

Г.І. Макуріна, А.О. Городокіна

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

# Особливості психопатологічної складової клінічного профілю пацієнтів із атопічним дерматитом

**Мета роботи** — визначити особливості клінічного профілю та психопатологічної симптоматики у пацієнтів із атопічним дерматитом, а також оцінити їхній вплив з огляду на наявність пруритинозного компонента як потенційного фактора, здатного впливати на динаміку перебігу захворювання та формування порушень психоемоційної сфери.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. На підставі результатів клінічного огляду діагноз атопічного дерматиту верифіковано у 30 пацієнтів. Інтенсивність свербіжів оцінювали за допомогою візуально-аналогової шкали (параметри оцінювання — від 0 до 10), а для визначення якості життя послуговувались стандартизованим опитувальником дерматологічного індексу якості життя (DLQI). Для визначення профілю психопатологічних симптомів використовували симптоматичний опитувальник SCL-90-R.

**Результати та обговорення.** В дослідженні брали участь 21 (70 %) чоловік віком від 22 до 75 років (середній вік —  $(50,1 \pm 4,0)$  року) та 9 (30 %) жінок віком від 24 до 75 років (середній вік —  $(43,2 \pm 6,1)$  року). У 23 (76,7 %) осіб атопічний дерматит мав класичний перебіг із першою появою ефлорисценцій у дитячому віці та відповідною офіційною ресстрацією в медичній документації. При цьому 11 (36,7 %) пацієнтів відзначали перебіг дерматозу як хронічний зі зміною періодів ремісії та загострення протягом життя; у 12 (40 %) обстежених також були анамнестичні дані щодо атопії, але період ремісії у них був майже без переривань загостреннями: останній епізод відбувся в дитячому або підлітковому віці. Крім того, обстежено 7 (23,3 %) осіб з появою дерматозу вже після повноліття з категоричним запереченням наявності ефлорисценцій у будь-якому віці. Середній показник вираженості свербіжів становив  $4,9 \pm 0,44$ , а критерій максимальної інтенсивності цього відчуття —  $7,0 \pm 0,4$ . DLQI для досліджуваної вибірки був 9 (7 DLQI 12), що відповідало помірному впливу. Показовою є виявлена внутрішньогрупова кореляційна залежність між симптомами obsесивно-компульсивного спектра та іншими психопатологічними доменами, що свідчить про клінічну значущість подальшого більш глибокого вивчення ролі цього компонента в структурі психоемоційного профілю пацієнтів із атопічним дерматитом.

**Висновки.** Дебют захворювання в дорослому віці свідчить про різноманітність перебігу дерматиту та актуалізує потребу у вивченні його фенотипових особливостей на етапі збору анамнезу та вивчення результатів клінічного огляду. Визначення психопатологічної симптоматики у пацієнтів із атопічним дерматитом доповнює відомості стосовно їхнього клінічного профілю. Такий підхід сприяє проведенню комплексної клінічної оцінки стану пацієнта та обґрунтовує доцільність застосування міждисциплінарного менеджменту.

## Ключові слова

Атопічний дерматит, свербіж, психопатологічні зміни, якість життя.

Атопічний дерматит — хронічний запальний дерматоз, одним з основних симптомів якого є свербіж, що за ступенем вираженості не поступається безпосередньо активності уражень шкірних покривів. Особливої уваги заслуговує введення в сучасний дерматологічний дискурс поняття «атопічний дерматит дорослих» (adult-onset

atopic dermatitis) з маніфестацією захворювання у віці старше 18 років та клінічними проявами переважно на голові, обличчі та шиї («портретний» патерн) або змінами на кінцівках [13, 16]. Дискусія щодо того, чи є атопічний дерматит захворюванням, що персистує з дитинства, чи виникає *de novo* в дорослому віці, поступово

набуває чіткіших обрисів завдяки збільшенню кількості досліджень, результати яких поглиблюють розуміння фенотипових відмінностей цього стану в осіб різного віку та виокремлюють зазначені вище прояви в самостійні нозологічні одиниці [5, 9].

