

Острый вариолиформный параспориоз Мухи — Габермана с формированием гипертрофических рубцов у подростка

Е. В. Павлова¹, ORCID: 0000-0001-7276-8412, e_v_pavlova@mail.ru

И. В. Улитина¹, ORCID: 0000-0001-9873-1378, priemnaya@kvdsurgut.ru

Е. Н. Ефанова², ORCID: 0000-0003-1355-3125, el.efanova2011@yandex.ru

¹ Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер; 628403, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Сургут, ул. Береговая, 70

² Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа — Югры Сургутский государственный университет; 628412, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Сургут, пр. Ленина, 1

Резюме. В статье описан случай вариолиформного (оспоподобного) параспориоза Мухи — Габермана у подростка с формированием гипертрофических рубцов на местах разрешения патологических элементов. Параспориозы — гетерогенная группа хронических воспалительных дерматозов, которые характеризуются наличием пятен и/или папул и бляшек, покрытых мелкопластинчатыми чешуйками. Актуальность параспориозов обусловлена неясностью этиопатогенетических механизмов развития заболевания, отсутствием общепринятой классификации. Дано описание клинического случая. Пациент А., 14 лет, обратился в кожно-венерологический диспансер г. Сургута с жалобами на множественные высыпания на коже туловища, конечностей, сопровождающиеся незначительной болезненностью, жжением и умеренным зудом. Болен около 10 дней, начало заболевания связывал с переохлаждением. Появлению сыпи предшествовал резкий подъем температуры тела до 38 °С, озноб, слабость, недомогание. Объективно: патологический кожный процесс носил распространенный характер. Высыпания локализовались в области туловища на коже груди, спины, живота, верхних и нижних конечностей. Представлены множественными милиарными и лентиккулярными папулами розово-красного цвета, пустулами. В центральной части большинства элементов визуализировались зоны некроза или язвенные дефекты от 0,2 до 2 см в диаметре, геморрагические корки. Диагноз острого вариолиформного параспориоза выставили на основании клинико-анамнестических данных, результатов дополнительных методов исследования. В лечении использовались антибактериальные препараты, дезинтоксикационные методы, физиотерапия (светолечение). Исход лечения — улучшение. При активном вызове на осмотр спустя 8 месяцев были обнаружены гипертрофические и оспенновидные рубцы кожи туловища и конечностей. Приведенный клинический пример представляет интерес для дерматовенерологов и педиатров. Иллюстрирует относительную доброкачественность течения дерматоза несмотря на яркость и остроту клинических проявлений. Своевременно назначенное лечение позволило существенно улучшить как состояние ребенка, так и качество его жизни. Ввиду редкой встречаемости острого лихеноидного параспориоза врачи могут испытывать сложности при постановке диагноза. Случай приведен с целью привлечения внимания медицинского сообщества к проблеме параспориоза.

Ключевые слова: параспориоз, острый лихеноидный вариолиформный петириаз, петириаз лихеноидный, болезнь Мухи — Габермана, подросток, язвы, некроз, гипертрофические рубцы.

Для цитирования: Павлова Е. В., Улитина И. В., Ефанова Е. Н. Острый вариолиформный параспориоз Мухи — Габермана с формированием гипертрофических рубцов у подростка // Лечащий Врач. 2022; 2 (25): 36-39. DOI: 10.51793/OS.2022.25.2.006

Mucha — Habermann acute varioliform parapsoriasis with the formation of hypertrophic scars in a teenager

Evgeniya V. Pavlova¹, ORCID: 0000-0001-7276-8412, e_v_pavlova@mail.ru

Irina V. Ulitina¹, ORCID: 0000-0001-9873-1378, priemnaya@kvdsurgut.ru

Elena N. Efanova², ORCID: 0000-0003-1355-3125, el.efanova2011@yandex.ru

¹ Budgetary Institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug — Yugra Surgut Clinical Dermatovenereologic Dispensary; 70 Beregovaya str., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug — Yugra, 628403, Russia

