

Полиморбидность в дерматологической практике: симбиоз аутоиммунных заболеваний

М. М. Тлиш¹

Ж. Ю. Наатыж²

Т. Г. Кузнецова³

В. И. Ткаченко⁴

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, tlish_mm@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, nzhannau@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9754-5063>

³ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, taya1504@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0426-5167>

⁴ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, vallall@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-1326-7430>

Резюме

Введение. В современной практике дерматолога все чаще встречаются случаи сочетанной дерматологической патологии, что осложняет дифференциально-диагностический поиск, ведет к задержке начала лечения и прогрессированию заболеваний. Изучение сочетанных дерматозов с точки зрения этиологических и патофизиологических механизмов их возникновения, взаимного влияния на течение друг друга, диагностических маркеров и воздействия комплексной терапии на каждое заболевание имеет особую значимость для дальнейшего прогноза у пациентов с хроническими дерматозами.

Цель работы. В статье представлены два клинических наблюдения пациентов с сочетанной дерматологической патологией: системной красной волчанкой и псориазом.

Материалы и методы. Продемонстрированы трудности постановки окончательного клинического диагноза. Отражена важность тщательного дифференциально-диагностического поиска, пристального внимания к больным с длительно существующими высыпаниями, междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Результаты. Повышенная осведомленность как дерматологов, так и врачей смежных специальностей будет способствовать клинической настороженности, что позволит улучшить качество жизни данной группы пациентов.

Заключение. Выявление коморбидной патологии еще на ранних стадиях развития хронических заболеваний будет способствовать уже на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи повышению качества жизни и вероятности благоприятного исхода. Раннее выявление показателей системности процесса и своевременно начатая терапия позволят повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с полиморбидной патологией. В связи с этим в данной статье приводятся собственные клинические наблюдения.

Ключевые слова: полиморбидность, псориаз, системная красная волчанка.

Для цитирования: Тлиш М. М., Наатыж Ж. Ю., Кузнецова Т. Г., Ткаченко В. И. Полиморбидность в дерматологической практике: симбиоз аутоиммунных заболеваний. Лечащий Врач. 2024; 5 (27): 18-23. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.5.003>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Polymorbidity in dermatological practice: symbiosis of autoimmune diseases

Marina M. Tlish¹

Zhanna Yu. Naatyzh²

Taisiya G. Kuznetsova³

Victoria I. Tkachenko⁴

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, tlish_mm@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>

² Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, nzhannau@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9754-5063>

³ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, taya1504@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0426-5167>

⁴ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, vallall@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-1326-7430>

Abstract

Background. In modern dermatologist practice, cases of combined dermatological pathology are increasingly encountered, which complicates the differential diagnostic search, leads to a delay in the start of treatment and disease progression. The study of combined dermatoses from the point of view of etiological and pathophysiological mechanisms of occurrence, their mutual influence on each other, diagnostic markers and the impact of complex therapy on each disease is of particular importance for further prognosis in patients with chronic dermatoses.

Objective. The article presents two clinical observations of patients with combined dermatological pathology: systemic lupus erythematosus and psoriasis.

Materials and methods. The difficulties of making a final clinical diagnosis are demonstrated. The importance of a thorough differential diagnostic search, close attention to patients with long-existing rashes, and interdisciplinary interaction of specialists is reflected.

Results. Increased awareness among both dermatologists and allied physicians will promote clinical vigilance, which will improve the quality of life in this group of patients.

Conclusion. Identification of comorbid pathology in the early stages of the development of chronic diseases will contribute to improving the quality of life and the likelihood of a favorable outcome even at the outpatient stage of medical care. Early identification of indicators of the systemic nature of the process and timely initiation of therapy will improve the quality of medical care for patients with multimorbid pathology. In this regard, this article presents our own clinical observations.

Keywords: multimorbidity, psoriasis, systemic lupus erythematosus.

For citation: Tlish M. M., Naatzyh Zh. Yu., Kuznetsova T. G., Tkachenko V. I. Polymorbidity in dermatological practice: symbiosis of autoimmune diseases. *Lechaschi Vrach.* 2024; 5 (27): 18–23. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.5.003>

Conflict of interests. Not declared.