Проте незмінним залишається вагомість прurigінозного компонента, що потребує детальної оцінки як щодо теоретичного розуміння патогенетичних механізмів, так і в межах реального практичного консультування пацієнтів, передбачаючи клінічну індивідуалізацію феномена з можливістю подальшого коректного менеджменту. На сьогодні в світі змінюється підхід до розгляду свербіжів не просто як варіанта «суб'єктивного відчуття», а як окремого незалежного явища, поготів у разі його хронічного перебігу. Так, за даними EADV Task Force Pruritus хронічний свербіж варто розглядати як окремий стан із функціональною та структурною патологією шкіри та нервової системи [15]. Патогенетичні механізми появи свербіжів є достатньо варіабельними, демонструючи різновекторну направленість: від порушення бар'єрної функції шкіри до активації нейрогенного запалення та імунної відповіді [4, 6, 10]. Так, розуміння взаємодії зазначених вище факторів, особливо враховуючи залучення Th2-залежної імунної відповіді, сприяє створенню таргетної імунобіологічної терапії, що є ефективною не лише щодо зниження вираженості клінічних проявів дерматозу, але й зменшення свербіжів [7, 12]. З огляду на цей феномен свербіжів недоцільно розглядати винятково як наслідок порушень ендогенних механізмів імунної чи нейрогенного походження. Сучасна концепція свербіжів потребує урахування біо- та психосоціального підходів, зокрема — ролі психоемоційного стану пацієнтів у рамках осі «мозок — шкіра» [8, 17].

Атопічний дерматит можна інтерпретувати у межах психодерматології як первинне психофізіологічне порушення, а також як стан, що зумовлює розвиток вторинних психоемоційних змін. Так, з одного боку, цей дерматоз може загострюватись на тлі чіткого хронологічного зв'язку з перенесеною стресовою ситуацією, з іншого — внаслідок активності уражень шкірних покривів провокувати появу психопатологій: тривоги, депресії, розладів obsесивно-компульсивного спектра. Психоемоційний стан пацієнтів із атопічним дерматитом суттєво впливає на формування особистісних змін, порушення соціальної взаємодії та загальне зниження психосоціального добробуту. Типовими також є порушення сну, підвищена тривожність, дратівливість, соціальна ізоляція, депресивні стани та навіть поява суїци-

дальних ідецій, що свідчить про значний психологічний вплив, пов'язаний із хронічним перебігом захворювання [1, 3, 11]. Ці симптоми характерні як для дітей, так і для дорослих пацієнтів, що потребує застосування цілісного міждисциплінарного підходу до діагностики та лікування.

Проте, акцентуючи увагу на важливості прurigінозної складової, варто зазначити, що це явище є активним додатковим тягарем перебігу дерматозу. Нерідко пацієнти спершу скаржаться на нестерпний зуд, а вже потім відзначають появу ефлорисценцій. Хронічне розчухування особливо виражене в нічний час, коли свербіж посилюється, призводячи до стійких порушень сну, дефіцит якого, відповідно, супроводжується вираженою втому, психоемоційною лабільністю та зниженням якості життя. Ці фактори є клінічно значущими предикторами розвитку афективних розладів, зокрема депресії, у пацієнтів із хронічними дерматозами.

З огляду на зазначене вище доцільним є впровадження психодерматологічного підходу до ведення пацієнтів із атопічним дерматитом як важливої складової комплексної терапевтичної стратегії. Такий інтегративний підхід дає змогу ефективніше контролювати не лише шкірні зміни, а й психоемоційні прояви, що значно впливають на перебіг захворювання, забезпечуючи істотне підвищення якості життя хворих, а також поліпшення довгострокових клінічних результатів.

Мета роботи — визначити особливості клінічного профілю та психопатологічної симптоматики у пацієнтів із атопічним дерматитом, оцінити їхній вплив з огляду на наявність прurigінозного компонента як потенційного фактора, здатного впливати на динаміку перебігу захворювання та формування порушень психоемоційної сфери.

## Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» та регіонального дерматовенерологічного лікувально-діагностичного центру КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР. Клінічну верифікацію діагнозу атопічного дерматиту здійснено у 30 пацієнтів. Усі учасники надали добровільну згоду на участь у цьому науковому дослідженні відповідно до морально-етичних норм IGH/GCP, Гельсінської декларації (1964 із доповненнями 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 р.), Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини та законодавства України.

Критерії включення:

- згода на участь у дослідженні;
- діагноз «Атопічний дерматит»;
- вік > 18 років.

