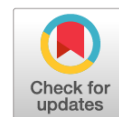


DOI: <https://doi.org/10.17816/dv677845>

EDN: ZHF0RX

Научный обзор



Современные подходы к терапии психосоматических расстройств, ассоциированных с хроническими дерматозами (обзор)

Е.П. Мельник¹, И.Ю. Дороженко^{1,2}, Л.Н. Каюмова¹, К.М. Ломоносов¹¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия;² Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Большинство современных исследований свидетельствуют о высокой распространённости психосоматических расстройств при кожных заболеваниях.

Данная работа представляет собой систематический литературный обзор подходов к терапии психосоматических расстройств, ассоциированных с хроническими дерматозами. В статье приведены данные различных исследований, в которых анализируются психосоматические аспекты псориаза, акне, алопеции, красного плоского лишая, витилиго, включая стрессиндуцированные механизмы их развития и прогрессирования, влияние стигматизации на психоэмоциональное состояние пациентов, а также качество жизни. Особое внимание уделяется нозогенным (вторичным) и коморбидным психическим расстройствам, ассоциированным с основным дерматологическим заболеванием, таким как тревожно-депрессивные расстройства, социофобия и ипохондрические реакции. Обоснована целесообразность применения комплексных терапевтических стратегий, включающих психофармакологическую коррекцию (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, атипичные антипсихотики, анксиолитики), когнитивно-поведенческую терапию и психообразовательные программы. Рассматриваются мультидисциплинарные подходы к ведению пациентов, включающие как дерматологическую коррекцию, так и психотерапевтические и психофармакологические методы, направленные на улучшение адаптации пациентов. В статье приводится также обновлённая информация о лечении хронических дерматозов.

Информационный поиск проведён в отечественных и международных базах данных научной литературы (PubMed, Scopus, MedLine, Embase, Cochrane, Российская государственная библиотека, Центральная научная медицинская библиотека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова).

Согласно проведённому анализу литературы, коморбидные дерматозам психосоматические расстройства требуют своевременного выявления и лечения. Современные подходы к терапии ассоциированных с кожными заболеваниями психосоматических расстройств предполагают комплексное лечение, включающее как дерматологическую, так и психокоррекционную составляющую (психотерапия и психофармакотерапия). Важную роль играют также социальная поддержка и работа над самопринятием. Грамотное использование психокоррекционных подходов в сочетании с традиционной дерматотропной терапией существенно повышает общую эффективность лечения, улучшает качество жизни пациентов и снижает частоту обострений хронических дерматозов.

Ключевые слова: псориаз; акне; алопеция; атопический дерматит; красный плоский лишай; витилиго; психосоматические расстройства; стрессиндуцированные механизмы; качество жизни; стигматизация; нозогенные реакции; тревожно-депрессивные расстройства; социофобия.

Как цитировать:

Мельник Е.П., Дороженко И.Ю., Каюмова Л.Н., Ломоносов К.М. Современные подходы к терапии психосоматических расстройств, ассоциированных с хроническими дерматозами (обзор) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2025. Т. 28, № 4. С. 391–400. DOI: 10.17816/dv677845 EDN: ZHF0RX

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv677845>

EDN: ZHF0RX

Review

Modern Approaches to the Treatment of Psychosomatic Disorders Associated With Chronic Dermatoses: A Review

Ekaterina P. Melnik¹, Igor Yu. Dorozhenok^{1,2}, Lyailya N. Kayumova¹, Konstantin M. Lomonosov¹¹ The First Sechenov Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;² Scientific Center for Mental Health, Moscow, Russia

ABSTRACT

Most contemporary studies indicate a high prevalence of psychosomatic disorders in patients with dermatological conditions. This article presents a systematic scientific data review of therapeutic approaches to psychosomatic disorders associated with chronic dermatoses. The review summarizes data from various studies analyzing psychosomatic aspects of psoriasis, acne, alopecia, lichen planus, and vitiligo, including stress-induced mechanisms of their development and progression, the impact of stigmatization on patients' psycho-emotional state, as well as quality of life. Particular attention is given to nosogenic (secondary) and comorbid psychiatric disorders associated with the underlying dermatological condition, such as anxiety–depressive disorders, social phobia, and hypochondriacal reactions. The rationale for implementing comprehensive therapeutic strategies has been substantiated, including psychopharmacological interventions (selective serotonin reuptake inhibitors, atypical antipsychotics, anxiolytics), cognitive behavioral therapy, and psychoeducational programs. Multidisciplinary approaches to patient management are considered, integrating dermatological treatment with psychotherapeutic and psychopharmacological methods aimed at improving patients' adaptation. The article also provides updated information on the treatment of chronic dermatoses.

The scientific data search was conducted in national and international scientific databases (PubMed, Scopus, MedLine, Embase, Cochrane, Russian State Library, Central Scientific Medical Library of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University).

According to the scientific data analysis, psychosomatic disorders comorbid with dermatological diseases require timely detection and treatment. Modern approaches to the treatment of psychosomatic disorders associated with skin diseases involve comprehensive therapy encompassing both dermatological care and psychocorrectional components (psychotherapy and psychopharmacotherapy). Social support also plays an important role. The competent use of psychocorrectional methods in combination with traditional dermatological therapy significantly enhances overall treatment efficacy, improves patients' quality of life, and reduces the frequency of exacerbations of chronic dermatoses.

Keywords: psoriasis; acne; alopecia; atopic dermatitis; lichen planus; vitiligo; psychosomatic disorders; stress-induced mechanisms; quality of life; stigmatization; nosogenic reactions; anxiety–depressive disorders; social phobia.

To cite this article:

Melnik EP, Dorozhenok IYu, Kayumova LN, Lomonosov KM. Modern Approaches to the Treatment of Psychosomatic Disorders Associated With Chronic Dermatoses: A Review. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2025;28(4):391–400. DOI: 10.17816/dv677845 EDN: ZHF0RX

ВВЕДЕНИЕ

Значительная часть современных исследований свидетельствует о высокой распространённости психосоматических расстройств при кожных заболеваниях [1]. Большинство депрессивных и тревожных расстройств при хронических дерматозах относится к нозогенным реакциям (вторичные психические расстройства/нозогении) на проявления дерматоза.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Распространённость нозогений в дерматологической клинике составляет в среднем 30–40%. Результаты мультицентрового международного исследования свидетельствуют о наличии клинически выраженной депрессии у 10,1% пациентов с кожными заболеваниями, тревоги — у 17,2% [2].