Полиморбидность представляет собой состояние, обусловленное наличием нескольких заболеваний у одного пациента, которые могут быть как связаны патогенетически, так и возникать независимо друг от друга [1]. Часто сочетанные заболевания имеют общие патогенетические механизмы и возникают у людей с высокой восприимчивостью сразу к нескольким заболеваниям. Имеются указания на риск повышения полиморбидности с возрастом: с 10% у больных младше 19 лет и до 80% у пациентов 80 лет и старше [3]. Почти половина больных псориазом старше 65 лет имеют три сочетанных заболевания, а две трети — два и более [4].

Так, псориаз часто возникает у пациентов с другими иммунозависимыми патологиями — сахарным диабетом, метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми заболеваниями [2]. В силу схожести этиологических факторов, способствующих возникновению заболевания, псориаз часто сочетается с другими аутоиммунными патологиями, в развитии которых важную роль играют нарушения клеточного и гуморального иммунитета: генерализованной миастенией, герпетиформным дерматитом Дюринга, витилиго [5, 6]. Также имеются данные о сочетании псориаза с диффузными заболеваниями соединительной ткани — склеродермией и системной красной волчанкой (СКВ) [7].

Ввиду того, что ведущими в патогенезе псориаза и СКВ являются иммуноопосредованные нарушения, приводящие к воспалению, встречающи-

еся в литературе сочетания указанных нозологий у одного пациента вызывают особый интерес и требуют дальнейшего изучения.

Результаты крупного ретроспективного исследования E. Bonilla и соавт. свидетельствуют о том, что у 445 больных с диагнозом СКВ частота сопутствующего псориаза составила 5,1%, при этом у 87% больных псориазом имелось поражение опорно-двигательного аппарата, удовлетворяющее достоверному диагнозу псориатического артрита [8].

В классификации СКВ выделяют форму, известную как подострая форма Сонтгеймера (переходная форма), для которой характерны псориазиформные элементы на коже, что вызывает сложности при установлении окончательного клинического диагноза.

Постановка диагноза у пациентов с полиморбидными заболеваниями часто сопровождается диагностическими ошибками, поскольку клинические проявления двух и более различных дерматозов принимаются за симптомы одного заболевания и, как следствие, не учитывается потребность пациента в комплексной терапии, что ведет к прогрессированию заболевания и ухудшению прогноза.

В связи с этим приводим собственные клинические наблюдения как пример диагностического поиска.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент Ш., 1955 года рождения, считает себя больным в течение последних 15 лет, когда впервые появились высыпания на коже туловища. Появление

высыпаний ни с чем не связывает, в медицинские учреждения не обращался. В 2012 г. в связи с распространенностью кожного патологического процесса и появлением новых очагов на лице обратился к дерматологу в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз «псориаз». Лечился самостоятельно топическими глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами, отмечал временное улучшение.

В феврале 2022 г. находился на стационарном лечении в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Клинический кожно-венерический диспансер Краснодар» (ГБУЗ ККВД) с диагнозом «псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма». Получал цитостатическую и наружную терапию. После выписки самостоятельно применял метотрексат (15 мг) внутримышечно 1 раз в неделю в течение 6 месяцев.

В марте 2023 г. в связи с обострением кожного патологического процесса после перенесенного стресса, появлением новых высыпаний на лице, периодическим повышением температуры тела до 37,5 °C и появлением ноющих болей в мелких суставах обратился к дерматологу поликлиники ГБУЗ ККВД, где получил направление на госпитализацию в стационарное отделение. Был проконсультирован на кафедре дерматовенерологии Федерального государственного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России), где был установлен диагноз: «Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма, СКВ?». Пациенту было рекомендовано гистоморфологическое исследование для верификации клинического диагноза.

Объективно: кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Пятна, папулы, чешуйки, корки располагаются на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей.

