

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002

Особенности семей подростков, страдающих хроническими дерматозами (обзор)

Карина Николаевна Дадашева¹, Роман Викторович Горенков^{2✉},
Марина Николаевна Дадашева³, Сергей Александрович Орлов⁴,
Татьяна Павловна Васильева⁵

^{1,3} ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
М. Ф. Владимирского», г. Москва, Российская Федерация;

^{2,4,5} ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени
Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация

¹karina-dadasheva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7510-9305>

²rogorenkov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³donveles777@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4951-2088>

⁴orlovser-gio@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8749-8504>

⁵vasileva_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

Аннотация. Заболевания кожи, в том числе хронические дерматозы (акне, дерматит, псориаз и другие) могут способствовать дисбалансу в отношениях с членами семьи. Эта тема является актуальной для общественного здравоохранения, так как благополучие семьи сказывается на здоровье всех ее членов.

В статье представлены общие представления о влиянии хронических кожных заболеваний на семью, особенности влияния на семью отдельных кожных заболеваний (акне, псориаз, атопический дерматит) и организационные возможности по улучшению качества жизни семьи подростка, страдающего хроническим дерматозом.

В ходе изучения обзора литературы установлено, что акне, атопический дерматит и псориаз, являющиеся самыми распространенными дерматологическими заболеваниями, оказывают большое влияние на качество жизни пациентов и членов его семьи. Подростки, страдающие данными вариантами хронического дерматоза, сталкиваются с повышенным риском низкой самооценки, стигматизации и негативного психосоциального влияния, которые влияют на их повседневную деятельность дома, в школе и на работе.

Члены семьи детей с хроническими дерматозами могут страдать от беспокойства, тревожности, чувства вины и возможного социального отчуждения. В настоящее время становится все более очевидным важность включения родителей и других членов семьи в разработку плана лечения ребенка и интегративный междисциплинарный подход к лечению, включающий в себя направление на психотерапию как ребенка, так и его родителей, чтобы оптимизировать результаты лечения.

Ключевые слова: семья, внутрисемейные отношения, хронические дерматозы, подростки.

Для цитирования: Дадашева К. Н., Горенков Р. В., Дадашева М. Н., Орлов С. А., Васильева Т. П. Особенности семей подростков, страдающих хроническими дерматозами (обзор) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 9—16. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002.

Review article

Features of families of adolescents suffering from chronic dermatosis (review)

Karina N. Dadasheva¹, Roman V. Gorenkov^{2✉}, Marina N. Dadasheva³, Sergey A. Orlov⁴, Tatyana P. Vasilyeva⁵

^{1,3} M. F. Vladimirovsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation;
^{2,4,5} FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation;
² Sechenov University, Moscow, Russian Federation

¹karina-dadasheva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7510-9305>

²rogorenkov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³donveles777@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4951-2088>

⁴orlovser-gio@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8749-8504>

⁵vasileva_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

Abstract. Skin diseases, including chronic dermatoses (acne, dermatitis, psoriasis, and others) can contribute to an imbalance in relationships with family members. This topic is relevant for public health, as the well-being of the family affects the health of all its members. The article presents general ideas about the impact of chronic skin diseases on the family, features of the impact on the family of individual skin diseases (acne, psoriasis, atopic dermatitis) and organizational opportunities to improve the quality of life of the family of a teenager suffering from chronic dermatosis.

During the study of the literature review, it was found that acne, atopic dermatitis and psoriasis, which are the most common dermatological diseases, have a great impact on the quality of life of patients and their families. Adolescents with these types of chronic dermatosis face an increased risk of low self-esteem, stigma and negative psychosocial influences that affect their daily activities at home, school and work.

Family members of children with chronic dermatoses may suffer from restlessness, anxiety, guilt, and possible social withdrawal. Nowadays, the importance of including parents and other family members in the development of a child's treatment plan and an integrative interdisciplinary approach to treatment, including the referral of both the child and his parents to psychotherapy, in order to optimize treatment outcomes, is becoming increasingly clear.

Key words: *Family, family relationships, chronic dermatoses, adolescents.*

For citation: Dadasheva K. N., Gorenkov R. V., Dadasheva M. N., Orlov S. A., Vasilyeva T. P. Features of families of adolescents suffering from chronic dermatosis (review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):9–16. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002.

Введение

Хронические заболевания у детей и подростков могут способствовать дисбалансу в отношениях с членами семьи из-за изменений в семейной динамике и в жизни самих пациентов. Эта тема является актуальной для общественного здравоохранения [1, с.60—62; 2, с7—8].

Заболевания кожи, в том числе хронические дерматозы (акне, дерматит, псориаз и др.) сильно влияют на психологическое благополучие подростков, их социальное функционирование и повседневную деятельность [3, с.58—59; 4, р.932—35]. Понятие «вторичного воздействия кожных заболеваний» на членов семьи пациентов появилось относительно недавно, и связано оно в основном с семьями, где есть дети с атопической экземой [5, р. 607—608; 6, р.229—230]. В настоящее время рассматривается не только влияние хронического заболевания подростка на семью, но и сформировавшиеся отношения родственников (семьи) на самого подростка.

Целью исследования было анализ данных современной отечественной и зарубежной медицинской литературы и результатов клинических исследований по вопросу влияния хронических дерматозов у подростков на условия жизни их семьи и другие внутрисемейные факторы, а также на состояние здоровья самого подростка в семье.