По результатам метаанализа L. Liu и соавт. [3], около 20% пациентов с псориазом страдают депрессией, сопоставимую долю имеют тревожные расстройства. В крупном популяционном европейском исследовании клинически значимая депрессия выявлялась примерно у 10% больных псориазом против 4% в контроле, тревожность — примерно у 17% против 11% в контроле [4]. Отдельные выборки показывают и более высокие показатели. Так, в работе K. Bechman и соавт. [5] положительные скрининги на депрессию отмечены у 35% пациентов с псориазом, на тревогу — у 29%.

Систематический обзор Y. Chen и соавт. [6] показал, что у пациентов с акне депрессия выявляется в среднем в 22% случаев, тревожные расстройства — приблизительно в 30%, суицидальные мысли имеют 12% больных, при этом в отдельных странах показатели выше: например, в Индии депрессия при акне выявлялась более чем у половины пациентов. Многие исследования подтверждают высокую частоту депрессии и тревожности (нередко более 40%) [7].

Согласно метаанализу S. Lauron и соавт. [8], 7–17% пациентов с очаговой алопецией имеют диагностируемое депрессивное или тревожное расстройство. В среднем распространённость клинической депрессии составляет 9%, тревожных расстройств — 13%, при этом более 1/3 пациентов испытывают субклинические симптомы депрессии или тревоги, превышающие показатели в общей популяции [8].

Метаанализ X.C. Cai и соавт. [9] выявил, что среди пациентов с атопическим дерматитом депрессия встречается примерно в 17% случаев, тревожные расстройства

имеют 21% пациентов, суицидальные мысли — 13%, при этом данные по разным регионам различаются: например, у взрослых с атопическим дерматитом в Африке показатели депрессии и тревоги достигали 36% и 44% соответственно. В целом же наличие хотя бы одного психического диагноза подтверждается примерно у 17–18% пациентов с атопическим дерматитом, что значительно выше, чем у здоровых лиц [9].

Для пациентов с красным плоским лишаём характерно высокое коморбидное тревожно-депрессивное состояние. I. Jalenques и соавт. [10] провели метаанализ и установили, что признаки депрессии в одном из исследований имели в среднем 27% пациентов с красным плоским лишаём, признаки тревоги — 28%, при этом показатели были значительно выше, чем в общей популяции: относительный риск депрессивных симптомов выше примерно в 3,8 раза, тревожных — примерно в 2,5 раза. В другом исследовании авторами отмечены показатели депрессии и тревоги у больных красным плоским лишаём примерно в 41,6% и 43,5% случаев против 27,7% и 28% соответственно в контрольной группе.

По данным метаанализа Y.C. Lai и соавт. [11], у пациентов с витилиго клиническая депрессия диагностируется примерно в 25% случаев (по диагнозам врачей), депрессивную симптоматику различной степени имеют 33% пациентов. В выборках Саудовской Аравии распространённость депрессии при витилиго варьировала от 37% до 55%, усреднённо около 46% [12]. Метаанализ A. Kussainova и соавт. [13] показал, что общая распространённость тревоги при витилиго составляет 35,8%, что сопоставимо с другими тяжёлыми дерматозами и подтверждает необходимость скрининга тревожных расстройств у таких пациентов. Отдельные исследования отмечают, что до 75% пациентов с витилиго испытывают те или иные психические проблемы (включая стресс и адаптационные реакции) в ходе болезни [14].

Степень выраженности психосоматических расстройств коррелирует, как правило, с тяжестью и длительностью течения дерматоза. Психосоматические расстройства формируются при взаимодействии таких факторов, как наследственная предрасположенность, внешние стрессогенные воздействия, длительное негативное влияние дерматоза на качество жизни пациента. В основе патогенеза большинства кожных заболеваний (псориаз, атопический дерматит, экзема, красный плоский лишай, витилиго), манифестирующих под влиянием стрессогенных факторов и традиционно относимых к психосоматическим, лежат генетические и иммунологические факторы. Психогенные же воздействия являются лишь звеном в цепи последовательных иммунологических событий, приводя к обострению дерматоза в тесной связи с основными факторами патогенеза [15].

Снижение уровня жизни, конфликты в семье, смерть близких родственников, переезд в другую страну и многое другое относится к стрессогенным факторам, способствующим манифестации или обострению (экзацербации), а также снижению длительности ремиссии хронических дерматозов [16].

Психокоррекционные препараты традиционно широко применяются в дерматологической практике в симптоматических целях, однако преимущественно при развитии нозогенных реакций на проявления дерматоза, а также частых обострениях психосоматических кожных заболеваний, где очевидна роль психогенных факторов [17].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Дерматологический индекс качества жизни

С помощью дерматологического индекса качества жизни (Dermatology life Quality Index, DLQI), используемого для скринингового исследования качества жизни больных с кожными заболеваниями, выявлены дерматозы, вызывающие наиболее значимые ограничения физической и социальной активности. Анализ результатов анкетирования показал, что среднее значение среди всех исследуемых составило 10,8 балла, что соответствует «сильному влиянию заболевания на качество жизни». Авторы позиционируют опросник для оптимизации мониторинга состояния больного, эффективности лечения, выделения групп пациентов, нуждающихся в психотерапевтической и социальной поддержке [18]. В большинстве исследований, где DLQI был первичным показателем, его использовали наряду с другими показателями, включая индекс распространённости и тяжести псориаза (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) и оценку самочувствия пациента по показателю активности заболевания (Patient Global Assessment, PGA), опроснику SF-36 (Short Form Health Survey is a 36-item) и шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Опросник был особенно значим в психодерматологии, где субъективное самочувствие пациента является ключевым фактором: в этих случаях DLQI становится важным инструментом оценки качества жизни пациентов с кожными заболеваниями и может использоваться как первичный показатель в клинических испытаниях. Показатели, сообщаемые пациентами (Patient Reported Outcomes, PROs), помогают выявлять эффективность терапии, особенно в случаях, где объективные клинические показатели не полностью отражают тяжесть состояния. Хотя опросник DLQI традиционно использовался в качестве вторичного параметра, его интеграция в качестве первичного значения позволит более точно оценивать влияние терапии на пациентов [19].