На щеках, носу и подбородке визуализируются эритематозные очаги неправильной формы с нечеткими границами, местами покрытые скудными чешуйками; определяется положительный симптом Бенье — Мещерского, отмечаются множественные телеангиэктазии (рис. 1).

В теменной и затылочной областях визуализируются милиарные, лентикулярные папулы розовато-красного цвета, правильно округлой формы с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, с выраженной инфильтрацией при пальпации (симптом Картамышева) и мелкопластинчатым шелушением. В теменной области визуализируется эритематозный очаг неправильной формы, с четкими гра-



Рис. 1. На обеих щеках, носу и подбородке видны эритематозные очаги и множественные телеангиэктазии [предоставлено авторами] / In the area of the right and left cheek, nose, chin there are erythematous lesions, multiple telangiectasias [provided by the authors]



Рис. 2. На животе видны очаги инфильтрации розово-красного цвета, с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, с мелкопластинчатым шелушением [предоставлено авторами] / On the skin in the abdominal area, foci of infiltration are pink-red in color, with clear boundaries, rising above the surface of the skin, covered with fine-plate peeling [provided by the authors]

ницами, до 3 см в диаметре, розового цвета, с гладкой блестящей поверхностью. Волосы в очаге отсутствуют, в центре очага признаки атрофии.

На груди, животе и спине располагаются очаги инфильтрации розовато-красного цвета, диаметром 10 × 8 и 11 × 14 см с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, с мелкопластинчатым шелушением (рис. 2).

На коже плеч и разгибательной поверхности предплечий, наружной поверхности бедер, передней и задней поверхности голени визуализируются милиарные папулы розовато-красного цвета, округлой формы с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, с мелкопластинчатым шелушением; бляшки розовато-красного цвета диаметром 10 × 13 и 12 × 15 см с четкими границами, выражено инфильтрированные, с серебристо-белыми чешуйками. Псориазическая триада определяется в полном объеме.

Пациент был направлен на гистоморфологическое исследование кожи.

Результаты гистоморфологического исследования кожи из патологического очага на лице: фолликулярный гиперкератоз, устья волосяных фолликулов расширены. Эпидермис со склонностью к атрофии. Вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса. В дерме обнаруживаются очаговые и периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов. Вокруг

сально-волосяных фолликулов — густой лимфогистиоцитарный инфильтрат с примесью нейтрофилов, тучных клеток и фибробластов. В дерме — участки мукоидного набухания коллагеновых волокон.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать красной волчанке.

Данные общеклинических исследований (общего и биохимического анализов крови и общего анализа мочи) — в пределах нормы.

Учитывая длительность течения кожного патологического процесса и его распространенность, были проведены иммунологические исследования.

1) Антинуклеарный фактор (АНФ) на клеточной линии Нер-2 (титр) — 1:320 (норма — менее 1:80), гомогенный тип свечения.

2) Антинуклеарные антитела к двухцепочечной ДНК (a-dsDNA) — 89 МЕ/мл (норма — менее 25 МЕ/мл).

3) Анализ крови на антитела класса IgG к фосфолипидам (АФЛ) — 14,33 МЕ/мл (референсные значения — до 10 МЕ/мл).

4) Анализ крови на АФЛ класса IgM — 13,61 МЕ/мл (референсные значения — до 10 МЕ/мл).

Окончательный диагноз: «Хроническая кожная красная волчанка, дискоидная форма. Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма».

Пациент был направлен на консультацию к ревматологу в краевую клиническую больницу № 2 Краснодара, где был подтвержден диагноз: «СКВ, хроническое течение, 1-я степень активности, с поражением кожи (дискоидные высыпания), иммунологическими нарушениями (положительные АНФ на Нер-2-клетках, a-dsDNA, АФЛ класса IgG и IgM)». Больному даны рекомендации, его перевели в ревматологическое отделение для дальнейшего лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка Н., 34 года, считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились высыпания на коже лица и туловища. Обращалась к дерматологу по месту жительства, был выставлен диагноз «псориаз», назначены топические ингибиторы кальциневрина с временным улучшением. В марте 2021 г. отмечала обострение кожного патологического процесса, в связи с чем проходила лечение в стационарном отделении ГБУЗ «ККВД» Краснодара. Получала цитостатическую терапию, отмечала улучшение.