Материалы и методы

Анализировалась литература в системах e-library и PubMed за последние 10 лет. Ключевыми словами для поиска на русском и английском языках были хронические дерматозы у подростков, семья, качество жизни и социально-гигиеническая характеристика семьи, имеющей ребенка с хроническими дерматозами. Изучались публикации преимущественно на русском и английском языках.

Оценка приемлемости оригинальных источников осуществлялась в несколько этапов: просматривались заголовки, аннотации и полнотекстовые статьи. Кроме того, осуществлялся дополнительный поиск ссылок из документов. Были исключены из анализа на данном этапе: публикации отдельных наблюдений, статьи, в которых удалось оценить эффективность проводимого лечения менее чем у 20 пациентов, а также статьи, в которых были приведены предварительные результаты исследования или дублировались результаты исследований.

Влияние хронических кожных болезней подростка на семью

Исследования показали, что родители, ухаживающие за подростками с хроническими заболеваниями, часто сталкиваются с изменениями своего психосоциального статуса, что может негативно повлиять на комплаентность подростка к лечению, приводя к ухудшению его состояния [7, с.46—48; 8, р. 1097].

Во многих исследованиях показано пагубное влияние бремени заботы о подростке с хроническим дерматозом на семейные отношения. Влияние кожных заболеваний на социальную жизнь семьи усугубляет изоляцию, которую могут испытывать лица, заботящиеся о пациентах, а также подчеркивает потребность в их социальной и эмоциональной поддержке. Из-за характера многих кожных заболеваний и особенностей их лечения, ближайшие родственники часто участвуют в уходе за пациентом и страдают во многих отношениях. Родители подростков с хроническими дерматозами испытывают влияние широкого спектра негативных последствий от болезни их детей, в т.ч. психологические и социальные изменения образа жизни, нарушения в межличностных отношениях, финансовой, семейной деятельности, страдает сон, кроме того, их беспокоят вопросы, связанные с практическим уходом за больным [9, р.810—812].

В исследовании Т. В. Кауровой (2019) было показано, что у родителей детей с хроническими дерматозами по сравнению с родителями детей, не страдающих данной группой заболеваний, значимо снижены такие параметры КЖ как эмоциональное функционирование ($59,1 \pm 15,7$ и $69,6 \pm 17,4$), социальное функционирование ($79,9 \pm 16,7$ и $84,0 \pm 17,0$), ролевое функционирование ($58,4 \pm 14,1$ и $65,3 \pm 16,6$) и психосоциальное здоровье ($66,5 \pm 13,1$ и $73,0 \pm 17,0$). Негативные последствия для родителей могут быть значительны; им может понадобиться пропускать работу или полностью отказаться от работы вне дома, что может существенно отражаться на материальном благополучии семьи, что становится особенно проблематично для малообеспеченных семей; может нарушаться их социальное функционирование, в том числе отношения с партнером и другими членами семьи [10, с.11—15].

Также, одной из проблем, с которой сталкиваются родители детей, страдающих хроническими дерматозами, является нарушение сна, которое может затронуть всех членов семьи больного и является

Возможные причины повышенного стресса у родителей/опекунов детей с хроническими кожными заболеваниями

Поведение ребенка	• Дети, страдающие от хронического заболевания в течение длительного времени, могут нуждаться в повышенном внимании со стороны близких • Могут развиваться психические расстройства, такие как депрессия и тревога • Тяжелое заболевание может вызвать ряд поведенческих проблем
Детско-родительские отношения	• Родители могут испытывать стресс из-за того, что их ребенок нуждается в постоянном внимании. • Социальная изоляция ребенка (возможная в подростковом возрасте) может также повлиять на родителей.
Психосоциальный статус родителей	• Родители/опекуны могут страдать от беспокойства, эмоциональной лабильности, депрессии, тревоги и чувства не-ловкости • Родители/опекуны могут чувствовать вину, стыд и беспокойство по поводу последствий хронического заболевания, с которым сталкивается ребенок. • Родители/опекуны могут чрезмерно опекать своих детей и/или уступать их требованиям из-за эмоционального истощения
Супружеские отношения	• Семейный разлад может возникнуть из-за ненужных самообвинений или претензий к партнеру по поводу наличия у ребенка тяжелого заболевания. • Партнеры могут испытывать чувство ревности из-за отсутствия личного пространства и времени для интимных отношений.
Нарушения сна у родителей	• Необходимость ночного ухода за больным ребенком может нарушить режим сна родителей
Особенности диеты	• Коррекция диеты, если таковая требуется, также может спровоцировать стресс
Факторы окружающей среды	• Изменения в домашней обстановке, такие как частая смена и стирка постельного белья или уборка за больным ребенком, могут вызвать стресс
Финансовое бремя	• Регулярные расходы на лекарственные препараты, многократные визиты к врачу, затраты на транспорт и т. д. могут негативно влиять на семейный бюджет. • Время, потраченное на уход за больным, может повлиять на возможность родителя нормально работать.
Проблемы в отношениях между братьями и сестрами	• Не до конца изученный аспект — повышенное внимание, уделяемое больным детям, может стать причиной семейных разногласий между братьями и сестрами

для них серьезным стрессогенным фактором [11, р.109—110].