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психокоррекционное лечение при псориазе

Псориаз — наиболее распространённое хроническое заболевание кожи, которое оказывает выраженное нозогенное воздействие и способствует снижению самооценки, физической и социальной активности [20]. Пациенты с псориазом в рамках тревожно-депрессивных реакций зачастую демонстрируют высокий уровень тревоги и дисфории [21]. У пациентов с псориазом, по результатам проведённого анкетирования с использованием опросника DLQI, сокращённой версии опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQoL-BREF) и Международного опросника по физической активности (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ), также выявлены снижение удовлетворённости собственным здоровьем и ухудшение показателей в психологической, социальной и экологической сферах жизни, сниженное удовлетворение сексуальной жизнью и негативное восприятие собственной внешности по сравнению с контрольной группой добровольцев [22].

Новое масштабное исследование подчёркивает глобальную тяжесть нозогенного бремени псориаза на соматическое и психическое здоровье населения Великобритании. Так, системное воспаление вызывает значительную инсулинорезистентность, дисфункцию эндотелиальных клеток, атеросклероз и возникновение сердечно-сосудистых заболеваний при псориазической болезни [23]. Помимо теста DLQI, при псориазе используются и другие шкалы: в частности, опросник для самодиагностики депрессии пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) [24], опросник WHOQOL-Bref, шкала воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale, PSS), шкала генерализованного тревожного расстройства (General Anxiety Disorder-7, GAD-7) [25, 26], показатели качества жизни, связанного со здоровьем (Health-Related Quality of Life, HRQoL) [27]. Основной причиной нозогенного стресса, связанного с псориазической болезнью (Illness-Related Stress, IRS), является социальная тревога, обусловленная участием в социальных ситуациях при заметных, обезображивающих кожных высыпаниях [28].

Психокоррекционные препараты могут быть включены в терапию при снижении качества жизни, диагностировании коморбидной большой депрессии и нозогенных реакций у пациентов с псориазом. Имеются также данные, позволяющие предположить, что психокоррекционная терапия способствует повышению длительности и качеству ремиссии при псориазе. Двойное слепое плацебоконтролируемое исследование применения антидепрессантов

у больных псориазом показало, что обратимый ингибитор моноаминоксидазы типа А моклобемид способствовал редукции как тревожно-депрессивных, так и кожных симптомов по сравнению с плацебо и местными кортикостероидами [29]. В другом исследовании применяли тразодон перед сном в дозе 150 мг на протяжении 8 недель. На 4-й неделе терапии достоверно снижались ситуационная тревожность, количество соматических жалоб; повышался уровень концентрации и настроения. После курса лечения достоверно снижались степень депрессии, количество соматических жалоб; повышался уровень бодрости, при этом нормализация психологического состояния больных в группах комплексного лечения происходила на две недели раньше, чем у получавших стандартную дерматотропную терапию, где даже после лечения сохранялся более высокий уровень депрессии, личностной тревожности, а также более низкий уровень бодрости, чем в группе сравнения [30].

Психокоррекционное лечение при акне

Учитывая значительную распространённость психосоматических расстройств при акне и их важнейшую роль в формировании общей клинической картины заболевания, исследователи настоятельно рекомендуют консультацию психодерматолога/психиатра пациентам с акне для назначения доступных в общемедицинской практике психотропных средств по индивидуальным схемам с учётом механизмов аутодеструктивного поведения при наличии эксфолиаций [31]. Психопатологический механизм формирования эксфолированных акне гетерогенен и может реализоваться по компульсивному, импульсивному или сверхценному типу. Компульсивные и импульсивные эксфолиации при акне ассоциированы с сенсорными кожными феноменами (патологическими ощущениями), или эпидермальной/интрадермальной дизестезией [32], при этом патологические телесные сенсации (в отличие от невротических эксфолиаций) проецируются на объективно регистрируемые элементы угревой сыпи, а также артификальные кожные проявления (корочки, рубцы, ссадины), возникающие вследствие аутодеструктивных действий, сфокусированных на элементах акне [33]. В исследовании Н.В. Волковой и соавт. [34] был разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных акне с учётом коморбидных психических расстройств с использованием анксиолитика (темгиколурил) и антидепрессанта (флуоксетин).

Психокоррекционное лечение при алопеции

При сравнительном исследовании качества жизни больных с часто встречающимися формами алопеции (гнездная, андрогенетическая, телогеновая) с использованием опросников DLQI и специфического для патологии волос Скиндекс-29 (Hair-Specific Skindex-29, HSS29) установлено, что преимущество имеет адаптированный для патологии волос опросник HSS29, дифференцированно

оценивающий составляющие качества жизни и позволяющий выявлять наиболее пострадавшие сферы функционирования. Снижение качества жизни у пациентов с алопециями ассоциировано с молодым возрастом, нозологической формой облысения (гнездная алопеция), наличием психосоматических нарушений (тревога, патохарактерологические аномалии). В случаях выявления у больного алопецией трихотилломании авторы рекомендуют применять антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина пароксетин или трициклический антидепрессант кломипрамин при компульсивном типе трихотилломании, нейролептики перициазин или оланзапин — при импульсивном типе, а также дополнять психофармакотерапию приёмами когнитивно-поведенческой психотерапии [35].

Психокоррекционное лечение при atopическом дерматите

По данным А.В. Миченко и соавт. [36], психогенные обострения отмечались у 75,3% больных atopическим дерматитом. В 53,6% случаев были выявлены нозогенные реакции, ипохондрическое развитие, аффективные расстройства, шизотипическое расстройство. В своих рекомендациях авторы указывают на эффективное использование у больных atopическим дерматитом таких препаратов, как феназепам при тревоге, сульпирид, кветиапин, рисперидон при расстройствах ипохондрического спектра, а также флувоксамин при депрессии. При atopическом дерматите показан также ряд малых нейролептиков с дополнительным соматотропным эффектом (антигистаминный и противозудный): хлорпротиксен (15–45 мг/сут), алимемазин (10–30 мг/сут), перициазин (5–10 мг/сут), тиоридазин (10–50 мг/сут). Некоторые исследователи считают целесообразным рассматривать пациентов с одновременной психогенной провокацией не только atopического дерматита, но и психических расстройств как особо нуждающихся в своевременной комплексной дерматологической и психофармакологической терапии [37].