² Surgut State University; 1 Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug — Yugra, 628412, Russia

Abstract. The article describes a case of Mucha — Habermann varioliform (smallpox-like) parapsoriasis in a teenager. Parapsoriasis is a heterogeneous group of chronic inflammatory dermatoses that are characterized by the presence of spots and/or papules and plaques covered with small scales. The relevance of parapsoriasis is due to the ambiguity of the etiopathogenetic mechanisms of the disease, the lack of a generally accepted classification. Interest in the disease is partly due to the possibility of transformation of parapsoriasis to T-cell

lymphoma (fungal mycosis). Description of the clinical case. Patient A., 14 years old, went to the skin and Venereological dispensary in Surgut with complaints of multiple rashes on the skin of the trunk and limbs, accompanied by minor soreness, burning and moderate itching. Ill for about 10 days, the beginning of the disease was associated with hypothermia. The appearance of the rash was preceded by a sharp rise in body temperature to 38 °C, chills, weakness, malaise. Objectively: the pathological skin process was widespread. Rashes were localized in the torso area on the skin of the chest, back, abdomen, upper and lower limbs. It is represented by multiple milium and lenticular papules of pink-red color, pustules. In the Central part of most elements, zones of necrosis or ulcerative defects from 0,2 to 2 cm in diameter, hemorrhagic crusts were visualized. The diagnosis of acute varioliform parapsoriasis was made on the basis of clinical and anamnestic data and the results of additional research methods. The treatment used antibacterial drugs, detoxification methods, physiotherapy (light therapy). The outcome of treatment is improvement. When actively called after 6 months, hypertrophic and smallpox-like scars of the skin of the trunk and extremities were found during examination. This clinical example is of interest to dermatovenerologists and pediatricians. It illustrates the relative goodness of the course of dermatosis, despite the brightness and acuteness of clinical manifestations. Timely treatment has significantly improved both the child's condition and quality of life. Due to the rare occurrence of acute lichenoid parapsoriasis, doctors may experience difficulties in making a diagnosis. The case is presented in order to attract the attention of the medical community to the problem of parapsoriasis.

Keywords: parapsoriasis, acute lichenoid varioliform pitiriasis, lichenoid pitiriasis, Mucha – Habermann disease, adolescent, ulcers, necrosis, hypertrophic scars.

For citation: Pavlova E. V., Ulitina I. V., Efanova E. N. Mucha – Habermann acute varioliform parapsoriasis with the formation of hypertrophic scars in a teenager // *Lechaschy Vrach*. 2022; 2 (25): 36-39. DOI: 10.51793/OS.2022.25.2.006

Парапсориазы (ППсо) — гетерогенная группа хронических воспалительных дерматозов, которые характеризуются наличием пятен и/или папул и бляшек, покрытых мелкопластинчатыми чешуйками [1].

Актуальность ППсо обусловлена неясностью этиопатогенетических механизмов их развития и отсутствием общепринятой классификации [2]. Согласно современным представлениям в понятие ППсо включены 5 отдельных нозологических форм: лихеноидный, мелко- и крупнобляшечный, каплевидный, вариолиформный. Крайне редко встречающейся разновидностью является острый лихеноидный вариолиформный пситириаз — болезнь Мухи — Габермана (1:6000-12 000).

По данным литературы заболевание регистрируется в любом возрасте, чаще юношеском, с преобладанием у лиц мужского пола. Имеется точка зрения, что эта форма ППсо представляет собой особую форму реактивного васкулита инфекционно-аллергического генеза [3]. Заболевание характеризуется острым началом, развитием фебрильной температуры, симптомами интоксикации (ознобами, общей слабостью и недомоганием), лимфаденопатией. Патологический кожный процесс носит распространенный и симметричный характер. Наиболее часто высыпания локализуются в области туловища и проксимальных отделов конечностей. Кожа в области ладоней, подошв, волосистой части головы и лица обычно остается интактной. Наблюдается истинный полиморфизм высыпаний (папулы, везикулы, пустулы) [2, 4]. Часть элементов сыпи некротизируется, в центре быстро формируются болезненные язвы. При их заживлении образуются «штампованные» рубцы [6-8]. Разрешение сыпи происходит в течение 1-1,5 месяцев, иногда до 6 месяцев [11]. В анализе крови при этом обнаруживаются различные неспецифические отклонения, но их практическое значение невелико. У некоторых больных повышается СОЭ, возникает гипергаммаглобулинемия [5, 9-11]. Диагноз лихеноидного пситириаза устанавливается на основании клинических данных и результатов гистологического исследования.