В таблице представлены возможные причины повышенного стресса у родителей/опекунов детей с хроническими кожными заболеваниями, связанные с поведением ребенка, детско-родительскими отношениями, психосоциальным статусом родителей, супружескими отношениями, возможным нарушением сна у родителей, особенностями диеты, факторами окружающей среды, финансовым бременем и возможными проблемами в отношениях между братьями и сестрами.

Влияние акне на качество жизни подростка и отношения в семье

Подростки с хроническими дерматологическими заболеваниями, сопровождающимися видимыми поражениями кожи лица, испытывают значительное снижение самооценки [12, с.4], а также тревогу по поводу того, как их воспринимают окружающие, что может негативно влиять на их повседневную жизнь. Люди с приобретенными кожными заболеваниями, такими как акне, испытывают более сильное негативное влияние на самооценку, чем лица с врожденными кожными заболеваниями [13, р.540]. В исследовании с участием подростков в возрасте от 11 до 18 лет пациенты с приобретенными заболеваниями кожи лица имели худшую самооценку, чем лица с врожденными заболеваниями кожи лица [14, р.99—101].

Такое негативное самовосприятие подростков не обязательно коррелирует со степенью тяжести заболевания [15, с. 3101—3103]. Обзорные исследования психосоциального воздействия акне показывают несоответствие между оценкой тяжести заболевания пациентом и медицинским работником [16, р. 624]. На самооценку пациента в гораздо большей степени влияли психологические факторы, такие как тревога и депрессия. Пациенты с низкими показателями по шкале самооценки считали, что у них более тяжелая степень акне, несмотря на то что, их

мнение не совпадало с медицинским заключением [16, р. 625—626].

Тем не менее, другие исследования указывают на связь между тяжестью заболевания и качеством жизни (КЖ). В поперечном исследовании, проведенном среди учащихся 23 средних школ в Афинах (Греция) влияние акне на КЖ, измеряемое при помощи индекса качества повседневной жизни ребенка (CDLQI), было пропорционально степени тяжести акне ($p < 0,001$). На различия в баллах CDLQI влияли чувство вины, тревога по поводу наличия симптомов акне, чувство собственной никчемности и буллинг среди сверстников [17, р. 862—863].

Низкая самооценка и чувство собственной никчемности в подростковом возрасте могут привести к повышению риска развития сопутствующих психосоциальных заболеваний. В исследовании, включавшем 72 пациента с акне легкой и средней степени тяжести, средний балл по Шкале оценки депрессии Кэрролла (CRSD) соответствовал клинической депрессии [18, р. 847—848]. Положительные изменения в самовосприятии могут быть достигнуты при успешном медицинском вмешательстве [19, р. 334—335]. Пятьдесят процентов пациентов с акне, которые лечились стандартными местными и системными препаратами в течение трех месяцев, реже испытывали смущение и чувство собственной никчемности, и 58% пациентов сообщали об улучшении социальных взаимодействий после лечения [19, р. 336—337].

В исследовании Т. А. Смаль (2009) было показано, что подростки с акне в 35% регулярно испытывают психологические стрессы по сравнению с 20% подростков группы контроля [20, с. 86—87].

В настоящее время в литературе недостаточно исследований, касающихся оценки влияния акне на изменения взаимоотношений в семье. В популяции L. M. Sadowsky с соавт. (2020) преобладали подростки с легкой степенью акне, и влияние акне на КЖ подростков, оцениваемое как пациентами, так и их родителями, было относительно низким (SDT и

SDP). Было показано, что оценка родителями степени тяжести акне у подростка в основном совпадала с собственным восприятием тяжести заболевания пациентом, что показывает важность поведения родителей в своем отношении к заболеванию подростка. Более того, родительская оценка влияния акне на КЖ подростка в большей степени согласуется с собственной точкой зрения пациента, чем мнение клинициста [21, р. 593—595].

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) по сравнению с акне наблюдается у детей в значительно более раннем возрасте. В подростковом возрасте заболевание значимо влияет на КЖ, показано, что уровни эмоционального и социального функционирования у подростков с АД значимо меньше ($59,9 \pm 4,95$ и $80,5 \pm 4,0$) по сравнению с детьми без АД ($78,8 \pm 4,8$ и $91,8 \pm 3,2$) [22, с. 23]. Это хроническое дерматологическое состояние создает значительную нагрузку на лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами с АД, что часто негативно влияет на их отношения с ребенком [23, р. 162]. В сравнении с контрольной группой матери детей с АД чаще характеризовали себя как более депрессивных и тревожных и описывали своего ребенка скорее с отрицательной, чем положительной стороны [24, р. 41—42]. В исследовании, оценивающем КЖ семьи, большинство лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами с АД, сообщают о таких проблемах, как нервное истощение, разочарование, чувство вины, беспомощность и обида [25, р. 110].