Психокоррекционное лечение при красном плоском лишае

Хроническое воспалительное заболевание, известное как красный плоский лишай, поражает кожу и слизистые оболочки. Распространённость красного плоского лишая в мире составляет от 1% до 2% [38]. Важная роль отводится психогенному воздействию и участию коморбидных психосоматических расстройств в патогенезе данного дерматоза [39]. Заболевание может значительно снижать качество жизни из-за выраженного зуда, социальной стигматизации и ограничений в бытовой и профессиональной деятельности [40]. Локализация дерматоза в аногенитальной области значительно ухудшает качество жизни пациентов, влияя на их способность сидеть, ходить и осуществлять гигиену. Кроме того, данные проявления часто приводят к снижению самооценки и уверенности

в себе [41]. В исследование, проведённое в Неаполе, были включены 300 пациентов с гиперкератотическим красным плоским лишаём полости рта (keratotic oral lichen planus, K-OLP) (ретикулярный, папулёзный, бляшковидный подтипы), 300 пациентов с преобладающим некератотическим красным плоским лишаём полости рта (пK-OLP) (эритематозный атрофический, эрозивный, язвенный, буллёзный подтипы) и 300 контрольных лиц, отобранных в 15 университетах. У участников исследования регистрировали количество поражённых участков полости рта и оральные симптомы. Применяли числовую рейтинговую шкалу (Numeric Rating Scale, NRS), общий индекс оценки боли (Total Pain Rating Index, T-PRI), рейтинговые шкалы Гамильтона для депрессии и тревожности (Hamilton Depression/Anxiety Rating Scale, HAM-D и HAM-A), Питтсбургский индекс качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) и шкалу сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale, ESS). По результатам исследования пациенты первых двух групп, особенно пK-OLP, показали более высокие баллы по NRS, T-PRI, HAM-D, HAM-A и PSQI по сравнению с контрольной группой (p -value <0.01). Была обнаружена положительная корреляция психодиагностических методик NRS, T-PRI, HAM-A, HAM-D и PSQI с количеством оральных симптомов и числом поражённых участков полости рта. Боль была зарегистрирована у 67,3% участников группы пK-OLP и 49,7% группы K-OLP со слабым соответствием между местом поражения и местом симптомов. Таким образом, субъективное восприятие боли у некоторых пациентов с красным плоским лишаём может быть потенциально обусловлено периферической и/или центральной невропатией, особенно у пациентов с множественными поражениями, независимо от расстройств настроения, которые, если присутствуют, со временем могут только усиливать боль [42]. Как правило, у женщин отмечаются более интенсивные проявления тревожных и депрессивных расстройств после перенесённого стресса, также женщины чаще имеют повышенную реактивность в ответ на возникновение дерматоза, низкую самооценку и более высокий уровень неудовлетворённости собственным телом [43].

Психосоматические аспекты заболевания красным плоским лишаём представляют собой актуальную проблему психодерматологии, что обусловлено совокупностью нозогенных факторов (тяжёлые формы заболевания, выраженный зуд, поражения, локализующиеся на видимых участках кожи, в области половых органов и слизистой оболочки полости рта, а также риск злокачественной трансформации очагов поражения), частой стрессогенной (психогенной) обусловленностью проявления и обострения дерматоза. Кроме того, наблюдается высокая частота синдромальной коморбидности с аффективными расстройствами [44]. Для полной редукции преобладающих при красном плоском лишае депрессий различного генеза успешно использовали современные антидепрессанты, такие как агомелатин, венлафаксин, при выраженном

зуде — хорошо комбинируемые с «малыми» и атипичными антипсихотиками алимемазин (до 30 мг/сут), хлорпротиксен (до 100 мг/сут), кветиапин (до 300 мг/сут), при терапии социофобических реакций — антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, при лечении нозогенных реакций с явлениями ипохондрии красоты — группу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в комбинации с атипичными антипсихотиками (арипипразол, зипрасидон, палиперидон) [45].

Психокоррекционное лечение при витилиго

Витилиго — хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся избирательной потерей меланоцитов и вызывающее появление депигментированных очагов в виде белых или бледных пятен на коже [46]. Заболеваемость варьирует в зависимости от географического положения и составляет от 0,004% до 9,98% во всём мире [47], причём показатели распространённости среди взрослых, детей и подростков сопоставимы [48]. В связи с наличием выраженного косметического дефекта пациенты с витилиго испытывают значительный дистресс [49]. Для заболевания характерно множество заблуждений, особенно в развивающихся странах, влияющих на личную, профессиональную и супружескую жизнь пациентов. Весьма распространённое мнение о том, что витилиго — лишь косметический дефект, которого придерживаются даже медицинские работники, на самом деле наносит вред пациенту [50]. Пациенты с витилиго демонстрируют повышенную уязвимость к тревожно-депрессивным расстройствам, снижение адаптационных ресурсов и ухудшение субъективного восприятия качества жизни [51]. Снижение качества жизни у пациентов с витилиго сопоставимо с показателями при тяжёлых хронических дерматозах, таких как атопический дерматит, псориаз, и может быть сопоставимо с психосоциальным дистрессом, характерным для недерматологических (например, онкологических) патологий [52].

Многочисленные исследования подтверждают высокую коморбидность витилиго с тревожно-депрессивными расстройствами и другими психопатологическими состояниями, что обосновывает необходимость интегративного терапевтического подхода, учитывающего как психосоматические, так и дерматологические составляющие заболевания [53]. К психосоматическим аспектам витилиго относят стрессогенные манифестации, стигматизацию и качество жизни больных, коморбидные психические расстройства. Несмотря на отсутствие угрозы для жизни, зуда и болезненности, при появлении новых депигментированных пятен витилиго оказывает существенное влияние на психическое здоровье, особенно у лиц с более тёмной кожей [54].