Критерії виключення:

- тяжка та гостра соматична патологія (печінкова, ниркова недостатність, цукровий діабет, нещодавно перенесений інфаркт міокарда, схильність до затримки сечі, глаукома);
- інша дерматологічна патологія;
- вік < 18 років;
- відсутність згоди пацієнта на включення в дослідження;
- період вагітності та годування груддю.

Усі учасники були залучені до анкетування з метою визначення інтенсивності свербіжів, враховуючи аналіз візуальної аналогової шкали (ВАШ) із діапазоном значень від повної відсутності проявів (показник 0) до їхньої максимальної вираженості (показник 10). Інтерпретацію отриманих результатів здійснено відповідно до такого градаційного розподілу: 1–3 бали – низький рівень вираженості проявів; 4–6 балів – помірна інтенсивність; 7–10 балів – високий ступінь інтенсивності суб'єктивного відчуття. Профіль психопатологічних симптомів оцінено з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R, що забезпечило можливість структурування та ідентифікації груп психопатологічних симптомів відповідно до таких шкал: соматизація (SOM), obsесивно-компульсивні прояви (O-C), інтерперсональна сенситивність (INT), депресія (DEP), тривожність (ANX), ворожість (HOS), фобічна тривожність (PHOB), параноїдальні тенденції (PAR) та психотизм (PSY). Рівень сили кореляційних зв'язків визначено за критеріями шкали Чеддока: 0–0,29 – слабкий; 0,30–0,49 – помірний; 0,50–0,69 – помітний; 0,70–0,89 – високий; 0,90–1,0 – дуже високий зв'язок.

Завершальним етапом роботи стала оцінка якості життя хворих на атопічний дерматит із залученням стандартизованого індексу Dermatology Life Quality Index (DLQI). Встановлено рівень дерматологічного впливу на якість життя пацієнтів згідно з таким розподілом отриманих балів:

- 0–1 – відсутність впливу;
- 2–5 – невеликий ефект;
- 6–10 – вплив середнього ступеня;
- 11–20 – сильний вплив;
- 21–30 – дуже сильний (значний) вплив.

Статистичну обробку результатів проведено на персональному комп'ютері в програмі Statistica® for Windows 13.0 (StatSoft Inc., license No JP Z804I382130ARCN10-J).

## Результати та обговорення

Аналізуючи загальні особливості досліджуваної вибірки, перш за все варто акцентувати увагу на гендерно-віковому розподілі обстежених. Так, переважну більшість з них становив 21 (70 %) пацієнт віком від 22 до 75 років із середнім арифметичним  $\pm$  стандартною похибкою середнього арифметичного ( $M \pm m$ )  $50,1 \pm 4,0$ . Відповідно до класифікації ВООЗ вікові характеристики пацієнтів чоловічої статі на момент збору анамнезу відповідали такому розподілу: молодий вік (25–44) – 10 (47,6 %), середній (44–60) – 5 (23,8 %), похилий (60–75) – 6 (28,6 %). Осіб жіночої статі було 9 (30 %) із віковою градацією від 24 до 75 років та середнім показником  $43,2 \pm 6,1$ . Серед них також було 6 (66,7 %) осіб віком 25–44 років, що загалом свідчило не лише про однорідність поширення дерматозу серед обстежених обох статей, але й загальні тенденції щодо реєстрації пацієнтів із атопічним дерматитом.

Проте клінічні вияви дерматозу в осіб старшого віку спонукали до визначення маніфестації уражень шкіри. Із загальної вибірки у 23 (76,7 %) осіб був класичний перебіг атопічного дерматиту із першою появою ефлорисценцій у дитячому віці та відповідною офіційною реєстрацією в медичній документації. При цьому 11 (36,7 %) пацієнтів відзначали перебіг дерматозу як хронічний зі зміною періодів ремісії та загострення протягом життя внаслідок дії різних чинників: від трофоалергенів, сезонних явищ, зміни температурного режиму до виражених стресових ситуацій. У 12 (40 %) пацієнтів також виявлено анамнестичні дані щодо атопії, але період ремісії у них був майже без переривань загостреннями: останній епізод відбувся в дитячому або підлітковому віці, після якого протягом багатьох років жодних клінічних виявів уражень шкіри не було. При цьому тригером останнього загострення більшість вважала саме зміни психоемоційного стану. Це важливий аргумент з огляду на потребу пацієнтів у психодерматологічному консультуванні з визначенням домінуючої психопатологічної симптоматики. Окрім контингенту з класичним перебігом атопічного дерматиту, також було обстежено 7 (23,3 %) осіб контрольної групи, які повідомили про появу дерматозу вже після повноліття з категоричним запереченням (як усним, так і документальним) реєстрації ефлорисценцій у будь-якому віці до того. Фенотипові відмінності серед пацієнтів з умовно дитячим та дорослим перебігом дерматозу представлено на рисунку.