Депрессия и тревога лиц, осуществляющих уход за подростками с АД, может провоцировать у них негативное восприятие самих себя, что может повлиять на их будущее КЖ. По сравнению со сверстниками без дерматологических проблем, дошкольники с АД имеют большую частоту поведенческих проблем, связанных с нарушенной семейной динамикой и тревожностью родителей [26, р. 130—131]. Подростки с АД демонстрировали поведенческие проблемы, сходные с таковыми у детей с другими тяжелыми хроническими заболеваниями, такими как почечная недостаточность, например, склонность к зависимостям, большое количество страхов и нарушения ночного сна, обычно возникающие из-за хронического дискомфорта [26, р. 132]. В исследовании 55 детей с АД, проживающих в Гонконге, большинство называли своей основной физической проблемой интенсивный зуд, который мешал им спать, питанию, играм и спорту. Разочарование в членах семьи часто было сосредоточено вокруг родителей, говорящих детям, чтобы они перестали чесаться [27, р. 865]. Когда дети слышали эти требования от своих родителей, они чувствовали себя непонятыми и раскритикованными, кроме того, пять участников сообщили, что их не только ругали, но и били за расчесывание кожи. Этот цикл отчаяния и беспомощности продолжался, поскольку дети сопротивлялись требованиям родителей принимать лекарства [27, р. 866].

Частые споры с опекунами заставляли некоторых детей прикладывать максимум усилий, чтобы лучше успевать в учебе, с целью оправдать ожидания родителей. Другие дети со временем усвоили негативное восприятие своего тела, рассматривая себя как «грязных» и «отвратительных», выражали ненависть к своей коже или сообщали о чувстве необходимости прикрыть свою кожу, чтобы другие ее не видели [27, р. 867—869]. В поперечном исследовании 51 ребенка с АД и их опекунов, оценивали взаимосвязь между тяжестью АД и КЖ ребенка и лиц, осуществляющих за ним уход. Высокая степень тяжести АД, измеряемая индексом Severity Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD), была связана с худшим КЖ детей и их опекунов, измеряемого по шкалам CDLQI и DFI ($p < 0,001$). У большинства детей АД слабо влиял на результаты оценки по шкале CDLQI по сравнению с их опекунами, у которых наблюдались умеренно высокие или очень высокие баллы по шкале DFI, что предполагает высокий уровень стресса и напряжения среди членов семей подростков с АД [28, р. 94].

Другое исследование, в котором принимали участие американские дети с АД, показало, что родители часто испытывают чувство вины и обвиняют себя, наблюдая, как их дети страдают [Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, 2004, р. 608]. Поскольку заболевание сохраняется и в подростковом возрасте, часто возникала социальная изоляция ребенка, усугубляющая родительский стресс [29, р. 609—610]. В китайском исследовании матери проводили больше времени с детьми, страдающими АД, по сравнению с другими лицами, осуществляющими уход, и сообщали о повышенном стрессе, оказывающим негативное влияние на их психическое и физическое благополучие, из-за трудностей с совмещением обязанностей по уходу за детьми и другими домашними делами [30, р. 2248—2250]. Результаты другого исследования показали, что матери, ухаживающие за детьми с АД, были более тревожными и депрессивными по сравнению с контрольной группой. Однако, образовательные и когнитивно-поведенческие вмешательства снижают тяжесть заболевания у ребенка и помогают улучшить психологическое состояние как ребенка, так его и родителей/опекунов [31, р. 44—46].

Исследование с использованием Индекса качества жизни при дерматите у младенцев (IDQOL) и DFI для измерения КЖ в семьях с детьми с АД показало, что у родителей/опекунов часто наблюдались усталость и недосыпание из-за того, что детям требовалось долгое время, чтобы заснуть [32, р. 1251]. В исследовании, проведенном R. Sarkar с соавт. (2004) исследователи сообщили о повышенном уровне стресса и субмиссивных чертах личности у матерей индийских детей с АД, что, по-видимому, усиливало психологические расстройства у их детей. В дополнение к эмоциональному напряжению, потребности в чистоте, чтобы избежать воздействия аллергенов окружающей среды, также сообщается о значительном финансовом бремени АД, что еще больше усиливает стресс у родителей и опекунов таких детей

[33, р. 449—450]. В другом исследовании при оценке восприятия родителями проблем ребенка было показано, что АД вызывает у детей тревогу и стресс в $54,8 \pm 6,3\%$ детей, влияет на внутрисемейные отношения в $66,1 \pm 6,0\%$ случаев, способствует снижению уровня физической активности ($59,7 \pm 6,2\%$) и ограничению культурной деятельности и досуга семьи ($48,4 \pm 6,3\%$) [34, с. 65—66].

Псориаз

J. Gonzalez с соавт. (2016) было показано, что среди детей в возрасте 5—16 лет псориаз снижает КЖ, на $30,5\%$ ($p < 0,001$), причем наличие данного хронического дерматоза влияет на КЖ больше, чем эпилепсия, энурез и сахарный диабет [35, р. 547]. В исследовании 32 пациентов-подростков в возрасте 12—19 лет у больных псориазом был затронут наибольший диапазон различных доменов опросника КЖ, включая психологический (эмоциональные аспекты заболевания, буллинг, самооценка и опора пациента на мнение других), социальный и физический аспекты [36, р. 363—364]. Дети, страдающие псориазом, сообщали о наибольшем нарушении КЖ на основе оценки по CDLQI по сравнению с детьми с алопецией, с локализованной экземой, акне и крапивницей, на втором месте по плохому КЖ следовали пациенты с АД [37, р. 567—569].