Своевременная осведомлённость о коморбидных заболеваниях при витилиго является важным фактором для снижения бремени заболевания и улучшения общего состояния пациентов. К наиболее распространённым

заболеваниям относят аутоиммунный тиреоидит, очаговую алопецию, сахарный диабет, пернициозную анемию, системную красную волчанку, ревматоидный артрит, болезнь Аддисона, воспалительные заболевания кишечника, синдром Шегрена, дерматомиозит и склеродермию, а также псориаз и атопический дерматит [55]. В исследовании в Греции приняли участие 216 пациентов старше 18 лет с витилиго, которые прошли тестирование по DLQI, опросникам общего состояния здоровья (General Health Questionnaire-28, GHQ-28), теории личности Эйзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI) и шкале самооценки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES). Статистический анализ выявил значимую положительную корреляцию между уровнем психологического дистресса и ухудшением качества жизни, при этом влияние витилиго на качество жизни оказалось значительно связано как с клиническими характеристиками заболевания, так и с личностными особенностями и полом пациентов, тогда как психологический дистресс был преимущественно обусловлен только личностными характеристиками и полом пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что психосоциальная адаптация к витилиго определяется преимущественно субъективными факторами, что подчёркивает необходимость разработки комплексного плана лечения для улучшения качества жизни пациентов [56]. Прогрессирующее течение витилиго нередко способствует появлению расстройств адаптации, что приводит к нарушению процессов самопринятия, снижению уровня самооценки и формированию дезадаптивных когнитивных установок, отрицательно влияющих на самооценку пациента [57]. Согласно данным S. Sarkar и соавт. [58], среди пациентов с витилиго депрессия являлась наиболее распространённым психическим расстройством, регистрируемым в 62,29% случаев. В исследовании O. Osinubi и соавт. [59] при сравнительном анализе больных витилиго и пациентов с другими дерматологическими заболеваниями, включая псориаз, выявлена значимая корреляция витилиго с депрессивными расстройствами. Кроме того, продолжительность заболевания оказывает влияние на тяжесть аффективных нарушений: у пациентов с длительным течением витилиго симптомы депрессии выражены более интенсивно, чем у лиц с относительно коротким анамнезом заболевания [60].

Витилиго оказывает существенное влияние на семейные и межличностные отношения. Более 50% больных витилиго сталкиваются с трудностями в отношениях с противоположным полом, что сопровождается выраженной тревожностью, чувством стыда и неуверенностью. У молодых женщин могут возникать трудности с заключением брака, что обусловлено как личностными особенностями пациентов, так и культурными и социальными факторами. Кроме того, у женщин, заболевших витилиго после вступления в брак, повышается риск конфликтов в семье, что в ряде случаев может приводить к разводу [61]. В исследовании K.Y. Wang и соавт. [62] выявлены

существенное снижение показателей здоровья, связанного с качеством жизни, а также нестабильность супружеских отношений среди пациентов с витилиго.

Множественные исследования демонстрируют, что витилиго оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние детей. В исследовании J. Catucci Boza и соавт. [63] выявлена прямая зависимость между возрастом ребёнка и степенью снижения качества жизни, измеренной с помощью детской модификации опросника DLQI (Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI). Сравнительный анализ показал, что психосоциальное влияние витилиго на детей выше, чем атопический дерматит [64]. В исследовании C. Krüger и соавт. [65] выявлено, что 66% детей с витилиго испытывали выраженную тревожность и дистресс, связанные с заболеванием, 92% пациентов сообщали о случаях латентной стигматизации в социальной среде. Кроме того, исследования показывают, что негативный социальный опыт в детском возрасте оказывает долговременные последствия, влияя на адаптацию и социальное функционирование во взрослом возрасте. Пациенты, столкнувшиеся с дискриминацией и социальной изоляцией в детстве, чаще испытывают трудности в социальной адаптации и проявляют более выраженные тревожно-депрессивные расстройства в зрелом возрасте [66]. В исследовании в России в выборке из 62 пациентов с витилиго и коморбидными психосоматическими расстройствами преобладали социофобические нозогении, обусловленные стигматизирующим воздействием дерматологического заболевания [67].

Витилиго требует комплексного мультидисциплинарного подхода, включающего дермато- и психотерапию. Лечение витилиго включает как использование лекарственных средств, так и физиотерапию, санаторно-курортное лечение, а также профилактику стрессовых ситуаций и факторов риска развития заболевания. Важнейшим аспектом ведения пациентов является повышение осведомлённости как врачей-дерматологов, так и самих пациентов о доступных терапевтических методах, направленных на улучшение не только дерматологических, но и психосоматических аспектов витилиго [68].

На основании опубликованных данных, тактика лечения витилиго, предлагаемая дерматологом Ю.Н. Кошевенко [69], характеризуется комплексным и многоступенчатым подходом, направленным на устранение как дерматологических, так и психосоматических компонентов заболевания. Перед началом терапии проводится детальная оценка состояния пациента с целью выявления стрессовых факторов, сопутствующих заболеваний и иных провоцирующих элементов. На этом этапе назначается консультация психолога/психотерапевта, что способствует снижению уровня стресса — одного из основных факторов обострения витилиго. В схеме назначения психокорректирующих средств, базирующейся на типах психологического реагирования по шкале стандартизированного многофакторного метода исследования личности (Minnesota Multiphasic Personality

Inventory, MMPI), фигурируют следующие препараты: метилдопа, диазепам, тиоридазин, медазепам, пирлиндол, пипофезин, перициазин. Таким образом, тактика лечения витилиго по методике Ю.Н. Кошевенко предполагает индивидуальный подбор терапии с обязательным комплексным подходом, что позволяет одновременно воздействовать на дерматологические проявления заболевания и его психосоматический компонент.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы свидетельствует о необходимости своевременного выявления и лечения сопутствующих дерматозам психосоматических расстройств. Несмотря на большое количество работ о влиянии стресса на патогенез хронических дерматозов, а также методиках ведения пациентов с психосоматическими расстройствами при хронических дерматозах, стоит отметить недостаточное количество данных о психокорректирующей терапии при псориазе, акне, алопеции, атопическом дерматите, красном плоском лишае и витилиго с использованием эффективных и безопасных препаратов. Современные подходы к терапии ассоциированных с витилиго психосоматических расстройств предполагают комплексное лечение, включающее как дерматологическую, так и психокоррекционную составляющую (психотерапия и психофармакотерапия). Важную роль играют также социальная поддержка и работа над самопринятием. Грамотное использование психокоррекционных подходов в сочетании с традиционной дерматотропной терапией существенно повышает общую эффективность лечения, улучшает качество жизни пациентов и снижает частоту обострений хронических дерматозов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Е.П. Мельник, И.Ю. Дороженко, Л.Н. Каюмова, К.М. Ломоносов — концепция статьи, внесение в рукопись

существенной (важной) правки с целью повышения научной ценности работы, подготовка и написание текста статьи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Доступ к данным возможен в рамках редакционной политики по запросу заинтересованных лиц.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: E.P. Melnik, I.Yu. Dorozhenko, L.N. Kayumova, K.M. Lomonosov: conceptualization, writing—original draft, writing—review & editing. All the authors approved the version of the manuscript to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously obtained or published material (text, images, or data) was used in this article.

