123(2):144–151. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.04.020>.
40. Patel KR, Immaneni S, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):402–410. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.08.063>.
41. Yu SH, Silverberg JI. Association between Atopic Dermatitis and Depression in US Adults. *J Invest Dermatol.* 2015;135(12):3183–3186. <https://doi.org/10.1038/jid.2015.337>.
42. Beattie P, Lewis-Jones M. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol.* 2006;155(1):145–151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07185.x>.
43. Кочергин НГ, Смирнова ЛМ. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2006;(4):11–15. Kochergin NG, Smirnova LM. Dermatology quality of life as a psychosomatic symptom dermatosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2006;(4):11–15. (In Russ.)
44. Prinsen CA, Lindeboom R, de Korte J. Interpretation of Skindex-29 scores: cutoffs for mild, moderate, and severe impairment of health-related quality of life. *J Invest Dermatol.* 2011;131(9):1945–1947. <https://doi.org/10.1038/jid.2011.138>.
45. Prinsen CA, Lindeboom R, Sprangers MA, Legierse CM, de Korte J. Health-related quality of life assessment in dermatology: interpretation of Skindex-29 scores using patient-based anchors. *J Invest Dermatol.* 2010;130(5):1318–1322. <https://doi.org/10.1038/jid.2009.404>.
46. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52(2):69–77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3).
47. Chernyshov PV, Tomas-Aragones L, Finlay AY, Manolache L, Marron SE, Sampogna F et al. Quality of life measurement in alopecia areata. Position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(8):1614–1621. <https://doi.org/10.1111/jdv.17370>.
48. Thadanipon K, Suchonwanit P. Measuring Patient Quality of Life Following Treatment for Alopecia. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:1601–1610. <https://doi.org/10.2147/PPA.S282399>.
49. Liu LY, King BA, Craiglow BG. Health-related quality of life (HRQoL) among patients with alopecia areata (AA): A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(4):806–812.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.04.035>.
50. Ara G, Tunio W, Khan NI, Tariq A, Jamshed T. "Anxiety, Depression and Low Self-Esteem Among People with Alopecia". *KMUJ.* 2023;15(3):161–166. <https://doi.org/10.35845/kmu.2023.22653>.
51. Романова ЮЮ, Романов ДВ, Бражников АЮ, Воронова ЕИ, Львов АН, Потекаев НН. Перспективные мишени для вторичной профилактики снижения качества жизни и психосоматических расстройств при алопеции: результаты наблюдательного исследования. *Профилактическая медицина.* 2019;22(5):104–111. <https://doi.org/10.17116/profmed201922051104>. Романова ЮЮ, Романов ДВ, Бражников АЮ, Воронова ЕИ, Львов АН, Потекаев НН. Perspective targets for secondary prevention of quality of life decrease and psychosomatic disorders in alopecia: results of an observational study. *Profilakticheskaya Meditsina.* 2019;22(5):104–111. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed201922051104>.
52. Vilsbøll AW, Kragh N, Hahn-Pedersen J, Jensen CE. Mapping Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores to EQ-5D utility scores using data of patients with atopic dermatitis from the National Health and Wellness Study. *Qual Life Res.* 2020;29(9):2529–2539. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02499-1>.
53. Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Kornet T, Purwins S, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res.* 2014;306(3):279–286. <https://doi.org/10.1007/s00403-013-1402-1>.
54. Hsieh BJ, Shen D, Hsu CJ, Chan TC, Cho YT, Tang CH, Chu CY. The impact of atopic dermatitis on health-related quality of life in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2022;121(1):269–277. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.03.024>.
55. Lim VZ, Ho RC, Tee SI, Ho MS, Pan JY, Lim YL et al. Anxiety and Depression in Patients with Atopic Dermatitis in a Southeast Asian Tertiary Dermatological Centre. *Ann Acad Med Singap.* 2016;45(10):451–455. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27832219>.
56. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults. *Br J Dermatol.* 2019;181(3):554–565. <https://doi.org/10.1111/bjd.17683>.
57. Sarsenbayeva GI, Tursynbekova AE. Modern approaches to the assessment of comorbidity in patients. *Cardiosomatics.* 2019;10(1):19–23. <https://doi.org/10.26442/22217185.2019.1.180073>.
58. Sampogna F, Abeni D. Interpretation of Skindex-29 scores. *J Invest Dermatol.* 2011;131(9):1790–1792. <https://doi.org/10.1038/jid.2011.191>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Ю.Ю. Романова, Н.Н. Потекаев

Концепция и дизайн исследования – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Н.Н. Потекаев

Написание текста – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Ю.Ю. Романова

Сбор и обработка материала – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Ю.Ю. Романова

Обзор литературы – Г.П. Терещенко

Анализ материала – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Ю.Ю. Романова

Статистическая обработка – Г.П. Терещенко, Ю.Ю. Романова

Редактирование – Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева, Ю.Ю. Романова

Утверждение окончательного варианта статьи – А.Г. Гаджигороева, Н.Н. Потекаев

Contribution of authors:

Concept of the article – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Yulia Yu. Romanova, Nikolay N. Potekaev

Study concept and design – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Nikolay N. Potekaev

Text development – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Yulia Yu. Romanova

Collection and processing of material – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Yulia Yu. Romanova

Literature review – Galina P. Tereshchenko

Material analysis – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Yulia Yu. Romanova

Statistical processing – Galina P. Tereshchenko, Yulia Yu. Romanova

Editing – Galina P. Tereshchenko, Aida G. Gadzhigorieva, Yulia Yu. Romanova

Approval of the final version of the article – Aida G. Gadzhigorieva, Nikolay N. Potekaev

Информация об авторах:

Терещенко Галина Павловна, к.м.н., заведующая консультативно-диагностическим центром, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; gala_ter@mail.ru

Гаджигорова Аида Гусейхановна, д.м.н., руководитель научного отдела клинической дерматовенерологии и косметологии, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; aida2010@mail.ru

Романова Юлия Юрьевна, к.м.н., врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; romanova.u@mosderm.ru

Потекаев Николай Николаевич, д.м.н., профессор, директор, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии факультета дополнительного профессионального образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; klinderma@mail.ru

Information about the authors:

Galina P. Tereshchenko, Cand. Sci. (Med.), Head of the Consultative and Diagnostic Center, Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; Associate Professor of the Department of Dermato-venereology, Allergology and Cosmetology at the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; gala_ter@mail.ru

Aida G. Gadzhigorova, Dr. Sci. (Med.), Head of the Scientific Department of Clinical Dermato-venereology and Cosmetology, Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; aida2010@mail.ru

Yulia Yu. Romanova, Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; romanova.u@mosderm.ru

Nikolay N. Potekaev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Director, Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; Head of the Department of Skin Diseases and Cosmetology of the Faculty of Further Professional Education, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; klinderma@mail.ru