В апреле 2023 г. после перенесенного стресса в связи с обострением кожного патологического процесса и появлением новых высыпаний на лице обратилась на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, где был установлен диагноз: «Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма, красная волчанка (?)». Пациентке было рекомендовано гистоморфологическое исследование для установления окончательного клинического диагноза.

Объективно: кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер. Располагается на коже лица, волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен папулами, чешуйками, корками, атрофией.

На щеках и носу визуализируются эритематозные очаги неправильной формы, с четкими границами, розово-красного цвета, около 1-2 см в диаметре, несколько инфильтрированные, покрытые желто-белыми чешуйками. На спинке носа с переходом на правую боковую поверхность имеется участок рубцовой атрофии округлой формы размером 2 × 2,5 см. При снятии чешуек появляется болезненность (положительный симптом Бенье — Мешерского), на их нижней поверхности отчетливо видны роговые шипики — положительный симптом дамского каблучка (рис. 3а и б).

На коже волосистой части головы (в теменной области) визуализируются милиарные, лентикулярные папулы

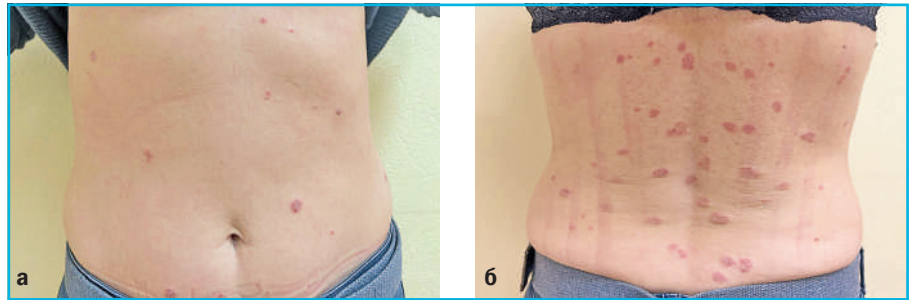


Рис. 4а, б. На животе и спине располагаются милиарные, лентикулярные и нумулярные папулы розовато-красного цвета, с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, покрытые мелкопластинчатым шелушением [предоставлено авторами] / On the skin in the abdomen and back, miliary, lenticular and numular papules are pinkish-red in color, with clear boundaries, rising above the surface of the skin, covered with fine-plate peeling [provided by the authors]

розовато-красного цвета, правильной округлой формы с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи и покрытые мелкопластинчатым шелушением.

На животе и спине располагаются милиарные, лентикулярные, нумулярные папулы розовато-красного цвета диаметром 2 × 1 и 2 × 3 см с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, покрытые мелкопластинчатым шелушением. Псориазическая триада определяется в полном объеме (рис. 4а и б).

На коже плеч и разгибательной поверхности предплечий визуализируются бляшки розовато-красного цвета диаметром 4 × 3 и 4 × 4 см с четкими границами, выражено инфильтриро-

ванные, покрытые серебристо-белыми чешуйками. На коже наружной поверхности бедер и передней поверхности голени располагаются инфильтрированные бляшки красного цвета диаметром 5 × 6 и 7 × 6 см с четкими границами, покрытые серебристо-белыми чешуйками.

Пациентка была направлена на гистоморфологическое исследование кожи.

Результаты гистоморфологического исследования кожи из патологического очага на лице: фолликулярный гиперкератоз, устья волосяных фолликулов расширены. Эпидермис со склонностью к атрофии. Подэпидермальные щели. В сосочковом слое — отек, просветы сосудов расширены. Вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса. В дерме — очаговые и периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов. Вокруг сально-волосяных фолликулов густой лимфогистиоцитарный инфильтрат с примесью нейтрофилов, тучных клеток и фибробластов. В дерме — участки мукоидного набухания коллагеновых волокон.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать красной волчанке.