Data availability statement: Access to the data is available upon reasonable request in accordance with the editorial policy.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two external reviewers and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Siddiqui Z, Felder E, Hernandez K, et al. The psychosocial impact of pediatric vitiligo, psoriasis, eczema, and alopecia: a systematic review. *Bull Menninger Clin.* 2024;88(4):297–319. doi: 10.1521/bumc.2024.88.4.297 EDN: FRXXVH
2. Dorozhenko IYu. Nosogenic psychosomatic disorders in patients with skin diseases. *S.S. Korsakov J Neurol Psychiatry.* 2023;123(4-2):36–43. doi: 10.17116/jnevro202312304236 EDN: XNRNCE
3. Liu L, Lin NX, Yu YT, et al. Epidemiology of mental health comorbidity in patients with psoriasis: an analysis of trends from 1986 to 2019. *Psychiatry Res.* 2023;321:115078. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115078 EDN: MDGJSY
4. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015;135(4):984–991. doi: 10.1038/jid.2014.530 EDN: UFQAAAN
5. Bechman K, Hayes JF, Mathewman J, et al. Electronic screening for mental illness in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2023;189(2):246–248. doi: 10.1093/bjd/ljad141 EDN: MKVQVE
6. Chen Y, Sun S, Yang H, et al. Global prevalence of mental health comorbidity in patients with acne: an analysis of trends from 1961 to 2023. *Clin Exp Dermatol.* 2025;50(6):1083–1093. doi: 10.1093/ced/lae531 EDN: ZTVBCK
7. Molla A, Alrizqi H, Alharbi E, et al. Assessment of anxiety and depression in patients with acne vulgaris in medina: a case-control study. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021;14:999–1007. doi: 10.2147/CCID.S302311 EDN: XXIBVR
8. Lauron S, Plasse C, Vaysset M, et al. Prevalence and odds of depressive and anxiety disorders and symptoms in children and adults with alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2023;159(3):281–288. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.6085 EDN: NHZZSH
9. Cai XC, Wang SH, Wang CX, et al. Epidemiology of mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis: an analysis of global trends from 1998 to 2022. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38(3):496–512. doi: 10.1111/jdv.19686 EDN: JABAZG
10. Jalenques I, Lauron S, Almon S, et al. Prevalence and odds of signs of depression and anxiety in patients with lichen planus: systematic