Псориаз может повлиять на жизнь как пациентов, так и тех, кто за ними ухаживает. В мультицентровом исследовании 129 детей с псориазом и лиц, ухаживающих за ними, CDLQI и DFI были использованы для оценки влияния псориаза на КЖ детей и их членов семьи. Средний балл по шкале CDLQI составил 7,6, что свидетельствует об умеренном влиянии на КЖ пациентов, при этом психологическая сфера страдает больше всего. Эмоции были наиболее серьезно нарушенной сферой для лиц, осуществляющих уход, на основе DFI. Оценка по DFI положительно коррелировала с оценкой по CDLQI ($r = 0,554$, $p < 0,001$) и PASI ($r = 0,350$, $p < 0,001$). Среди пациентов с наиболее строгими схемами лечения, включающими системные препараты и фототерапию, наблюдались более серьезные нарушения во многих областях КЖ, по сравнению с теми, кто получил терапию первой линии [38, р. 651—655].

Лица, ухаживающие за детьми с псориазом, испытывают психологическое напряжение из-за непредсказуемой картины болезни их ребенка, приводящей к ощущению беспомощности. Они часто сообщают о разочаровании в связи с плохим настроением своего ребенка и неудовлетворенностью медицинской помощью. Некоторые лица, осуществляющие уход, чувствовали себя подавленными в связи со значительной ответственностью по уходу за ребенком и сообщали, что ставят под угрозу свое здоровье ради семьи.

Подростки с псориазом часто сталкиваются с проблемами, связанными с низкой самооценкой, трудностями с сексуальной близостью, стигматизацией и напряженностью в семье и общественных отношениях [39, р. 343—344]. Псориаз особенно влияет на физическую активность подростков, в част-

ности, на занятия внеклассными видами спорта, что может отрицательно сказаться на сопутствующих заболеваниях, связанных с псориазом, включая сахарный диабет, ожирение, артериальную гипертензию и психические расстройства [39, р. 345]. Видимый характер этого заболевания и связанного с ним дискомфорта способствуют избеганию физической активности в этой возрастной группе. В онлайн-фокус-группе 48% участников-подростков назвали видимость «худшим» аспектом псориаза, также они упоминали потерю контроля, поскольку псориазные поражения часто рецидивируют и обострения непредсказуемы [39, р. 346]. Негативные мысли о своем теле могут повлиять на самооценку подростков, и с течением времени подвергают их более высокому риску психических нарушений, таких как депрессия и тревога. По сравнению со здоровой контрольной группой, самооценка ($p < 0,001$) и восприятие образа своего тела ($p = 0,021$) были ниже у больных псориазом [39, р. 344]. Площадь поражения кожи и степень тяжести псориаза отрицательно коррелировали с восприятием образа своего тела ($r = 0,423$), но положительно с КЖ ($r = 0,703$) и самооценкой ($r = 0,448$). Уровень образования не влиял на показатели DLQI у пациентов с псориазом; тем не менее, самооценка была выше у лиц с высшим образованием ($p < 0,05$) [39, р. 343].

Псориаз особенно влияет на внешний вид, уверенность в себе и образ жизни у подростков. Подростки сообщают о чувстве потери контроля из-за непредсказуемого течения болезни, что препятствует их способности справляться с псориазом [40, р. 91—92]. Проблемы с самооценкой, связанные с псориазом, остаются у людей в долгосрочной перспективе, иногда после полной ремиссии [40, р. 93—94]. Одним из наиболее распространенных механизмов преодоления трудностей является избегающее поведение или стратегии сокрытия, которые могут повлиять на повседневную деятельность или сексуальную близость молодых людей. Некоторым подросткам общение со сверстниками помогает справиться с их неуверенностью, чувством одиночества и поиску других механизмов преодоления [40, р. 95]. К основным предикторам депрессии среди больных псориазом относился женский пол, негативное восприятие своего внешнего вида, низкая самооценка, повышенный психологический стресс и сниженная социальная эмоциональная поддержка [40, р. 95]. Таким образом, достижение лучшей/полной ремиссии за счет надлежащего лечения может положительно повлиять на представления подростков о своем теле и предотвратить развитие психических нарушений, таких как депрессия.

Исследования, проведенные среди взрослых пациентов с псориазом и членов их семей, показало, что у всех наблюдается снижение КЖ и трудности с выполнением повседневных дел [41, р. 376; 42, р. 110; 43, р. 1246; 44, р. 820—822; 45, р. 287; 46, р. 133].

Доступно несколько исследований о влиянии псориаза на лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами. В исследовании 2007 года отмечалось влияние псориаза на жизнь детей, под-

ростков и членов их семей по данным Детского дерматологического индекса качества жизни (CDLQI), Семейного дерматологического индекса качества жизни (FDLQI), Опросника детской депрессии (CDI) и Опросника тревожных состояний у детей (STAIC). Авторы выявили влияние псориаза на показатели КЖ лиц, осуществляющих уход за больными, даже если заболевание считалось легким по степени тяжести. Шведское исследование с использованием DFI также показало высокий уровень эмоционального стресса и финансового бремени для лиц, осуществляющих уход за подростками с псориазом [47, p. 20].

Другое исследование, в котором были опрошены родители подростков с псориазом, показало значительные нарушения эмоциональной сферы у родителей, включая грусть, депрессию и беспокойство по поводу состояния своего ребенка, а также социальную изоляцию, недосыпание, пренебрежение уходом за собой и беспокойство о финансах и тайм-менеджменте [47, p. 22].