Так, профіль обстежених із маніфестацією патологічного процесу в дорослому віці клінічно



Рисунок. Фенотипові відмінності серед пацієнтів з умовно дитячим та дорослим перебігом дерматозу

А, Б — пацієнт, 22 роки: хворіє на atopічний дерматит з 2-річного віку. Останнє загострення проявлялось генералізованим процесом із явищами еритеми, ліхеніфікації та екскоріацій; В — пацієнтка, 65 років: уперше діагностований патологічний процес з ураженнями ділянки обличчя та шиї. На кистях виявлено поодинокі елементи.

відповідав такому пацієнтів, описаних у літературних джерелах. За даними J.F. Silvestre Salvador та співавт., клінічні вияви atopічного дерматиту в дорослих найчастіше мають характер запального екзематозного процесу з явищами ліхеніфікації, при цьому ізольоване флексорне ураження виявляють лише в 10 % випадків. Доволі типовими є ураження шкіри обличчя та кистей, а також поширення ефлорисценцій на розгинальні поверхні кінцівок і тулуб [14].

Попри клінічну варіабельність патологічного процесу, скарги на свербіж були інтегральними серед обстежених. Усі вони відзначили стурбованість різного ступеня через наявність суб'єктивних відчуттів. При цьому виявлено і пруритинозні еквіваленти, адже 17 (56,7 %) пацієнтів описували їх як свербіж, 10 (33,3 %) — як печіння, а 3 (10 %) — навіть акцентували увагу на больовому компоненті. Часом складність в описанні власних відчуттів, їхньої диференціації та визначення ступеня інтенсивності можна розглядати в контексті алекситимії. За даними A. Chiricozzi та співавт., алекситимічні риси особистості були властиві 62,4 % пацієнтам із atopічним дерматитом, що значно перевищувало показник у контрольній групі (29,2 %). Особливо вираженими були прояви у хворих із тяжким перебігом дерматозу, корелюючи з інтенсивністю свербіж та порушеннями сну [2]. Отже, вербалізаційні труднощі у пацієнтів щодо суб'єктивного сприйняття свербіж та ідентифікації його як окремого феномена можуть ускладнювати процес діагностики та ведення пацієнтів із atopічним дерматитом, оскільки неточна самооцінка інтенсивності дискомфорту здатна негативно

впливати як на якість їхнього життя, так і на ефективність терапевтичних заходів.

Об'єктивізуючим інструментом аналізу ступеня інтенсивності свербіж стало визначення балів за ВАШ. Середній показник вираженості свербіж становив  $4,9 \pm 0,44$ , а критерій максимального ступеня його інтенсивності —  $7,0 \pm 0,4$ . Також пацієнти повідомляли про добову варіабельність цього феномена. Так, 19 (63,3 %) осіб відзначили найбільш виражений свербіж саме у вечірній та нічний час, що додатково порушувало сон та подальше денне функціонування, тоді як 11 (36,7 %) хворих наголошували на наявності постійного дискомфорту. Інтерпретуючи отримані дані, перший показник за ВАШ відповідав помірному прояву інтенсивності свербіж, а максимальні його значення — високому рівню, що є співставним із загальноновизначеними тенденціями стосовно розгляду atopічного дерматиту як нозології із вираженим пруритинозним акцентом.