Данные общеклинических исследований (общего и биохимического анализов крови и общего анализа мочи) — в пределах нормы.

Учитывая длительность течения кожного патологического процесса и его распространенность, были проведены иммунологические исследования.

1) АНФ на Нер-2-клетках — 1:320 титр (норма — менее 1:80), гомогенный тип свечения.



Рис. 3а, б. На коже носа, правой и левой щеки видны эритематозные очаги розово-красного цвета, инфильтрированные, покрытые желто-белыми чешуйками, на правой боковой поверхности носа — участок рубцовой атрофии [предоставлено авторами] / On the skin of the nose, right and left cheek there are erythematous foci of pink-red color, infiltrated, covered with yellow-white scales, on the right lateral surface of the nose there is an area of cicatricial atrophy [provided by the authors]

2) a-dsDNA — 89 МЕ/мл (норма — менее 25 МЕ/мл).

3) Анализ крови на АФЛ класса IgG — 16,76 МЕ/мл (референсные значения — до 10 МЕ/мл).

4) Анализ крови на АФЛ класса IgM — 15,82 МЕ/мл (референсные значения — до 10 МЕ/мл).

Окончательный диагноз: хроническая кожная красная волчанка, дискоидная форма; псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма.

Пациентка была направлена на консультацию к ревматологу в Краевую клиническую больницу № 2 Краснодара, где был подтвержден диагноз: «СКВ, хроническое течение, умеренной степени активности, с поражением кожи (эритема по типу бабочки), иммунологическими нарушениями (положительными Нер-2-клетках, a-dsDNA, АФЛ класса IgG, IgM)». Больной даны рекомендации, переведена в ревматологическое отделение для дальнейшего лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В современной медицине особую актуальность приобретает проблема полиморбидности, связанная с трудностями ранней диагностики, высокой распространенностью сочетанных патологий, несвоевременным назначением таргетной терапии и отсутствием конструктивного взаимодействия между смежными специалистами. Ввиду многообразия клинических проявлений СКВ, схожести некоторых форм с другими нозологиями, часто кожные симптомы СКВ могут расцениваться как признаки другого заболевания, что подчеркивает особую важность грамотной дифференциальной диагностики.

В представленных клинических наблюдениях показано, что коморбидные пациенты длительное время получали лечение только по поводу псориаза. Результаты иммунологического и патоморфологического исследований позволили установить окончательный диагноз. Значительные трудности в установлении правильного диагноза при сочетанной дерматологической патологии вызваны тем, что появление нового заболевания может расцениваться врачом как обострение и распространение ранее установленного заболевания.

Полиморбидность ведет к задержке необходимой терапии, затрудняет лечение и увеличивает вероятность неблагоприятного прогноза. Все это свидетельствует о необходимости тщательного дифференциально-диагностического

поиска, междисциплинарного взаимодействия с другими специалистами, что позволит избежать диагностических ошибок и повысить качество оказания медицинской помощи у пациентов с полиморбидной патологией. **ЛВ**

Вклад авторов:

М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова, Ж. Ю. Наатыж, В. И. Ткаченко — разработка концепции и дизайна исследования и сбор данных; М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова — анализ и интерпретация результатов; Т. Г. Кузнецова, Ж. Ю. Наатыж, В. И. Ткаченко — обзор литературы; М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта; М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова, Ж. Ю. Наатыж — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного замечания интеллектуального содержания. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью выполнения любой части работы.

Authors contribution:

М. М. Tlish, T. G. Kuznetsova, Zh. Yu. Naatyzh, V. I. Tkachenko — development of the concept and design of the study; M. M. Tlish, T. G. Kuznetsova, Zh. Yu. Naatyzh, V. I. Tkachenko — data collection; M. M. Tlish, T. G. Kuznetsova — analysis and interpretation of results; T. G. Kuznetsova, Zh. Yu. Naatyzh, V. I. Tkachenko — literature review; M. M. Tlish, T. G. Kuznetsova — drafting the manuscript and forming its final version; T. G. Kuznetsova, Zh. Yu. Naatyzh — critical revision of the draft manuscript with the introduction of valuable comments of intellectual content. All authors approved the final version of the article before publication and agreed to be responsible for all aspects of the work, including appropriately reviewing and resolving questions related to the accuracy and integrity of any part of the work.