- review and meta-analyses. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(18):adv00330. doi: 10.2340/00015555-3660 EDN: JE0HLI
11. Lai YC, Yew YW, Kennedy C, Schwartz RA. Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Dermatol.* 2017;177(3):708–718. doi: 10.1111/bjd.15199
12. Alzeer FA, Alajlan A, Alshammari SA, et al. Depression and quality of life among Saudi patients with vitiligo: a descriptive quantitative review. *Open Dermatol J.* 2023;17:1–10. doi: 10.2174/18743722-v17-e230907-2023-5
13. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, et al. Vitiligo and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(11):e0241445. doi: 10.1371/journal.pone.0241445 EDN: EITTTZ
14. Nasser MA, El Tahlawi SM, Abdelfatah ZA, Soltan M. Stress, anxiety, and depression in patients with vitiligo. *Middle East Curr Psychiatry.* 2021;28(1):28–63. doi: 10.1186/s43045-021-00120-w EDN: VVCCSC
15. Li V, Frasier K, Woolhiser E, et al. Exploring the intersection of body dysmorphic disorder (BDD) and dermatological conditions: a narrative review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2024;14(10):2693–2708. doi: 10.1007/s13555-024-01256-3 EDN: ATPMYL
16. Löndahl L, Abdelhadi S, Holst M, et al. Psychological stress and atopic dermatitis: a focus group study. *Ann Dermatol.* 2023;35(5):342–347. doi: 10.5021/ad.22.035 EDN: DNZLIP
17. Dorozhenok IYu, Snarskaya ES, Mikhailova M. Lichen planus and itch-related psychosomatic disorders. *Russ J Skin Venereal Dis.* 2021;24(6):543–551. doi: 10.17816/dv100612 EDN: WAOGSN
18. Efanova EN, Vasilyeva EA, Kobylanskaya NV, Kalinin MA. Analysis of the DLQI quality of life index (The Dermatology Life Quality Index) in patients with various dermatological nosologies. *J Scientific Articles Health Education XXI Century.* 2019;21(6):22–26. doi: 10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-6-22-26 EDN: CGCEII
19. Johns JR, Vyas J, Ali FM, et al. The Dermatology Life Quality Index as the primary outcome in randomized clinical trials: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2024;191(4):497–507. doi: 10.1093/bjd/ljae228 EDN: APTKYD
20. Hepat A, Chakole S, Rannaware A. Psychological well-being of adult psoriasis patients: a narrative review. *Cureus.* 2023;15(4):e37702. doi: 10.7759/cureus.37702 EDN: ZLJVFJ
21. Blackstone B, Patel R, Bewley A. Assessing and improving psychological well-being in psoriasis: considerations for the clinician. *Psoriasis (Auckl).* 2022;12:25–33. doi: 10.2147/PTT.S328447 EDN: PXTBY
22. Nowowiejska J, Baran A, Grabowska P, et al. Assessment of life quality, stress and physical activity among patients with psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2022;12(2):395–406. doi: 10.1007/s13555-021-00662-1 EDN: XHZERG
23. Haddad A, Zisman D. Comorbidities in patients with psoriatic arthritis. *Rambam Maimonides Med J.* 2017;8(1):e0004. doi: 10.5041/RMMJ.10279
24. Soliman MM. Depressive, anxiety, stress, and insomnia symptoms in patients with psoriasis: a crosssectional study. *Adv Dermatol Allergol.* 2021;38(3):510–519. doi: 10.5114/ada.2020.98726 EDN: ISJOZR
25. Lakshmy S, Balasundaram S, Sarkar S, et al. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(4):434–440. doi: 10.4103/0253-7176.168587 EDN: WRESCV
26. López-Mejía R, Rames-Montes EM, Ley-Silva LS, et al. Quality of life, depression and its relation to the severity in psoriasis. (In Spanish). *Rev Mex Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(3):315–320.
27. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis—a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(2):134–140. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2006.12.004
28. Dorozhenok IYu, Ilin EV. Psychosomatic aspects of psoriasis (review). *Russ J Skin Venereal Dis.* 2021;24(3):251–262. doi: 10.17816/dv171927 EDN: GWOWHT
29. Alpsoy E, Ozcan E, Cetin L, et al. Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38(2 Pt 1):197–200. doi: 10.1016/s0190-9622(98)70240-3
30. Sukharev AV, Patrushev AV, Nazarov RN, Gutka VO. Opportunities of applying new generation antidepressants for correction of psychosomatic disorders upon chronic dermatoses. *Effective pharmacotherapy.* 2014;19:18–23. EDN: SYTZDP
31. Potekaev NN, Lvov AN, Zhukova OV, et al. Psychosomatic disorders and quality of life in patients with chronic facial dermatoses and their dynamics with underlying application of medical camouflage. *Russ J Clin Dermatol Venereol.* 2017;16(5):58–72. doi: 10.17116/klinderma201716558-71 EDN: ZTSVCT
32. Smulevich AB, Dorozhenok IYu, Romanov DV, Lvov AN. Psychopathology of mental disorders in a dermatological clinic (a model of mental pathology limited by the space of the skin). In: A.B. Smulevich, ed. *Psychosomatic disorders in clinical practice.* Moscow; 2014. P. 350–373. (In Russ.)
33. Il'chevskaya EA, Krinitsyna YM, Sergeeva IG. Abnormalities of psycho-emotional state among patients with excoriated acne. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2017;(5):64–69. doi: 10.25208/0042-4609-2017-93-5-64-69 EDN: ZXVUF
34. Volkova NV, Glazkova LK, Retyunsky KY. Diagnostic and treatment algorithm comorbid psychiatric comorbidity of acne vulgaris patients. *Ural Med J.* 2013;(8):103–110. EDN: RSUODH
35. Romanova YuYu, Romanov DV, Brazhnikov AY, et al. Perspective targets for secondary prevention of quality of life decrease and psychosomatic disorders in alopecia: results of an observational study. *Russ J Preventive Medicine.* 2019;22(5):104–111. doi: 10.17116/profmed201922051104 EDN: NKDMCL
36. Michenko AB, Lvov AN, Ivanov OL, et al. Psychosomatic aspects of atopic dermatitis: classical canons and new ideas. *Russ J Skin Venereal Dis.* 2008;(4):11–17. EDN: JUYRGN
37. Potekaev NN, Danilin I, Korsunskaya I, et al. Atopic dermatitis: psychosomatic aspects. *Vrach.* 2018;29(2):18–21. doi: 10.29296/25877305-2018-02-04 EDN: YRVECH
38. Fiocco Z, Kupf S, Patzak L, et al. Quality of life and psychopathology in lichen planus: a neglected disease burden. *Acta Derm Venereol.* 2021;101(12):adv00619. doi: 10.2340/actadv.v101.442 EDN: XJPREW
39. Arnold S, Fernando S, Rees S. Living with vulval lichen sclerosis: a qualitative interview study. *Br J Dermatol.* 2022;187(6):909–918. doi: 10.1111/bjd.21777
40. Nasimi M, Ahangari N, Lajevardi V, et al. The quality of life and mental health status in patients with lichen planopilaris based on dermatology life quality index and general health questionnaire-28 questionnaires. *Int J Womens Dermatol.* 2020;6(5):399–403. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.09.005 EDN: EOOTGU
41. Perlamutrov YuN, Olkhovskaya KB, Vasilenko TI, Anokhina DI. Lichenoid dermatoses of the anogenital area. *Russ J Clin Dermatol Venereol.* 2022;21(5):646–654. doi: 10.17116/klinderma20221051646 EDN: CRHNFI
42. Adamo D, Calabria E, Coppola N, et al. Psychological profile and unexpected pain in oral lichen planus: a case-control multicenter SIPMO study. *Oral Dis.* 2022;28(2):398–414. doi: 10.1111/odi.13787 EDN: XSWSEI
43. Tlish MM, Osmolovskaya PS. Optimization of therapy in patients with lichen ruber planus by means of cranial electrotherapy stimulation. *Almanac Clin Med.* 2021;49(8):516–524. doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-046 EDN: VNOZBH
44. Gaitán-Cepeda LA, Rivera-Reza DI, Villanueva-Vilchis MD. Neuroticism and psychological stress in patients suffering oral lichen planus: research evidence of psycho-stomatology? *Healthcare.* 2023;11(12):1738. doi: 10.3390/healthcare11121738 EDN: QXSZHY
45. Dorozhenok IYu, Snarskaya ES, Shenberg VG. Comorbid mental disorders in patients with lichen planus. *Russ J Skin Venereal Dis.* 2015;18(5):38–42. doi: 10.17816/dv36997 EDN: UXLNCF
46. Bibeau K, Ezzedine K, Harris JE, et al. Mental health and psychosocial quality-of-life burden among patients with vitiligo. *JAMA Dermatology.* 2023;159(10):1124. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.2787 EDN: GRZPWS
47. Zhang Y, Cai Y, Shi M, et al. The prevalence of vitiligo: a meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(9):e0163806. doi: 10.1371/journal.pone.0163806
48. Naldi L, Pagani A, Alduini C. Vitiligo: epidemiology and economic impact. *Dermatol Pract Concept.* 2023;13(4S2):e2023315S. doi: 10.5826/dpc.1304S2a315S EDN: UMXUWQ