DLQI є важливим інструментом при різноманітних ураженнях шкіри, зокрема при atopічному дерматиті, враховуючи вираженість як клінічних проявів, так і суб'єктивного дискомфорту в таких пацієнтів. Показник медіани для досліджуваної вибірки становив 9 (7–12), що відповідало помірному впливу з тенденцією до наближення до граничного значення наступного рівня інтенсивності. DLQI є досить простим практичним інструментом для загальної оцінки якості життя пацієнтів із дерматозами, але не враховує детально їхню психопатологічну симптоматику. Виявлення змін психоемоційного стану у хворих на atopічний дерматит дає можливість не лише глибше зрозуміти патогенетичні

Таблиця. Матриця кореляцій для психопатологічних симптомів у пацієнтів із atopічним дерматитом

Показник	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1								
O-C	0,70*	1							
INT	0,58	0,79*	1						
DEP	0,64	0,77*	0,90*	1					
ANX	0,67	0,84*	0,84*	0,81*	1				
HOS	0,59	0,71*	0,70*	0,69	0,58	1			
PHOB	0,59	0,79*	0,74*	0,63	0,84*	0,67	1		
PAR	0,64	0,72*	0,81*	0,83*	0,68	0,75*	0,54	1	
PSY	0,56	0,79*	0,76*	0,79*	0,80*	0,76*	0,66	0,80*	1

Примітка. \*Визначена кореляція між окремими групами симптомів з акцентом на показниках, що мають високий (0,70—0,89) та вкрай високий (0,90—1,0) функціональні рівні кореляційного зв'язку за шкалою Чеддока.

SOM — соматизація, O-C — obsесивно-компульсивні прояви, INT — інтерперсональна сенситивність, DEP — депресія, ANX — тривожність, HOS — ворожість, PHOB — фобічна тривожність, PAR — параноїдальні тенденції, PSY — психотизм.

механізми загострення захворювання, пов'язані з психогенними тригерами, але й відкриває перспективи для розроблення цілісного підходу до терапії, що включає психокорекційні заходи.

Для якісної оцінки психопатологічного профілю таких пацієнтів доцільним є використання опитувальника SCL-90-R, який дає змогу виявити спектр психічних симптомів, зокрема депресивні прояви, тривожність, соматизацію, міжособистісну чутливість та інші клінічно значущі домени, що можуть бути потенційними предикторами перебігу дерматозу. В таблиці представлено кореляцію між окремими групами симптомів з акцентом на показниках, що мають високий (0,70—0,89) та вкрай високий (0,90—1,0) функціональні рівні кореляційного зв'язку за шкалою Чеддока.

Враховуючи досить варіабельний спектр внутрішньогрупової кореляції, було виділено найбільш виражені та значущі показники. Так, розглядаючи групи симптомів, увагу привернув взаємозв'язок проявів соматизації та obsесивно-компульсивної симптоматики ( $r = 0,70$ ). Соматизація може свідчити про посилену внутрішню тілесну фіксацію пацієнта на фізичних проявах захворювання, що супроводжується емоційною напруженістю та формуванням нав'язливих патернів поведінки, таких як компульсивне розчухування або ритуалізований догляд за шкірою. Така тілесна гіперреактивність може провокувати пацієнтів часто використовувати топічні лікарські засоби для зниження рівня запалення в межах ефлорисценцій або з метою усунення свербіж. Нерідко ця поведінка може призвести до неконтрольованого застосування місцевих

форм кортикостероїдів, що врешті ще більше ускладнює подальше ведення таких хворих.

Показовою є виявлена кореляційна залежність між симптомами obsесивно-компульсивного спектра та іншими психопатологічними доменами, що свідчить про клінічну значущість всебічного розуміння зазначеного компонента в структурі психоемоційного профілю у пацієнтів із atopічним дерматитом та вираженим пруритичним компонентом. Високий кореляційний зв'язок таких симптомів із тривожністю ( $r = 0,84$ ) та депресією ( $r = 0,77$ ) може вказувати на взаємопосилення цих двох психопатологічних компонентів. Психоемоційний стрес, зумовлений наявністю постійних симптомів дерматозу зі свербіжем, формує замкнене коло, в якому тривожно-депресивний спектр спричиняє або поглиблює obsесивно-компульсивні стратегії поведінки.

Кореляція інтерперсональної сенситивності та obsесивно-компульсивної симптоматики ( $r = 0,79$ ) у пацієнтів із atopічним дерматитом потенційно може проявлятися в надмірній чутливості до міжособистісних взаємодій, супроводжуючись постійним страхом відмови або критики з боку оточення. Така психологічна реакція може бути пов'язана із соціальною стигматизацією, з якою часто стикаються пацієнти із хронічними дерматологічними захворюваннями, зокрема за наявності значного ураження шкірних покривів та вираженого свербіжу. Особливо чутливими до цього є особи молодого віку, які були представлені більшістю в нашому дослідженні, адже вони потребують активного професійного та особистого функціонування. Соціальні бар'єри, що виникають через зовнішні прояви хвороби, знач-

но посилюють емоційну вразливість пацієнтів, зокрема їхню чутливість до оцінок і думок людей навколо щодо їхнього зовнішнього вигляду. Це, відповідно, може спричиняти загострення obsесивно-компульсивних проявів у вигляді надмірного контролю за станом шкіри або уникнення соціальних контактів. Останнє можна розглядати і в контексті фобічних симптомів ( $r = 0,79$ ) та появи страху осуду від партнерів з комунікації.