Наконец, в обзоре 2019 года сообщалось, что родители, дети которых страдают псориазом, отметили негативное влияние заболевания ребёнка на качество их жизни, вызывающее стресс, депрессию и разочарование.

Организационные возможности по улучшению качества жизни семьи с подростком, страдающим хроническим дерматозом

Включение родителей/опекунов пациентов с детскими дерматозами в разработку общего плана лечения способствовало снижению частоты развития у них психических расстройств, чувства отсутствия контроля и беспомощности. Таким образом, родителям и опекунам детей с хроническими дерматозами необходимо психологическое консультирование и углубленное обучение уходу за пациентами.

Правильное объяснение прогноза заболевания может помочь родителям лучше справляться со стрессом и планировать свои дальнейшие действия в соответствии с необходимостью. Создание школ и групп поддержки для конкретных заболеваний с целью обучения и консультирования родителей и опекунов может явиться эффективной стратегией для улучшения жизни как самих родителей и опекунов, так и опосредованно детей. Эта социальная поддержка часто оказывается неоценимой в поддержании душевных сил родителей и опекунов.

Направление к психотерапевту и психологу для дальнейшего специализированного лечения, такого как поведенческая терапия и/или фармакотерапия должны быть рассмотрены для тех, кто не комплаентен консультациям детского врача-дерматолога. Клиницисты должны сосредоточить внимание не только на детях с дерматологическими заболеваниями, но и на их родителях/опекунах для более целостного и инклюзивного подхода к лечению.

Заключение

Акне, АД и псориаз являются распространенными дерматологическими заболеваниями и оказыва-

ют большое влияние на КЖ пациентов и тех, кто за ними ухаживает. Подростки, страдающие данными вариантами хронического дерматоза, сталкиваются с повышенным риском низкой самооценки, стигматизации и негативного психосоциального влияния, которые влияют на их повседневную деятельность дома, в школе и на работе. Пациенты развивают ряд навыков преодоления, чтобы смягчить негативные переживания, эти стратегии включают избегание и ношение более консервативной одежды, что может влиять на их посещаемость в школе, а также на выбор и посещение внеклассных мероприятий.

Родители/опекуны детей с хроническими дерматозами могут страдать от беспокойства, тревожности, чувства вины и возможного социального отчуждения. Постоянная потребность детей в заботе и визитах к врачам также снижают КЖ лиц, осуществляющих уход, и влияет на их социальные взаимосвязи. Финансовое бремя медицинского обслуживания подростка, а также стресс родителей/опекунов, в свою очередь, потенциально может оказать негативное влияние на качество ухода, что может привести к ухудшению течения заболевания. В настоящее время становится все более очевидным важность включения родителей/опекунов и других членов семьи в разработку плана лечения ребенка и интегративный междисциплинарный подход к лечению, включающий в себя направление на психотерапию как ребенка, так и его родителей, чтобы оптимизировать результаты лечения. Такой подход может помочь подросткам с хроническими дерматозами поддерживать КЖ на высоком уровне и быть готовыми столкнуться с будущими трудностями.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Соколовская Т. А., Монахов М. В., Армашевская О. В., Бахадова Е. В. Ценностное отношение в семье к здоровью детей с различными заболеваниями. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;1:56—66.
2. Machado AN, Nóbrega VMD, Silva MEA, França DBL, Reichert APDS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20170290, 1—8. doi:10.1590/1983-1447.2018.2017-0290
3. Микиртичан Г. Л., Горланов И. А., Каурова Т. В. Медико-социальная характеристика семьи ребенка 13—18 лет, страдающего хронической дерматологической патологией. *Педиатр*. 2011;2(3):55—60.
4. Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007;156(5):929—937. doi:10.1111/j.1365—2133.2007.07794.x
5. Chamlin SL, Cella D, Frieden IJ et al. Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *J Invest Dermatol*. 2005; 125:1106—11.
6. McKenna SP, Whalley D, Dewar AL et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Qual Life Res*. 2005; 14:231—41.
7. Соколовская Т. А., Монахов М. В. Роль семьи в формировании «Модели здоровья» у детей. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2018; 3:45—56.
8. De Maeseneer H, Van Gysel D, De Schepper S, et al. Care for children with severe chronic skin diseases. *Eur J Pediatr*. 2019;178(7):1095—1103.
9. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(8):809—828.

