

## ПОЛИМОРБИДНОСТЬ: ВЗГЛЯД НА СОЧЕТАННУЮ ПАТОЛОГИЮ

М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова\*, Ж. Ю. Наатыж, Р. М. Тикеева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
ул. им. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, 350063, Россия*

### Аннотация

**Цель.** Рассмотрение клинических случаев с редким сочетанием дерматозов у одного больного с целью предотвращения ятрогенных ошибок.

**Результаты.** В статье описываются клинические случаи пациентов с полиморбидной патологией, которая является одной из современных междисциплинарных проблем здравоохранения. Описанные клинические примеры указывают на сосуществование и взаимное влияние заболеваний, которые усложняют постановку окончательного диагноза. Полиморбидность современного пациента делает процесс диагностики поисковым, при котором оптимальное решение не всегда находится в сфере стандартных путей. «Смешанная» клиническая картина приводит к ятрогенным ошибкам. В статье акцентируется внимание на необходимость тщательного углубленного дифференциально-диагностического поиска при установлении окончательного клинического диагноза, что позволит снизить частоту допускаемых врачами лечебно-диагностических и тактических ошибок. В связи с этим пролонгирование диагностического маршрута также способствует своевременному выявлению взаимообусловленных патологий. Анализ клинических случаев ведения пациентов с полиморбидной патологией способствует не только предотвращению прогрессирования каждого из заболеваний, но и определению прогностических аспектов.

**Заключение.** В условиях узкой специализации лечебных учреждений ведение данного контингента больных затруднительно, так как требует соблюдения четкого клинко-диагностического алгоритма и мультидисциплинарного подхода, который позволяет избежать диагностических ошибок, осложнений медикаментозной терапии, а следовательно, способствует улучшению качества оказания медицинской помощи. Полиморбидная патология является междисциплинарной проблемой, требующей разработки единого алгоритма ведения пациентов, направленного на раннее выявление сочетанной патологии, исключение полипрагмазии, снижение суммарного риска заболеваний, повышение качества жизни больных в социуме.

**Ключевые слова:** полиморбидность, ятрогения, междисциплинарная проблема, герпетиформный дерматит Дюринга, псориаз, витилиго

**Конфликт интересов:** авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** 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. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-125-134>

*Поступила 18.06.2019*

*Принята после доработки 20.08.2019*

*Опубликована 25.10.2019*

# POLYMORBIDITY: A VIEW ON COMBINED PATHOLOGY

Marina M. Tlish, Taisiya G. Kuznetsova\*, Zhanna Yu. Naatyzh, Ruzana M. Tikeeva

Kuban State Medical University,  
Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia

## Abstract

**Aim.** To describe clinical cases exhibiting a rare combination of dermatoses in one patient in order to prevent iatrogenic errors.

**Results.** The present article describes clinical cases of patients with polymorbid pathologies, which constitutes one of the current interdisciplinary healthcare problems. The described clinical cases indicate the co-occurrence and overlap of various diseases, which complicates the final diagnosis. Polymorbidity in modern patients turns the diagnostic process into a search for an optimal solution, which frequently requires innovative approaches. A mixed clinical picture leads to iatrogenic errors. A detailed differential diagnostics should be performed when establishing the final clinical diagnosis, which could reduce the frequency of medical-diagnostic and tactical errors. In this connection, a prolonged diagnostic route contributes to the timely detection of interdependent pathologies. The analysis of clinical cases related to managing patients with polymorbid pathologies facilitates the prevention of the progression of each disease, as well as the determination of prognostic aspects.

**Conclusion.** Considering the narrow specialisation of medical institutions, the management of patients with polymorbid pathologies is a challenging problem. The management of such patients requires adherence to a clear clinical diagnostic algorithm and a multidisciplinary approach, which allows diagnostic errors and complications associated with drug therapy to be avoided, thus improving the quality of healthcare services. Polymorbid pathology constitutes an interdisciplinary problem requiring the development of a unified procedure for the management of patients, which should be aimed at the early detection of combined pathology, eliminating polypharmacy, reducing the overall risk of diseases and improving the life quality of patients.