Функціональний зв'язок obsесивно-компульсивної симптоматики із доменом психотизму ( $r = 0,79$ ) варто розглядати в межах порушень сприйняття реальності, зокрема щодо соціальної стигматизації через наявність дерматологічних проявів. Спотворене сприйняття соціальних взаємодій, в яких особа може інтерпретувати навіть нейтральні контакти як загрозу, є характерним для таких пацієнтів. Показовим також є рівень кореляції obsесивно-компульсивної симптоматики із паранояльністю ( $r = 0,72$ ) та ворожістю ( $r = 0,71$ ). Поведінка цих хворих може демонструвати відверто агресивний характер, особливо за відсутності швидкого ефекту від призначеної терапії не лише з огляду щодо зменшення уражень шкіри, а й перш за все свербіж.

Украй високий кореляційний зв'язок продемонстрували симптоми інтерперсональної чутливості та депресії ( $r = 0,90$ ). Підвищена міжособистісна вразливість, що супроводжується очікуванням критики та соціальної незадоволеності, призводить до формування афективної симптоматики. Хронічна емоційна напруженість, зумовлена фізичним дискомфортом та персистувальним свербіжем, поглиблює депресивні прояви й порушує адаптаційні механізми. Стійкий знижений настрій може асоціюватись із відсутністю надії на вилікування та зменшення вираженості суб'єктивного дискомфорту.

Своєю чергою, група депресивних симптомів корелює з проявами тривожності ( $r = 0,81$ ), паранояльності ( $r = 0,83$ ) та психотизму ( $r = 0,79$ ). Ця взаємозалежність свідчить про необхідність цілісного підходу до оцінки тривожно-депресивної симптоматики. Окрім цього, на тлі стійко зниженого емоційного фону досить часто виникають прояви експлозивності та підозрілості щодо коректності встановленого діагнозу, особливо у разі дебюту захворювання в дорослому віці.

Інтерпретуючи отримані результати, у пацієнтів досліджуваної вибірки виявлено високий рівень кореляції серед груп симптомів ворожості з паранояльністю ( $r = 0,75$ ) та психотизмом ( $r = 0,76$ ). Так, відзначено поєднання емоційної нестабільності з вираженою підозрілістю. Такі пацієнти можуть проявляти ознаки дезорганізованого мислення та схильність до агресивних

реакцій, що супроводжуються деструктивними ідеями. Група паранояльних симптомів має високу ( $r = 0,80$ ) кореляцію з показником психотизму, наявністю когнітивно-афективних порушень, зокрема підвищеної підозрілості, ригідності мислення та тенденції до інтерпретації нейтральних соціальних стимулів як ворожих. Наявність тривалого дискомфорту внаслідок дерматозу може бути додатковим тригером активації або поглиблення психотичних симптомів, проявляючись емоційною відстороненістю, зниженням критичності мислення та спотвореним сприйняттям соціального контексту, призводячи до виникнення складнощів у вираженості власних почуттів. Проблемою під час роботи стали труднощі з описанням пацієнтами суб'єктивного дискомфорту внаслідок проявів atopічного дерматиту. Це стосується не лише уражень шкіри, але й активності пруритинозного компонента. Частина обстежених невпевнено повідомляла про вираженість свербіж, навіть із використанням простого інструмента — ВАШ, а деякі хворі вербалізували свербіж як «відсутній» або «незначний», а інтерпретація опитувальника демонструвала бали вище «5». Подібні ситуації спостерігали і в зворотному порядку — «активний свербіж» корелював із показником «1» або «0».

Отже, для пацієнтів із atopічним дерматитом характерна не лише клінічна гетерогенність проявів, але й різноманітність психопатологічних змін, що супроводжують перебіг захворювання. Це зумовлює актуальність проведення подальших досліджень з метою оптимізації індивідуалізованих підходів до терапії.