Гистологически отмечается утолщение эпидермиса, очаговый паракератоз, вакуолизация и дистрофические изменения клеток шиповатого слоя. Выраженность этих дистрофических изменений колеблется от образования внутриэпидермальных пузырьков (спонгиоз) до очаговых некрозов. В дерме обнаруживается лимфогистиоцитарный инфильтрат, преимущественно периваскулярный [10].

Дифференциальную диагностику ППсо Мухи — Габермана необходимо проводить с токсикодермией, геморрагическим васкулитом, лимфоматоидным папулезом. По данным литературы для наружного медикаментозного лечения рекомендовано применение топических глюкокортикостероидных препаратов (ГКС) умеренной и высокой степени активности. В системной терапии применяют антибактериальные препараты курсом до 14 дней, ГКС, метотрексат либо циклоспорин по соответствующим схемам, физиотерапевтические методы (неселективная ультрафиолетовая (УФ) терапия (УФА + УФС), селективная УФ-терапия (УФС), узкополосная УФС (311 нм)) [1, 3, 11].

Клинический случай

Пациент А., 14 лет, обратился к дерматовенерологу амбулаторно-поликлинического отделения кожно-венерологического диспансера (КВД) Сургута в сопровождении матери. Предъявлял жалобы на множественные высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся незначительной болезненностью, жжением и умеренным зудом. Считал себя больным в течение 10 дней, когда впервые появились высыпания на коже туловища. Начало заболевания связывает с переохлаждением (длительное пребывание вне помещения). Появлению сыпи предшествовали резкий подъем температуры тела до 38 °C, озноб, слабость, недомогание. Самостоятельно принимал жаропонижающие средства, локально тушировал отдельные элементы раствором бриллиантового зеленого без выраженного положительного эффекта. Распространение сыпи на кожу туловища и конечностей отмечал за 2-3 дня. В связи с распространенностью кожного процесса пациент был направлен на лечение в стационарное отделение КВД Сургута.

Анамнез жизни: на Севере с рождения. Родился в срок, без патологии. На диспансерном учете у других специалистов не состоит. Прививки по возрасту. Наследственность дерматологически не отягощена. Аллергические реакции на лекарственные препараты в прошлом отрицает.

Физикальная диагностика

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Температура тела — 36,5 °C.

Сердечно-сосудистая система: пульс — 116 ударов в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 110 в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный

толчок не изменен, локализован в пятом межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Артериальное давление (АД) — 129/76 мм рт. ст. Шумов нет.

Система органов пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Зев симметричный, чистый, задняя стенка глотки раздражена, нёбные миндалины розовые, не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул в норме, регулярный, оформленный, 1 раз в день.

Мочевыделительная система: симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание не нарушено, безболезненное.

Локальный статус: патологический кожный процесс носил распространенный характер. Высыпания локализовались на коже груди, спины, живота, верхних и нижних конечностей. Представлен множественными милиарными и лентикулярными папулами розово-красного цвета, пустулами. В центральной части большинства элементов визуализировались зоны некроза или язвенные дефекты от 0,2 до 2 см в диаметре, геморрагические корки. Язвы болезненные при пальпации (рис. 1-3). Кожа лица, волосистой части головы, кистей и стоп свободна от высыпаний. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Температурная, болевая и тактильная чувствительность в очагах сохранена. Дермографизм красный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Других высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках не наблюдается.