**Keywords:** polymorbidity, iatrogenesis, interdisciplinary problem, Duhring's disease, psoriasis, vitiligo

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Tlish M.M., Kuznetsova T.G., Naatyzh Zh.Yu., Tikeeva R.M. Polymorbidity: a View on Combined Pathology. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2019; 26(5): 125–134. (In Russ., English abstract). <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-125-134>

Submitted 18.06.2019

Revised 20.08.2019

Published 25.10.2019

## Введение

В последние годы в дерматологической практике широко обсуждается проблема полиморбидности. Распространенность сочетанной патологии у больных молодого возраста (18–44 лет) составляет до 69%, среднего возраста (45–64 лет) — до 93%, старшей возрастной группы (старше 65 лет) — до 98%. Почти половина больных псориазом в возрасте старше 65 лет имеет три полиморбидности, а у двух третей — две и более [1]. Описаны случаи сочетания псориаза с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми забо-

леваниями, депрессией, красной волчанкой, генерализованной миастенией, склеродермией [2–5], витилиго [6]. Также приведены данные сочетания красной волчанки, гипертрофического красного плоского лишая и дерматита Дюринга у одной больной. В таких случаях «смешанная» клиническая картина значительно затрудняет диагностику и приводит к ятрогенным ошибкам [7, 8]. Поэтому данная ситуация диктует необходимость проведения целенаправленных междисциплинарных лечебно-диагностических мероприятий для улучшения качества выполнения терапии [9].

**Цель:** рассмотрение клинических случаев с редким сочетанием дерматозов у одного больного с целью предотвращения ятрогенных ошибок.

В связи с вышесказанным приводим собственные наблюдения.

## Результаты

### Клинический случай № 1

Пациент К., 56 лет, поступил в стационарное отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ККВД» МЗ КК) в конце ноября 2018 г. с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, конечностей, интенсивный зуд, сухость, чувство стягивания кожи.

Анамнез заболевания: с 1995 г. находится на диспансерном учете у дерматолога по месту жительства с диагнозом «Псориаз». С 1995 по 2018 г. обострения носили сезонный характер (в зимний период), а кожный патологический процесс был локализован на коже верхних конечностей. В августе 2019 г. во время очередного обострения псориаза появились «пузырные» высыпания на коже левой кисти. Обратился к дерматологу по месту жительства, где был установлен диагноз «Контактный аллергический дерматит» и назначена наружная терапия 1% водным раствором метиленовой сини. Регресса высыпаний не отмечал, зуд и «пузырные» высыпания распространялись по всему кожному покрову. Неоднократно обращался к дерматологу в различные медицинские учреждения по месту жительства, где ставились диагнозы «Фотодерматоз», «Токсикодермия, буллезная форма», «Многоформная экссудативная эритема». Проводилось амбулаторное лечение: гипосенсибилизирующая терапия, сорбенты, системные глюкокортикостероиды — с кратковременным улучшением.

Аллергологический и наследственный анамнез: не отягощены.

Вредные привычки: отрицает. Соматически на момент поступления не обследован.

При поступлении в стационар общее состояние средней степени тяжести по основному заболеванию. Масса — 150 кг, рост — 162 см.

Кожные покровы свободные от основного патологического процесса, влажные, розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) — 18 уд. в мин.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс (Ps) — 76 уд. в мин. АД — 160/100 мм рт. ст. Язык влажный, по спинке обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

*Status specialis:* кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Располагается на коже волосистой части головы, туловища, конечностей.

На коже волосистой части головы, выполняя всю анатомическую область, располагается бляшка, с четкими границами, с выраженной инфильтрацией при пальпации (симптом Картамышева), покрытая сплошным пластом, плотного наслоения чешуек серовато-белого цвета. По линии роста волос с переходом на кожу лба, на фоне эритематозных отечных пятен, визуализируются эрозии, покрытые геморрагическими корками (рис. 1).