Литература/References

1. Оганов Р. Г., Драпкина О. М.

Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2016; 15 (4): 4-9.

Oganov R. G., Drapkina O. M. Polymorbidity: patterns of formation and principles of the combination of several diseases in one patient. Cardiovascular Therapy and Prevention, 2016; 15 (4): 4-9. (In Russ.)

2. Кочергин Н. Г., Смирнова Л. М., Билалова У. Г.,

Потекаев Н. Н. Псориаз: коморбидности и комедикации. Врач. 2009; 5: 15-20.

Kochergin N. G., Smirnova L. M., Bilalova U. G., Potekaev N. N. Psoriasis: comorbidities and comedications. Physician. 2009; 5: 15-20. (In Russ.)

3. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. F., et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol. 1998; 51: 367-375.

4. Вёрткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность в клинической практике. Часть I. Архив внутренней медицины. 2011; 1: 16-20.

Vertkin A. L., Rumyantsev M. A., Skotnikov A. S. Comorbidity in clinical practice. Part 1. Archives of internal medicine. 2011; 1: 16-20. (In Russ.)

5. Тлиш М. М., Кузнецова Т. Г., Наатыж Ж. Ю., Тикеева Р. М. Полиморбидность: взгляд на сочетанную патологию. Кубанский научный медицинский вестник. 2019; 26 (5): 125-134.

Tlish M. M., Kuznetsova T. G., Naatizh Zh. Yu., Tikeeva R. M. Polymorbidity: a look at combined pathology. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2019; 26 (5): 125-134. (In Russ.)

6. Тлиш М. М., Поповская Е. Б., Кузнецова Т. Г., Сычева Н. Л., Наатыж Ж. Ю. Клинические проявления полиморбидности у больных витилиго. Лечащий Врач. 2018; 4: 70-74. Tlish M. M., Popovskaya E. B., Kuznetsova T. G., Sycheva N. L., Naatizh Zh. Yu. Clinical manifestations of polymorbidity in patients with vitiligo. Attending physician. 2018; 4: 70-74. (In Russ.)

7. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Клинические рекомендации «Красная волчанка». 2020; 6. All-Russian public organization "Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists". Clinical guidelines "Lupus erythematosus". 2020; 6. (In Russ.)

8. Bonilla E., Shadakshari A., Perl A. Association of psoriasis and psoriatic arthritis with systemic lupus erythematosus. Rheumatol Orthop Med. 2016; 1 (1): 1-3.

Сведения об авторах:

Тлиш Марина Моссовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4; tlsh_mm@mail.ru

Наатыж Жанна Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4; nzhannau@mail.ru

Кузнецова Таисия Георгиевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4; taya1504@mail.ru

Ткаченко Виктория Игоревна, клинический

ординатор кафедры дерматовенерологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4; vallall@mail.ru

Information about the authors:

Marina M. Tlish, Dr. of Sci. (Med.), Associated Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4 Mitrofan Sedin Str., Krasnodar, 350063, Russia; tlsh_mm@mail.ru

Zhanna Yu. Naatyzh, Cand. of Sci. (Med.), Associate professor of the Department of Dermatovenereology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4 Mitrofan

Sedin Str., Krasnodar, 350063, Russia; nzhannau@mail.ru

Taisiya G. Kuznetsova, Cand. of Sci. (Med.), Associate professor of the Department of Dermatovenereology at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4 Mitrofan Sedin Str., Krasnodar, 350063, Russia; taya1504@mail.ru

Victoria I. Tkachenko, clinical resident of the Department of Dermatovenereology at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4 Mitrofan Sedin Str., Krasnodar, 350063, Russia; vallall@mail.ru

Поступила/Received 07.03.2024

Поступила после рецензирования/Revised 02.04.2024

Принята в печать/Accepted 05.04.2024