Лабораторные исследования: в общем анализе крови отмечается незначительное повышение СОЭ — 25 мм/ч, в биохимическом — без патологических отклонений, общий анализ мочи — без особенностей.

Иммуноферментный анализ: антитела на лямблиоз, аскаридоз, токсокароз не обнаружены.

Копроцитограмма: простейшие и яйца глистов не обнаружены.

Гистологическое исследование: утолщение эпидермиса, дистрофические изменения клеток его шиповатого слоя. Вокруг сосудов — инфильтраты из лимфоцитов, гистиоцитов, фибробластов. Такая морфологическая картина возможна при язвенно-некротическом подтипе лихеноидного ППсо.

На основании жалоб, данных анамнеза и клинической картины, результатов исследования выставлен клинический диагноз: «L41.0 Птириаз лихеноидный и оспоподобный острый (болезнь Мухи — Габермана), язвенно-некротический подтип». Лечение: дезинтоксикационная терапия — раствор натрия хлорида (0,9 %) — 200,0 внутривенно капельно № 5; раствор натрия тиосульфата (30%) — 10,0 внутривенно медленно № 7, гипосенсибилизирующая терапия — лоратадин 10 мг в сутки внутрь 10 дней, наружно — комбинированный топический ГКС

бетаметазон + гентамицин 2 раза в день 10 суток, туширование очагов раствором анилиновых красителей 2 раза в день 5 суток. Внутрь — кларитромицин 250 мг 2 раза в сутки 7 дней.

Динамика и исход

На фоне лечения отмечалась положительная динамика. При выписке из стационара на коже в очагах папулы регрессировали, корочки отторглись, язвы находились в стадии рубцевания с формированием вариолиформных рубцов. На месте папул сформировались пятна поствоспалительной гипопигментации. Больной выписан с улучшением под наблюдение дерматовенеролога амбулаторного звена. Рекомендовано полноценное обследование у педиатра для исключения инфекционной и сопутствующей соматической патологии. Наблюдался пациент неохотно и нерегулярно. При активном вызове на осмотр спустя 8 месяцев, наряду с оспенновидными рубцами, обнаружены гипертрофические рубцы кожи туловища и конечностей (рис. 4, 5). При опросе выяснено, что гипертрофические рубцы развились примерно через 2 месяца после выписки из стационара. Субъективно не беспокоили, пациент на новые высыпания не обращал внимания. В лечении рубцов в настоящее время не заинтересован. Повторных эпизодов ППсо не отмечал.

Обсуждение

Вариолиформный параспориоз Мухи — Габермана является редким и малоизученным заболеванием, сопровождающимся нарушением качества жизни и не всегда имеющим благоприятный прогноз. Приведенный клинический случай демонстрирует типичную картину вариолиформного ППсо с присущими клинико-анамнестическими особенностями (характерные папулы с зонами некроза и язвенными дефектами, пол, возраст пациента, сезонность, острое начало с лихорадкой и симптомами интоксикации), что совпадает с данными литературы [9, 11]. По мнению ряда авторов, высыпания при ППсо могут осложняться присоединением вторичной инфекции [2, 9]. В описанном случае, несмотря на положительный ответ на своевременно начатую медикаментозную терапию, заболевание разрешилось формированием гипертрофических рубцов, хотя по данным литературы именно для этой формы характерно образование оспенновидных рубцов. Согласно результатам современных исследований у людей с генетической предрасположенностью гипертрофические рубцы могут формироваться под действием различных факторов, в том числе изменений гормонального статуса [13, 14]. В данном случае эндокринный дисбаланс мог быть обусловлен половым созреванием пациента. При этом в целом исход заболевания благоприятный. По мнению некоторых авторов, у большинства больных с острым лихеноидным ППсо хронический лихеноидный ППсо не развивается [10-12]. Течение ППсо у нашего пациента также ограничилось одним



Рис. 1. Высыпания на коже груди и живота у пациента М. до лечения [данные получены авторами] / Rash on the skin of the chest and abdomen in patient M. before treatment [data obtained by the authors]