На коже туловища (в области груди, живота, на боковых поверхностях туловища, спины с переходами на крестец и ягодичную область, на верхних и нижних конечностях) на фоне несколько отечной эритемы синюшно-красного цвета, с четкими границами, располагаются множественные милиарные, лентикулярные островоспалительные папулы, покрытые чешуйками, сгруппированные везикулы, пузыри от 1,0 до 1,5 см с серозным содержимым и плотной крышкой, множественные мелкие эрозии с наличием на поверхности геморрагических корочек. Симптомы Никольского, Асбо-Хансена и Шеклакова — отрицательные (рис. 2).



Рис. 1. Пациент К. Клинические проявления дерматологического процесса на коже волосистой части головы.

Fig. 1. Patient K. Clinical manifestations of the dermatological process on the scalp.

На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов, пальцев кистей, боковых поверхностей бедер, голеней, крестцовой области располагаются умеренно инфильтрированные, четко ограниченные бляшки размером от 5 до 15 см, покрытые плотными серебристо-белыми чешуйками. В окружности бляшек располагаются единичные лентикулярные, нуммулярные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Псориазическая триада — положительная (рис. 3).

Кожа ладонной поверхности кистей инфильтрирована, розово-красного цвета, с признаками выраженного гиперкератоза и наличием трещин (рис. 4).

На коже тыльной поверхности кистей на фоне инфильтрации красно-синюшного цвета располагаются множественные пузырьки, пузыри с плотной покрывкой, серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки.

Кожа разгибательной поверхности пальцев кистей гиперемирована, ярко-розового цвета, с умеренно выраженной инфильтрацией, покрыта серебристо-белыми чешуйками, с наличием местами единичных трещин (рис. 5).

Ногтевые пластинки кистей и стоп с признаками онихолизиса, желтовато-серого цвета, тусклые.

По данным дополнительных методов исследования получены следующие результаты:

1. Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин — 146 г/л, тромбоциты —  $320 \times 10^9$ /л, эритроциты —  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $7,8 \times 10^9$ /л, лимфоциты — 15%, моноциты — 5%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 57%, эозинофилы — 21%, СОЭ — 15 мм/ч.

2. Общий анализ мочи (ОАМ): PRO — 30, удельный вес — 1030, слизь+++ , рН 6,0, уробилиноген — 2 мг/дл, лейкоциты — 4–6, эпителий переходный — 2–3, эпителий плоский — 5–6.

3. Биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 36 Е/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 30 Е/л, альбумин — 46 г/л, альфа-амилаза — 28 Е/л, билирубин общий — 12,7 мкмоль/л, билирубин прямой — 2,2 мкмоль/л, гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) — 18 Е/л, глюкоза — 8,3 ммоль/л, креатинин — 95,20 мкмоль/л, мочевая кислота — 413 мкмоль/л, общий белок — 68 г/л, триглицериды — 1,55 ммоль/л, холестерин — 7,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 67 Е/л.

4. Мазок-отечаток на эозинофилы и акантолитические клетки — эозинофилы 50:100, акантолитические клетки — отсутствуют.

5. Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — антиген (АГ)/антитела (АТ) ВИЧ не обнаружены.

6. Кровь на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) — отрицательная; иммуноферментный анализ (ИФА) — отрицательный.

7. Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HbsAg — не обнаружен, HCV — не обнаружен.

8. Антитела к деамидиновым пептидам глиадина иммуноглобулина А (IgA) — 77,43 Ед/мл.

9. Антитела к деамидированным пептидам глиадина иммуноглобулина G (IgG) — 11,32 Ед/мл.

10. Соскоб с языка на *Candida*: обнаружен псевдомикелий дрожжевого гриба.

11. Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, риск 3. Морбидное ожирение. Стеатогепатоз. Гиперхолестеринемия. Двусторонний нефроптоз. ХБП С2 (СКФ — 78 мл мин/1,73 M2 СКD-EPI).

12. Проведено ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы. УЗ-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени (стеатоза), поджелудочной железы. Проведено УЗИ органов мочеполовой системы. УЗ-признаки нефроптоза, диффузных изменений синуса обеих почек.

13. Консультация гастроэнтеролога: Глютенчувствительная целиакия.