## Висновки

1. За даними анамнезу та результатами клінічного огляду встановлено, що 76,7 % пацієнтів мали класичний перебіг atopічного дерматиту з його дебютом у дитячому віці, тоді як у 23,3 % осіб дебют захворювання відбувся у віці старше 18 років. Це свідчить про наявність фенотипових варіантів його перебігу та актуалізує потребу в акценті на даних особливостях.

2. Вивчаючи психопатологічну симптоматику у хворих на atopічний дерматит, з'ясовано, що за наявності об'єктивних критеріїв за ВАШ помірно інтенсивного свербіж в них виникають труднощі при вербалізації власного стану, що потрібно враховувати, визначаючи тяжкість перебігу дерматозу.

3. За оцінкою функціональних рівнів кореляційного зв'язку виявлено можливі асоціації психопатологічних порушень, що розширює розуміння та доповнює відомості про психопатологічний профіль пацієнтів, даючи змогу точніше окресли-

ти взаємозв'язок зі свербжею та станом шкіри. Такий підхід сприяє формуванню комплексної

клінічної оцінки та обґрунтовує доцільність застосування міждисциплінарного менеджменту.

#### Конфлікт інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — Г.І. Макуріна, Л.О. Городокіна; збір матеріалу, статистичне опрацювання даних — Л.О. Городокіна; опрацювання матеріалу, написання тексту — Г.І. Макуріна, Л.О. Городокіна; редагування тексту — Г.І. Макуріна.

#### Список літератури

- Bawany F, Northcott CA, Beck LA, Pigeon WR. Sleep Disturbances and Atopic Dermatitis: Relationships, Methods for Assessment, and Therapies. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(4):1488-1500. doi: 10.1016/j.jaip.2020.12.007.
- Chiricozzi A, Esposito M, Gisondi P, et al. Disease Severity Is Associated with Alexithymia in Patients with Atopic Dermatitis. *Dermatology.* 2020;236(4):329-335. doi: 10.1159/000507246.
- Courtney A, Su JC. The Psychology of Atopic Dermatitis. *J Clin. Med.* 2024;13(6):1602. doi: 10.3390/jcm13061602.
- Criado PR, Miot HA, Bueno-Filho R, et al. Update on the pathogenesis of atopic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2024;99(6):895-915. doi: 10.1016/j.abd.2024.06.001.
- Facheris P, Da Rosa JC, Pagan AD, et al. Age of onset defines two distinct profiles of atopic dermatitis in adults. *Allergy.* 2023;78(8):2202-2214. doi: 10.1111/all.15741.
- Fujii M. Current Understanding of Pathophysiological Mechanisms of Atopic Dermatitis: Interactions among Skin Barrier Dysfunction, Immune Abnormalities and Pruritus. *Biol Pharm Bull.* 2020;43(1):12-19. doi: 10.1248/bpb.b19-00088.
- Kaczmarek A, Kwiatkowska D, Skrzypek KK, et al. Pathomechanism of Pruritus in Psoriasis and Atopic Dermatitis: Novel Approaches, Similarities and Differences. *Int J Mol Sci.* 2023;24(19):14734. doi: 10.3390/ijms241914734.
- Mar K, Rivers JK. The Mind Body Connection in Dermatologic Conditions: A Literature Review. *J Cutan Med Surg.* 2023;27(6):628-640. doi: 10.1177/12034754231204295.
- Munayco Maldonado G, Foy V, Tai H, Chiesa Fuxench ZC. Variation in clinical presentation of pediatric-onset and adult-onset atopic dermatitis: a retrospective, single-center, chart review of adults with atopic dermatitis from the United States. *Arch Dermatol Res.* 2024;316(7):409. doi: 10.1007/s00403-024-03008-x.
- Nakahara T, Kido-Nakahara M, Tsuji G, Furue M. Basics and recent advances in the pathophysiology of atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2021;48(2):130-139. doi: 10.1111/1346-8138.15664.
- Pompili M, Bonanni L, Gualtieri F, et al. Suicidal risks with psoriasis and atopic dermatitis: Systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2021;141:110347. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110347.
- Serra-Baldrich E, Santamaría-Babi LF, Francisco Silvestre J. Nemozumab: An Innovative Biologic Treatment to Control Interleukin 31, a Key Mediator in Atopic Dermatitis and Prurigo Nodularis. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113(7):674-684. doi: 10.1016/j.ad.2021.12.014.
- Silverberg JI. Adult-Onset Atopic Dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2019;7(1):28-33. doi: 10.1016/j.jaip.2018.09.029.
- Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2017;27(2):78-88. doi: 10.18176/jiaci.0138.
- Ständer S, Pereira MP, Zeidler C, et al. EADV Task Force Pruritus White Paper on chronic pruritus and chronic prurigo: Current challenges and future solutions. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38(9):1687-1693. doi: 10.1111/jdv.20102.
- Vakharia PP, Silverberg JI. Adult-Onset Atopic Dermatitis: Characteristics and Management. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(6):771-779. doi: 10.1007/s40257-019-00453-7.
- Weiglein A, Gaffal E, Albrecht A. Probing the Skin-Brain Axis: New Vistas Using Mouse Models. *Int J Mol Sci.* 2022;23(13):7484. doi: 10.3390/ijms23137484.