49. Picardo M, Huggins RH, Jones H, et al. The humanistic burden of vitiligo: a systematic literature review of quality-of-life outcomes. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(9):1507–1523. doi: 10.1111/jdv.18129 EDN: DWCWBB
50. Augustin M, Gewiss C, Ben-Anaya N, Quality of life, disease burden and healthcare need of patients with vitiligo. *Dermatologie (Heidelb)*. 2024;75(5):404–411. (In German). doi: 10.1007/s00105-024-05312-z EDN: CJTGWP
51. Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor JM, et al. Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2017;177(6):e338–e339. doi: 10.1111/bjd.15933
52. Cupertino F, Niemeyer-Corbellini JP, Ramos-E-Silva M. Psychosomatic aspects of vitiligo. *Clin Dermatol*. 2017;35(3):292–297. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.001
53. Alharbi MA. Identifying patients at higher risk of depression among patients with vitiligo at outpatient setting. *Mater Sociomed*. 2020;32(2):108–111. doi: 10.5455/msm.2020.32.108-111 EDN: KOTJTO
54. Al-Janabi MA, Dorozhenok IYu, Lomonosov KM. Psychosomatic aspects of vitiligo. A review of the literature. *Russ J Skin Venereal Dis*. 2023;26(6):597–603. doi: 10.17816/dv487099 EDN: TTYMWQ
55. Dahir AM, Thomsen SF. Comorbidities in vitiligo: comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2018;57(10):1157–1164. doi: 10.1111/ijd.14055
56. Bonotis K, Pantelis K, Karaoulanis S, et al. Investigation of factors associated with health-related quality of life and psychological distress in vitiligo. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016;14(1):45–49. doi: 10.1111/ddg.12729
57. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, et al. Psychosocial effects of vitiligo: a systematic literature review. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(6):757–774. doi: 10.1007/s40257-021-00631-6 EDN: KPNZQI
58. Sarkar S, Sarkar T, Sarkar A, Das S. Vitiligo and psychiatric morbidity: a profile from a vitiligo clinic of a rural-based tertiary care center of Eastern India. *Indian J Dermatology*. 2018;63(4):281–284. doi: 10.4103/ijd.IJD_142_18
59. Osinubi O, Grainge MJ, Hong L, et al. The prevalence of psychological comorbidity in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018;178(4):863–878. doi: 10.1111/bjd.16049
60. Carniciu S, Ha B, Gkini MA, et al. Secondary psychiatric disorders and the skin. *Dermatological Rev*. 2023;4(4):162–171. doi: 10.1002/der2.211
61. Hamidizadeh N, Ranjbar S, Ghanizadeh A, et al. Evaluating prevalence of depression, anxiety and hopelessness in patients with Vitiligo on an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):20. doi: 10.1186/s12955-020-1278-7 EDN: AGYLAM
62. Wang KY, Wang KH, Zhang ZP. Health related quality of life and marital quality of vitiligo patients in China. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(4):429–435. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03808x
63. Catucci Boza J, Giongo N, Machado P, et al. Quality of life impairment in children and adults with vitiligo: a cross-sectional study based on dermatology-specific and disease specific quality of life instruments. *Dermatology*. 2016;232(5):619–625. doi: 10.1159/000448656
64. Dertlioglu SB, Cicek D, Balci DD, Halisdemir N. Dermatology life quality index scores in children with vitiligo: comparison with atopic dermatitis and healthy control subjects. *Int J Dermatol*. 2013;52(1):96–101. doi: 10.1111/j.1365-4632.2012.05616x
65. Krüger C, Panske A, Schallreuter KU. Disease-related behavioral patterns and experiences affect quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Int J Dermatol*. 2014;53(1):43–50. doi: 10.1111/j.1365-4632.2012.05656x
66. Linthorst Homan MW, de Korte J, Grootenhuys MA, et al. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol*. 2008;159(4):915–920. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08788.x
67. Varzhapetyan AA, Dorozhenok IYu, Lomonosov KM. Vitiligo and comorbid psychosomatic disorders. *Russ J Skin Venereal Dis*. 2019;22(1-2):33–38. EDN: BATEUP
68. Davletshina AY, Lomonosov KM. Prospective methods of vitiligo treatment (literature review). *Russ J Skin Venereal Dis*. 2019;22(1-2):56–60. EDN: XCTBYD
69. Koshevenko YN. *Vitiligo: clinic, etiology, pathogenesis, treatment, rehabilitation, prevention*. Moscow: Kosmetika i meditsina; 2002. P. 492–500. (In Russ.)

ОБ АВТОРАХ

* Мельник Екатерина Петровна;

адрес: Россия, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 4/1;
ORCID: 0000-0002-2500-7861;
eLibrary SPIN: 7418-1995;
e-mail: katerina.melnik.5@gmail.com

Дороженок Игорь Юрьевич, канд. мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0003-1613-2510;
eLibrary SPIN: 8701-7958;
e-mail: idoro@bk.ru

Каюмова Ляйля Наилевна, канд. мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0003-0301-737X;
eLibrary SPIN: 4391-9553;
e-mail: avestohka2005@inbox.ru

Ломоносов Константин Михайлович, д-р мед. наук, профессор;

ORCID: 0000-0002-4580-6193;
eLibrary SPIN: 4784-9730;
e-mail: lamclinic@yandex.ru

AUTHORS' INFO

* Ekaterina P. Melnik;

address: 4/1 Bolshaya Pirogovskaya st, Moscow, Russia, 119991;
ORCID: 0000-0002-2500-7861;
eLibrary SPIN: 7418-1995;
e-mail: katerina.melnik.5@gmail.com

Igor Yu. Dorozhenok, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;

ORCID: 0000-0003-1613-2510;
eLibrary SPIN: 8701-7958;
e-mail: idoro@bk.ru

Lyailya N. Kayumova, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;

ORCID: 0000-0003-0301-737X;
eLibrary SPIN: 4391-9553;
e-mail: avestohka2005@inbox.ru

Konstantin M. Lomonosov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-4580-6193;
eLibrary SPIN: 4784-9730;
e-mail: lamclinic@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author