14. Консультация эндокринолога: сахарный диабет впервые выявленный, 2-го типа.

Установлен окончательный диагноз: Герпетический дерматит Дюринга. Псориаз вульгарный, распространенный, прогрессирующая стадия, зимняя форма. Кандидозный глоссит.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению пациентов с герпетическим дерматитом Дюринга и псориазом, больному проведено комплексное лечение, на фоне которого отмечался выраженный регресс высыпаний.

### Обсуждение

Анализируя данное клиническое наблюдение необходимо отметить наличие сопутствующих заболеваний, среди которых наиболее важное значение имеют: метаболический синдром, сахарный диабет, гипертоническая болезнь. Отмечаются диагностические и тактические ошибки в амбулаторном ведении пациента, которые привели к несвоевременному установлению окончательного диагноза:

- при проведении дифференциального диагноза на амбулаторном этапе клинические проявле-



Рис. 2. Пациент К. Распространенные симметричные высыпания на коже груди, живота, боковых поверхностях туловища.  
Fig. 2. Patient K. Widespread, symmetrical rashes on the chest, abdomen, lateral surfaces of the torso.



Рис. 3. Пациент К. Клинические проявления кожного патологического процесса на коже нижних конечностей.  
Fig. 3. Patient K. Clinical manifestations of the skin pathological process on lower extremities.



Рис. 4. Пациент К. Проявления дерматоза на коже ладонной поверхности кистей.  
Fig. 4. Patient K. Manifestations of dermatosis on the palmar surface of the hands.



Рис. 5. Пациент К. Полиморфные высыпания на коже тыльной поверхности кистей.  
Fig. 5. Patient K. Polymorphic rashes on the dorsal surface of the hands.

ния во время дебюта и разгара герпетиформного дерматита Дюринга были расценены как симптомы фотоаллергических и токсикоаллергических реакций;

- не был выдержан алгоритм клиничко-лабораторных исследований (общий анализ крови

с лейкоформулой, мазок-отпечаток на акантолитические клетки и эозинофилы отсутствовали на поликлиническом этапе);

- несвоевременно установленный диагноз отсрочил назначение патогенетической терапии на 3 месяца.

Данный клинический случай представляет практический интерес в связи:

- с редким сочетанием дерматозов у одного пациента;

- с множественной полиморбидной соматической патологией со стороны эндокринной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта.

Следует отметить, что формируется мнение об ассоциации дерматологических проявлений псориаза с поражением других органов и систем, следствием чего стало появление и частое использование в научной литературе термина «псориатическая болезнь».

### Выводы

Таким образом, следует отметить, что в условиях узкой специализации лечебных учреждений ведение пациентов с полиморбидной патологией затруднительно, так как требует соблюдения четкого клинико-диагностического алгоритма и проведения дифференциально-диагностического анализа, адекватного комбинированного назначения лекарственных средств не только с целью предотвращения прогрессирования каждого из заболеваний, но и улучшения отдаленного прогноза.

### Результаты

#### Клинический случай № 2

Пациентка Л., 63 лет, обратилась с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, конечностей, интенсивный зуд. Со стороны других органов и систем отмечает склонность к жидкому стулу, вздутие живота периодического характера. При сборе анамнеза выяснилось, что витилиго болеет с 17 лет, когда на коже подмышечных складок появились высыпания в виде белых пятен. К врачу не обращалась, не лечилась. В 2019 г. впервые на коже туловища, конечностей появились «пузырные» высыпания. Обратилась к дерматологу по месту жительства, где был установлен диагноз: Герпетиформный дерматит Дюринга. С 2017 по 2019 г. периодически получала курсовую терапию препаратами сульфонового ряда, антигистаминными средствами, топическими кортикостероидами, анилиновыми красителями — с улучшением. Необходимо отметить, что с 2018 г. пациентка стала отмечать усиление выраженности зуда, который сохранялся даже на фоне приема диаминодифенилсульфона. Обострения кожного патологического процесса стали упорными, частыми, относительно резистентными к проводимой терапии.

Из анамнеза жизни известно:

- перенесенные заболевания: в детском возрасте — ветряная оспа, краснуха. В январе 2019 г.

в ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края проведена тиреоидотомия с пара-трахеальной лимфаденэктомией справа по поводу рака щитовидной железы pT1mpNoMo, I st., III кл. p;

- наследственный анамнез: у матери — диагноз: рак легкого;

- аллергологический анамнез: неотягощен;

- вредные привычки: курит.

Объективный статус: общее состояние средней степени тяжести. Рост 159 см, масса 101 кг. В легких дыхание везикулярное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление — 140/100 мм рт. ст. Ps — 78 уд. в мин. Кожные покровы, свободные от основного патологического процесса, влажные, розовые. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в околопупочной области.

*Status specialis:* Кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Располагается на коже туловища, конечностей.

На коже подмышечных впадин с переходом на боковые поверхности груди, под молочными железами визуализируются депигментированные пятна молочно-белого цвета, с четкими границами, неправильной формы, фестончатыми очертаниями, диаметром от 1 до 17 см (рис. 6).

На коже туловища (в области груди, живота, спины с переходами на боковые поверхности туловища), верхних и нижних конечностей на фоне гиперемии визуализируются множественные везикулы и пузыри диаметром до 1,5 см, с плотной крышкой, серозным содержимым, эрозиями, покрытые серозно-геморрагическими корками. Симптомы Никольского, Асбо-Хансена, Шеклакова — отрицательные (рис. 7, 8).

Результаты клинико-лабораторных методов исследования:

1. ОАК: гемоглобин — 100 г/л, тромбоциты —  $319 \times 10^9$ /л, эритроциты —  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $7,8 \times 10^9$ /л, лимфоциты — 15%, моноциты — 1%, палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 50%, эозинофилы — 33%, СОЭ — 13 мм/ч.

2. ОАМ: PRO — 30, удельный вес — 1030, слизь+++ , рН 6,0, уробилиноген — 2 мг/дл, лейкоциты — 4–6, эпителий переходный — 2–3, эпителий плоский — 5–6.

3. Биохимический анализ крови: АЛТ — 136 Е/л, АСТ — 101 Е/л, альбумин — 33 г/л, альфа-амилаза — 28 Е/л, билирубин общий — 12,7 мкмоль/л, билирубин прямой — 2,2 мкмоль/л, ГГТ — 18 Е/л, глюкоза — 6,9 ммоль/л, креатинин — 95,20 мкмоль/л, мочевая кислота — 413 мкмоль/л, общий белок — 56 г/л, триглицериды — 1,55 ммоль/л, холестерин — 6,0 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 267 Е/л.

4. Мазок-отпечаток на акантолитические клетки и эозинофилы — эозинофилы 35:100, акантолитические клетки — отсутствуют.

5. ИФА крови на ВИЧ — АГ/АТ ВИЧ не обнаружены.

6. Кровь на сифилис: РМП — отрицательно; ИФА — отрицательно.

7. Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HbsAg — не обнаружен, HCV — не обнаружен.

8. Антитела к тканевой трансклутаминазе, IgA — 9,49 КП.

9. Антитела к тканевой трансклутаминазе, IgG — 0,39 КП.

10. Антитела к эндомицию, IgA — 1:640.

11. Фиброгастродуоденоскопия: поверхностный гастрит, дуоденит. Морфологическое исследование биоптата из постбульбарного отдела 12-перстной кишки: увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов, атрофия ворсинок и гиперплазия крипт.

12. Проведено УЗИ органов гепатобилиарной системы: гепатомегалия, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

13. Консультация гастроэнтеролога: глютеновая энтеропатия, типичное течение. Реактивный гепатит С с явлениями внутриспеченочного холестаза. Хронический гастрит, дуоденит.

14. Консультация эндокринолога: сахарный диабет II типа, средней степени, субкомпенсированный.

Выставлен окончательный диагноз: герпетический дерматит Дюринга, витилиго.

### Обсуждение

Анализ развития и течения дерматоза у данной пациентки подтверждает ассоциацию герпетического дерматоза Дюринга с другими неопластическими процессами.