H.I. Makurina, L.O. Horodokina

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

## Features of psychopathological component of clinical profile of patients with atopic dermatitis

**Objective** — to determine the features of the clinical profile and psychopathological symptoms in patients with atopic dermatitis, to assess the impact, taking into account the presence of pruriginous component as a potential factor that can affect the dynamics of the disease and the formation of psychoemotional disturbances.

**Materials and methods.** This study was conducted on the basis of the Department of Dermatovenereology and Aesthetic Medicine of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University. Verification of the diagnosis of atopic dermatitis was performed in 30 patients on the basis of clinical examination. The intensity of pruritus was assessed using a visual analog scale (VAS), rating parameters from 0 to 10, and the quality of life was assessed using a standardized questionnaire of the Dermatological Life Quality Index (DLQI). The profile of psychopathological symptoms was evaluated using the SCL90R symptom questionnaire.

**Results and discussion.** The study included 21 (70 %) men aged 22 to 75 years (mean age  $(50.1 \pm 4.0)$  years) and 9 (30 %) women aged 24 to 75 years (mean age  $(43.2 \pm 6.1)$  years). In 23 (76.7 %) patients, atopic dermatitis had a classic course with the first appearance of eflorations in childhood and the corresponding official registration in medical records. At the same time, 11 (36.7 %) patients noted the course of dermatosis as chronic with alternating periods of remission and exacerbation throughout life. 12 (40 %) patients also had anamnestic data on atopy, but the period of remission was almost uninterrupted by exacerbations: the last episode in childhood and adolescence. In addition, 7 (23.3 %) patients with

dermatosis after adulthood were examined, with categorical denial of efflorescence at any age. The average severity of itching was  $4.9 \pm 0.44$ , and the criterion of the maximum degree of intensity of this sensation was  $7.0 \pm 0.4$ . The dermatological quality of life index for the studied sample was 9 (7–12), which corresponds to moderate impact. A notable finding is the identified intragroup correlation between symptoms of the obsessive-compulsive spectrum and other psychopathological domains, highlighting the clinical significance of a comprehensive understanding of this component within the psycho-emotional profile of patients with atopic dermatitis.

**Conclusions.** The presence of the disease debut in adulthood indicates the diversity of the course of dermatitis and actualizes the need to focus on these phenotypic features at the stage of history taking and clinical examination. The definition of psychopathological symptoms for patients with atopic dermatitis complements the data on the clinical profile of these patients. Such an approach contributes to the formation of a comprehensive clinical assessment of the patient's condition and justifies the feasibility of interdisciplinary management.

**Keywords:** atopic dermatitis, pruritis, psychopathological changes, quality of life.

---

Стаття надійшла до редакції / *Received* 12.05.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 03.07.2025.

Стаття опублікована / *Published* 29.09.2025.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2025;3:36-43. doi: 10.30978/UJDVK2025-3-36.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2025;3:36-43. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2025-3-36>.

---

**Дані про авторів / Author's informations**

**Макуріна Галина Іванівна**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини  
<https://orcid.org/0000-0002-3293-2748>

**Городокіна Лілія Олексіївна**, д. філ., асист. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини  
<https://orcid.org/0000-0002-3057-8685>

E-mail: lilgrdkn@gmail.com