10. Каурова Т. В., Микиртичан Г. Л. Опыт изучения качества жизни подростков, страдающих хроническими дерматозами. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019;4(1):10—16.
11. Елхова Ю. С. Особенности психоэмоционального статуса подростков при акне. *Фундаментальные аспекты психического здоровья*. 2018;3:3—5.
12. Patrick DL, Topolski TD, Edwards TC, et al. Measuring the quality of life of youth with facial differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(5):538—547. doi:10.1597/06—072.1
13. Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, et al. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res*. 2007;10(2):96—103. doi:10.1111/j.1601—6343.2007.00383.x
14. Шадиева Д. Б. Влияние акне на психологическое состояние подростков. *Инновации. Наука. Образование*. 2021;43:3099—3106.
15. Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *An Bras Dermatol*. 2015;90(5):622—629. doi:10.1590/abd1806-4841.201533726
16. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):862—869. doi:10.1590/s0365-05962012000600007
17. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(5):846—850. doi:10.1046/j.1365—2133.1998.02511.x
18. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol*. 1991;8(4):332—338. doi:10.1111/j.1525—1470.1991.tb00945.x
19. Смаль Т. А., Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю., Хворик Д. Ф. Акне у подростков как фактор качества жизни, связанного со здоровьем. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2009;1(58):85—88.
20. Sadowsky LM, Yang CY, Sorrell J, et al. Comparing clinical acne vulgaris severity to adolescent and parent perceptions of acne severity and impact on quality of life. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(4):592—596. doi:10.1111/pde.14034
21. Вострикова С. А., Пенкина Н. И. Атопический дерматит и качество жизни в подростковом возрасте. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2015;1:21—25.
22. Chernyshov PV. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:159—166. Published 2016 Jul 21. doi:10.2147/CCID.S91263
23. Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D. Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychother Psychosom*. 1999;68(1):39—45. doi:10.1159/000012309
24. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998;138(1):107—113. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x
25. Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(2):129—135. doi:10.1111/pde.12802
26. Xie QW, Chan CL, Chan CH. The wounded self-lonely in a crowd: A qualitative study of the voices of children living with atopic dermatitis in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):862—873. doi:10.1111/hsc.12917
27. Machado ACCP, Oliveira SR, Magalhães LC, Miranda DM, Bouzada MCF. Sensory processing during childhood in preterm infants: a systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):92—101. doi:10.1590/1984—0462/2017;35;1;00008
28. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;114(3):607—611
29. Cheung WKH, Lee RLT. Children and adolescents living with atopic eczema: An interpretive phenomenological study with Chinese mothers. *J Adv Nurs*. 2012;68:2247—2255.
30. Klinnert MD, Booster G, Copeland M, et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;120(1):42—48.
31. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *Br J Dermatol*. 2006;155(6):1249—1255.
32. Sarkar R, Raj L, Kaur H, et al. Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *J Dermatol*. 2004;31(6):448—454.
33. Решетило О. В., Стоева Т. В., Весилык Н. Л. Влияние атопического дерматита на качество жизни детей и родителей. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2015;9—4(40):65—67.
34. Gonzalez J, Cunningham K, Perlmutter J, Gottlieb A. Systematic Review of Health-Related Quality of Life in Adolescents with Psoriasis. *Dermatology*. 2016;232(5):541—549. doi:10.1159/000450826
35. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek MS. Adolescents with skin disease have specific quality of life issues. *Dermatology*. 2009;218(4):357—366. doi:10.1159/000205524
36. Lin VW. Tough-skinned kids: identifying psychosocial effects of psoriasis and helping pediatric patients and families cope. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):563—572. doi:10.1016/j.pedn.2011.10.003
37. Tekin B, Gurel MS, Topkarcı Z, et al. Assessment of quality of life in Turkish children with psoriasis and their caregivers. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(5):651—659. doi:10.1111/pde.13585
38. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(5):343—346. doi:10.4103/idoj.IDOJ_503_15
39. Wojtyna E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):91—97. doi:10.2340/00015555—2483
40. Gånemo A, Wahlgren CF, Svensson Å. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(4):375—379.
41. Leino M, Mustonen A, Mattila K, et al. Influence of psoriasis on household chores and time spent on skin care at home: a questionnaire study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(2):107—116.
42. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245—1250.
43. Salman A, Yucelten AD, Sarac E, et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):819—823.
44. Tollefson MM, Finnie DM, Schoch JJ, Eton DT. Impact of childhood psoriasis on parents of affected children. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(2):286—289.
45. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of life and disease impact of atopic dermatitis and psoriasis on children and their families. *Children (Basel)*. 2019;6(12):133.
46. Мельник О. И., Мерзляков В. А. Опыт работы школы атопического дерматита на базе БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР». *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2016;4:20—22.
47. Сухарев А. В., Назаров Р. Н., Савченко Е. С., Елисеев Г. Д. Коррекция психоэмоциональных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова*. 2012;7(2):109—111.

REFERENCES

1. Sokolovskaya T. A., Monakhov M. V., Armashevskaya O. V., Bakhadova E. V. Value attitude in the family to the health of children with various diseases. *Modern problems of public health and medical statistics*. 2019;1:56—66.
2. Machado AN, Nóbrega VMD, Silva MEA, França DBL, Reichert APDS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20170290; 1—8. doi:10.1590/1983—1447.2018.2017—0290
3. Mikirtichan G. L., Gorlanov I. A., Kaurova T. V. Medical and social characteristics of the family of a child aged 13—18 years, suffering from chronic dermatological pathology. *Pediatrician*. 2011;2(3):55—60.
4. Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007;156(5):929—937. doi:10.1111/j.1365—2133.2007.07794.x
5. Chamlin SL, Cella D, Frieden IJ et al. Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *J Invest Dermatol*. 2005; 125:1106—11.
6. McKenna SP, Whalley D, Dewar AL et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Qual Life Res*. 2005; 14:231—41.
7. Sokolovskaya T. A., Monakhov M. V. The role of the family in the formation of the «Model of Health» in children. *Modern problems of public health and medical statistics*. 2018;3:45—56.