Данное клиническое наблюдение приведено как пример сочетания различных видов полиморбидности: причинной, случайной, неуточненной.



Рис. 6. Пациентка Л. Клинические проявления дерматологического процесса на коже туловища.  
Fig. 6. Patient L. Clinical manifestations of the dermatological process on the torso.



Рис. 7. Пациентка Л. Распространенные симметричные везикуло-буллезные высыпания на коже туловища.  
Fig. 7. Patient L. Widespread, symmetrical vesicle-bullous rashes on the torso.



Рис. 8. Пациентка Л. Клинические проявления дерматоза на коже нижних конечностей.  
Fig. 8. Patient L. Clinical manifestations of dermatosis on the lower extremities.

**Выводы**

Полиморбидная патология является междисциплинарной проблемой, требующей разработки единого алгоритма ведения пациентов, направленного на раннее выявление сочетанной патологии, исключение полипрагмазии, снижение суммарного риска заболеваний, повышение качества жизни больных.

**Соответствие принципам этики**

Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Dec-

laration Helsinki). От всех пациентов получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая и публикацию фотоматериалов.

**Compliance with the principles of ethics**

The study complies with the standards set in the Helsinki Declaration. All examined patients provided their written voluntary informed consent to the description of the clinical case and the publication of photographs.

**Вклад авторов****Тлиш М. М.**

Разработка концепции — формирование идеи; формулировка и развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование текста — составление черновика рукописи, его критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания; участие в научном дизайне.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Подготовка визуализации данных.

Ресурсное обеспечение исследования — предоставление инструментов, материалов для проведения анализа.

**Кузнецова Т. Г.**

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — сбор данных.

Подготовка и редактирование текста — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Ресурсное обеспечение исследования — предоставление пациентов, лабораторных образцов для анализа.

**Наатыж Ж. Ю.**

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — сбор данных.

Подготовка и редактирование текста — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Ресурсное обеспечение исследования — предоставление пациентов, лабораторных образцов для анализа.

**Тикеева Р. М.**

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — сбор данных, анализ и интерпретация полученных данных; участие в научном дизайне.

Подготовка и редактирование текста — подготовка и создание опубликованной работы.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Подготовка, создание опубликованной работы в части визуализации и отображении данных.

**Author contributions****M. M. Tlish**

Concept development — idea development; definition and development of key aims and objectives.

Conducting research — analysis and interpretation of the obtained data.

Manuscript preparation and editing — drafting of the manuscript, critical revision of the draft manuscript for important intellectual content; participation in scientific design.

Approval of the final manuscript — accountability for all aspects of the work, including the integrity of all parts of the article and its final version.

Preparation of data visualisation.

Resource support — provision of instruments and materials for analysis.

**T. G. Kuznetsova**

Concept development — development of key aims and objectives.

Conducting research — data collection.

Manuscript preparation and editing — critical revision of the draft manuscript for important intellectual content.

Approval of the final manuscript — accountability for all aspects of the work, including the integrity of all parts of the article and its final version.

Resource support — provision of patients and laboratory samples for analysis.

#### Zh. Yu. Naatyzh

Concept development — development of key aims and objectives.

Conducting research — data collection.

Manuscript preparation and editing — critical revision of the draft manuscript for important intellectual content.

Approval of the final manuscript — accountability for all aspects of the work, including the integrity of all parts of the article and its final version.

Resource support — provision of patients and laboratory samples for analysis.

#### R. M. Tikeeva

Concept development — development of key aims and objectives.

Conducting research — data collection, analysis and interpretation of the obtained data; participation in scientific design.

Manuscript preparation and editing — preparation and creation of the published work.

Approval of the final manuscript — accountability for all aspects of the work, including the integrity of all parts of the article and its final version.

Preparation and creation of the published work in terms of visualisation and data display.