Рис. 2. Высыпания на коже живота, боковых поверхностей туловища у пациента М. до лечения [данные получены авторами] / Rash on the skin of the abdomen, lateral surfaces of the body in patient M. before treatment [data obtained by the authors]



Рис. 3. Высыпания на коже верхней трети спины у пациента М. до лечения [данные получены авторами] / Rash on the skin of the upper third of the back in patient M. before treatment [data obtained by the authors]



Рис. 4. Высыпания на коже туловища и живота у пациента М. через 8 месяцев после лечения [данные получены авторами] / Rash on the skin of the trunk and abdomen in patient M. 8 months after treatment [data obtained by the authors]

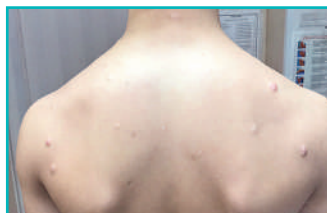


Рис. 5. Высыпания на коже спины у пациента М. через 8 месяцев после лечения [данные получены авторами] / Rash on the skin of the back in patient M. 8 months after treatment [data obtained by the authors]

эпизодом высыпаний; не отмечен переход заболевания в хронический лихеноидный ППсо.

Заключение

Приведенный клинический пример представляет интерес для дерматовенерологов и педиатров и иллюстрирует относительную доброкачественность течения дерматоза несмотря на яркость и остроту клинических проявлений. Своевременно назначенное лечение позволило существенно улучшить как состояние подростка, так и качество его жизни. Ввиду достаточно редкой встречаемости острого лихеноидного ППсо врачи могут испытывать сложности при постановке диагноза и необходимости своевременного назначения адекватной терапии. Случай приведен для привлечения внимания медицинского сообщества к проблеме ППсо и вероятности разрешения описанной разновидности гипертрофическими рубцами.

От родителя пациента получено согласие на использование медицинских данных для учебного процесса и научной деятельности без указаний персональных данных. ■

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

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
[Federal clinical recommendations. Dermatology 2015: diseases of the skin. Of sexually transmitted infections. 5th ed., Rev. and DOP. M.: Business Express, 2016. 768 p.]
2. Каламкьян А. А., Мордовцев В. Н., Трофимова Л. Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван, 1989. С. 357-361.
[Kalamkaryan A. A., Mordovtsev V. N., Trofimova L. J. Clinical dermatology. Rare and atypical dermatitis. Yerevan, 1989. 357-361 p. (In Russ.)]
3. Яковлев А. Б., Шатохина Е. А. Каплевидный параспориоз Брока и острый вариолиформный параспориоз Муха — Габермана: вопросы терминологии и терапии // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2018; 1: 128-134.
[Yakovlev A. B., Shatokhina Ye. A. Broca's teardrop-shaped parapsoriasis and acute varioliform parapsoriasis Mucha-Habermann: questions of terminology and therapy / Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik. 2018; 1: 128-134.]
4. Суколин Г. И. Иллюстрированная клиническая дерматология. М., 2009. 248 с.
[Sukolin G. I. The Illustrated clinical dermatology. M., 2009. 248 p.]
5. Иванов О. Л. Параспориоз. Клиническая дерматовенерология. Рук-во для врачей в 2 томах / Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2. С. 351-370.
[Ivanov O. L. Parapsoriasis. Clinical dermatovenerology. A guide for doctors in 2 volumes. Under the editorship of Yu. K. Skripkin, Yu. S. Butov. M.: GEOTARMedia, 2009. Vol. 2. P. 351-370.]

