ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Валижонова Ш.[1], Миродилова Ф.Б.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730182

Современные научные данные подтверждают наличие двусторонней связи между психоэмоциональным состоянием и тяжестью дерматологических заболеваний. Стрессовые факторы не только ухудшают субъективное восприятие симптомов, но и способны напрямую влиять на течение кожного процесса через нейроиммунные и нейроэндокринные механизмы. В связи с этим возрастает актуальность оценки психоэмоционального статуса пациентов при хронических дерматозах и внедрения методов, направленных не только на лечение кожных проявлений, но и на коррекцию эмоциональных нарушений.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ медицинских данных 150 пациентов с подтверждёнными диагнозами хронических дерматозов, наблюдавшихся в дерматологической клинике проводился в период с января 2024 по декабрь 2025 года. Анализ проводился на основе амбулаторных карт пациентов (n=150) с диагнозами: псориаз — 62 случая (41,3%), атопический дерматит — 45 случаев (30,0%), экзема — 29 случаев (19,3%), хроническая крапивница и другие формы дерматозов — 14 случаев (9,4%). Критерии включения: длительность заболевания более 1 года; наличие не менее двух обострений в год; наличие записей о психоэмоциональных жалобах и прохождении психокоррекции. Из медицинских карт извлекались данные о тяжести дерматоза (по PASI, SCORAD, индексам локализации и распространённости), жалобах, связанных с психоэмоциональным состоянием (депрессия, тревожность, стресс), прохождении психологического или психотерапевтического лечения, показателях DLQI (фиксировались у 86 пациентов).

Результаты: Анализ данных 150 пациентов показал, что у 78% пациентов (n=117) в анамнезе отмечались жалобы на тревожность, нарушения сна или раздражительность, особенно в периоды обострения. У 44% пациентов (n=66) в течение болезни фиксировались эпизоды, требовавшие назначения анксиолитиков или консультации психотерапевта. DLQI > 10 баллов (что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни) наблюдался у 59,3% пациентов (n=51 из 86, у кого оценивался DLQI). Пациенты, которым проводилась психотерапевтическая коррекция (n=36), демонстрировали более стабильное течение заболевания, меньшее количество обострений и лучшие показатели комплаентности. Корреляционный анализ показал статистически значимую связь между частотой обострений дерматоза и наличием устойчивой тревожности (r = 0.51, p < 0.01), а также между уровнем DLQI и наличием жалоб на стрессовые эпизоды в анамнезе (r = 0.48, p < 0.05).

Выводы: Ретроспективный анализ позволил выявить устойчивую тенденцию к ухудшению качества жизни и клинического состояния у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающихся психоэмоциональными нарушениями. Полученные данные подтверждают, что в реальной клинической практике пациенты нередко игнорируют или недооценивают влияние стресса и депрессии на течение болезни, в то время как те, кто получал психокоррекционную поддержку, демонстрировали более стабильные дерматологические показатели. Эти результаты подтверждают необходимость рутинной оценки психоэмоционального статуса при ведении больных с хроническими дерматозами,

что может стать основой для внедрения стандартизированных мультидисциплинарных протоколов в дерматологической практике.

Психоэмоциональные показатели являются ключевым компонентом клинической картины хронических дерматозов и существенно влияют на их течение и эффективность терапии. Включение психотерапевтических и психосоциальных интервенций в стандартную терапию способствует снижению выраженности симптомов, улучшению качества жизни и повышению комплаентности пациентов. Будущие исследования должны быть направлены на разработку индивидуализированных мультидисциплинарных протоколов лечения с участием дерматологов, психотерапевтов и социальных работников.