## Список литературы

1. Вёрткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность в клинической практике. Часть 1. *Архивъ внутренней медицины*. 2011; 1: 16–20.
2. Кочергин Н., Смирнова Л., Билалова У., Потеекаев Н. Псориаз: коморбидности и комедикации. *Врач*. 2009; 5: 15–20.
3. Лыкова С.Г., Спицына А.В., Моржанаева М.А. Метаболический синдром и псориаз как коморбидные состояния. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2017; 1: 93–98.
4. Донцова Е.В. Психонейроэндокринные особенности у больных псориазом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(5): 34–38.
5. Гюльалиев Д.М. Сочетание склеродермии и псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015; 14(4): 20–22. DOI: 10.17116/klinderma201514420-22
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.
7. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю. Клинический анализ ятрогенной патологии при оказании медицинской помощи больным псориазом. *Врач*. 2018; 29 (11): 82–88. DOI: 10.29296/25877305-2018-11-19
8. Александрова А.К., Смольяникова В.А. Болезнь Хейли-Хейли и множественный себорейный кератоз на фоне инсулинорезистентности: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2016; (5): 158–161. DOI: 10.25207/1608-6228-2016-5-158-161
9. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю. Особенности клинического течения псориаза у больных хроническими вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2018; 14(4): 765–769.

## References

1. Vertkin A.L., Rumyantsev M.A., Skotnikov A.S. Comorbidity in clinical practice. Part 1. *Arkhiv' Vnutrennei Meditsiny*. 2011; 1: 16–20 (In Russ., English abstract).
2. Kochergin N., Smirnova L., Potekayev N., Bilalova U. Psoriasis: comorbidity and comedication. *Vrach*. 2009; 5: 15–20 (In Russ., English abstract).
3. Lykova S.G., Spitsyna A.V., Morzhanaeva M.A. Metabolic syndrome and psoriasis are as comorbidity states. *Dal'nevostochnyi Meditsinskii Zhurnal*. 2017; 1: 93–98 (In Russ., English abstract).
4. Dontsova E.V. Psychoneurological characteristics of psoriasis patients. *Rossiyskiy Zhurnal Kozhnykh i Venicheskikh Bolezney*. 2015; 18(5): 34–38 (In Russ., English abstract).
5. Gyl'aliev D.M. Concomitant sclerosis and psoriasis. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2015; 14(4): 20–22 (In Russ., English abstract). DOI: 10.17116/klinderma201514420-22
6. Tlish M.M., Popovskaya E.B., Kuznetsova T.G., Sycheva N.L., Naatyzh Zh.Yu. Clinical manifestations of polymorbidity in patients with vitiligo. *Lechashchii Vrach*. 2018; 4: 70–74 (In Russ.).
7. Tlish M., Kuznetsova T., Naatyzh Zh. Clinical analysis of iatrogenic diseases in the provision of medical care to patients with psoriasis. *Vrach*. 2018; 29 (11): 82–88

(In Russ., English abstract). DOI: 10.29296/25877305-2018-11-19

8. Aleksandrova A.K., Smolynnikova V.A. Hailey-Hailey disease and multiple seborrheic keratoses associated with insulin resistance: a case report. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2016; (5): 158–161 (In Russ.,

English abstract). DOI: 10.25207/1608-6228-2016-5-158-161

9. Tlish M.M., Kuznetsova T.G., Naatyzh Zh.Yu. Clinical features of psoriasis in patients with chronic viral hepatitis and HIV infection. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2018; 14(4): 765–769.

## Сведения об авторах / Information about the authors

**Тлиш Марина Мосовна** — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Кузнецова Таисия Георгиевна\*** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Контактная информация: e-mail: [taya1504@mail.ru](mailto:taya1504@mail.ru), тел.: + 7 (918) 412-28-10;

пер. Ишунина, д. 7, г. Краснодар, 350063, Россия.

**Наатыж Жанна Юрьевна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Тикеева Рузана Муратовна** — ординатор кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Marina M. Tlish** — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Head of the Department for Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

**Taisiya G. Kuznetsova\*** — Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Department for Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

Contact information: e-mail: [taya1504@mail.ru](mailto:taya1504@mail.ru), tel.: + 7 (918) 412-28-10;

Ishunina per., 7, Krasnodar, 350063, Russia.

**Zhanna Yu. Naatyzh** — Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Department for Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

**Ruzana M. Tikeeva** — Resident, Department for Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author