8. De Maeseneer H, Van Gysel D, De Schepper S, et al. Care for children with severe chronic skin diseases. *Eur J Pediatr*. 2019;178(7):1095—1103.
9. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(8):809—828.
10. Kaurova T. V., Mikirtichan G. L. Experience in studying the quality of life of adolescents suffering from chronic dermatosis. *Medicine and healthcare organization*. 2019;4(1):10—16.
11. Elkhova Yu. S. Features of the psycho-emotional status of adolescents with acne. *Fundamental aspects of mental health*. 2018;3:3—5.
12. Patrick DL, Topolski TD, Edwards TC, et al. Measuring the quality of life of youth with facial differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(5):538—547. doi:10.1597/06—072.1
13. Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, et al. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res*. 2007;10(2):96—103. doi:10.1111/j.1601—6343.2007.00383.x
14. Shadieva D. B. The impact of acne on the psychological state of adolescents. *Innovation. The science. Education*. 2021;34:3099—3106.
15. Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *An Bras Dermatol*. 2015;90(5):622—629. doi:10.1590/abd1806-4841.201533726
16. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):862—869. doi:10.1590/s0365-05962012000600007
17. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(5):846—850. doi:10.1046/j.1365—2133.1998.02511.x
18. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol*. 1991;8(4):332—338. doi:10.1111/j.1525-1470.1991.tb00945.x
19. Smal T. A., Tishchenko E. M., Surmach M. Yu., Khvorik D. F. Acne in adolescents as a factor in health-related quality of life. *Issues of organization and informatization of healthcare*. 2009;1(58):85—88.
20. Sadowsky LM, Yang CY, Sorrell J, et al. Comparing clinical acne vulgaris severity to adolescent and parent perceptions of acne severity and impact on quality of life. *Pediatric Dermatol*. 2020;37(4):592—596. doi:10.1111/pde.14034
21. Vostrikova S. A., Penkina N. I. Atopic dermatitis and quality of life in adolescence. *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2015;1:21—25.
22. Chernyshov PV. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:159—166. doi:10.2147/CCID.S91263
23. Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D. Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychother Psychosom*. 1999;68(1):39—45. doi:10.1159/000012309
24. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998;138(1):107—113. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x
25. Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(2):129—135. doi:10.1111/pde.12802
26. Xie QW, Chan CL, Chan CH. The wounded self-lonely in a crowd: A qualitative study of the voices of children living with atopic dermatitis in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):862—873. doi:10.1111/hsc.12917
27. Machado ACCP, Oliveira SR, Magalhães LC, Miranda DM, Bouzada MCF. Sensory processing during childhood in preterm infants: a systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):92—101. doi:10.1590/1984—0462/2017;35;1;00008
28. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;114(3):607—611
29. Cheung WKH, Lee RLT. Children and adolescents living with atopic eczema: An interpretive phenomenological study with Chinese mothers. *J Adv Nurs*. 2012;68:2247—2255.
30. Klennert MD, Booster G, Copeland M, et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;120(1):42—48.
31. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *Br J Dermatol*. 2006;155(6):1249—1255.
32. Sarkar R, Raj L, Kaur H, et al. Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *J Dermatol*. 2004;31(6):448—454.
33. Sieve O. V., Stoeva T. V., Vesilyk N. L. The impact of atopic dermatitis on the quality of life of children and parents. *International research journal*. 2015;9—4 (40):65—67.
34. Gonzalez J, Cunningham K, Perlmutter J, Gottlieb A. Systematic Review of Health-Related Quality of Life in Adolescents with Psoriasis. *Dermatology*. 2016;232(5):541—549. doi:10.1159/000450826
35. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek MS. Adolescents with skin disease have specific quality of life issues. *Dermatology*. 2009;218(4):357—366. doi:10.1159/000205524
36. Lin VW. Tough-skinned kids: identifying psychosocial effects of psoriasis and helping pediatric patients and families cope. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):563—572. doi:10.1016/j.pedn.2011.10.003
37. Tekin B, Gurel MS, Topkarcı Z, et al. Assessment of quality of life in Turkish children with psoriasis and their caregivers. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(5):651—659. doi:10.1111/pde.13585
38. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(5):343—346. doi:10.4103/idoj.IDOJ_503_15
39. Wojtyła E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisła L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):91—97. doi:10.2340/00015555-2483
40. Gånemo A, Wahlgrén CF, Svensson Å. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(4):375—379.
41. Leino M, Mustonen A, Mattila K, et al. Influence of psoriasis on household chores and time spent on skin care at home: a questionnaire study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(2):107—116.
42. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245—1250.
43. Salman A, Yucelten AD, Sarac E, et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):819—823.
44. Tollefson MM, Finnie DM, Schoch JJ, Eton DT. Impact of childhood psoriasis on parents of affected children. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(2):286—289.
45. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of life and disease impact of atopic dermatitis and psoriasis on children and their families. *Children (Basel)*. 2019;6(12):133.
46. Melnik O. I., Merzlyakov V. A. Experience of the school of atopic dermatitis on the basis of the BUZ UR «Republican Dermatovenereological Dispensary of the Ministry of Health of the UR». *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2016;4:20—22.
47. Sukharev A. V., Nazarov R. N., Savchenko E. S., Eliseev G. D. Correction of psychovegetative disorders in the process of complex treatment of patients with chronic dermatosis. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N. I. Pirogov*. 2012;7(2):109—111.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 23.08.2022; одобрена после рецензирования 10.10.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 23.08.2022; approved after reviewing 10.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.