6. Разнатовский И. М. Параспориозы. В кн.: Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / Под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. Т. 2. М., 1996; 2 (5): 157-170.
[Raznatovsky I. M. Parapsoriasis. In The Book: «Skin and venereal disease. A guide for physicians», under the editorship of Yu. K. Skripkin, V. N. Mordovtseva. M., 1996; 2 (5): 157-170.]
7. Разнатовский И. М. Параспориозы. Лимфомы кожи. Рук-во для врачей под редакцией А. В. Самцова. СПб, 2000. Р. 238-252.
[Raznatovskiy I. M. Parapsoriasis. Skin lymphomas. A guide for doctors. Pod redaktsiyey A. V. Samtsova, SPb, 2000; 238-252.]
8. Карпов В. В., Исламов В. Г., Гусев Е. В., Пирогов Ю. С. Параспориоз у военнослужащих // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 3: 23-27.
[Karpov V. V., Islamov V. G., Gusev E. V., Pirogov Yu. S. Parapsoriasis in military conscripts // Russian journal of skin and venereal diseases. 2011; 3: 23-27.]
9. Bowers S., Warshaw E. M. Pityriasis lichenoides and its subtypes // J. Amer. Acad. Dermatol. 2006; 55: 557-572.
10. Цветкова Г. М., Мордовцев В. Н. Эритематозно-сквамозные и папулезные дерматозы неясной этиологии. Патология кожи. В 2 т. Частная патоморфология кожи / Под ред. В. Н. Мордовцева, Г. М. Цветковой. М.: Медицина, 1992. Т. 2. С. 105-132.
[Tsvetkova G. M., Mordovtsev V. N. Erythematous-squamous and papular dermatosis of unknown etiology. Skin Pathology. 2 vols. Private pathomorphology of the skin / Ed. by V. N. Mordovtseva, G. M. Tsvetkova. M.: Medicine, 1992. Vol. 2. P. 105-132.]
11. Парфенова М. А., Белоусова И. Э., Самцов А. В. Язвенно-некротический подтип болезни Муха — Габермана: описание случая // Вестник дерматологии и венерологии. 2013; 4: 73-78.
[Parfenova M. A., Belousova I. E., Males A. B. Ulceronecrotic subtype of the disease and Mucha — Haberman: description of the case // Vestnik of dermatology and venereology. 2013; 4: 73-78.]
12. Асхаков М. С. Параспориоз // Вестник молодого ученого. 2017; 2 (17): 34-39.
[Ashakov M. S. Parapsoriasis // Bulletin of a young scientist. 2017; 2 (17): 34-39.]
13. Gauglitz G. G., Kortling H. C., Pavićić T., Rucicka T., Jeschke M. G. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies // Mol Med. 2011; 17 (1-2): 113-25.
14. Van der Veen W. M., Bloemen M. C., Ulrich M. M., Molema G., van Zuijlen P. P., Middelkoop E. et al. Potential cellular and molecular causes of hypertrophic scar formation // Burns. 2009; 35 (1): 15-29.

Сведения об авторах:

Павлова Евгения Викторовна, заместитель главного врача по медицинской части, Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа — Югры Сургутский государственный университет; 628403, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Сургут, ул. Береговая, 70; e_v_pavlova@mail.ru

Улитина Ирина Владимировна, главный врач, Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа — Югры Сургутский государственный университет; 628403, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Сургут, ул. Береговая, 70; priemnaya@kvdsurgut.ru

Ефанова Елена Николаевна, к.м.н., доцент кафедры многопрофильной клинической подготовки медицинского института, Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа — Югры Сургутский государственный университет, 628412, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Сургут, пр. Ленина, 1; el.efanova2011@yandex.ru

Information about the authors:

Evgeniya V. Pavlova, Deputy Chief Physician for the Medical Department of the Budgetary Institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Yugra Surgut Clinical Dermatovenerologic Dispensary; 70 Beregovaya str., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Yugra, 628403, Russia; e_v_pavlova@mail.ru

Irina V. Ulitina, Chief Doctor of the Budgetary Institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Yugra Surgut Clinical Dermatovenerologic Dispensary; 70 Beregovaya str., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Yugra, 628403, Russia; priemnaya@kvdsurgut.ru

Elena N. Efanova, MD, Associate professor of infections, skin and venereal diseases of medical institute at Surgut State University; 1 Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Yugra, 628412, Russia; el.efanova2011@yandex.ru